

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**  
**MODALIDADE À DISTÂNCIA**  
**TURMA 6**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO A HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NA ESF NOVO  
HORIZONTE, NATAL, RIO GRANDE DO NORTE.**

**Bruno de Souza Rodrigues**

**Pelotas, 2015**

**BRUNO DE SOUZA RODRIGUES**

**QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO A HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NA ESF NOVO  
HORIZONTE, NATAL, RIO GRANDE DO NORTE.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Programa de Pós Graduação em Saúde da Família, Modalidade EaD, Universidade Aberta do SUS – Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Chandra Lima Maciel

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação**

R696q Rodrigues, Bruno de Souza

Qualificação da Atenção a Hipertensos e Diabéticos na ESF Novo Horizonte, Natal, Rio Grande do Norte / Bruno de Souza Rodrigues; Chandra Lima Maciel, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

113 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família. 2.Atenção Primária à Saúde. 3.Doença Crônica. 4.Diabetes Mellitus. 5.Hipertensão. I. Maciel, Chandra Lima, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Gabriela N. Quincoses De Mellos CRB: 10/1327

Dedico este trabalho de conclusão de curso à minha família, responsável por criar em mim os pilares da responsabilidade, solidariedade, compaixão e sobretudo ética, que regem a minha vida, e sobre os quais este TCC se apoia.

## **AGRADECIMENTOS**

Este trabalho não seria possível sem a ajuda de minha orientadora, Chandra, cujas características permitiram-me passar por todas as Unidades do curso sem maiores entraves. Não sei se aprecio mais seu perfeccionismo, por me ajudar a lapidar algumas das arestas existentes (tanto na realização dos relatórios quanto na minha vida de prática médica), ou sua paciência, sem perder o controle quando minhas respostas às suas indagações não apareciam imediatamente.

Agradeço também a todos os integrantes da equipe da ESF Novo Horizonte, responsáveis por conseguirmos o que antes parecia distante: dar início a mudanças de difícil execução.

As realizações a seguir podem ser atribuídas a cada uma dessas pessoas citadas. Minha sensação, ao saber de que esse trabalho foi feito por várias mãos, é a de ser apenas um embaixador dessas transformações.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Atendimento clínico.....	72
Figura 2	Sala de realização das capacitações.....	73
Figura 3	Capacitação da equipe de saúde de Novo Horizonte.....	74
Figura 4	Capacitação da equipe de saúde de Novo Horizonte.....	74
Figura 5	Captura de tela do SI-NH provisório.....	77
Figura 6	Pasta para arquivamento das fichas-espelho (à esquerda) e livro específico de registro de hipertensos e diabéticos (à direita).....	78
Figura 7	Atividade educativa – Hábitos saudáveis de vida para hipertensos e diabéticos.....	80
Figura 8	Atividade educativa – Hábitos saudáveis de vida para hipertensos e diabéticos.....	80
Figura 9	Atividade educativa – Dieta balanceada.....	81
Figura 10	Atividade educativa – Correta higienização bucal.....	81
Figura 11	Gráfico indicativo da Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.....	84
Figura 12	Gráfico indicativo da Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.....	85

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da imunodeficiência adquirida
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DM	Diabete Mellitus
DOE	Diálogos Orientador/Especializando
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HiperDia	Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INMETRO	Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia
MEV	Mudanças no Estilo de Vida
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SI-NH	Sistema de Informações de Novo Horizonte
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
VIGITEL	Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por Inquérito Telefônico

## SUMÁRIO

Apresentação.....	10
1 Análise Situacional.....	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS, enviado na segunda semana de Ambientação.....	11
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	13
1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	30
2 Análise Estratégica – Projeto de Intervenção.....	32
2.1 Justificativa.....	32
2.2 Objetivos e metas.....	34
2.2.1 Objetivo geral.....	34
2.2.2 Objetivos específicos.....	34
2.2.3 Metas.....	34
2.3 Metodologia.....	36
2.3.1 Ações (incluindo o detalhamento).....	36
2.3.2 Indicadores.....	57
2.3.3 Logística.....	61
2.3.4 Cronograma.....	68
3 Relatório da Intervenção.....	71
3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.....	71
3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.....	76
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.....	77
3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.....	79



4 Avaliação da intervenção.....	83
4.1 Resultados.....	83
4.2 Discussão.....	93
4.3 Relatório da intervenção para gestores.....	98
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	101
5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	103
Bibliografia.....	106
Anexos.....	108
Anexo A: Ficha espelho	
Anexo B: Planilha de coleta de dados	
Anexo C: Documento do Comitê de Ética	

## RESUMO

RODRIGUES, Bruno de Souza. **Qualificação da atenção a hipertensos e diabéticos na ESF Novo Horizonte, Natal, Rio Grande do Norte.** 2015. 113f.; il. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Especialização em Saúde da Família. Universidade Aberta do SUS / Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

Os hipertensos e diabéticos constituem importante grupo populacional, por serem portadores de doenças com considerável morbimortalidade, devendo ser alvos prioritários de atenção qualificada na Atenção Básica, buscando garantir a integralidade, universalidade e equidade do atendimento. Essa necessidade torna-se mais evidente quando se constata que 32% dos adultos brasileiros possuem Hipertensão Arterial Sistêmica e 21,6% da população maior de 65 anos possui Diabetes Mellitus. A intervenção teve por objetivo qualificar a atenção aos hipertensos e diabéticos da Unidade de Saúde da Família Novo Horizonte, no município de Natal, Rio Grande do Norte, buscando melhorar o índice de cobertura e garantir atendimento integral aos usuários, de modo a suplantarem alguns dos problemas observados antes do início das ações, como a deficiência nos registros, na realização de exames clínicos e laboratoriais de acordo com a periodicidade recomendada e na promoção à saúde dos usuários. Conseguiu-se alcançar a cobertura de 11,5% de hipertensos e 17,4% de diabéticos, garantindo a todos eles a atualização do exame clínico e cálculo do escore de risco cardiovascular (Framingham), atualização dos exames complementares, utilização de medicamentos disponíveis na farmácia popular, e orientações sobre hábitos de vida saudáveis como dieta balanceada, exercício físico regular, interrupção do tabagismo e cuidados básicos relacionados à higiene bucal. Outras realizações foram a inclusão da Saúde Bucal no projeto de reforma da Unidade, bem como a incorporação ao processo de trabalho das atividades educativas e do registro a partir das fichas-espelho e do livro específico para hipertensos e diabéticos.

**Palavras-chave:** Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Doença Crônica. Diabetes Mellitus. Hipertensão.

## APRESENTAÇÃO

O presente volume contém o trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EaD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas. O Trabalho consistiu em uma intervenção com o objetivo de qualificar a atenção à saúde de usuários com hipertensão e diabetes da Unidade de Saúde Novo Horizonte, situada no bairro das Quintas, na zona Oeste da cidade de Natal. O volume está organizado em cinco unidades desenvolvidas sequencialmente, porém interdependentes. A primeira parte consta da Análise Situacional da estrutura, do serviço e do processo de trabalho, desenvolvida na primeira unidade do curso. Na segunda parte, tem-se a Análise Estratégica, em que o projeto de intervenção foi elaborado durante a unidade 2. O terceiro item traz o Relatório da Intervenção (desenvolvido ao final da unidade 3), com informações pertinentes às doze semanas da realização das ações planejadas. Na quarta parte encontra-se a Avaliação dos Resultados da Intervenção, construída durante a unidade 4. A quinta seção realiza uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem durante o curso e a intervenção. Por fim, encontram-se os anexos utilizados durante a realização deste trabalho. O Curso de Especialização em Saúde da Família teve início em março de 2014, com a Semana de Ambientação, e foi finalizado em fevereiro de 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

## 1. ANÁLISE SITUACIONAL

### 1.1. Texto inicial sobre a situação da ESF/APS, enviado na segunda semana de Ambientação

A começar pela estrutura, a Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) onde estou trabalhando encontra-se numa antiga residência familiar. Assim, por motivos óbvios, os seus compartimentos não foram pensados para abrigar a estrutura necessária para uma UBSF. Dessa forma, o que separa várias salas são divisões de plástico e gesso, o que dificulta os trabalhos do ambiente. A sala de vacinação, por exemplo, é estreita; a acústica do local está longe do ideal (qualquer choro de criança e conversas de adultos reverberam diretamente em todas as salas, incluindo a que eu atendo); e algumas portas não têm fechadura, o que atinge, em alguma proporção, o direito à confidencialidade do usuário. Há, ainda, pontos de mofo em alguns locais. A Unidade possui três consultórios, sendo apenas um com banheiro e dois com janelas, porém nenhum com iluminação natural suficiente. Há apenas dois banheiros: um para os funcionários (que se encontra no consultório da Ginecologia) e outro para os usuários, sem divisão por sexo ou exclusivo para deficientes.

Apesar dos problemas citados, o futuro é promissor: uma reforma já está agendada, e uma inspeção prévia foi realizada na semana passada. Por fim, a farmácia parece ter um abastecimento errático: a última remessa de medicamentos chegou em 15 de janeiro de 2014, de forma que muitos medicamentos não se encontram disponíveis. O ambiente para dispensação de medicamentos é o mesmo para o armazenamento, então a sua área é insuficiente para a realização dos dois processos.

Entretanto, algumas dessas dificuldades são superadas pelo empenho da equipe em garantir o acesso dos usuários a um sistema que segue os preceitos do Sistema Único de Saúde(SUS), como a universalidade, a integralidade e a equidade. O acolhimento é feito sem discriminação de raça, sexo, idade, cor, religião etc., todos são ouvidos. No primeiro dia em que cheguei à Unidade, por exemplo, estava sendo realizada uma pesquisa de satisfação do usuário, divulgada previamente na comunidade. A ideia é que tais avaliações sejam feitas com regularidade. Além

disso, na minha chegada, a equipe mostrou-se interessada em discutir os melhores dias e turnos para cada ação em Saúde da Família, sempre levando em consideração as particularidades da região. Uma das primeiras atitudes foi a abolição do costume de “renovação de receitas”.

Outro exemplo desse compromisso pôde ser percebido na reunião do Colegiado, realizada semanalmente, em que são discutidas as ações de saúde realizadas e as necessidades da comunidade. Um dos aspectos discutidos foi a melhor forma de abordar com a população da área as atitudes a serem tomadas no combate à dengue, que embora tenham diminuído os casos (em comparação ao ano de 2013), a mortalidade tem aumentado na cidade. Ainda nesse contexto, a equipe mostrou-se interessada em adquirir as informações que eu receberia posteriormente numa reunião com a Secretaria de Saúde do município, de forma que o conhecimento não ficasse restrito ao profissional médico.

Há, ainda, grandes lacunas a serem preenchidas. Considero que as atividades educativas são insuficientes. Educação em saúde é importante porque permite que o usuário possa exercer com mais plenitude o seu co-protagonismo na Atenção Básica, e possa participar ativamente das discussões sobre o que foi feito e o que ainda poderá ser realizado para a garantia de serviços de qualidade. Não há nenhuma sala disponível para essas reuniões de grupo, e a equipe realiza as poucas atividades de educação na sala de espera, reunindo os bancos de outros setores da UBSF. Além disso, a interação da Unidade com os dispositivos da área é quase nula, em parte porque não havia, até agora, a Estratégia Saúde da Família (ESF). As igrejas, escolas, praças, clubes, não são utilizados para nenhuma atividade integrativa, de forma que as ações concentram-se na Unidade.

A população da área possui muitos idosos, e por isso possui também um índice elevado de hipertensos e diabéticos. Tem também muitos analfabetos e usuários com baixo índice de escolaridade, o que cria a necessidade de elaboração de estratégias especiais para a divulgação de informações que não requeiram a leitura. As pessoas convivem com um alto índice de criminalidade na região, tanto é que algumas visitas em áreas de maior risco são feitas por dois agentes comunitários, na tentativa de garantir maior segurança.

A equipe responsável por tentar contornar os problemas relatados até aqui é composta pela diretora da Unidade (técnica de enfermagem, aparentemente engajada nas reuniões do Distrito, ativa na busca de melhorias para a população e que cobra bastante da sua equipe); seis agentes comunitários de saúde (ACS) (o que representa um déficit grande, já que boa parte da população da área fica descoberta); um agente especial para o controle da dengue (devido aos índices aumentados de mortalidade, necessitando de uma vigilância específica); duas auxiliares de serviços gerais, quatro técnicas de enfermagem (sendo duas com desvio de função, já que a Unidade não possui farmacêutico); e três vigilantes (que revezam entre si na vigilância da unidade, sendo um por vez). Não possui enfermeiro, nem equipe de odontologia, nem quaisquer profissionais associados ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), mas que num futuro próximo podem compor a equipe, uma vez que a ESF será implantada após a finalização da reforma.

## **1.2. Relatório da Análise Situacional**

A Unidade em que estou alocado, a Unidade Básica de Saúde Novo Horizonte, está situada no bairro Bom Pastor, na cidade de Natal. Localizada no litoral do estado do Rio Grande do Norte, a “cidade do sol” possuía em 2010 – de acordo com o Censo Demográfico daquele ano – um total de 803.739 habitantes, sendo 377.947 homens e 425.792 mulheres, espalhados em uma área de 167,3 km<sup>2</sup>. A população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para 2014 é de 862.044 habitantes.

De acordo com o documento “(Re) desenhando a Rede de Saúde na Cidade do Natal”, da Secretaria Municipal de Saúde, Natal possui 60 Unidades Básicas de Saúde, sendo 35 com Estratégia Saúde da Família e 25 tradicionais. Há três Centros de Especialidades Odontológicas e doze NASF credenciados (mas, só três implantados). Quanto à atenção especializada, o município estruturou a média complexidade através da organização de policlínicas distritais, hospitais com unidades ambulatoriais autônomas e ainda, de forma complementar, em unidades especializadas contratadas. A alta complexidade ainda se encontra sob a gestão

estadual, sendo o seu fluxo de operacionalização através da Central de Regulação do Estado.

Já no serviço hospitalar, existe predominância de hospitais de pequeno porte (com menos de 50 leitos), num total de dez (41,7%), enquanto há seis de médio porte (25%), e oito de grande porte (33,3%), isto é, aqueles com pelo menos 150 leitos. No total, a cidade disponibiliza 1907 leitos para os seus munícipes e para os referenciados.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Novo Horizonte, como descrito acima, encontra-se em área urbana e sob o sistema de PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde), embora a Estratégia Saúde da Família tenha começado o seu processo de implantação, notadamente coma reforma da estrutura (que ainda está ocorrendo, e cuja problemática será abordada em parágrafos seguintes) e a chegada de dois médicos (ambos do Programa de Valorização da Atenção Básica – PROVAB - no qual estou incluso) e dois enfermeiros, além do início do cadastramento das famílias após redistribuição da área de abrangência entre as unidades da região. Embora ainda não haja vínculos formais com instituições de ensino, a Unidade já recebe estudantes de diversas áreas, as quais incluem: Nutrição, Enfermagem, Psicologia, Fonoaudiologia, entre outras.

Atualmente, a equipe é composta de seis agentes comunitários de saúde, a diretora, um agente especial para o controle da dengue, duas auxiliares de serviços gerais, cinco médicos (sendo dois que irão compor as duas equipes de ESF, um clínico geral, uma ginecologista e um pediatra), dois enfermeiros, quatro técnicas de enfermagem e três vigilantes. Não possui equipe de saúde bucal, nem profissionais associados ao NASF.

Quanto à estrutura física, muitas de suas deficiências concentram-se no fato de que as salas são adaptadas, uma vez que a UBS encontra-se numa antiga residência familiar, a qual está sendo reformada para receber os serviços necessários a uma atenção adequada à população que a ESF requer (embora alguns problemas de planejamento e gestão já puderam ser observados, principalmente em relação à Saúde Bucal, que será abordada futuramente). Dessa forma, o que separa várias salas são divisões de plástico e gesso, o que dificulta os trabalhos do ambiente. A sala de vacinação, por exemplo, é estreita; a acústica do

local está longe do ideal (qualquer choro de criança e conversas de adultos reverberam diretamente em todas as salas); e algumas portas não têm fechadura, o que atinge, em alguma proporção, o direito à confidencialidade do usuário. Há, ainda, pontos de mofo em alguns locais. A Unidade possui três consultórios, sendo apenas um com banheiro e dois com janelas, porém nenhum com iluminação natural suficiente. Há apenas dois banheiros: um para os funcionários (que encontra-se no consultório da Ginecologia) e outro para os usuários, sem divisão por sexo ou exclusivo para deficientes. O ambiente para dispensação de medicamentos é o mesmo para o armazenamento, então a sua área é insuficiente para a realização dos dois processos.

O prédio da unidade de saúde não é adequado para o acesso de pessoas portadoras de deficiência, não havendo rampas alternativas de acesso nem corrimão nos corredores, além de corredores pouco espaçosos. Como observado por Siqueira e cols. (2009), “esta realidade as impede de exercer na plenitude sua cidadania por encontrar sérias dificuldades de movimentação frente à inadequação dos espaços públicos e das edificações, fato conhecido como barreiras arquitetônicas”. O fato da unidade encontrar-se em uma antiga residência de família, como descrito anteriormente, corrobora com uma das afirmações de Siqueira (2009, p. 40):

No caso das unidades básicas de saúde (UBS), muitas são as dificuldades institucionais em dispor de estruturas adequadas aos portadores de deficiências, muitas vezes em decorrência da utilização de edificações adaptadas. (...) Muitas UBS são instaladas em prédios improvisados, que estavam disponíveis nas comunidades e não apresentam uma construção específica para atender as necessidades de todos os usuários e mesmo dos profissionais que lá trabalham.

As ESF devem propiciar acessibilidade à maior quantidade possível de pessoas, independentemente de idade, estatura, deficiência ou mobilidade reduzida, garantindo a utilização de maneira autônoma e segura do ambiente, edificações e mobiliário, reconhecendo que “todas as pessoas com algum tipo de dificuldade tenham o direito de utilizar os serviços de saúde”. Mas algumas dessas dificuldades são superadas pelo empenho da equipe em garantir o acesso dos usuários a um sistema que segue os preceitos do SUS, como a universalidade, a integralidade e a equidade. O acolhimento é feito sem discriminação de raça, sexo, idade, cor, religião etc., todos são ouvidos, o que inclui pesquisas de satisfação do usuário, divulgadas previamente na comunidade. Futuramente, haverá avaliação de todos os



profissionais por parte dos usuários, que apontarão características do processo de trabalho que provocam satisfação e aquelas que desagradam. A ideia é que tais avaliações sejam feitas com regularidade. Além disso, desde a minha chegada, a equipe mostrou-se interessada em discutir os melhores dias e turnos para cada ação em Saúde da Família, sempre levando em consideração as particularidades da região. Uma das primeiras atitudes foi a abolição do costume de “renovação de receitas”. A pró atividade e criatividade da equipe são essenciais para contornar as deficiências: são os recursos humanos impondo-se sobre as limitações.

Há, ainda, grandes lacunas a serem preenchidas: as atividades educativas são insuficientes, por exemplo (algo que será melhor percebido na abordagem das diversas áreas como Saúde da Mulher, do Idoso, Hipertensos e Diabéticos). Educação em saúde é importante porque permite que o usuário possa exercer com mais plenitude o seu co-protagonismo na Atenção Básica, e possa participar ativamente das discussões sobre o que foi feito e o que ainda poderá ser realizado para a garantia de serviços de qualidade. Não há nenhuma sala disponível para essas reuniões de grupo, e a equipe realiza as poucas atividades de educação na sala de espera, reunindo os bancos de outros setores da UBS.

Além disso, a interação da Unidade com os dispositivos da área é quase nula, em parte porque não havia, até agora, a Estratégia Saúde da Família. A região possui associações de lazer, associação de moradores, igrejas, creches e conselhos comunitários, mas nenhuma delas está incluída no processo de trabalho. Dessa forma, há uma centralização das atividades (quando há), sendo que esses ambientes são essenciais, visto que a produção de saúde não se restringe ao ambiente da Unidade. Não é de se espantar, portanto, que vários temas importantes como alimentação saudável, estilo de vida saudável, consumo de álcool, Doenças Sexualmente Transmissíveis\Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (DST/AIDS) e violência e cultura de paz nunca tenham sido abordados. Torna-se necessário incluir a descentralização das ações, convocando inclusive lideranças comunitárias para auxiliar no processo de conversa com as instituições da área, além de elaborar estratégias para divulgação da *Carta de Direitos dos Usuários*. Criar ações focadas em mudanças no estilo de vida também é importante, uma vez que o direito não se estende somente à recuperação da saúde, mas também a serviços de Promoção e Prevenção, garantidos pelo primeiro princípio.

Outra deficiência na UBS é que apesar da maioria das informações serem disponibilizadas ao usuário, ela é feita prioritariamente por via oral na UBS, não se utilizando de outros dispositivos de divulgação, que facilitariam o acesso ao conhecimento dos processos de trabalho. Diz a *Carta de Direitos dos Usuários* (2007, p. 3):

O acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde inclui as ações de proteção e prevenção relativas a riscos e agravos à saúde e ao meio ambiente, as devidas informações relativas às ações de vigilância sanitária e epidemiológica e os determinantes da saúde individual e coletiva.

Com esses problemas, são produzidas pequenas aberrações na forma de pensar da população, cuja culpa recai também sobre a equipe. Assim, uma “renovação de receita” é vista como algo normal, enquanto o usuário passa anos sem receber uma anamnese/exame físico. Há também a cultura de medicalização do atendimento médico: explicar ao usuário que uma dengue é tratada somente com analgésico/antitérmico e hidratação oral, por exemplo, é uma tarefa difícil; ou que o aleitamento materno deve ser exclusivo até os seis meses do bebê é recebida com desconfiança, demandando mais tempo na tentativa de provocar convencimento em cada cidadão que assim o necessite.

Como dito anteriormente, a renovação de receitas foi uma prática abolida, afinal deve-se garantir que, como exposto na *Carta dos Direitos dos Usuários* (2007, p. 3):

Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema, visando à melhoria da qualidade dos serviços prestados. É direito dos cidadãos ter atendimento resolutivo com qualidade, em função da natureza do agravo, com garantia de continuidade da atenção, sempre que necessário.

Nesse sentido, o acompanhamento longitudinal é essencial.

A vistoria e calibragem dos equipamentos ocorrem semestralmente, embora não haja uma estratégia de reposição, e se os recursos são tirados aos poucos e não são repostos, há um prejuízo no trabalho da equipe, pois o pilar das chamadas tecnologias duras fica deficitário. Segundo Ferri e cols. (2007, p. 526-527):

(...) [Os usuários] destacam insuficiências de recursos de ordem de pessoal e mesmo de ordem estrutural, (...) reforçando, desta maneira, a necessidade da disponibilidade de diferentes tecnologias (dura, leve-dura e leve) nos processos de produção em saúde.

Quanto aos instrumentos de comunicação, informação e informática, muitos também encontram-se insatisfatórios: a conexão com a internet costuma ficar fora do ar (dificultando a marcação de consultas a atendimento especializado e exames complementares mais específicos), o telefone próprio encontra-se com ruídos (dificultando a comunicação com os diversos setores da saúde). Faltas como essas dificultam o trabalho da equipe, principalmente se levarmos em consideração que a informatização dos serviços diminui burocracias e facilita comunicações (tanto entre os serviços quanto entre os profissionais e os usuários). Muitas das insuficiências são contornadas com materiais conseguidos pela própria equipe. O exemplo mais notável é o do computador da Unidade: não havendo nenhum disponível para a equipe, um dos agentes comunitários conseguiu montar um a partir de diversas peças, uma vez que este profissional possui vários cursos técnicos em informática. Nesse contexto, sempre que o computador encontra-se com algum problema, seus serviços são solicitados.

Em relação aos medicamentos, esta é uma das maiores deficiências da UBS na qual estou alocado. Alguns deles não estão disponíveis porque não são solicitados (e não por falhas de abastecimento), pois de acordo com o perfil da população, não seriam necessários (a diretora da Unidade disse que muitos se perdiam devido à data de validade ser ultrapassada antes do seu uso, e decidiu evitar esse tipo de perda e gasto desnecessário). Outros medicamentos, entretanto, são imprescindíveis e mesmo assim não chegam à farmácia. Como exemplo notável, pode-se citar o caso do ácido fólico (comprimido de 5mg), cujo uso é preconizado para todas as gestantes até a décima segunda semana de gravidez (segundo o próprio Ministério da Saúde - MS) e até mesmo ser tomado antes da mulher engravidar (caso haja o planejamento familiar), mas mesmo assim, não se encontra disponível. Para citar outro caso, um dos medicamentos mais usados pela população a qual sou um dos responsáveis (que contém grande quantidade de hipertensos) é o captopril (comprimido de 25mg) que está em falta há bastante tempo. Além disso, essa medicação é uma das primeiras escolhas para o tratamento de picos hipertensivos, dificultando o manejo quando alguém chega ao serviço com esse diagnóstico.

A população total da área de abrangência é de aproximadamente 10.125 pessoas, número obtido a partir da estimativa da área coberta pelos ACS, pois não

há uma quantidade oficial, em parte porque nunca houve cadastro das famílias (iniciado há pouco tempo). Na área de cobertura dos seis ACS, encontram-se 2826 pessoas, constituída por bastante idosos (365 – 12,9% do total), e por isso possui também um índice elevado de hipertensos e diabéticos. Há 39 crianças com menos de um ano e 843 habitantes com menos de 20 anos.

Levando em consideração o número **máximo** de pessoas que deveriam ser cobertas por uma equipe, a UBS Novo Horizonte deveria conter três equipes. Talvez a estrutura tenha impedido essa expansão antes, uma vez que o local quase não comporta uma equipe; três seria impensável. Com isso, cerca de 70% da população fica descoberta, o que dificulta sobremaneira as ações em saúde, por mais que haja boa vontade em alcançar o maior número possível de pessoas. Torna-se difícil, portanto, garantir a plenitude da “(...) atenção à saúde, buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde” (DAB, 2012). Com a reforma, promete-se que ao menos mais uma equipe se instale na região (e como explicado anteriormente, já há outro médico e enfermeiro). Além disso, por possuir apenas seis ACS, 15 das 21 microáreas ficam quase que completamente descobertas, embora a Unidade acolha todos. Faltam também dentista e farmacêutico, de forma que algumas técnicas de enfermagem trabalham em desvio de função.

Há também índices altos de analfabetismo (111 pessoas das 2826) e de usuários com baixo índice de escolaridade, o que cria a necessidade de elaboração de estratégias especiais para a divulgação de informações que não requeiram a leitura. As pessoas convivem com uma alta taxa de criminalidade na região, tanto é que algumas visitas em áreas de maior risco são feitas por dois agentes comunitários, na tentativa de garantir maior segurança.

Muito desse excesso é suplantado pelo bom acolhimento, que é praticado em qualquer ambiente, embora não haja sala específica para sua realização (ou talvez *justamente* por isso, os profissionais tenham a noção de que ela deve ser feita em qualquer local da UBS). Essa atitude entra em consonância com o seguinte trecho do *Caderno da Atenção Básica – Acolhimento à Demanda espontânea* (2011, p. 25):

Apesar de ser útil e até necessária em alguns tipos de unidades, não basta ter uma “sala de acolhimento”, por exemplo, e é equivocado restringir a responsabilidade pelo ato de acolher aos trabalhadores da recepção (ou a qualquer trabalhador isoladamente), pois o acolhimento não se reduz a uma etapa nem a um lugar.

Nesse contexto, todos os profissionais da equipe realizam-no, incluindo a própria diretora, o vigilante e a nutricionista. Essa caracterização é importante porque o acolhimento constitui parte importante da estratégia de saúde da família. Também segundo o *Caderno da Atenção Básica – Acolhimento à Demanda espontânea* (2011, p. 14):

Além de ser uma das principais portas de entrada do sistema de saúde, a atenção básica tem que se constituir numa ‘porta aberta’ capaz de dar respostas ‘positivas’ aos usuários, não podendo se tornar simplesmente um lugar burocrático e obrigatório de passagem para outros tipos de serviços.

Uma das falhas, entretanto, consiste no fato de que não há uma padronização desse acolhimento. Não há utilização de escalas de risco, que são feitas mais na base do empirismo. Em uma reunião com uma equipe da secretaria municipal de saúde de Natal, foi discutido que em um futuro próximo será feita uma capacitação em relação à Escala de Coelho de classificação de risco, e me dispus a realizar uma atividade educativa para apresentá-los ao Protocolo de Manchester (uma das classificações de risco mais utilizadas no mundo), pois “a estratificação de risco orienta não só o tipo de intervenção (ou oferta de cuidado) necessário, como também o tempo em que isso deve ocorrer” (Brasil, 2011), lembrando-se de adaptá-la à realidade da área, visto que:

(...) não basta olhar o risco em termos biológicos. É essencial lembrar que há algumas condições que aumentam a vulnerabilidade das pessoas e que o acolhimento representa grande oportunidade de incluí-las, de inseri-las em planos de cuidado. Como uma criança desnutrida que não é levada às consultas de puericultura há oito meses. (Brasil, 2011).

Nesse sentido de repassar conceitos como o protocolo de Manchester, o texto do *Caderno* nos reforça: “é fundamental ampliar a capacidade clínica da equipe de saúde, para escutar de forma ampliada, reconhecer riscos e vulnerabilidades e realizar/acionar intervenções”. (Brasil, 2011)

Nesse contexto, é importante lembrar que há pouco tempo foi abolida a prática, na nossa Unidade, de distribuição de senhas em número limitado, que vai de encontro ao que rege um bom acolhimento, com histórias de gestantes que tinham de chegar à Unidade por volta das 5h da manhã para poder ser atendida. A fila, bem

como realizar cotas de consultas por dia, além dos problemas à primeira vista (de pôr os usuários em situação de espera e sem garantia do acesso), também se caracterizam como “(...) o contrário do princípio da equidade, na medida em que o critério mais comum de acesso, nesses casos, é a ordem de chegada” (Brasil, 2011).

Com relação ao atendimento à Saúde da Criança, não há um caderno específico para registro das consultas, de modo que muitas das informações necessárias para o acompanhamento da qualidade da atenção não estão disponíveis. O percentual de cobertura (26%) encontra-se muito baixo, mas deve-se em parte ao fato da equipe ter de trabalhar por três (vide uma população de pouco mais de 10 mil habitantes). Outro fator que deve ser levado em consideração é que até o início de março de 2014, a Unidade encontrava-se deficitária em médico da família e enfermeiros, que chegaram há pouco tempo (como já referido, a ESF encontra-se em processo de implantação).

Além da baixa qualidade do registro (algo recorrente nas diversas ações programáticas), apenas cerca de metade das crianças são avaliadas quanto ao monitoramento do crescimento e desenvolvimento, aleitamento materno exclusivo e orientação para prevenção de acidentes. Adicionalmente, 87% encontram-se com as vacinas em dia, enquanto os outros 13% não estão com o cartão vacinal completo de acordo com a idade.

De modo semelhante ao que ocorre com os atendimentos de pré-natal, uma das falhas é a designação de apenas um turno específico para as consultas de puericultura. Se fazer essa distinção é importante, tão necessário quanto é também acolher os familiares de forma que aqueles com dificuldade de comparecer no dia possam ser distribuídos entre os atendimentos não-específicos.

Dois pilares podem ser desenvolvidos de forma a superar os problemas encontrados na Unidade. O primeiro deles é garantir a promoção da saúde. Não há, por exemplo, promoção da saúde bucal, nem promoção da saúde mental. E dentro do *Caderno de Atenção Básica - Saúde da Criança* (2012), temos que:

O acompanhamento do desenvolvimento da criança na atenção básica objetiva sua promoção, proteção e a detecção precoce de alterações passíveis de modificação que possam repercutir em sua vida futura. Isso ocorre principalmente por meio de ações educativas e de acompanhamento integral da saúde da criança.

Nesse âmbito, a Unidade não realiza atendimento sistematizado para as crianças entre 24 e 72 meses, de forma que não segue a recomendação segundo o *Caderno* acima citado, que nos diz: “O Ministério da Saúde recomenda (...) **a partir do 2º ano de vida, consultas anuais**, próximas ao mês do aniversário. Essas faixas etárias são selecionadas porque representam momentos de oferta de imunizações e de orientações de promoção da saúde e prevenção de doenças”.

O segundo pilar para melhoria da atenção à saúde da criança pode ser a implementação de formulário especial da puericultura e de um arquivo específico para o registro dos atendimentos, principalmente quando lembramos que muitas das informações solicitadas no *Caderno de ações programáticas* não estavam disponíveis devido à falta desse tipo de registro. Não se pode intervir no que não se conhece.

Já o pré-natal, embora tenha suas deficiências, mostra a importância de um registro de qualidade. Se os atendimentos relativos à Saúde da Criança eram anotados apenas no prontuário, as consultas das gestantes são registradas em quatro locais diferentes: no cartão da gestante, nas fichas do Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL) (no primeiro atendimento), no prontuário e no Livro da Gestante, que possui dados como a data de nascimento, data da última menstruação, telefone de contato e idade gestacional (registradas em todas as consultas, não somente na primeira). Com isso, há fácil acesso a algumas informações, entre as quais o número de pré-natais iniciados no primeiro trimestre, consultas em dia de acordo com calendário do Ministério da Saúde, solicitação dos exames preconizados na primeira consulta e situação vacinal.

Embora o indicador de cobertura demonstre que apenas 11% das gestantes encontrem-se acompanhadas, o número não é tão ruim quanto aparenta (em relação ao trabalho da equipe), uma vez que o cálculo foi realizado de acordo com a população total da área, sem levar em consideração o déficit de duas equipes.

Entre as poucas gestantes acompanhadas na Unidade até agora (numero crescente, uma vez que não houve médicos da família nem enfermeiros de novembro de 2013 a fevereiro de 2014), os indicadores encontram-se satisfatórios: 76% iniciaram-no no primeiro trimestre (as outras não tiveram oportunidade, pois a

UBS passou cerca de quatro meses sem realizar pré-natal, pelo motivo referido acima). Enquanto alguns indicadores demonstram boa qualidade da atenção ao pré-natal (100% com consultas em dia de acordo com calendário do Ministério da Saúde, solicitação na 1ª consulta dos exames laboratoriais preconizados, com vacinação conforme protocolo, prescrição de sulfato ferroso conforme protocolo, e orientação para aleitamento materno exclusivo), outros demonstram que ainda há falhas a serem superadas (como 0% cobertas com a saúde bucal e apenas 18% com exame ginecológico realizado por trimestre).

As consultas de puerpério seguem uma tendência semelhante ao pré-natal, pois possuem indicadores que demonstram boa qualidade (100% consultaram antes dos 42 dias de pós-parto; receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido; receberam orientações sobre aleitamento materno exclusivo; receberam orientação sobre planejamento familiar; tiveram as mamas examinadas), enquanto outros demonstram falhas na atenção, como o fato de nenhuma ter realizado exame ginecológico. O índice de cobertura foi de 66%, contribuindo para isso a visita dos ACS, que informam da necessidade desse tipo de consulta, e a presença de um pediatra na Unidade.

Quanto ao controle do câncer de mama e do câncer de colo de útero, os profissionais de saúde não orientam as mulheres da área de cobertura para o uso de preservativo em todas as relações sexuais e nem sobre os malefícios do tabagismo, por exemplo, (embora todos os profissionais aproveitem o contato para verificar a necessidade de prevenção do câncer de colo uterino). O que acabou de ser descrito demonstra uma falha de toda a equipe, uma vez que, segundo o *Caderno de Atenção Básica – Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama* (2013, p. 32-33) é atribuição comum a todos os profissionais:

Planejar e programar as ações de controle dos cânceres do colo do útero e da mama, com priorização segundo critérios de risco, vulnerabilidade e desigualdade; realizar ações de controle dos cânceres do colo do útero e da mama, com abordagem de promoção, prevenção, rastreamento/deteção precoce, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos.

O rastreamento do câncer de colo de útero utilizado na UBS é o oportunístico, pois ele é realizado pela ginecologista da Unidade quando se mostra necessário durante a consulta. Embora essa seja uma questão cuja mudança já foi estudada e discutida após a minha chegada, sua implantação não foi iniciada por causa da



reforma e por problemas decorrentes do meu Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), impedindo que o sistema informatizado aceitasse exames realizados por mim. Com o início da reforma, essa situação foi agravada porque as salas do local temporário não possuem macas apropriadas para a realização da coleta do exame citopatológico. Nesse sentido, a problemática apresentada deve ser rediscutida, uma vez que o rastreamento organizado é um item essencial na construção de uma cobertura de qualidade. *Caderno de Atenção Básica – Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama* (2013, p. 50) explica:

Uma consequência direta disso é que o programa de rastreamento vigente não tem controle sobre quem está fazendo os exames e tampouco sobre o intervalo em que os exames têm sido realizados. Esse cenário é típico de um programa oportunístico, ou seja, as normas vigentes não são seguidas, pois a maioria das mulheres realiza exames quando procura os serviços de saúde por alguma outra razão.

A Unidade também não realiza atividades com grupos de mulheres, não são realizadas ações para o controle do peso corporal, e nem são realizadas ações de estímulo à prática regular da atividade física. Todos esses itens demonstram que sua introdução deve ser discutida em reuniões da equipe, principalmente naquelas em que todos os profissionais encontram-se reunidos (se possível, com um representante dos usuários), uma vez que mudar essa realidade é responsabilidade de todos. Essa necessidade se faz ainda mais urgente quando analisamos que com base em amplo resumo sobre evidências científicas da relação entre alimentação, atividade física e prevenção de câncer, estima-se que é possível prevenir 28% dos casos de câncer de mama por meio da alimentação, nutrição, atividade física e gordura corporal adequada (Brasil, 2013). O rastreamento do câncer de mama também é oportunístico, trazendo com isso os mesmos problemas listados no câncer de colo de útero.

Algo que deve ser lembrado é que os programas que compõem a Atenção Básica não são compartimentos estanques e isolados entre si. Pelo contrário, devem haver várias interseções, de modo que as ações de prevenção do câncer possam ser realizadas no Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HiperDia) ou na Puericultura, por exemplo. Ainda segundo o *Caderno de Atenção Básica – Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama* (2013, p. 28):

Além de abordagens para grupos específicos (por exemplo, gestantes, mães de crianças em puericultura, idosas), é fundamental que os processos

educativos ocorram em todos os contatos da usuária com o serviço, estimulando-a a realizar os exames de acordo com a indicação.

Reitera-se, entretanto, que o grande problema observado em relação à UBS Novo Horizonte foi a falta de registro quanto ao controle dos cânceres de mama e colo do útero, o que impossibilitou o preenchimento de qualquer informação no *Caderno de ações programáticas*.

Primeiro porque esses cânceres são de alta relevância epidemiológica e social. Segundo porque ter esse registro é item **fundamental** para a produção de intervenções positivas na população da área de abrangência. Mais uma vez, cabe ressaltar que só podemos melhorar aquilo que nos preocupa, e só nos preocupamos com aquilo que conhecemos. Não à toa, o documento relativo ao controle desses cânceres evidencia que **é fundamental que a equipe conheça a sua população**, com cadastro sistemático de todos os usuários da sua área adstrita. A partir desse cadastro, ela deve conseguir identificar todas as mulheres da faixa etária prioritária, bem como identificar aquelas que têm risco aumentado para a doença. Ao realizar o cruzamento entre as mulheres que deveriam realizar o exame e as que o realizaram, é possível definir a cobertura e, a partir daí, pensar em ações para ampliar o acesso ao exame. Avaliar a cobertura do exame é tarefa fundamental das equipes. É importante lembrar que garantir a qualidade do registro das ações nos sistemas de informação vigentes também é atribuição comum a todos os profissionais.

Alguns trabalhos corroboram a importância de manter um registro de qualidade. Vasconcellos *et al.* (2008), embora estivessem referindo-se mais aos prontuários, nos escrevem que “(...) atualmente o registro é considerado critério de avaliação da qualidade da prestação de serviço de saúde, isto é, **a qualidade dos registros efetuados é reflexo da qualidade da assistência prestada**, sendo ponto chave para informar acerca do processo de trabalho”.

O segundo trabalho é o realizado por Franco (2011), que aborda (p. 117):

Nós, trabalhadores da saúde temos a necessidade de **conhecer o nosso público**, nosso território, suas interações neste meio ambiente, suas características sociais e muito mais; mas como fazê-lo? **Sem esta resposta, fica difícil planejar ações que sejam efetivas na mudança de uma dada realidade.**

Mais adiante, nos diz que (p. 118):

Os indicadores de saúde são usados como ferramenta para identificar, monitorar, avaliar ações e subsidiar as decisões do gestor. Através deles é possível identificar áreas de risco e evidenciar tendências. Além destes aspectos, é importante salientar que o acompanhamento dos resultados obtidos fortalece a equipe e auxilia no direcionamento das atividades, evitando assim o desperdício de tempo e esforços em ações não efetivas. **A informação é subsidio para o planejamento de uma equipe de trabalho.**

Quanto à hipertensão e diabetes, os índices de cobertura são semelhantes (15% para hipertensos e 16% para diabéticos), ambos baixos. Outro problema recorrente é que a equipe de saúde da UBS realiza atividades com grupos de adultos com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) de forma insatisfatória, e somente no âmbito da UBS. Não utiliza escolas, associação de bairro/comunitária, indústrias, igrejas, nem quaisquer outros espaços comunitários.

Dos hipertensos e diabéticos acompanhados, a análise dos indicadores de qualidade da atenção nos mostra que o serviço oferecido pode ser resumido como **irregular**. Se por um lado todos os hipertensos acompanhados possuem exames complementares periódicos em dia, com orientação sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável, não há dados que informem os outros itens, embora a partir de uma avaliação da equipe pode-se inferir (entretanto sem confirmar com porcentagens), que poucos realizam estratificação de risco cardiovascular por critério clínico e com avaliação da saúde bucal em dia, uma vez que por não haver odontólogo na Unidade, esse pilar da atenção é quase que completamente negligenciado. Fato semelhante ocorre com os diabéticos: muitos são orientados quanto à prática de atividade física regular e alimentação saudável, porém sofrem do mesmo problema referido anteriormente para os portadores de HAS.

Na UBS, são realizadas somente ações de orientação de hábitos alimentares saudáveis para os portadores de HAS e Diabetes Mellitus (DM). São negligenciadas as ações: controle do peso corporal; estímulo à prática regular da atividade física; orientação sobre os malefícios do consumo excessivo do álcool e uso do tabaco.

Essa deficiência do pilar de promoção em saúde ganha uma relevância ainda maior quando lembramos que cada uma dessas ações são imprescindíveis para os usuários hipertensos e diabéticos. Seguem-se trechos do *Caderno de Atenção Básica - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica* (2013, p. 37, 57, 58, 87):

A MEV (mudança do estilo de vida) tem como objetivo diminuir os fatores de risco para DCV e reduzir a pressão arterial. Deve-se iniciar um processo de educação em Saúde no qual a pessoa é motivada a adotar comportamentos que favoreçam a redução da pressão arterial. (...) O álcool é fator de risco reconhecido para hipertensão arterial e pode dificultar o controle da doença instalada. (...) A cessação do tabagismo pode diminuir rapidamente o risco de doença coronariana entre 35% e 40%. (...) A redução de peso é a medida não farmacológica mais efetiva para controlar a HAS.

O mesmo vale para o DM. Segundo o *Caderno de Atenção Básica - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus* (2013, p. 49, 129):

Todas as pessoas com DM, independente dos níveis glicêmicos, deverão ser orientados sobre a importância da adoção de medidas para MEV para a efetividade do tratamento. (...) O exercício físico regular melhora o controle glicêmico, diminui os fatores de risco para doença coronariana, contribui para a perda de peso, melhora o bem-estar, além de prevenir DM tipo 2 em indivíduos de alto risco.

Nesse contexto, é importante lembrar que uma consulta médica ou do enfermeiro não é suficiente para provocar essa mudança, por si só. As atividades em grupo servem para retirada de dúvidas, reversão de angústias, e consiste em oportunidade que permite o relato da positividade da MEV por usuários que começaram a praticarem-na. Em reuniões futuras da equipe, deve-se discutir o porquê desta parcela tão importante da população ser impossibilitada de exercer a plenitude do seu co-protagonismo.

Após sintetizar muitos dos problemas descritos até aqui para outras ações programáticas, pode-se incluir que se propõe **que as intervenções em saúde ampliem seu escopo**, tomando como objeto os problemas e necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e àqueles que visem o **espaço para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde**, incidindo sobre as condições de vida e **favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e coletividades no território onde vivem e trabalham** (Brasil, 2006).

Outro problema cuja governabilidade deve ser prioritária é a falta de registro quanto à realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, pois usa-lo constitui um importante guia para designar o acompanhamento de muitos usuários, servindo ao menos como um parâmetro, uma vez que o retorno deve ser

anual para aqueles com baixo risco, semestral para os intermediários e trimestral para os que possuem alto risco. Ainda nesse contexto, também faltam registros quanto à quantidade de usuários com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos três meses, além de deficiência no atendimento em relação a exame físico dos pés. Torna-se essencial reverter essa falha, pois estudos estimam que a úlcera de membros inferiores é responsável por 40% a 70% das amputações não traumáticas desses membros. A prevenção, por meio do exame frequente dos pés de pessoas com DM, realizado pelo médico ou pela enfermeira da Atenção Básica, é de vital importância para a redução das complicações. Não à toa, recomenda-se que **todos** os diabéticos realizem o exame dos pés anualmente. Nesse momento, convém lembrar que a **longitudinalidade** é um grande aliado da Atenção Básica.

No que concerne à Saúde do Idoso, o tema é de relevância na Atenção Básica principalmente quando lembramos que a população brasileira vem passando por um processo de envelhecimento, devido à queda da taxa de fecundidade e diminuição do coeficiente de mortalidade. Torna-se essencial, portanto, uma atenção de ampla cobertura e boa qualidade para aqueles que já ultrapassaram os 60 anos de idade. Por serem indivíduos cujos problemas de saúde possam se apresentar de maneira insidiosa, deve-se realizar a busca ativa de alterações (que muitas vezes não são levadas em consideração pelo próprio idoso). Assim, é uma deficiência de primeira ordem que apenas 33% dos idosos estejam cobertos na UBS Novo Horizonte. Apesar de a área trabalhar com déficit de duas equipes, o percentual de idosos das áreas cobertas é de cerca de 12%, conferindo um dado adicional de sua importância.

Na Unidade, não há atendimento específico a essa faixa etária, sendo prioritariamente encaixados nos dias de atendimento a hipertensos e diabéticos. Se por um lado, há uma vantagem, já que são atendidos a qualquer dia, em qualquer turno, por outro há uma desvantagem: a de dificultar a promoção de saúde entre aqueles que compõem esse grupo. Segundo o *Caderno de Atenção Básica - Envelhecimento e saúde da pessoa idosa* (2006, p.23):

Um grupo é constituído a partir de interesses e temas em comum. É um espaço possível e privilegiado de rede de apoio e um meio para discussão das situações comuns vivenciadas no dia-a-dia. Permite descobrir potencialidades e trabalhar a vulnerabilidade e, conseqüentemente, eleva a autoestima. O trabalho em grupos possibilita a ampliação do vínculo entre equipe e pessoa idosa, sendo um espaço complementar da consulta

individual, de troca de informações, de oferecimento de orientação e de educação em saúde.

Esse pilar da atenção, portanto, deve ser garantido à população.

A Atenção Básica não abrange simplesmente diagnóstico e tratamento de doenças. Assim, encaixá-los no HiperDia corresponderia a encaixar a Puericultura em um dia fictício de “Resfriados e Diarreias”, que são doenças muito comuns em lactentes. “Grande parte das equipes que trabalham com as atividades de grupos considera que os idosos estão incluídos nos grupos de hipertensão e diabetes, fato que reforça o tratamento do envelhecimento natural como doença, o que não é verídico”. Essa noção do atendimento **integral** aos idosos deve ser estendida e discutida com toda a equipe, uma vez que não só o médico ou a enfermeira, por exemplo, são capazes de garantir a **integralidade** aos usuários, essencial nos processos que envolvem a Saúde da Família. Sala *et al* (2011) nos dizem:

Uma das acepções de integralidade (Mattos, 2004) pode ser tomada como a articulação entre promoção, prevenção, recuperação da saúde, que são postas para a realização do cuidado em saúde por meio de ações que se estruturam em um mesmo espaço, com a constituição de saberes e de ações que se interpenetram. Concorrem aí os saberes técnicos e as práticas dos diferentes profissionais que atuam diretamente no cuidado em saúde.

Tendo em vista o que foi relatado no último parágrafo, é de se esperar que ocorram deficiências como a falta de informações acerca de orientação nutricional e orientação para realização de atividades físicas. Embora todos os profissionais façam esse tipo de orientação, não se sabe quem as está recebendo. O *Caderno de Atenção Básica - Envelhecimento e saúde da pessoa idosa* (2006, p.21) evidencia que:

A inatividade física é um dos fatores de risco mais importantes para as doenças crônicas, associadas a dieta inadequada e uso do fumo. É bastante prevalente a inatividade física entre os idosos. (...) É preciso lembrar que saúde não é apenas uma questão de assistência médica e de acesso a medicamentos. A promoção de "estilos de vida saudáveis" é encarada pelo sistema de saúde como uma ação estratégica.

Ainda em relação a não execução dessa integralidade, medidas simples podem ser tomadas, como garantir que todos os idosos acompanhados tenham acesso à caderneta específica (apenas cerca de 9% na área a possuem), que ajudam a evitar problemas como iatrogenias associadas à polifarmácia. O mesmo *Caderno* citado no parágrafo anterior diz (p. 58):

Racionalizar o uso de medicamentos e evitar os agravos advindos da polifarmácia e da iatrogenia serão, sem dúvida, um dos grandes desafios da saúde pública desse século. Para facilitar essa prática, a Caderneta de Saúde da Pessoa permitirá o registro das principais medicações em uso, auxiliando no atendimento das pessoas idosas.

### **1.3. Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional**

O primeiro comentário que se faz necessário é: o texto inicial já é capaz de detectar certas deficiências da Unidade, entretanto essa detecção acontece mais a partir de sensações empíricas, e não baseadas em algum metodismo ou comparações a padrões mínimos aceitáveis.

Assim, o empirismo guia o texto inicial (feito antes da Análise Situacional em si), contendo frases como “a farmácia parece ter um abastecimento errático: a última remessa de medicamentos chegou em 15 de janeiro, de forma que muitos medicamentos não se encontram disponíveis”. Sabe-se que há medicações em falta, mas *quais* delas deveriam realmente chegar à Unidade? No Relatório da Análise Situacional, por sua vez, são até mesmo citados exemplos, como o ácido fólico e o captopril, incluídos no RENAME. Assim, as atividades que possibilitaram a criação do Relatório permitem uma análise mais crítica e madura sobre a situação na qual estou inserido.

Outra questão chave de evolução ocorre a partir do maior embasamento observado no segundo item: se no texto inicial, as ideias são externadas de modo mais simples (“O acolhimento é feito sem discriminação de raça, sexo, idade, cor, religião etc. Todos são ouvidos.”), no Relatório elas são também comparadas/alinhadas com os pensamentos de vários autores, fortificando o que se foi afirmado (ainda sobre o acolhimento, são utilizadas três citações diferentes).

Há, ainda, fragmentos textuais que demonstram os dois itens de evolução empregados de uma só vez: tanto a análise criteriosa para fundamentação da crítica, quanto a comparação com ideias de outros autores. Exemplo claro disso ocorre quando afirmo, no texto inicial: “a Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) onde estou trabalhando encontra-se numa antiga residência familiar. Assim, por motivos óbvios, os seus compartimentos não foram pensados para abrigar a

estrutura necessária para uma UBSF”. No Relatório, por sua vez, utilizei citação de Siqueira (2009) para aprofundar o raciocínio, quando o autor diz: “Muitas UBS são instaladas em prédios improvisados, que estavam disponíveis nas comunidades e não apresentam uma construção específica para atender as necessidades de todos os usuários e mesmo dos profissionais que lá trabalham”.

Essa percepção também demonstra a importância de se conhecer os processos que envolvem a construção de um serviço ideal (ou ao menos próximo disso). A análise do texto de Siqueira (2009), por exemplo, para a utilização adequada de citações desse autor, permitiu perceber que as deficiências são maiores do que se aparentavam, a princípio, e para buscá-las é preciso ter conhecimento de que elas existem.

Ao reunirmos todos esses fatores, conclui-se que o conhecimento adquirido durante a Análise Situacional cria uma base sólida, inexistente naquela segunda semana de ambientação, de forma a propiciar uma intervenção efetiva sobre a realidade da Unidade Básica de Saúde. Como observado nessas semanas, a deficiência das ações de saúde nas escolas e a falta das salas de saúde bucal no projeto de reforma instigaram os profissionais a procurarem mudar o panorama de deficiência da qualidade da atenção. Esses exemplos são importantes porque endossam que o embasamento para a produção de mudanças não ocorre somente na área escolhida para a intervenção, mas sim em diversos setores do processo de atividade da UBS.

## **2 Análise estratégica – Projeto de Intervenção**

### **2.1. Justificativa**

A área programática de Hipertensão e Diabetes é de elevada importância por diversos fatores. Primeiro essas doenças possuem elevada prevalência no Brasil (principalmente a HAS, que afeta 32% dos adultos, mais de 50% dos indivíduos entre 60 e 69 anos, e 75% da população com mais de 70 anos) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Segundo, constituem fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, como doenças isquêmicas,



cardíaca e cerebrovascular. Esse item ganha ainda mais relevância quando analisamos que as doenças circulatórias são a principal causa de morte no Brasil, em todas as regiões. Além disso, a HAS e o DM são responsáveis por produzir uma série de comorbidades, entre as quais inclui: demência vascular, nefropatias, neuropatia diabética. São, portanto, potenciais redutores da qualidade e da expectativa de vida da população, principalmente quando descontroladas. “Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico e 47% por doença isquêmica do coração), predominantemente em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais de 50% em indivíduos entre 45 e 69 anos” (WILLIAMS, 2010, p. 66-73). Finalmente, a melhoria no diagnóstico e no tratamento dos hipertensos “(...) é atribuída à implementação de um sistema de Saúde baseado na Atenção Básica” (BRASIL, 2013, p. 20), e o Diabetes Mellitus “é um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares” (ALFRADIQUE, 2009).

Para auxiliar o processo de intervenção, a Unidade conta com um salão de espera, onde poderão ser realizadas atividades educativas, três consultórios médicos, recepção (principal área de acolhimento, onde começa a educação em saúde dentro da Unidade, já que os dispositivos comunitários também devem ser utilizados com esse intuito). Quanto aos recursos humanos, possui dois médicos em saúde da família, um pediatra, uma ginecologista e um clínico geral; dois enfermeiros; uma nutricionista; quatro técnicos de enfermagem; e a diretora da UBS, que também participa de várias ações, incluindo planejamento e monitoramento. A equipe é responsável por aproximadamente 10125 pessoas.

Caracterizando a população específica da área de intervenção, há 2099 hipertensos (sendo que apenas 315 – 15% – são acompanhados na Unidade) e 600 diabéticos (com índice de cobertura de 16%). A adesão desses usuários não pode ser quantificada devido a problemas no registro de informações, explicitados no Relatório da Análise Situacional. No que concerne à qualidade da atenção à saúde, todos os hipertensos possuem exames periódicos em dia, e são orientados sobre a prática regular de exercícios físicos e dieta saudável, embora tais orientações ocorram apenas no âmbito das consultas médicas, de enfermagem e nutrição, pouco se utilizando das reuniões de grupo. Para os diabéticos, entretanto, a

qualidade é inferior: 18% não possuem exames periódicos em dia, apenas 15% possuem exame físico dos pés nos últimos três meses, 13% com medida da sensibilidade dos pés no último trimestre, e 82% com orientações sobre dieta e exercício físico.

Considerando as informações acima descritas, acredita-se que a intervenção a ser realizada possui três grandes pilares de importância: o primeiro deles é que atingirá uma grande parcela da população da área adstrita, uma vez que há bastante hipertensos e diabéticos; segundo que produzirá uma melhoria (assim se espera) na qualidade de vida dos habitantes, uma vez que as medidas na qualidade do atendimento são de fácil execução; por fim, trará consigo uma melhoria substancial nos registros da Unidade. É oportuno lembrar que a qualidade do registro é uma medida reproduzível, isto é, pode ser estendida no futuro às outras ações programáticas, tendo como base o modelo a ser desenvolvido futuramente para a HAS e o DM. O envolvimento da equipe ajudará a implantar e solidificar essas mudanças, de modo que nas reuniões realizadas até agora, alguns deles já externaram ideias para facilitar o processo. Nos primeiros pensamentos acerca da intervenção, a tecnologia de informática ganha papel de destaque, uma vez que as minhas competências, aliadas às de um ACS em específico, como citado anteriormente, ajudariam na questão organizacional.

## **2.2. Objetivos e Metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Este projeto tem como objetivo geral melhorar a atenção aos hipertensos e diabéticos da Unidade de Saúde da Família Novo Horizonte, no município de Natal, Rio Grande do Norte.

Embora constituam os princípios do SUS, a universalidade, a integralidade e a equidade estão longe de serem alcançados em muitas das Unidades com Estratégia de Saúde da Família pelo país. Embora a ESF tenha sido implantada na Unidade Novo Horizonte apenas em julho de 2014, os princípios há pouco citados não estão sendo garantidos aos usuários. Obviamente, essa deficiência ecoa sobre a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos. Tentando garantir que os

usuários possam exercer seus direitos, encontram-se a seguir os objetivos e metas a serem buscados com o projeto de intervenção.

### **2.2.2 Objetivos específicos**

1. Ampliar a cobertura a hipertensos e diabéticos;
2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos;
3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa;
4. Melhorar o registro das informações;
5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular;
6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

### **2.2.3. Metas**

#### **Objetivo 1: Cobertura:**

Meta 1.1: Cadastrar 25% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde;

Meta 1.2: Cadastrar 25% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde;

#### **Objetivo 2: Qualidade**

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos;

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos;

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo;

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo;

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde;

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos;

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos;

### **Objetivo 3: Adesão**

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada;

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada;

### **Objetivo 4: Registro**

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde;

### **Objetivo 5: Avaliação de risco**

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde;

### **Objetivo 6: Promoção da saúde**

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos;

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos;

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos;

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos;

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos;

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos;

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos;

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

## **2.3. Metodologia**

### **2.3.1. Ações**

**OBJETIVO 1:** Ampliar a cobertura a hipertensos e diabéticos.

**Meta 1.1:** Cadastrar 25% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

#### **Eixo Monitoramento e Avaliação**

*Ação:* Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

*Detalhamento da Ação:* revisar quinzenalmente o número de hipertensos cadastrados para avaliar se o ritmo de crescimento da cobertura encontra-se adequado à intervenção proposta.

#### **Eixo Organização e Gestão do Serviço**

*Ação:* Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.

*Detalhamento da Ação:* detecção quinzenal de falha nos registros caso alguma deficiência seja detectada.

*Ação:* Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS.

*Detalhamento da Ação:* possibilitar um acolhimento adequado em todos os ambientes da Unidade, servindo também como um meio de espalhar informações sobre o serviço e sobre a doença, para reverter expectativas que não podem aguardar uma consulta médica.

*Ação:* Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

*Detalhamento da Ação:* revisão periódica dos equipamentos, tanto por órgãos oficiais (como o Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia – INMETRO) quanto pela detecção de problemas pela própria equipe.

## **Eixo Engajamento Público**

*Ação:* Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

*Detalhamento da Ação:* a informação será passada para a comunidade sem limites temporais ou de espaço, através de carro de som, no acolhimento (mesmo quando a visita tiver ocorrido por outro motivo), nas visitas domiciliares dos ACS, nas consultas médicas e de enfermagem (mesmo que não seja um hipertenso ou diabético, uma vez que todos conhecem alguém com essas afecções, da família ou vizinhos).

*Ação:* Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

*Detalhamento da Ação:* a informação também ocorrerá pelos meios explicitados acima, independente da via de transmissão: boca-a-boca, cartazes na Unidade, consultas clínicas etc.

*Ação:* Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

*Detalhamento da Ação:* engajamento contínuo acerca da importância da detecção precoce da DM na situação descrita, a fim de proporcionar melhor qualidade de vida e prevenção de complicações da doença. Como a UBS recebe bastantes visitas diariamente (não somente das pessoas que serão consultadas), o acolhimento terá papel essencial nesta ação.

*Ação:* Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

*Detalhamento da Ação:* sendo a prevenção primária um dos pilares da atenção básica, as orientações sobre os fatores de risco serão realizadas em TODOS os contatos entre a equipe e o usuário, independente inclusive do trabalho em si (muitas vezes os usuários, nas caminhadas pelas ruas, nos param para tirar dúvidas, por exemplo).

## **Eixo Qualificação da Prática Clínica**

*Ação:* Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

*Detalhamento da Ação:* explicar os procedimentos para o cadastramento de hipertensos, liderado pela enfermeira da equipe, em reunião que será realizada em data ainda a ser escolhida (a enfermeira estará de licença-maternidade em alguns dias).

*Ação:* Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

*Detalhamento da Ação:* a capacitação será realizada por mim mesmo, em dia de reunião do Colegiado, em que há a maior quantidade de profissionais reunidos. Após duas semanas, aproveitando outra reunião do Colegiado, solicitar que os profissionais externem quaisquer dúvidas para garantir que o conhecimento foi consolidado (por isso a diferença de tempo).

**Meta 1.2:** Cadastrar 25% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

### **Eixo Monitoramento e Avaliação**

*Ação:* Monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

*Detalhamento da Ação:* revisar quinzenalmente o número de diabéticos cadastrados para avaliar se o ritmo de crescimento da cobertura encontra-se adequado à intervenção proposta.

### **Eixo Organização e Gestão do Serviço**

*Ação:* Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.

*Detalhamento da Ação:* detecção quinzenal de falha nos registros caso alguma deficiência seja detectada.

*Ação:* Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de diabetes.

*Detalhamento da Ação:* possibilitar um acolhimento adequado em todos os ambientes da Unidade, servindo também como um meio de espalhar informações sobre o serviço e sobre a doença, para reverter expectativas que não podem aguardar uma consulta médica.

*Ação:* Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

*Detalhamento da Ação:* solicitar junto à gestão municipal o envio de quantidade adequada do material para realização do hemoglicoteste, uma vez que o principal problema atual na UBS é a sua insuficiência.

### **Eixo Engajamento Público**

*Vide a Meta 1.1* (as ações da planilha são compartilhadas para a HAS e o DM).

### **Eixo Qualificação da Prática Clínica**

*Ação:* Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

*Detalhamento da Ação:* explicar os procedimentos para o cadastramento de diabéticos, liderado pela enfermeira da equipe, em reunião que será realizada em data ainda a ser escolhida (a enfermeira estará de licença-maternidade em alguns dias).

*Ação:* Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

*Detalhamento da Ação:* realização de duas reuniões: a primeira, quando a maior parte da equipe encontra-se reunida, para a capacitação em si. Após duas semanas, aproveitando reunião do Colegiado, segunda reunião em que será solicitado que os profissionais externem quaisquer dúvidas para garantir que o conhecimento foi consolidado (por isso a diferença de tempo).

**OBJETIVO 2:** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

***Meta 2.1:*** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

### **Eixo Monitoramento e Avaliação**

*Ação:* Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos.

*Detalhamento da Ação:* análise diária dos prontuários ao final de cada turno de trabalho, continuamente e independente dos atendimentos de hipertensos e diabéticos.



## **Eixo Organização e Gestão do Serviço**

*Ação:* Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos.

*Detalhamento da Ação:* reunião com todos os integrantes da equipe para designação dos seus papéis em relação ao exame clínico.

*Ação:* Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

*Detalhamento da Ação:* reunião para discussão das atribuições profissionais específicas e as comuns e analisar as dificuldades individuais de cada integrante.

*Ação:* Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

*Detalhamento da Ação:* atrelar a atualização dos profissionais ao fim de cada semestre, e antecipá-la caso haja alguma atualização de maior importância.

*Ação:* Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

*Detalhamento da Ação:* solicitar à gestão municipal os protocolos mais atualizados da HAS.

## **Eixo Engajamento Público**

*Ação:* Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

*Detalhamento da Ação:* designar o tempo necessário nas consultas médicas e acolhimento para o repasse dessas informações, além de garantir que os ACS também espalhem essas informações na comunidade, nas visitas domiciliares.

## **Eixo Qualificação da Prática Clínica**

*Ação:* Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

*Detalhamento da Ação:* em reunião do Colegiado, no mês de agosto (sem data definida, por ora), avaliar a capacidade clínica de cada profissional, e a partir das deficiências, buscar revertê-las.

**Meta 2.2:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

### **Eixo Monitoramento e Avaliação**

*Ação:* Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes diabéticos.

*Detalhamento da Ação:* análise diária dos prontuários ao final de cada turno de trabalho, continuamente e independente dos atendimentos de hipertensos e diabéticos.

### **Eixo Organização e Gestão do Serviço**

*Ação:* Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes diabéticos.

*Detalhamento da Ação:* reunião com todos os integrantes da equipe para designação dos seus papéis em relação ao exame clínico.

*Ação:* Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

*Detalhamento da Ação:* reunião para discussão das atribuições profissionais específicas e as comuns e analisar as dificuldades individuais de cada integrante.

*Ação:* Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

*Detalhamento da Ação:* atrelar a atualização dos profissionais ao fim de cada semestre, e antecipa-la caso haja alguma atualização de maior importância.

*Ação:* Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

*Detalhamento da Ação:* solicitar à gestão municipal os protocolos mais atualizados do DM.

### **Eixo Engajamento Público**

*Ação:* Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

*Detalhamento da Ação:* designar o tempo necessário nas consultas médicas e acolhimento para o repasse dessas informações, além de garantir que os ACS também espalhem essas informações na comunidade, nas visitas domiciliares.

### **Eixo Qualificação da Prática Clínica**

*Ação:* Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

*Detalhamento da Ação:* em reunião do Colegiado, no mês de agosto, avaliar a capacidade clínica de cada profissional, e a partir das deficiências, buscar revertê-las.

**Meta 2.3:** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

### **Eixo Monitoramento e Avaliação**

*Ação:* Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde. / Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

*Detalhamento da Ação:* melhoria dos registros nos prontuários, de forma que a cada nova consulta, qualquer profissional (e não só o médico) possa ter acesso à informação da necessidade de exames protocolares de acordo com a periodicidade recomendada.

### **Eixo Organização e Gestão do Serviço**

*Ação:* Garantir a solicitação dos exames complementares.

*Detalhamento da Ação:* melhoria dos registros nos prontuários, anotando a próxima necessidade de cada exame.

*Ação:* Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

*Detalhamento da Ação:* busca ativa com os responsáveis organizacionais do Distrito Oeste os motivos pelos quais alguns exames demoram para serem realizados e/ou recebidos.

*Ação:* Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

*Detalhamento da Ação:* criação de um sistema digital simples de conferência, em que usuários com exames atrasados apareçam em vermelho após sete dias de sua não realização.

### **Eixo Engajamento Público**

*Ação:* Orientar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares. / Orientar os pacientes e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

*Detalhamento da Ação:* realizar essas orientações em todas as consultas, independente do turno (e das atividades destinadas aos hipertensos e diabéticos) e principalmente no acolhimento, uma vez que muitos dos usuários chegam à Unidade com o intuito de apenas renovar receitas de anti-hipertensivos.

### **Eixo Qualificação da Prática Clínica**

*Ação:* Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

*Detalhamento da Ação:* estabelecido o protocolo de exames, garantir que a equipe saiba analisar o prontuário e o SI-NH para detectar os usuários que necessitem.

**Meta 2.4:** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

### **Eixo Monitoramento e Avaliação**

*Ação:* Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde. / Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

*Detalhamento da Ação:* melhoria dos registros nos prontuários, de forma que a cada nova consulta, qualquer profissional (e não só o médico) possa ter acesso à informação da necessidade de exames protocolares de acordo com a periodicidade recomendada.

### **Eixo Organização e Gestão do Serviço**

*Ação:* Garantir a solicitação dos exames complementares.

*Detalhamento da Ação:* melhoria dos registros nos prontuários, anotando a próxima necessidade de cada exame.

*Ação:* Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

*Detalhamento da Ação:* busca ativa com os responsáveis organizacionais do Distrito Oeste os motivos pelos quais alguns exames demoram para serem realizados e/ou recebidos.

*Ação:* Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

*Detalhamento da Ação:* criação de um sistema digital simples de conferência, em que usuários com exames atrasados apareçam em vermelho após sete dias de sua não realização.

### **Eixo Engajamento Público**

*Ação:* Orientar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares. / Orientar os pacientes e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

*Detalhamento da Ação:* realizar essas orientações em todas as consultas, independente do turno (e das atividades aos hipertensos e diabéticos) e principalmente no acolhimento, uma vez que muitos dos usuários chegam à Unidade com o intuito de apenas renovar receitas de anti-hipertensivos.

### **Eixo Qualificação da Prática Clínica**

*Ação:* Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

*Detalhamento da Ação:* estabelecido o protocolo de exames, garantir que a equipe saiba analisar o prontuário e o SI-NH para detectar os usuários que necessitem. As dúvidas serão dirimidas continuamente, nas reuniões ordinárias de equipe, principalmente por mim e pela enfermeira.

**Metas 2.5 e 2.6:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **Eixo Monitoramento e Avaliação**

*Ação:* Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HiperDia.

*Detalhamento da Ação:* garantir a continuidade da rede de comunicação entre equipe e usuários já existente na Unidade, de forma que sempre que um medicamento tem acesso dificultado, a equipe tem conhecimento. Além disso,

estender a comunicação (que já iniciei) com a farmácia que serve de referência para muitos habitantes da área.

### **Eixo Organização e Gestão do Serviço**

*Ação:* Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

*Detalhamento da Ação:* adequar o estoque da farmácia aos medicamentos mais comumente prescritos, dando prioridade a eles. Anotar diariamente quais medicamentos forem prescritos para que essa adaptação possa ser feita com mais fidedignidade à realidade.

*Ação:* Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

*Detalhamento da Ação:* além da anotação diária referida acima, a farmácia da Unidade passará a separar as receitas que contenham anti-hipertensivos para melhor controle.

### **Eixo Engajamento Público**

*Ação:* Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

*Detalhamento da Ação:* ampliar o que também já vem sendo realizado na Unidade, de forma que qualquer profissional seja capaz de fornecer essas informações, incluindo as farmácias mais próximas que façam parte da Farmácia Popular e atualização da disponibilidade dos medicamentos na própria Unidade.

### **Eixo Qualificação da Prática Clínica**

*Ação:* Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

*Detalhamento da Ação:* discussão de protocolo atual com a equipe sobre o tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica.

*Ação:* Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

*Detalhamento da Ação:* reunião para avaliar o conhecimento dos direitos dos usuários acerca do recebimento de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, e a partir das deficiências, consertá-las (já que muitos sabem dessa necessidade, mas não conhecem a fundo as alternativas).

**OBJETIVO 3:** Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

**Meta 3.1:** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

### **Eixo Monitoramento e Avaliação**

*Ação:* Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

*Detalhamento da Ação:* criação de um sistema digital simples de conferência (nome provisório: SI-NH), alertando sobre os usuários faltosos.

### **Eixo Organização e Gestão do Serviço**

*Ação:* Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

*Detalhamento da Ação:* os ACS terão turnos específicos apenas para busca de usuários faltosos, e os médicos e enfermeiros também os incluirão em suas visitas clínicas.

*Ação:* Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

*Detalhamento da Ação:* designar parte da demanda agendada para o atendimento dos faltosos.

### **Eixo Engajamento Público**

*Ação:* Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

*Detalhamento da Ação:* utilizar as visitas domiciliares, o acolhimento e as consultas médicas e de enfermagem como interação equipe-usuário que sirvam como educadoras do processo de saúde-doença.

*Ação:* Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).

*Detalhamento da Ação:* as reuniões do Colegiado, que já possuem representante dos usuários, servirão como ambiente de escuta dessas estratégias.

*Ação:* Esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

*Detalhamento da Ação:* utilizar as visitas domiciliares, o acolhimento e as consultas médicas e de enfermagem como interação equipe-usuário que sirvam como educadoras do processo de saúde-doença.

### **Eixo Qualificação da Prática Clínica**

*Ação:* Treinar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

*Detalhamento da Ação:* treinamento individual por ACS, um por dia, e retirada de dúvidas em grupo, com o intuito de estimular o debate.

**Meta 3.2:** Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

### **Eixo Monitoramento e Avaliação**

*Ação:* Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

*Detalhamento da Ação:* criação de um sistema digital simples de conferência (nome provisório: SI-NH), alertando sobre os usuários faltosos.

### **Eixo Organização e Gestão do Serviço**

*Ação:* Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

*Detalhamento da Ação:* os ACS terão turnos específicos apenas para busca de usuários faltosos, e os médicos e enfermeiros também os incluirão em suas visitas clínicas.

*Ação:* Organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

*Detalhamento da Ação:* designar parte da demanda agendada para o atendimento dos faltosos.

### **Eixo Engajamento Público**

*Ação:* Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.



*Detalhamento da Ação:* utilizar as visitas domiciliares, o acolhimento e as consultas médicas e de enfermagem como interação equipe-usuário que sirvam como educadoras do processo de saúde-doença.

*Ação:* Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes (se houver número excessivo de faltosos).

*Detalhamento da Ação:* as reuniões do Colegiado, que já possuem representante dos usuários, servirão como ambiente de escuta dessas estratégias.

*Ação:* Esclarecer aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

*Detalhamento da Ação:* utilizar as visitas domiciliares, o acolhimento e as consultas médicas e de enfermagem como interação equipe-usuário que sirvam como educadoras do processo de saúde-doença.

### **Eixo Qualificação da Prática Clínica**

*Ação:* Treinar os ACS para a orientação de diabetes quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

*Detalhamento da Ação:* treinamento individual por ACS, um por dia, e retirada de dúvidas em grupo, com o intuito de estimular o debate.

---

### **OBJETIVO 4: Melhorar o registro das informações.**

**Meta 4.1:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

### **Eixo Monitoramento e Avaliação**

*Ação:* Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.

*Detalhamento da Ação:* avaliação dos registros (principalmente a partir do livro específico para hipertensos e diabéticos).

### **Eixo Organização e Gestão do Serviço**

*Ação:* Manter as informações do SIAB atualizadas.

*Detalhamento da Ação:* avaliação mensal dos registros específicos do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), no relatório mensal.

*Ação:* Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.

*Detalhamento da Ação:* criação de um livro de registro específico para hipertensos e diabéticos.

*Ação:* Pactuar com a equipe o registro das informações.

*Detalhamento da Ação:* capacitar toda a equipe para registrar as informações necessárias, facilitando a visualização no livro acima referido.

*Ação:* Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

*Detalhamento da Ação:* a definição já ocorreu. Na reunião do Colegiado do dia 3 de julho, buscar-se-á a reafirmação do compromisso.

*Ação:* Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

*Detalhamento da Ação:* o SI-NH (nome provisório) será o pilar organizacional dessa ação.

### **Eixo Engajamento Público**

*Ação:* Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

*Detalhamento da Ação:* essa orientação ocorrerá a partir de qualquer interface equipe-usuário, INDEPENDENTE do motivo pelo qual o usuário tenha visitado a Unidade.

### **Eixo Qualificação da Prática Clínica**

*Ação:* Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso.

*Detalhamento da Ação:* treinamento de rápida execução, para o preenchimento do livro específico, bem como o SI-NH.

*Ação:* Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

*Detalhamento da Ação:* capacitação a ser realizada, focando na análise das dificuldades individuais nas reuniões ordinárias da equipe.

**Meta 4.2:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **Eixo Monitoramento e Avaliação**

*Ação:* Monitorar a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

*Detalhamento da Ação:* avaliação dos registros (principalmente a partir do livro específico para hipertensos e diabéticos).

### **Eixo Organização e Gestão do Serviço**

*Ação:* Manter as informações do SIAB atualizadas.

*Detalhamento da Ação:* avaliação mensal dos registros específicos do SIAB, no relatório mensal.

*Ação:* Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.

*Detalhamento da Ação:* criação de um livro de registro específico para hipertensos e diabéticos.

*Ação:* Pactuar com a equipe o registro das informações.

*Detalhamento da Ação:* capacitar toda a equipe para registrar as informações necessárias, facilitando a visualização no livro acima referido.

*Ação:* Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

*Detalhamento da Ação:* a definição já ocorreu. Na reunião do Colegiado do dia 3 de julho, buscar-se-á a reafirmação do compromisso.

*Ação:* Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

*Detalhamento da Ação:* o SI-NH será o pilar organizacional dessa ação.

### **Eixo Engajamento Público**

*Ação:* Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

*Detalhamento da Ação:* essa orientação ocorrerá a partir de qualquer interface equipe-usuário, INDEPENDENTE do motivo pelo qual o usuário tenha visitado a Unidade.

### **Eixo Qualificação da Prática Clínica**

*Ação:* Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do diabético.

*Detalhamento da Ação:* treinamento de rápida execução, para o preenchimento do livro específico, bem como o SI-NH.

*Ação:* Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

*Detalhamento da Ação:* capacitação a ser realizada, focando na análise das dificuldades individuais nas reuniões ordinárias da equipe.

---

### **OBJETIVO 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular**

**Meta 5.1:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

### **Eixo Monitoramento e Avaliação**

*Ação:* Monitorar o número de pacientes hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

*Detalhamento da Ação:* a monitorização será feita a partir da análise dos prontuários das consultas médicas e do SI-NH (já explicado anteriormente).

### **Eixo Organização e Gestão do Serviço**

*Ação:* Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco.

*Detalhamento da Ação:* priorizar o atendimento de alto risco através de consulta rápida ao livro de hipertensos e diabéticos (a ser implantado) e/ou ao SI-NH.

*Ação:* Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

*Detalhamento da Ação:* devido a mudanças constantes de ambiente (a UBS ainda encontra-se em reforma), a agenda não pode por ora garantir um dia específico para essa demanda.

### **Eixo Engajamento Público**

*Ação:* Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

*Detalhamento da Ação:* orientação a partir de qualquer interação entre o usuário e os profissionais da equipe, independente do nível de complexidade do atendimento.

*Ação:* Esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

*Detalhamento da Ação:* ampliar a interdisciplinaridade do atendimento.

### **Eixo Qualificação da Prática Clínica**

*Ação:* Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo. / Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação. / Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

*Detalhamento da Ação:* Como essas ações requerem minúcias mais difíceis de serem compreendidas, a capacitação será realizada em um grande dia destinado somente a elas.

**Meta 5.2:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **Eixo Monitoramento e Avaliação**

*Ação:* Monitorar o número de pacientes diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

*Detalhamento da Ação:* a monitorização será feita a partir da análise dos prontuários das consultas médicas e do SI-NH (já explicado anteriormente).

### **Eixo Organização e Gestão do Serviço**

*Ação:* Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco.

*Detalhamento da Ação:* priorizar o atendimento de alto risco através de consulta rápida ao livro de acompanhamento dos hipertensos e diabéticos (a ser implantado) e/ou ao SI-NH.

*Ação:* Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

*Detalhamento da Ação:* devido a mudanças constantes de ambiente (a UBS ainda encontra-se em reforma), a agenda não pode por ora garantir um dia específico para essa demanda.

### **Eixo Engajamento Público**

*Ação:* Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

*Detalhamento da Ação:* orientação a partir de qualquer interação entre o usuário e os profissionais da equipe, independente do nível de complexidade do atendimento.

*Ação:* Esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

*Detalhamento da Ação:* ampliar a interdisciplinaridade do atendimento.

### **Eixo Qualificação da Prática Clínica**

*Ação:* Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação do pé. / Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação. / Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

*Detalhamento da Ação:* Como essas ações requerem minúcias mais difíceis de serem compreendidas, a capacitação será realizada em um grande dia destinado somente a elas.

### **OBJETIVO 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos**

**Metas 6.1 e 6.2:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos.

### **Eixo Monitoramento e Avaliação**

*Ação:* Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.

*Detalhamento da Ação:* monitorização a partir da análise dos prontuários e do livro específico de acompanhamento dos hipertensos e diabéticos.

### **Eixo Organização e Gestão do Serviço**

*Ação:* Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

*Detalhamento da Ação:* realização de reuniões de grupo sobre hábitos saudáveis (alimentação e atividade física), de caráter multidisciplinar, independente do dia de atendimento, seja de hipertensos e diabéticos ou não, e em mais de um dia, para alcançar mais usuários.

*Ação:* Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

*Detalhamento da Ação:* por ser uma antiga policlínica, já há nutricionista na unidade. Dessa forma, sua participação já está atrelada, com funções a serem designadas nas reuniões do Colegiado.

### **Eixo Engajamento Público**

*Ação:* Orientar hipertensos/diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

*Detalhamento da Ação:* expandir o que já é realizado na Unidade, designando tempos das atividades apenas para orientação sobre alimentação saudável e os riscos de uma dieta desbalanceada.

### **Eixo Qualificação da Prática Clínica**

*Ação:* Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável. / Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

*Detalhamento da Ação:* palestra sobre alimentação saudável e distribuição de panfletos sobre alimentação saudável.

**Metas 6.3 e 6.4:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

### **Eixo Monitoramento e Avaliação**

*Ação:* Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos.

*Detalhamento da Ação:* visto que 100% dos usuários devem realizar atividades físicas (a não ser quando portadores de alguma incapacidade), e muitos não o fazem, todos da equipe serão responsáveis por detectar a não orientação de atividade física regular a algum deles.

### **Eixo Organização e Gestão do Serviço**

*Ação:* Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

*Detalhamento da Ação:* realização de reuniões de grupo sobre hábitos saudáveis (alimentação e atividade física), de caráter multidisciplinar, independente do dia de atendimento, seja de hipertensos e diabéticos ou não, e em mais de um dia, para alcançar mais usuários.

*Ação:* Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

*Detalhamento da Ação:* entrar em contato com a gerente do Distrito Oeste solicitando a participação do profissional e explicando a importância de tê-lo junto à equipe.

### **Eixo Engajamento Público**

*Ação:* Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

*Detalhamento da Ação:* expandir o que já é realizado na Unidade, designando tempos das atividades apenas para orientação sobre alimentação saudável e os riscos de uma dieta desbalanceada.

### **Eixo Qualificação da Prática Clínica**

*Ação:* Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular. / Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

*Detalhamento da Ação:* palestra sobre realização de exercícios físicos por hipertensos e diabéticos.



**Meta 6.5 e 6.6:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

### **Eixo Monitoramento e Avaliação**

*Ação:* Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.

*Detalhamento da Ação:* monitorização a partir da visualização do livro específico de atendimento a hipertensos e diabéticos.

### **Eixo Organização e Gestão do Serviço**

*Ação:* Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

*Detalhamento da Ação:* estreitar a interface Unidade-distrito, a fim de facilitar a busca de soluções para o problema crônico da falta de medicamentos na região em relação ao anti-tabagismo.

### **Eixo Engajamento Público**

*Ação:* Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

*Detalhamento da Ação:* realizar essa orientação em toda a interface usuário-equipe.

### **Eixo Qualificação da Prática Clínica**

*Ação:* Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas / Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

*Detalhamento da Ação:* a pauta sobre os assuntos acima descritos será discutida em reunião na última quinzena de julho (sob o tema "Hábitos saudáveis em diabéticos e hipertensos").

**OBS.:** As metas referentes à saúde bucal serão de muito difícil realização, pois não há profissional na Unidade, e de acordo com o projeto da reforma, que já se iniciou, não haverá sala para atendimento odontológico. Dessa forma, as ações para a melhoria do atendimento nessa área resumem-se a buscar e cobrar da gestão

municipal, que a saúde bucal seja contemplada na reforma, pois não haverá espaço hábil para a chegada de um odontólogo, e assim esse pilar da atenção básica estará nulo na UBS Novo Horizonte. A cobrança será feita por mim e pela diretora da unidade.

### **2.3.2 Indicadores**

Os indicadores para a avaliação do sucesso do projeto de intervenção a serem utilizados serão os seguintes:

**META:** Cadastrar 25% dos hipertensos e dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde;

**INDICADOR:** Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde; **Numerador:** Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. **Denominador:** Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

**INDICADOR:** Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde; **Numerador:** Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. **Denominador:** Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

**META:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos;

**INDICADOR:** Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo; **Numerador:** Número de hipertensos com exame clínico apropriado. **Denominador:** Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**INDICADOR:** Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo; **Numerador:** Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

**Denominador:** Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**META:** Garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo;

INDICADOR: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo; Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia. Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

INDICADOR: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo; Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia. Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

META: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde;

INDICADOR: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada; Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

INDICADOR: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada; Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

META: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos;

INDICADOR: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico; Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

INDICADOR: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico; Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

META: Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada;

INDICADOR: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa; Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa. Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

INDICADOR: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa; Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa. Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

META: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde;

INDICADOR: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento; Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento. Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

INDICADOR: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento; Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento. Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

META: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde;

INDICADOR: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular; Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular. Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

INDICADOR: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular; Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular. Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

META: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos;

INDICADOR: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável; Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável. Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

INDICADOR: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável; Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável. Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

META: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos;

INDICADOR: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física; Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física. Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

INDICADOR: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física; Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física. Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

META: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos;

INDICADOR: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo; Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

INDICADOR: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo; Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

META: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos;

INDICADOR: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal;  
Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal. Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

INDICADOR: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal. Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **2.3.3 Logística**

Para realizar a intervenção no programa de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, serão adotados o que preconizam os Cadernos de Atenção Básica número 36 e 37 do Ministério da Saúde, ambos de 2013, que tratam das Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus e Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica, respectivamente.

Estima-se, com a intervenção, cadastrar 25% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Para garantir essa porcentagem, eu mesmo observarei quinzenalmente a planilha com a cobertura atualizada de hipertensos e diabéticos, adequando o número de cadastros semanais às necessidades para se alcançar os 25% propostos, além de observar falha nos registros que impeçam o cadastramento correto dos novos cobertos.

Para garantir a melhoria do controle sobre as informações, a enfermeira será responsável por avaliar o registro dos hipertensos cadastrados, detectando eventuais problemas. Obviamente, qualquer profissional poderá detectar problemas: caso o faça, serão reportados para a enfermeira. Também será responsável, junto a mim e a diretora da unidade, por buscar completar todas as informações disponíveis a partir dos registros, mensalmente, detectando eventuais falhas e adaptando o processo para dirimi-las. Na organização do serviço, será criado um livro especial para o atendimento de hipertensos e diabéticos, assim como já vem sendo feito para

o Pré-natal, e cujos resultados são satisfatórios, o que facilitará seu preenchimento por toda a equipe, além de já possuir o material adequado. Pela expertise do preenchimento do livro de Pré-natal, e a facilidade das informações fornecidas, essa ação será incluída em reunião na última semana antes da intervenção, em 31 de julho de 2014 (e cujo tempo também será utilizado para capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas). A diretora irá monitorar os registros, semanalmente. Os usuários e a comunidade serão orientados sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, a partir das consultas médicas e de enfermagem, bem como visitas domiciliares e acolhimento. Serão, portanto, diárias/contínuas.

Todos os profissionais serão responsáveis por diariamente acolher os hipertensos e diabéticos, fornecendo as informações referentes aos serviços, dias de atendimento, de visita, entre outros, e retirar ou ao menos repassar eventuais dúvidas sobre sua doença.

Ainda em relação ao repasse de informações, será realizada de forma contínua, pelos ACS (não somente nas visitas clínicas com médico/enfermeiro), diariamente por ambos os médicos do PROVAB (eu e a colega, que realizará intervenção em outra área) nas consultas. O carro de som será obtido a partir de um integrante da comunidade, sendo uma tentativa de aumentar a interação entre os processos da equipe e os recursos dos usuários. Nessas interações, serão fornecidas informações como: importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente (além de fixação de cartazes em pontos estratégicos da unidade: recepção, sala de espera e sala de reuniões); importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg (também com utilização de cartazes); orientação sobre fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes (de forma contínua, e mesmo nos contatos informais entre equipe e usuário, como nas caminhadas pela rua nos dias de visita domiciliar, seja apenas com ACS, seja com médico ou enfermeiro). Adicionalmente, em um processo contínuo, realizado pelos médicos do PROVAB e enfermeiros (consultas e visitas clínicas), ACS (visitas domiciliares) e demais profissionais (via acolhimento), a comunidade será orientada quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas

periodicamente, assim como quanto à necessidade e periodicidade de realização de exames complementares.

Todos da equipe também reportarão problemas materiais, à medida que forem surgindo, para a diretora da Unidade, que providenciará sua reposição o mais rapidamente possível com a responsável pelo Distrito, a fim de garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial e realização do hemoglicoteste. A comunicação ocorrerá na mesma semana.

Para melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos, já que todos os usuários têm de ser abordados integralmente, a monitorização ocorrerá diariamente a partir da visualização dos prontuários pelos próprios médicos e técnico responsável pelo arquivamento do prontuário (a Unidade não possui arquivista), ao final do expediente, seja em relação a garantir um exame clínico adequado em 100% dos usuários, seja para garantir que todos eles tenham exames complementares solicitados com a periodicidade recomendada. Os médicos do PROVAB serão responsáveis por avaliar a necessidade dos exames, a partir da observação das anotações da consulta anterior, bem como realizar o exame adequado. Para garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo, o contato se dará a partir da diretora da Unidade, levando em consideração o *feedback* proporcionado por ambos os médicos do PROVAB (eu incluso).

Um dos pilares da intervenção será a criação de um sistema digital de conferência – o SI-NH (Sistema de Informações de Novo Horizonte), criado por mim e por um ACS técnico em informática, que contemplará: sistema de alerta dos exames complementares solicitados; situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença. Todos esses itens terão avaliações diárias e/ou quinzenais.

Já o monitoramento do acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia será papel dos dois médicos do PROVAB (eu incluso), que são os profissionais que possuem o contato com as receitas trazidas pelos doentes antigos e também são os responsáveis pela prescrição de anti-hipertensivos e antidiabéticos para os recém-diagnosticados. Entretanto, toda a equipe ajudará na percepção de problemas, em um processo contínuo e integrado. Uma das técnicas de



enfermagem (a que dispensa medicamentos, uma vez que a Unidade não possui farmacêutico) se responsabilizará pelo controle do estoque de medicamentos, com adequações mensais, após discussões com toda a equipe nas reuniões ordinárias. A mesma profissional manterá um registro das necessidades de medicamentos, mensalmente, para adequar as solicitações para a gestão municipal.

Como a maioria dos hipertensos e diabéticos retornam no mínimo uma vez a cada três meses para renovação de receitas, a orientação principal acerca do direito dos usuários de terem acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia partirá dos médicos do PROVAB.

Para os faltosos, será designado um turno semanal de cada ACS (se necessário) para a busca ativa desses usuários. Além disso, as visitas domiciliares de médico e enfermeiro também buscarão incluir os faltosos, mas adaptada à Escala de Coelho (de avaliação de risco), de modo a garantir que aqueles mais necessitados sejam procurados prioritariamente. Para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes dessas buscas, uma avaliação inicial da equipe demonstrou que um turno completo talvez não seja mandatário, uma vez que não há muitos faltosos. Caso seja necessário, o período será estendido. Além disso, a Unidade acolherá casos de usuários que não possam ir no turno designado. Com o intuito de evitar faltas, a comunidade será informada sobre a importância da realização das consultas. Sendo este um processo contínuo, todos os profissionais serão responsáveis por fornecer essa informação, notadamente o recepcionista do dia, os médicos e enfermeiros em suas consultas e os ACS em suas visitas. Adicionalmente, as reuniões do Colegiado contam com a maioria dos profissionais da equipe, de modo que qualquer uma delas pode servir como escuta à comunidade em relação aos problemas de excesso de faltosos, permitindo também a discussão sobre seus motivos em tempo real, assim como esclarecer a periodicidade preconizada da realização de consultas – os esclarecimentos feitos por qualquer profissional – com prioridade para o acolhimento e no momento do preparo dos prontuários, uma vez que todos passam por ao menos uma aferição da pressão arterial. Para treinar os ACS para essa orientação, em vez de reunião de equipe, o treinamento será feito individualmente, por mim, a cada dia de visita domiciliar. Como existem seis ACS na equipe, o processo ocorrerá em seis semanas, a partir do dia 6 de agosto. As reuniões ordinárias da equipe servirão para retirada de dúvidas.

No mapeamento de hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular, além do sistema de alerta via SI-NH, já referido anteriormente, haverá monitorização diária pelo técnico de enfermagem responsável pelo arquivamento dos prontuários, ao fim do expediente, e por mim e pelo ACS co-criador do sistema. O responsável pelo acolhimento e/ou preparo dos prontuários poderá observar se o usuário é de alto risco, priorizando seu atendimento. Portanto, constitui ação a ser realizada no início do expediente (demanda agendada) e durante o trabalho (demanda espontânea). As reuniões ordinárias do Colegiado servirão para discutir como esses atendimentos serão alocados no dia-a-dia da Unidade, com liderança da diretora da Unidade, que tem um panorama ampliado das deficiências de atendimento. Contribui para isso o fato de que a intervenção terá início sem que a reforma da unidade esteja completa. A partir das consultas médicas, de enfermagem, de nutrição, do acolhimento, os usuários serão informados sobre seu nível de risco. Uma vez que as consultas médicas devem ser realizadas periodicamente (definida a partir de cada nível), esse será o principal pilar, nesse caso. Serão esclarecidos quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação): como muitos doentes possuem fatores de risco modificáveis, entende-se que a abordagem nessa ação deve ser multiprofissional, de modo que as informações necessárias possam ser repassadas por qualquer profissional da Unidade, do vigilante ao médico, em qualquer momento do expediente. No escopo da avaliação de risco cardiovascular, faz-se necessário capacitação (a ser realizada em 08 de agosto de 2014) da equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham e quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. Sua organização será feita por mim, e pretendo incluir cartazes-lembrete nos ambientes da Unidade, além de explicar o funcionamento de aplicativos de *smarthphones* que auxiliam na estratificação de risco, uma vez que muitos deles possuem aparelhos compatíveis.

Para promover a saúde de hipertensos e diabéticos, todos da equipe serão responsáveis por identificar usuários que não receberam a orientação nutricional, desde a retirada dos prontuários do dia até a observação do livro especial de hipertensos e diabéticos. Haverá organização de práticas coletivas multidisciplinares sobre hábitos saudáveis (alimentação, atividade física e cessação do tabagismo). Na reunião sobre alimentação saudável, estará a cargo uma nutricionista convidada, sem data definida, uma vez que dependerá da agenda da profissional a ser

contatada, a partir do contato entre a diretora da Unidade e a gerente do distrito, solicitando participação da Nutrição. A orientação aos hipertensos, diabéticos e familiares sobre hábitos de vida saudáveis (alimentação, exercício físico e aos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo) envolvem visitas domiciliares, acolhimento (de qualquer funcionário) e consultas médicas, de enfermagem e de nutrição. Constitui, portanto, um processo contínuo.

Na orientação da prática regular de atividade física a hipertensos e diabéticos, a avaliação periódica será feita pelos dois médicos do PROVAB e pela enfermeira, a partir de inquérito nas consultas clínicas. Haverá afecção de cartazes na Unidade e informações no acolhimento, consultas e visitas domiciliares sobre as reuniões, que serão ministradas por mim. Nos dias dos encontros, serão mostradas figuras sobre alimentos que podem e que não podem ser ingeridos, estimulando a participação dos usuários. Na próxima reunião com os organizadores da Atenção Básica do Distrito Oeste (sem data definida), solicitar-se-á que educadores físicos do NASF possam participar dessas atividades, e se necessário, adequar a agenda da UBS à disponibilidade do profissional.

Na garantia da orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos e diabéticos, a monitorização será realizada por mim e pela diretora da Unidade, a partir da análise do livro de atendimento a hipertensos e diabéticos, quinzenalmente. Na mesma reunião citada no parágrafo anterior, com os organizadores da Atenção Básica do Distrito Oeste (sem data definida), a diretora da Unidade e eu tentaremos discutir a possibilidade da chegada dos medicamentos antitabagismo no prazo mais curto possível, uma vez que os usuários desejosos de interromper o tabagismo têm de se deslocar para uma área relativamente longe para ter seu direito garantido.

Quanto às ações para garantir a homogeneidade do processo de trabalho de toda a equipe, que influencia todas as etapas que foram descritas até aqui, e contribuem para uma atenção qualificada, serão realizadas: capacitação dos ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos, em que a enfermeira da equipe utilizará a ficha-espelho, tirando dúvidas ao final da reunião; utilização do protocolo da Sociedade Brasileira de Cardiologia para aferição da pressão arterial; e capacitação da equipe para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, com utilização do protocolo da divisão de enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro (que considero

adequado) e está disponível em <http://www.hucff.ufrj.br/download-de-arquivos/category/18-divisao-de-enfermagem?download=222:pop-n9-verificacao-de-glicemia-capilar> (as três em uma reunião única, sendo as duas últimas conduzidas por mim e a ser realizada em 07 de agosto de 2014).

Ainda no dia 07 de agosto de 2014, conduzirei uma capacitação com a equipe sobre as funções de cada profissional, exame clínico adequado, e solicitação adequada de exames complementares, segundo o disposto no Caderno de Atenção Básica 36 – Diabetes Mellitus e no Caderno de Atenção Básica 37 – Hipertensão Arterial Sistêmica. Para a atualização dos profissionais, a diretora da Unidade coordenará o processo, recebendo atualizações e comunicados via gestão municipal, e os médicos e enfermeiros a partir de atualizações clínicas (congressos, revistas etc.). Além disso, a diretora intermediará o contato entre os profissionais da Unidade e a gestão municipal, e os médicos serão sentinelas no conhecimento do estabelecimento de um novo protocolo que não tenha chegado até a Unidade.

No dia 08 de agosto de 2014, na própria unidade, haverá atualização dos profissionais quanto ao tratamento das doenças da intervenção, e terá como base os Cadernos de Atenção Básica 36 e 37 – Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, respectivamente. Eu mesmo serei o guia, a partir de resumo do protocolo de tratamento. Além disso, haverá capacitação da equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, se possível com um representante dos usuários, para designação de estratégias específicas para a área de abrangência e que sejam de posterior conhecimento de toda a equipe. No turno da tarde (em 08 de agosto de 2014), haverá capacitação sobre hábitos de vida saudáveis em hipertensos e diabéticos, envolvendo alimentação, exercícios físicos e cessação do tabagismo, conduzida por mim.







### **3. Relatório da Intervenção**

#### **3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente**

Como já devia ser esperado por qualquer um que inicia uma intervenção em um serviço (seja de saúde ou não), sempre há itens mais fáceis de serem realizados e outros que demandam uma verdadeira cruzada ante os obstáculos que se impõem durante a sua fase de implantação. Aqui não foi diferente.

Primeiro não foi necessário quase nenhum esforço para garantir que certas ações fossem realizadas. Entre elas, encontra-se o atendimento clínico adequado a todos os hipertensos e diabéticos, uma vez que exercer os princípios básicos do SUS, entre os quais a integralidade e a equidade, já eram objetivos meus antes do início da intervenção (figura 1). Assim, todos os usuários cadastrados/consultados no período sofreram atualização do exame clínico e cálculo do escore de risco cardiovascular (Framingham), e os exames complementares foram solicitados àqueles que ainda não o tinham realizado de acordo com a periodicidade recomendada. Também receberam orientação sobre hábitos de vida saudáveis: dieta balanceada, exercício físico regular, interrupção do tabagismo e cuidados básicos relacionados à higiene bucal. Todos necessitam do uso de medicamentos para controle da pressão arterial e dos índices glicêmicos, com 100% se enquadrando na lista dos disponíveis na farmácia popular.





Figura 1: Atendimento clínico.

O monitoramento do cadastramento foi feito por mim mesmo e principalmente pela diretora da Unidade, criando dois momentos de detecção de erros: no arquivamento das fichas, e na digitação delas.

A revisão de material adequado para aferição da pressão arterial e hemoglicoteste ocorreu de forma satisfatória, continuamente, embora os resultados dessa revisão não tenham sido suficientes para a melhoria do serviço: os erros eram detectados, mas não corrigidos, e foram os seguintes: presença de apenas dois manguitos de diâmetros diferentes e a persistência de falta do fornecimento de lancetas.

Já as visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde conseguiram realizar todas as funções programadas na intervenção: informaram a população sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, da necessidade de hipertensos e diabéticos em manterem suas consultas em dia de acordo com o protocolo, e a periodicidade com que os exames complementares devem ser solicitados. A busca de usuários faltosos não foi realizada, mas se encontra nesse primeiro item porque nunca precisou ser

realizada, pois nenhum deles faltou nesses três meses. Também por esse motivo, as reuniões especiais da equipe para ouvir os usuários sobre alternativas no atendimento não foram realizadas, pois só seriam convocados caso houvesse muitos faltosos.

A falta de espaço foi o principal empecilho para a realização de certas ações previstas no projeto de intervenção, uma vez que durante todos os três meses, permanecemos numa Unidade temporária (que já possuía quatro equipes de ESF) enquanto a nossa ainda permanecia em reforma. As ações de capacitação foram inicialmente prejudicadas pela falta de ambiente adequado às reuniões (evidenciada na figura2): estavam previstas para a primeira semana, mas tiveram de ser adiadas (devido também ao aviso tardio de que os agentes comunitários iriam participar de um curso no dia em que a atividade estava agendada). Após decidirmos interromper por um turno todas as atividades da UBS para que fosse possível realiza-las, todas elas foram executadas: capacitação da equipe para verificação pressão arterial(PA) de forma criteriosa, realização do hemoglicoteste, realização de exame clínico apropriado, para seguir o protocolo na solicitação de exames complementares, intervenção em estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis e "Hábitos saudáveis de vida para hipertensos e diabéticos", treinamento dos ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade e da equipe para preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso e diabético (figuras 3 e 4). A exceção foi a capacitação dos ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos, realizada dias antes do início da intervenção pela enfermeira da minha equipe.



Figura 2: Sala de realização das capacitações.



Figura 3: Capacitação da equipe de saúde de Novo Horizonte.



Figura 4: Capacitação da equipe de saúde de Novo Horizonte.

Outra ação prejudicada pela falta de salão adequado foram as atividades educativas, desempenhadas parcialmente (apenas duas das três previstas). No início, não houve planejamento antecipado para que pudéssemos buscar outros espaços, de modo que apenas a partir da segunda atividade prevista é que pudemos utilizar a sala de uma igreja localizada ao lado da Unidade. A boa notícia é que as duas foram proveitosas, tanto para a equipe (que se engajou) quanto para os usuários, que ficaram satisfeitos com as formas de abordagem de assuntos de interesse a hipertensos e diabéticos.

O carro de som, que serviria como meio de espalhar a informação sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, não se encontrava disponível (pertence a um usuário).

As disponibilidades das versões atualizadas impressas dos protocolos foram obtidas com facilidade, uma vez que já existiam na UBS, mas não eram utilizadas, uma vez que ficavam guardadas numa sala que serve como almoxarifado.

Uma das maiores conquistas foi o início da implantação da saúde bucal na futura Unidade. Ao descobrir que esse pilar da atenção básica não estava contemplado na reforma, me articulei com a diretora do posto para que pudéssemos dialogar com o representante da saúde bucal na Atenção Básica, sabendo que esse era um período crítico para essa busca, e conseguimos com que passasse a ser incluída nas obras.

Já o contato com o gestor para a compra de medicamentos para o tratamento do “abandono ao tabagismo” foi realizado parcialmente. A resposta de que o problema iria ser verificado não foi acompanhada de forma mais ativa pela equipe.

Outra ação realizada de forma parcial foi a implantação do SI-NH. O Sistema de Informações não cumpriu um dos seus propósitos (cuja programação é mais complicada do que se previra), que era o de servir também como um sistema de alerta para detecção de usuários com exame clínico atrasado em mais de sete dias, bem como de atraso na solicitação de exames complementares. Sua importância, mesmo sem esse item, continua elevada, uma vez que também serve como um banco de dados, como mostrado na figura 5.

The screenshot shows a web application window titled "CONTROLE DE PACIENTES S.I.N.H". The interface is dark blue with white text and input fields. The patient's name is "FRANCISCO CANINDE DA SILVA". The date of the consultation is "17/07/2014". The interface includes fields for "Código", "NOME", "END", "Nº", "BAIRRO", "CONTATO", "PRONTUÁRIO", "CARTÃO DO SUS", "DATA/CONSULTA", "HISTORICO CLINICO", and "EXAMES SOLICITADOS". The window title bar shows "CONTROLE DE PACIENTES" and the system tray shows the date "17/07/2014" and time "13:47".

Figura 5: Captura de tela do SI-NH (Sistema de Informações de Novo Horizonte) provisório.

### 3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente

Uma das ações não realizadas foi a elaboração e aposição de cartazes informativos, didáticos e com linguagem simples, sobre cuidados diários básicos relativos àquelas pessoas portadoras de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus. A falta de espaço não permitiu sua realização. Os espaços estratégicos, como corredores e sala de espera, já continham cartazes sobre outras ações realizadas pelas equipes da UBS em que estamos alocados. Certamente esse deveria ser uma problemática a ser antecipada por mim, porém antes do início da intervenção, o prazo para término da reforma era metade de agosto, portanto nas semanas iniciais da intervenção. Como as obras não terminaram, não foi possível colar os cartazes nas paredes, pois os espaços disponíveis não estavam ao alcance da visão dos usuários.

Também não foi realizado contato com o gestor para garantir a agilidade na realização dos exames complementares. Embora não o tenha feito por acreditar que

o período de espera era adequado, talvez o contato tivesse sido proveitoso no sentido de diminuir a irregularidade do serviço, já que alguns poucos usuários relatavam que esperaram um tempo acima do aceitável.

Por fim, também não executamos o controle do estoque de medicamentos. Obviamente, somos cientes daqueles cujo estoque é cronicamente deficitário (como a falta de metformina e captopril, por exemplo), e sempre houve o diálogo entre os diretores das UBS nesse sentido (já que estamos inseridos no processo de trabalho de outra Unidade), entretanto esse processo não foi sistematizado como planejado, com averiguações mensais e *feedback* para os gestores. Ao menos sabemos que a falta de abastecimento de vários medicamentos deve-se ao fato de que a empresa que ganhou a licitação afirmou que não possui muitos dos remédios listados, de modo que novo processo deverá ser aberto.

### **3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.**

Não houve dificuldade no preenchimento das planilhas, uma vez que nas semanas anteriores à intervenção, seguindo recomendação das orientações (tanto as da semana quanto as do Diálogo orientador\especializando - DOE), apliquei números aleatórios e observei a mudança nos indicadores, se eles apareciam ou não, e me familiarizei com o seu funcionamento, tirando todas as dúvidas que iam surgindo, seja através do DOE, seja no fórum de Saúde Coletiva. A implantação do livro de registro específico ocorreu sem problemas porque a equipe já tinha experiência com o preenchimento dos dados do livro de Pré-Natal, cuja organização nos serviu de modelo. As fichas, por sua vez, são arquivadas separadamente (em pastas devidamente identificadas). Na figura 6, pode-se observar o livro e a pasta citados.

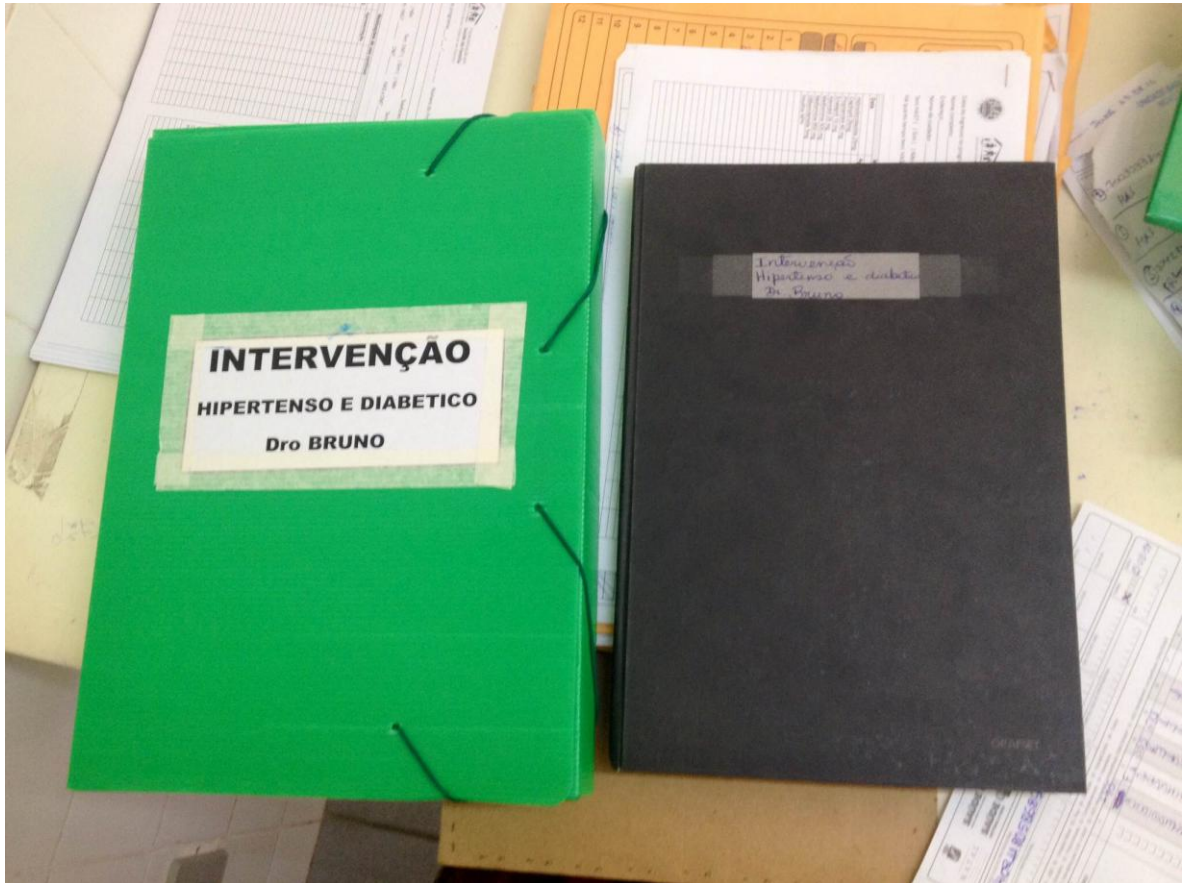


Figura 6: Pasta para arquivamento das fichas-espelho (à esquerda) e livro específico de registro de hipertensos e diabéticos (à direita).

Todos os profissionais foram treinados, apresentada ao livro e às fichas-espelho, com preenchimento desses instrumentos a partir de prontuários de usuários atendidos no dia, em que as dúvidas e erros foram sendo corrigidos por mim na medida em que iam surgindo, em um processo “ativo” de aprendizado (e eu só fui capaz de poder orientá-los graças à antecipação que fiz do preenchimento de algumas delas antes da intervenção, como relatado anteriormente).

Nas semanas finais da intervenção, um erro recorrente foi o de criar novas fichas-espelho para usuários que já a possuíam. Esse problema não repercutiu muito sobre a Planilha porque era detectado antes de sua digitação, à exceção de dois casos, que só foram percebidos na semana seguinte. Portanto, em curto prazo, deve-se criar estratégias para que qualquer integrante da equipe possa identificar facilmente quais deles já possuem, sem ter de recorrer ao livro de registro específico.

A maior dificuldade da coleta de dados compõe-se no preenchimento do cabeçalho por parte de outros profissionais, principalmente os técnicos de enfermagem, com informações simples como nome, endereço, telefone, cartão do SUS do usuário, com a ficha-espelho chegando até o momento da consulta ainda em branco, a ser completamente preenchida por mim. Além disso, a médica integrante da outra equipe não estava preenchendo as fichas-espelho dos usuários que chegavam até ela, com a explicação de que ao realizar esse serviço, sua própria intervenção seria prejudicada, apesar da minha discordância. Com isso, no último mês as marcações de hipertensos e diabéticos foram priorizadas para mim.

#### **3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra**

Uma das maiores satisfações na intervenção foi constatar que a equipe entendeu que as ações realizadas durante as doze semanas seriam incorporadas permanentemente ao processo de trabalho, seja por depoimentos, seja por realizarem seus papéis sem necessitarem de serem cobrados por isso.

As atividades educativas, por exemplo, não eram rotina do serviço. Pelo contrário: de janeiro a agosto, apenas uma atividade foi realizada, e por integrantes do Centro de Zoonoses, que foram à UBS em abril devido à elevada incidência de dengue em todo o município. Entretanto, após o início da intervenção, foram realizadas duas reuniões (figuras 7, 8, 9 e 10), e enquanto escrevo esse relatório, já temos outras duas programadas.





Figura 7: Atividade educativa – Hábitos saudáveis de vida para hipertensos e diabéticos.



Figura 8: Atividade educativa – Hábitos saudáveis de vida para hipertensos e diabéticos.



Figura 9: Atividade educativa – Dieta balanceada.



Figura 10: Atividade educativa – Correta higienização bucal.

Outra característica que me torna mais confiante na implantação definitiva dessas ações é a incorporação às reuniões ordinárias de equipe de discussões sobre os resultados do que estamos realizando, e do que pode ser mudado para melhorar a atenção, como acolhimento qualificado e busca ativa de usuários descobertos (devido ao déficit de seis agentes na área).

Nesse contexto, gostaria apenas que houvesse mais independência da equipe em certas ocasiões, como na realização de atividades em grupo sem que necessariamente minha participação seja efetiva.

## **4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO**

### **4.1 Resultados**

O projeto de melhoria da atenção a hipertensos e diabéticos foi realizado durante doze semanas na UBSF Novo Horizonte, no município de Natal/RN.

**Objetivo1:** Ampliar a cobertura a hipertensos e diabéticos

**Meta 1.1:** Cadastrar 25% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Indicador 1.1:** Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

**Meta 1.2:** Cadastrar 25% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Indicador 1.2:** Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

O indicador de cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde, definido como a proporção de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes (**figura 11**), atingiu o percentual de 11,5% do total, menos da metade do previsto (177 usuários dos 1540 estimados na Planilha de Coleta de Dados, que utilizou a estimativa da Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por Inquérito Telefônico - VIGITEL, 2011). Enquanto

isso, o indicador de cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde, definido como a proporção de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes (**figura 12**), atingiu o percentual de 17,4% do total, também abaixo dos 25% previstos (66 usuários dos 380 estimados na Planilha de Coleta de Dados, que utilizou a estimativa da VIGITEL, 2011).

Esse baixo índice ocorreu principalmente porque o único profissional a realizar o cadastramento fui eu, de modo que a Unidade possui duas equipes, e: a enfermeira da equipe verde (da qual faço parte) não pôde realizar suas ações porque entrou em licença-maternidade antes do previsto; o enfermeiro da equipe vermelha não estava atendendo hipertensos e diabéticos, pois esteve envolvido em processos administrativos devido à mudança para Estratégia Saúde da Família; e a médica da outra equipe só realizou alguns cadastros durante a primeira semana e em um dos dois mutirões, afirmando que as ações sobre hipertensos e diabéticos prejudicariam sua própria intervenção (também faz parte do PROVAB). Logo, não houve supervisão por parte da equipe de enfermagem nesse período de transição. Por ser o único profissional a cadastrar, o incremento no percentual foi baixo no segundo mês, já que em uma das semanas, tive de participar de um curso por quatro dias, de modo que apenas um usuário foi cadastrado na ocasião. A evolução ocorreu da seguinte forma: 4,1%, 6,9% e 11,5% para a cobertura de hipertensos. Em relação ao diabetes mellitus, foram cadastrados 4,7% dos diabéticos no mês inicial. Ao final do segundo mês, encontrava-se em 10,5%, e do terceiro mês, 17,4%. A diminuição do ritmo, observada no índice de cobertura de hipertensos, não ocorreu nesse caso porque no mutirão realizado no segundo mês, houve maior comparecimento de diabéticos.

Ultrapassar os 10% de cobertura, mesmo atuando praticamente sozinho no cadastro em si, só foi possível graças ao trabalho dos agentes comunitários de saúde, que nas suas visitas domiciliares informaram a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, bem como sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

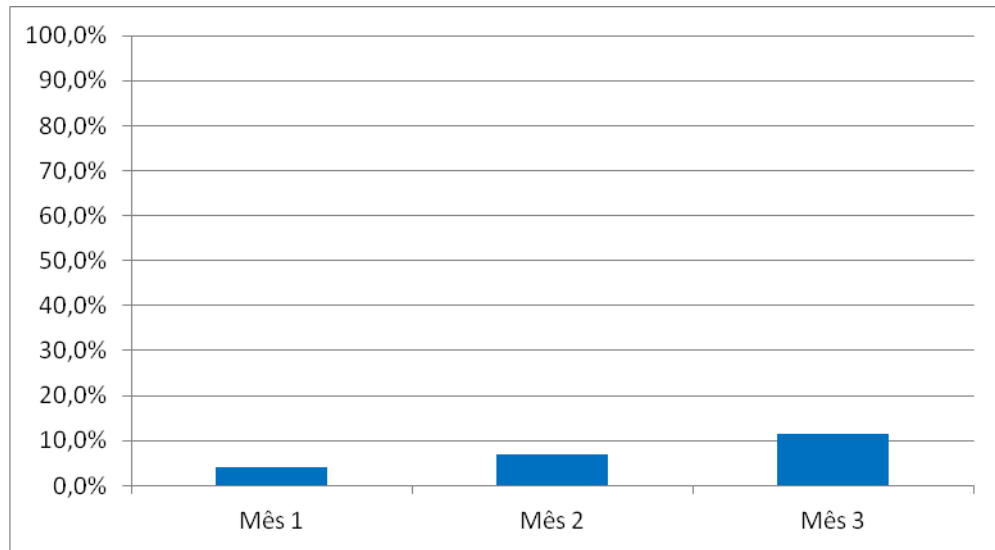


Figura 11: Gráfico indicativo da Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

FONTE: Planilha de coleta de dados, 2014.

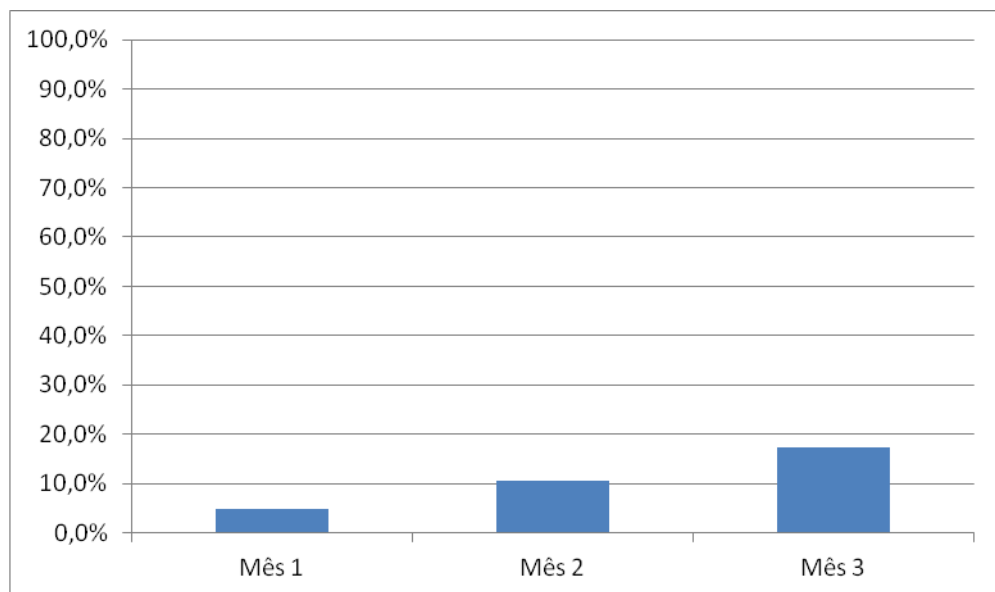


Figura 12: Gráfico indicativo da Cobertura do programa de atenção a diabéticos na unidade de saúde.

FONTE: Planilha de coleta de dados, 2014.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

**Meta 2.1:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

**Indicador 2.1:** Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

**Meta 2.2:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

**Indicador 2.2:** Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Na melhoria da qualidade da atenção dispensada, foi possível realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos durante os 3 meses de intervenção. Com um monitoramento realizado por mim mesmo, nenhum deles foi consultado sem que sofresse um adequado exame clínico. Nesse sentido, a capacitação dos profissionais para verificação da pressão arterial de forma adequada (incluindo o uso adequado do manguito) e realização correta do hemoglicoteste auxiliou na garantia desse quesito, organizada de acordo com os protocolos utilizados na Unidade. A versão impressa disponível a partir da primeira semana de intervenção também serviu como guia para a retirada de dúvidas. O engajamento público realizado pela equipe de forma contínua também é importante na medida em que os usuários são cientes de que podem cobrar sobre a necessidade de exame adequado.

**Meta 2.3:** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 2.3:** Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Meta 2.4:** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 2.4:** Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Também se garantiu que todos os usuários atendidos estivessem com exames complementares em dia (seja analisando aqueles que já possuíam exame recente, seja solicitando-os para os que estavam em atraso), cuja monitorização se deu por mim, pela diretora da Unidade e pelos técnicos de enfermagem, dependendo de quem preenchesse a primeira folha da ficha-espelho no dia (que

contempla o resultado dos exames complementares). Esse fato é válido tanto para hipertensos quanto diabéticos. Não foi possível estabelecer um sistema de alerta adequado (função que seria do Sistema de Informações de Novo Horizonte – SI-NH), porque o intuito do projeto era que fosse uma função automática do programa, e não uma consulta manual, como foi até o fim da intervenção. Foi importante, ainda, que os usuários fossem informados (principalmente pelos ACS) sobre a necessidade de atualização desses exames, e sua periodicidade, buscando eles mesmos os seus direitos (sem subtrair aquilo que cabe à equipe). Para isso, a capacitação dos funcionários sobre a realização de exames complementares teve função essencial.

**Meta 2.5:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 2.5:** Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

**Meta 2.6:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 2.6:** Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Em relação à utilização de medicamentos da farmácia popular, 100% dos hipertensos foram incluídos, bem como 100% dos diabéticos nos 3 meses, mais graças ao bom abastecimento das farmácias do território, pois devido ao fato de estarmos em outra UBS de forma temporária, não foram realizados controle de estoque de medicamentos (cuja lista é bastante deficiente, incluindo a falta da maioria de anti-hipertensivos e antidiabéticos, um problema observado em várias unidades do município) e também não foi mantido um registro das necessidades de medicamentos pelos hipertensos e diabéticos. Ao menos os usuários são cientes do direito da prescrição de medicamentos disponíveis no sistema.

**Meta 2.7:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

**Indicador 2.7:** Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Meta 2.8:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

**Indicador 2.8:** Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Todos os hipertensos e diabéticos tiveram avaliação da necessidade de atendimento odontológico ao menos na primeira consulta. Embora o indicador aponte 100% durante toda intervenção, talvez a avaliação em si não tenha sido qualificada *per se*, pois não me considero tão apto a realizá-la. Obviamente, os casos extremos são prontamente encaminhados à Odontologia, mas essa revisão não é tão sistemática quanto deveria ser (não segue critérios “científicos”, e os casos “borderline” talvez tenham passado despercebidos). A falta de uma equipe de saúde bucal na equipe talvez tenha dificultado a completude desse indicador em relação aos seus aspectos qualitativos.

**Objetivo 3:** Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

**Meta 3.1:** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.1:** Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

**Meta 3.2:** Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.2:** Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

O item “busca ativa aos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas” não foi necessário, uma vez que nenhum deles faltou durante os três meses de intervenção. Na verdade, os poucos que faltaram compareceram à UBS no dia seguinte, e foram atendidos ou remarcados em algum dia da mesma semana, por isso não constaram



na Planilha de Coleta de Dados final. Isso demonstra que, mesmo a busca ativa não sendo necessária, o espaço na agenda para os faltosos foi garantido, como proposto, e que as visitas foram ações importantes também nesse contexto, já que através delas os usuários eram informados sobre a importância da realização das consultas. Os agentes já eram cientes dessa importância e realizavam essa ação antes mesmo da intervenção, e talvez por isso haja tão poucos faltosos. Adicionalmente, eu também esclareci aos portadores de hipertensão e diabetes cadastrados a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

#### **Objetivo 4:** Melhorar o registro das informações

**Meta 4.1:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 4.1:** Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

**Meta 4.2:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 4.2:** Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Quanto ao registro, houve uma elevada melhoria: não à toa, 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na Unidade têm, agora, uma ficha de acompanhamento, com informações pertinentes, e cujo monitoramento foi feito por mim e pela diretora da Unidade, prioritariamente. Estes indicadores se mantiveram em 100% durante toda a intervenção. Graças ao treinamento da equipe, qualquer um é capaz de preencher os dispositivos adicionados à rotina da UBS. Como disposto no projeto, havia a proposta de “organizar um sistema de registro que viabilizasse situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença”, que seriam reunidos sob o *SI-NH*, e cuja automatização não foi possível, como relatado previamente. Para a

garantia desse registro, também foi implantado o livro específico de acompanhamento de hipertensos e diabéticos, com algumas das informações concernentes à ficha-espelho.

**Objetivo 5:** Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

**Meta 5.1:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 5.1:** Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

**Meta 5.2:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 5.2:** Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Durante as doze semanas, todos os hipertensos e diabéticos sofreram estratificação do risco cardiovascular. Atingir esse índice foi possível graças ao monitoramento da sua realização, realizado por mim e pela diretora da Unidade, semanalmente, e através da visualização das fichas-espelho e dos prontuários (avaliando as consultas anteriores à intervenção, e a anotação dos exames laboratoriais).

A análise do risco cardiovascular era acompanhada da orientação aos usuários quanto ao seu nível de risco e a importância de manter hábitos de vida saudáveis e do acompanhamento regular, esclarecendo os usuários e a comunidade sobre a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação), seja individualmente (no acolhimento e nas consultas), seja coletivamente (nas reuniões de grupo), com participação de vários integrantes da equipe.

**Objetivo 6:** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

**Meta 6.1:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

**Indicador 6.1:** Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

**Meta 6.2:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

**Indicador 6.2:** Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Todos os hipertensos e diabéticos receberam orientação nutricional durante a intervenção, realizada através de três pilares distintos: a consulta médica (realizada por mim mesmo), o acolhimento espontâneo (feito por qualquer profissional da UBS) e reuniões de grupo.

Quanto ao primeiro item, já faz parte da consulta normal, sem que qualquer esforço extra tenha sido necessário para a sua realização. Para o êxito do acolhimento qualificado, foi importante a realização da capacitação da equipe sobre práticas de alimentação saudável, tanto para hipertensos quanto diabéticos, as quais possuem muitas interseções. Já nas reuniões de grupo, foi possível contar com estudantes de diversas áreas de estudo, porém não foi possível a presença de um representante da Nutrição.

**Meta 6.3:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

**Indicador 6.3:** Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

**Meta 6.4:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

**Indicador 6.4:** Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

A orientação sobre prática regular de atividade física esteve sempre atrelada à alimentação saudável. Não à toa, assim como no item anterior, todos os hipertensos e diabéticos receberam essa orientação, também através dos três pilares referidos na orientação alimentar: a consulta médica (realizada por mim

mesmo), o acolhimento espontâneo (feito por qualquer profissional da UBS) e reuniões de grupo.

Assim como não foi possível contar com um nutricionista, também não se conseguiu a presença de um educador físico em nenhuma das atividades coletivas. Contribuiu para minimizar essa falta a capacitação da equipe sobre a promoção da prática de atividade física regular.

**Meta 6.5:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

**Indicador 6.5:** Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

**Meta 6.6:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

**Indicador 6.6:** Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Organizada sob a tríade que compõe os hábitos de vida saudáveis (junto com a alimentação balanceada e atividade física), a orientação sobre os riscos do tabagismo também foi feita a 100% dos hipertensos e diabéticos, principalmente durante as consultas médicas. Durante as doze semanas, entretanto, não foi possível adquirir os medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo, então a interrupção desse mau hábito dependeu mais da força de vontade do usuário do que de um conjunto de ações concatenadas entre usuário, UBS e gestão.

**Meta 6.7:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

**Indicador 6.7:** Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

**Meta 6.8:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

**Indicador 6.8:** Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Os hipertensos e diabéticos também receberam orientação sobre higiene bucal, alcançando 100% dos cadastrados nos 3 meses. As atividades foram

dificultadas pela falta da equipe bucal na UBS, e não foi possível, por exemplo, organizar uma agenda da atenção a saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso ou estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico. Foi proveitosa, entretanto, a participação de estudantes de Odontologia em uma das atividades educativas, de forma a explicarem de forma mais adequada a correta higiene bucal.

## **4.2 Discussão**

A intervenção na Unidade de Novo Horizonte, durante as doze semanas, permitiu a ampliação da cobertura de hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS, sendo que antes esses índices eram sequer registrados. Embora não tenha atingido a porcentagem proposta (25%), a atenção aos usuários atendidos no período foi qualificada, de modo que todos eles sofreram exame clínico apropriado, com atualização de acordo com o protocolo estabelecido na Unidade.

Essa qualificação foi seguida pela atualização dos exames complementares (também de acordo com o protocolo) de todos os portadores de hipertensão e diabetes atendidos nos três meses, seja pela análise dos que já tinham exames recentes, seja pela solicitação àqueles com exames desatualizados. Foi igualmente importante garantir a priorização de medicamentos da farmácia popular para todos eles, alcançando 100% para ambos os grupos, bem como a plenitude da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Dispor dessas informações só foi possível graças à melhoria do registro das informações, que antes ocorriam precariamente. Todos os hipertensos e diabéticos cadastrados agora possuem uma ficha de acompanhamento adequada. Outra evolução consiste no cálculo do risco para doença vascular para todos eles, sem exceção. Ainda, a promoção à saúde foi garantida, com orientação nutricional sobre alimentação saudável, atividade física regular, malefícios do tabagismo e correta higiene bucal.

Para a equipe, a intervenção permitiu que muitos integrantes atualizassem conceitos sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus. A capacitação para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, fez com que

muitos deles percebessem alguns erros que cometiam ao realizar essa medição, como não insuflarem adequadamente o manguito, ultrapassando em demasia a pressão sistólica estimada do usuário. Antes disso, também reduziam rapidamente a pressão no manguito, o que ocasionava erros de aferição. Quanto à medição do hemoglicoteste, era realizada corretamente, mas não se preocupavam com a proteção individual, dispensando o uso de luvas no momento do exame (válido tanto para os técnicos de enfermagem quanto para os agentes comunitários).

Os funcionários também se encontram mais qualificados quanto ao fornecimento de informações sobre essas doenças (como a necessidade periódica da realização de exames complementares, e o direito aos medicamentos fornecidos pela farmácia popular), pois se sentem mais seguros em repassar o conhecimento, o que inclui os agentes comunitários em suas visitas domiciliares, respaldados pelos conhecimentos discutidos nas reuniões de equipe, sob o manto dos protocolos utilizados pelo Ministério da Saúde e adotados pela intervenção. Adicionalmente, são capazes de orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão, sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, e também a orientá-los sobre a importância das consultas.

Embora não tenha sido realizado corriqueiramente por problemas logísticos (a serem explicados posteriormente), os integrantes – a partir de treinamento realizado durante a intervenção – têm capacidade de preencher os registros necessários ao acompanhamento de hipertensos e diabéticos, descentralizando o trabalho do médico, e aumentando a importância dos técnicos de enfermagem, por exemplo.

A capacitação sobre estratégias para o controle de fatores de risco cardiovascular modificáveis, práticas de alimentação saudável, atividade física regular e malefícios do tabagismo foram de elevado proveito. A maior prova dessa importância é que nas atividades coletivas, alguns ACS também foram responsáveis por passar informações sobre hábitos de vida saudáveis, demonstrando a independência do conhecimento.

Para o serviço, embora inúmeras benesses tenham sido observadas, as principais delas podem ser organizadas em três itens: a melhoria dos registros, a

descentralização do papel do médico na atenção, a interação entre os funcionários da equipe no atendimento aos hipertensos e diabéticos.

Antes da intervenção, não havia qualquer dispositivo que reunisse informações sobre esses grupos de usuários, restringindo-se aos prontuários, muitos deles com dados desorganizados, ou mesmo faltantes. Agora, todos os cadastrados possuem três tipos de registro: o prontuário, com dados melhores agrupados; as fichas-espelho, agrupadas em arquivo específico, independente dos prontuários; e no livro-específico, que contém alguns dados concomitantes aos encontrados nas fichas. O monitoramento sobre essas anotações também se mostrou eficiente, uma vez que todos os erros cometidos foram identificados durante a mesma semana em que foram cometidos, contribuindo para a qualificação do seu conteúdo.

Embora o *Sistema de Informações de Novo Horizonte – SI-NH* não tenha sido implantado em sua plenitude, com as funcionalidades de alerta automático para o atraso na realização de consulta de acompanhamento, atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença, serviu como mais um dispositivo de reunião de dados concernentes aos usuários.

Quanto à descentralização do papel do médico e aumento da interação da equipe, as informações sobre hipertensão e diabetes agora são fornecidas de forma qualificada por qualquer profissional, o que é fator preponderante para o engajamento público, cuja contribuição pode ser evidenciada na discussão sobre a importância aos usuários, alguns parágrafos adiante. As atividades coletivas (que raramente eram realizadas) são o ápice desse contexto, pois médicos, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, diretora da Unidade, enfermeiro, auxiliar de serviços gerais participam de sua composição. O acolhimento, realizado por qualquer profissional, também é responsável por retirar dúvidas dos usuários sobre essas doenças, o que só é possível com o engajamento da equipe e dessa nova configuração do processo de trabalho.

Outra contribuição para o serviço foi a consciência de toda a equipe de garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde. Exemplo disso é que antes da intervenção, o medidor digital era usado diariamente, enquanto que

após seu início, o aparelho foi aposentado, não sendo utilizado uma vez sequer. O aparelho para realização do hemoglicoteste, por sua vez, passou a ser presença mais frequente no dia-a-dia da Unidade. Para auxiliá-los, as versões impressas dos protocolos do Ministério da Saúde ficam dispostas para fácil visualização de qualquer um que deseje consultá-los.

A comunidade, por sua vez, se beneficiou em várias frentes. A qualificação da informação fornecida por qualquer funcionário, já referida anteriormente, permite um acolhimento mais resolutivo, em qualquer momento da interação equipe-usuário. São também melhor acompanhados, visto que as medições na própria Unidade são feitas com material adequado e da forma correta: aferição da pressão arterial e realização do hemoglicoteste.

As visitas domiciliares e as consultas médicas, por proverem conhecimento sobre as doenças, permitem que os usuários tenham noção de várias necessidades: a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente; do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg; fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes; a importância de realização das consultas e de sua periodicidade. Aqueles já cadastrados tornam-se mais cientes dos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Esses fatores, juntos, aboliram a prática comum de renovação de receitas, em que os usuários deixavam o receituário antigo na Unidade e depois iam receber outro com data atualizada, sem a realização de anamnese e exame físico adequados.

As ações descritas possibilitaram que o próprio usuário se tornasse mais informado, permitindo que exerça seu co-protagonismo no processo saúde-doença. Nesse sentido, uma das ações essenciais foi a incorporação da realização de atividades educativas, que na intervenção priorizaram a explanação de hábitos de vida saudáveis, da forma mais lúdica e interativa possível. Os hipertensos e diabéticos passaram a ter conhecimento do seu escore de risco cardiovascular (que antes sequer era calculado), e por isso sabem da importância de ter a alimentação balanceada, realização regular de atividades físicas e interrupção do tabagismo.



O aumento da cobertura (embora ainda haja muito a se fazer, devido aos baixos índices) permite que todas essas mudanças atinjam um maior número de hipertensos e diabéticos.

Caso a intervenção se iniciasse hoje, incluiria nas ações a serem realizadas: reuniões mensais para avaliação dos profissionais, individualmente, de modo a corrigir erros realizados durante o trabalho. Embora tenha elogiado a equipe como um todo, as contribuições de cada integrante não foram tão uniformes, com alguns deles permanecendo quase à parte da nova realidade, rejeitando realizar alguns itens do projeto. A falta de paciência em contra-argumentar também não permitiu que a outra médica do PROVAB aderisse às ações, uma vez que segundo ela, participar da minha intervenção prejudicaria a dela própria (em dissonância, portanto, com as recomendações do curso, uma vez que desde o começo fomos orientados que a intervenção passaria a fazer parte do processo de trabalho rotineiro, mesmo após as doze semanas, pois significava uma atenção qualificada).

Outra mudança que faria seria a de discutir melhor as tarefas aos diversos funcionários. Mesmo sabendo que a enfermeira da minha equipe se ausentaria antes do segundo mês da intervenção, não me antecipei a esse evento e todas as ações as quais ela realizaria foram acumuladas por mim, incapaz de realizar algumas em sua plenitude, prejudicando principalmente a cobertura proposta.

Além disso, teria trabalhado melhor anteriormente o *Sistema de Informações de Novo Horizonte*. Utilizar as fichas-espelho antes das doze semanas fez com que eu fosse capaz de antever alguns problemas no seu preenchimento, evitando que ocorressem na própria intervenção. O mesmo não foi feito para o *SI-NH*, de modo que seu uso foi parcialmente prejudicado.

Assim, as melhorias para os próximos meses estão atreladas a esses três pontos. Primeiro, é uma necessidade tornar mais uniforme o processo de trabalho da equipe, com todos os profissionais exercendo uma atenção qualificada, sem exceções. O retorno da enfermeira em fevereiro de 2015 facilitará essa realização, uma vez que é mais capacitada do que eu para coordenar pessoas. Espero que também facilite a adesão da outra médica, o que facilitaria alcançarmos mais usuários em menos tempo. Já o desenvolvimento do *SI-NH* para servir como um sistema de alerta dependerá principalmente de mim e de um dos agentes

comunitários, já que ambos somos os mais adaptados aos sistemas eletrônicos. Talvez essa contribuição possa até mesmo se estender a outras Unidades do município.

Nos próximos meses/anos, o maior desafio será garantir a qualidade da atenção ao maior número possível de hipertensos e diabéticos. Conseguimos fazê-lo, mas para menos de 20% dos usuários portadores dessas doenças. O retorno à nossa Unidade (ainda aguardamos o fim da reforma), junto à chegada de novos ACS (o concurso já foi realizado) e do dentista nos permite ao menos vislumbrar um futuro afortunado para os usuários de Novo Horizonte.

### **4.3 Relatório da Intervenção para os gestores**

Ilmo. Srº Gestor

Entre agosto e novembro de 2014, iniciei o processo de intervenção no programa de atenção aos hipertensos e diabéticos da Unidade de Saúde da Família Novo Horizonte, com duração de 12 semanas. Durante este período, fizemos muitas mudanças na Unidade, de forma a adaptar o programa conforme o preconizado pelo Ministério da Saúde. Para isso, foi necessário reorganizar desde o processo de agendamento, providência de materiais até organização do serviço e capacitação da equipe. Com tudo isso, obtivemos um resultado bastante positivo, uma assistência de qualidade.

Anteriormente, os registros sobre esses usuários encontravam-se deficientes, de modo que não era possível fazer quase nenhuma caracterização acerca da população assistida. Havia apenas os prontuários, muitos deles pobres em dados que consideramos de relevância. Agora, encontram-se mais organizados, mais ricos em informações, e os registros não são feitos somente neles. A UBS possui outros três dispositivos: um livro-específico de hipertensos e diabéticos (cujo modelo segue o do exitoso livro de pré-natal); as fichas-espelho, que condensam dados importantes como exames laboratoriais, risco cardiovascular, peso, IMC, medicamentos de uso contínuo, entre outros, e que por serem arquivadas separadamente, são de fácil acesso; e por último o *SI-NH – Sistema de Informações de Novo Horizonte*, totalmente digital.

No início, esperava-se que o *SI-NH* fosse capaz de servir como um sistema de alerta automático para o atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença. Esses cadastrados teriam, então, busca ativa para atualização de qualquer atraso detectado. Não foi possível realizá-lo, porém. O desenvolvimento dessa automatização exige um tempo a mais, e estima-se que em um futuro próximo, esse sistema possa atuar em sua plenitude, e talvez tenha serventia para outras Unidades do município. A chegada de número adequado de computadores para a Unidade poderia ser importante adição a esse desenvolvimento, tanto nas ideias quanto na execução, pois facilitaria o acesso por qualquer integrante da equipe e auxílio nas dificuldades enfrentadas por aqueles menos ambientados. Envolver profissionais da informática também possibilitaria a evolução do sistema em si e a implantação em outras UBS do município, para criarmos um sistema coeso, desfrutável por mais pessoas.

Outra novidade que a intervenção trouxe ao processo de trabalho foi a realização rotineira da avaliação do risco cardiovascular dos hipertensos e diabéticos. Se até pouco tempo, era um item raro no atendimento a esse grupo, atualmente essa análise é realizada para todos os cadastrados. Essa realização é importante, pois permite à equipe e ao usuário intervir positivamente nos fatores de risco modificáveis. Nesse contexto, houve evolução tanto no aspecto individual quanto no coletivo. Em relação ao primeiro, são passadas orientações para todos os usuários atendidos, sobre alimentação balanceada, realização de atividade física regular e malefícios do tabagismo, tanto nas consultas médicas quanto nas visitas domiciliares e acolhimento.

Coletivamente, uma grande contribuição foi a retomada, na rotina do trabalho, da realização de atividades coletivas, reuniões de grupo. Durante as doze semanas, duas delas ocorreram: uma na igreja vizinha à Unidade Bom Pastor, onde estamos alocados temporariamente, e que contou com a participação da maior parte da equipe: médico, diretora, agentes comunitários, auxiliar de serviços gerais. A segunda, na própria Unidade, teve a presença de diversos estudantes (de Farmácia, Serviço Social e Odontologia) de uma universidade particular da cidade, pois temos sapiência de que são importantes elementos na contribuição de uma atenção mais

qualificada. Por isso, sempre são recebidos com boa vontade. Afora essa contribuição, gostaríamos de contar no futuro com profissionais de Nutrição e Educação Física nessas atividades, por sabermos serem capazes de fornecer valiosos conhecimentos.

Para completar a tríade da vida saudável, os medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo, escassos nas Unidades, também contribuiriam nesse processo, pois a interrupção desse mau hábito no momento depende quase exclusivamente da força de vontade do usuário, sem que efetivamente haja ações concatenadas entre usuário, UBS e gestão. Sabemos que muitas das deficiências de medicamentos (o que afeta também os anti-hipertensivos e antidiabéticos) ocorrem devido a um problema com a empresa que ganhou a última licitação. Esperamos melhor abastecimento quando da resolução da situação.

A melhoria da atenção também pode ser percebida em outros fatores: todos os hipertensos e diabéticos cadastrados e atendidos recebem atualização dos exames complementares de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, e são submetidos a anamnese e exame físico adequados.

Essa qualificação, entretanto, ainda atinge um número baixo de usuário da área: 11,5% dos hipertensos e 17,4% dos diabéticos. Entretanto, se lembrarmos que esse índice foi atingido em apenas três meses, é algo a ser comemorado. Além disso, com o fim da licença-maternidade e conseqüente retorno da enfermeira de uma das equipes, que todos consideram uma integrante valiosa, aguardamos com otimismo a evolução desse indicador, e também dos aspectos qualitativos de tudo descrito até aqui, principalmente de seu monitoramento.

A sensibilidade da gestão em incorporar a saúde bucal na nossa Unidade no futuro, notícia que recebemos nesse ano de 2014, tornando a equipe ampliada, será essencial para garantir a completa integralidade da atenção. Mas também esperamos que a reforma retome o seu ritmo anterior, para que todas as ações sejam realizadas com mais organização e dentro de um ambiente mais adequado tanto para equipes quanto para usuários.

Assim, diante das informações trazidas neste Relatório, é de suma importância que as ações instituídas não sejam interrompidas pelos profissionais

da unidade, principalmente pelos que substituírem alguns membros após o período do PROVAB. É imprescindível também que todas as demais equipes do município sejam capacitadas, conhecendo as ações e aplicando à sua unidade, de forma que tenhamos um padrão no atendimento, o que permitirá futuras comparações e alinhamentos.

Por fim, coloco-me a disposição para prestar maiores informações sobre o processo ocorrido e espero que a parceria seja fortalecida, haja vista os impactos positivos gerados e a consciência que há muitos obstáculos a serem vencidos, como o alcance de 100% dos hipertensos e diabéticos da área.

#### **4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade**

Há alguns meses, em agosto de 2014, as equipes da Unidade de Saúde da Família de Novo Horizonte, com o apoio da Universidade Federal de Pelotas, iniciaram uma intervenção na comunidade na busca de melhorias na atenção aos hipertensos e diabéticos com duração de doze semanas.

Algumas das mudanças que se iniciaram puderam ser diretamente percebidas por vocês, mas também só foram possíveis devido a algumas ações que passam despercebidas por quem não faz parte da equipe de funcionários.

Uma dessas melhorias foi o registro das informações: antes, as anotações eram feitas somente nos prontuários (e muitas vezes não havia nada escrito sobre as queixas dos usuários), e pouco podíamos conhecer sobre vocês (principalmente os novos funcionários, como eu). Agora, esses prontuários encontram-se mais organizados, mais ricos em informações, e os registros não são feitos somente neles, mas também em outros três locais: um livro-específico somente para hipertensos e diabéticos (parecido com um livro onde há mais tempo anotamos os dados das gestantes); fichas-espelho, que são papéis que reúnem informações importantes.

Quem foi atendido por mim a partir de agosto sabe do benefício dessa ficha: podemos acompanhar melhor o resultado dos exames laboratoriais (se o nível de colesterol está piorando ou melhorando, por exemplo), acompanhar o risco de sofrer

infarto (e orientar melhor para evita-lo), se o peso está aumentando ou diminuindo, os medicamentos usados todos os dias, entre outros, e que por serem arquivadas separadamente, são de fácil acesso, tanto para a equipe quanto para o usuário. A qualidade e a riqueza dessa informação fazem com que possamos nos planejar melhor, tomar decisões mais corretas para elevar construir uma saúde de qualidade, onde deve ser investido mais tempo e dinheiro, entre outros. Além disso, continuamos desenvolvendo um sistema de informática que chamamos de *SI-NH – Sistema de Informações de Novo Horizonte*, totalmente digital, e que servirá como um sistema de alerta para quem estiver com as consultas de acompanhamento ou os exames complementares atrasados, para facilitar a nossa busca ativa, como um aviso através dos agentes comunitários de saúde. Os que ainda não foram cadastrados serão incluídos em todos esses benefícios com o decorrer do tempo.

Outra novidade que a intervenção trouxe para a comunidade foi a realização, para todos os atendidos, da avaliação do risco cardiovascular dos hipertensos e diabéticos, isto é, risco de desenvolverem doenças do coração como o infarto. Todos sabem que até pouco tempo atrás, essa avaliação não era realizada. Fazer essa ação é mais um item que permite a vocês, com a nossa ajuda, melhorar alguns hábitos de vida que contribuem para nos manter saudáveis, como uma dieta balanceada, realização de atividades físicas na rotina, e abandono do tabagismo.

Uma grande contribuição que muitos de vocês puderam perceber foi o retorno das atividades coletivas, reuniões de grupo. Entre agosto e o início de novembro, duas delas ocorreram: uma na igreja vizinha à Unidade Bom Pastor, onde estamos temporariamente enquanto a reforma não termina, que contou com a participação da maior parte da equipe: médico, diretora, agentes comunitários, auxiliar de serviços gerais. A segunda, na própria Unidade, teve a presença de diversos estudantes (de Farmácia, Serviço Social e Odontologia) de uma universidade particular da cidade, trazendo para os presentes importantes informações, como a escovação correta dos dentes e como armazenar os medicamentos. Por esse motivo, esses estudantes sempre são recebidos com boa vontade. Muitos cadastrados e/ou que vieram a essas reuniões sabem de cor alguns alimentos que devem ser evitados, como a salsicha, linguiça, hambúrguer, maionese, ketchup, carne de charque, entre outros.

Para completar os três pilares da vida saudável, os medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo, em falta nas Unidades, também ajudariam, pois a interrupção desse mau hábito depende, no momento, quase exclusivamente da força de vontade dos fumantes. Estamos tentando resolver esse problema junto aos gestores municipais, e a participação da própria comunidade também ajudará a mudar esse cenário, com cobranças em conjunto com nossa equipe, mostrando o desejo de muitos de parar de fumar.

A melhoria da atenção também pode ser percebida em outros fatores: todos os hipertensos e diabéticos cadastrados e atendidos recebem atualização dos exames laboratoriais de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, e recebem uma consulta em que são ouvidos, vistos e examinados adequadamente.

Todas essas evoluções, infelizmente, ainda atingem um número baixo de usuários: 11,5% dos hipertensos e 17,4% dos diabéticos. Entretanto, se lembrarmos que esse índice foi atingido em apenas três meses, é algo a ser comemorado. Além disso, com o fim da licença-maternidade e conseqüente retorno da enfermeira, que todos consideram uma integrante valiosa, aguardamos com otimismo que mais pessoas possam se beneficiar. As informações dos benefícios se espalham rapidamente, e por isso, mais pessoas estão vindo à Unidade para agendar atendimento, e têm que chegar à Unidade antes do sol nascer. Já estamos pensando, nas reuniões semanais, em soluções para que com o fim da reforma e nosso retorno, essa situação seja evitada. O futuro será construído pela equipe e a comunidade: essa união permitiu, por exemplo, alcançarmos a garantia de que em breve um profissional dentista chegará à Unidade. Para esses avanços esperados há tempos, não poderia haver nome melhor para a nossa casa: Novo Horizonte.

## **5. Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem**

Para realizar uma reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem, um item que considero importante é comparar a experiência com as expectativas iniciais em relação ao curso. Com isso em mente, a releitura da tarefa da primeira semana de ambientação auxilia a comparação.

Naquele texto, afirmei que o curso de Especialização em Saúde da Família vinha para corrigir um erro dos cursos de Medicina na maioria das instituições do país: a centralização do hospital como ambiente de ensino. Essa realidade mostrou-se verdadeira: ao realizarmos atividades como a análise situacional ou a intervenção em si, percebemos como o contexto da saúde da Atenção Básica é diferente daquele observado no hospital. Obviamente, quando estudante de Medicina, já tinha conhecimento de várias dessas diferenças, tanto em relação à estrutura quanto em abordagem ao usuário (por exemplo: a longitudinalidade da Atenção Primária). No entanto, ao vivenciar as situações constantemente, e discuti-las com colegas e orientadores, o entendimento torna-se muito mais amplo. Considero, portanto, que o curso conseguiu superar a oferta de disciplinas e conteúdos fragmentados e concatena-los, relacionando-os com a prática.

Entre os aprendizados mais relevantes do curso, considero a elevação da capacidade de trabalhar em grupo: as ações em saúde raramente são realizações individuais, necessitando da união de diversos integrantes da equipe (e até mesmo de indivíduos/profissionais que não fazem parte do grupo). No momento de criação das ações e de seu detalhamento, por exemplo, foi necessário não somente pensar no que eu iria fazer, mas também no que toda a equipe realizaria. E mais, dialogar com os outros profissionais sobre essas questões: as atribuições individuais, coletivas, tendo que enxergar as capacidades e limitações de cada um. E essas negociações são específicas a cada Unidade, isto é, apesar de haver modelos de trabalho, é essencial levar em consideração as idiossincrasias dos profissionais com os quais trabalhamos. Trabalha-se, portanto, a horizontalidade das relações.

Nesse sentido, a coerência do curso ajudou a incorporar esse conceito, ao permitir que essa transversalidade fosse trabalhada no *moodle*, valorizando e respeitando as opiniões dos profissionais-alunos. É o convencimento através do diálogo, e não da imposição. Assim, como descrito no projeto pedagógico, garantiu-se o estímulo à participação e à autonomia dos especializandos na solução de problemas concretos no contexto em que atuam, o que proporciona visibilidade a suas atividades em Saúde da Família e seu protagonismo na geração de mudanças em sua equipe e/ou em sua Unidade Básica de Saúde. Essa percepção abrange tanto os diálogos orientador-especializando quanto os fóruns (principalmente o de Saúde Coletiva), servindo como o proposto pelo curso, qual seja: espaços



democráticos de convivência, em que todos os participantes têm o mesmo status e liberdade para expressar suas opiniões, dúvidas e contar suas experiências no cotidiano profissional. Afirmei, ainda na primeira semana de ambientação, que não havia Saúde Coletiva sem discussão.

Outro aprendizado de grande valia, principalmente na prática diária, foi perceber o quão amplo é o escopo de atuação do médico, incorporando novos conceitos ao meu processo de trabalho. Se no modelo hospitalocêntrico, as ações são notadamente clínicas, na Atenção Primária em Saúde, envolve também o desenvolvimento da docência, como nas atividades educativas, a capacidade de dialogar e negociar melhorias com a gestão, e de estudar os fluxos da rede. A criação do projeto de intervenção foi o item que mais contribuiu para esse processo, visto que incluiu itens como atividades educativas, negociações com a gestão e monitoramento das ações.

## Bibliografia

ALFRADIQUE, Maria Elmira et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde** / Ministério da Saúde. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde – Anexo I** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel – Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, 2012.

DAB. Equipe de Saúde da Família. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp\\_como\\_funciona.php?conteudo=esf](http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_como_funciona.php?conteudo=esf). Acesso em 18 Out. 2014.

DIVISÃO DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Verificação de glicemia capilar. Disponível em <http://www.hucff.ufrj.br/download-de-arquivos/category/18-divisao-de-enfermagem?download=222:pop-n9-verificacao-de-glicemia-capilar>. Acesso em 02 Ago. 2014.

FERRI, Sonia Mara Neves et al. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 515-529, 2007.

FRANCO, Joel Levi Ferreira. Indicadores demográficos e de saúde: a importância dos sistemas de informação – **Módulo Político Gestor**. UNIFESP, São Paulo, 2011.

IBGE. Censos Demográficos. Disponível em: [ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas\\_de\\_Populacao/Estimativas\\_2014/estimativa\\_dou\\_2014.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2014/estimativa_dou_2014.pdf). Acesso em 22 Dez. 2014.

SALA, Arnaldo et al. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p 948-960, 2011.

SIQUEIRA, Fernando Carlos Vinholes et al. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p 39-44, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.

VASCONCELLOS, Miguel Murat; GRIBEL, Else Bartholdy; MORAES, Ilara Hammerli Sozzi de. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p 173-182. 2008.

WILLIAMS, B. The year in hypertension. **Journal of the American College of Cardiology**, New York, v. 55, n. 1, p. 66-73, 2010.

**ANEXOS**







12 Semana Coleta de dados - revisada [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel

Início Inserir Layout da Página Fórmulas Dados Revisão Exibição

Colar Área de Transf... Fonte Alinhamento Número

Calibri 11 Quebrar Texto Automaticamente Geral

Mesclar e Centralizar Formatação Condicional Formatar como Tabela Est

D18 54


Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês									
1	dados para Colet	Número do paciente	Nome do paciente	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?
2	Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
166		163		0					
167		164		0					
168		165		0					
169		166		0					
170		167		0					
171		168		0					
172		169		0					
173		170		0					
174		171		0					
175		172		0					
176		173		0					
177		174		0					
178		175		0					
179		176		0					

Pronto

Orientações Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Indicadores



## ANEXO C – DOCUMENTO DO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

---

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>  
Prof<sup>a</sup> Ana Cláudia Gastal Fassa

*Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde*

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

*Patricia Abrantes Duval*  
Patricia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

---

