

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MODALIDADE À DISTÂNCIA



**QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS PORTADORES DE  
HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS DA UNIDADE DE SAÚDE  
DA FAMÍLIA JARDIM VISTA ALEGRE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO.**

**QUEREN DE SOUZA ALMEIDA TSUTSUI**

Pelotas, 2014

**QUEREN DE SOUZA ALMEIDA TSUTSUI**

QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS PORTADORES DE  
HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS DE UMA UNIDADE DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Trabalho de Conclusão de Curso da  
Especialização em Saúde da Família –  
Modalidade a Distância –  
UFPEL/UNASUS, como requisito parcial  
para a obtenção do título de Especialista  
em Saúde da Família.

Orientadora: Alexandra Rosa Martins

Pelotas, 2014

## Ficha Catalográfica

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas  
Catalogação na Publicação

T877q Tsutsui, Queren de Souza Almeida

Qualificação da atenção aos usuários portadores de hipertensão arterial e Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde da Família Jardim Vista Alegre do município de São Paulo / Queren de Souza Almeida Tsutsui ; Alexandra Rosa Martins, orientadora. — Pelotas, 2014.

90 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3. Diabetes Mellitus. 4. Hipertensão arterial. I. Martins, Alexandra Rosa, orient. II. Título.

CDD : 362.14

Elaborada por Carmen Lucia Lobo Giusti CRB: 10/813

*Dedico este trabalho a todas as pessoas  
essenciais em minha vida: pai, mãe, irmãos e  
esposo, pelo apoio em todos os momentos, pela  
paciência e compreensão e pela generosidade  
nas palavras de ânimo e incentivo.*

## **AGRADECIMENTOS**

Sobretudo a Deus, por me guiar, me dar forças em todos os momentos deste intenso trabalho.

Ao meu amado esposo pelo apoio incondicional.

À minha família pelo incentivo e inspiração.

À minha orientadora pelos valiosos conselhos, pela dedicação intensa e participação ativa em todas as etapas deste processo.

À minha gerente que cooperou com o trabalho e apoiou em todos os momentos.

À minha equipe, tão amada, que se esforçou e se empenhou ao máximo para que tudo desse certo.

À comunidade do Jardim Vista Alegre que aceitou o trabalho, participou ativamente e contribuiu valiosamente com muitas sugestões.

## RESUMO

TSUTSUI, Queren de Souza Almeida. Atenção aos usuários portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus da unidade de saúde da família Jardim Vista Alegre do município de São Paulo. 2014. Trabalho Acadêmico - Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas /UNASUS.

**Introdução:** Este trabalho teve como foco de intervenção a ação programática de Atenção à Saúde das Pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, na equipe de Estratégia de Saúde da Família na UBS Jd Vista Alegre em São Paulo, SP, realizada entre 19 de setembro de 2013 e 30 de janeiro de 2014. As doenças cardiovasculares representam a maior causa de mortes no Brasil e constituem problemas graves de saúde pública no Brasil e no mundo devido às altas cargas de morbimortalidade e suas consequências humanas, sociais e econômicas. **Objetivo:** Melhorar a atenção aos usuários hipertensos e diabéticos maiores de 20 anos. **Metodologia:** Durante os quatro primeiros meses da ação programática de Atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial e diabetes mellitus, foram captados 502 hipertensos e 175 diabéticos. Para alcançar os objetivos e metas previamente estabelecidos, foram realizadas ações de organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica, engajamento público, monitoramento e avaliação. **Resultados:** Foram obtidos resultados positivos com esta ação programática, principalmente, no que diz respeito à ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, melhoria nos registros e a qualificação da atenção com destaque para ampliação do exame físico adequado aos usuários hipertensos e diabéticos, realização de exames complementares de acordo com o protocolo e para a classificação de risco de ambos os grupos e ampliação nas orientações nutricionais, práticas físicas e tabagismo no grupo de usuários hipertensos e diabéticos, e também em seus familiares. **Discussão:** A equipe se capacitou para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes, o que promoveu o trabalho integrado de toda a equipe. Antes da intervenção as ações eram concentradas nas figuras da médica e enfermeira. A intervenção reviu atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas. Apesar disso, o impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade. Os hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, com as buscas ativas realizadas pela equipe, com as mudanças nos atendimentos e no fornecimento de orientações, porém, algumas dessas mudanças geram insatisfações nas salas de espera entre outros usuários do serviço que desconhecem o motivo desta priorização. As demais equipes de saúde da família e unidade tradicional foram sensibilizadas para o processo de intervenção e já participam em diversas etapas de seu acontecimento. Essa sensibilização será intensificada de modo que as demais equipes atuem na atenção ao Hipertenso e Diabético do mesmo modo, e não gere desconforto entre os usuários por receberem cuidados diferenciados dentro de uma mesma unidade de saúde.

**Palavras-chave:** Atenção Primária a Saúde, Diabetes Mellitus, Hipertensão.

## LISTA DE FIGURAS

|             |   |    |
|-------------|---|----|
| Figura 1 -  | Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.....                           | 61 |
| Figura 2 -  | Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.....                            | 62 |
| Figura 3 -  | Proporção de hipertensos faltosos com a consulta médica com busca ativa.....                      | 63 |
| Figura 4 -  | Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.....                | 64 |
| Figura 5 -  | Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.....                 | 65 |
| Figura 6 -  | Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.....       | 66 |
| Figura 7 -  | Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.....        | 67 |
| Figura 8 -  | Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.....                    | 68 |
| Figura 9 -  | Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia..... | 69 |
| Figura 10 - | Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.....  | 69 |
| Figura 11 - | Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.....               | 70 |
| Figura 12 - | Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular.....          | 71 |

|        |  |    |
|--------|--|----|
| Figura | Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do |    |
| 13 -   | tabagismo.....   | 72 |



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

Agente Comunitário de Saúde - ACS

Agente de Promoção Ambiental - APA

Assistente técnico administrativo – ATA

Atendimento Médico Ambulatorial – AMA

Centro de Atenção Psicossocial – CAPS

Centro de Convivência e cooperativas – CECCO

Centro de Especialidades Odontológicas – CEO

Centro de Referência à Assistência Social – CRAS

Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo – Sabesp

Consolidação das leis trabalhistas – CLT

Departamento de Estradas e Rodagem – DERSA

Diabetes Mellitus – DM

Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST

Estratégia de Saúde da Família – ESF

Freguesia do Ó / Brasilândia – Fó/Bras

Hipertensão Arterial Sistêmica - HA

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE

Jardim – Jd

Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF

Núcleo Integrado de Reabilitação – NIR

Pronto Socorro – PS

Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS

Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB

Unidade Básica de Saúde – UBS

Unidade de Atendimento Domiciliar – UAD

Universidade Aberta do SUS – UNASUS

## SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| Apresentação.....   | 12 |
| 1. Análise Situacional.....   | 13 |
| 2. Análise Estratégica – Projeto de intervenção.....  | 29 |
| 2.1. Justificativa.....   | 29 |
| 2.2. Objetivos e metas.....   | 30 |
| 2.2.1. Objetivo geral.....  | 30 |
| 2.2.2. Objetivos específicos.....   | 30 |
| 2.2.3. Metas.....   | 31 |
| 2.3. Metodologia.....   | 32 |
| 2.3.1. Ações.....   | 33 |
| 2.3.2. Indicadores.....   | 43 |
| 2.3.3. Logística.....   | 48 |
| 2.3.4. Cronograma.....  | 51 |
| 3. Relatório da intervenção.....  | 53 |
| 3.1. As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.....      | 53 |
| 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..... | 63 |
| 3.3. Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coleta de dados e cálculo dos indicadores.....             | 63 |
| 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.....   | 64 |
| 4. Avaliação da intervenção.....  | 65 |
| 4.1. Resultados.....  | 65 |

|   |    |
|---|----|
| 4.2. Discussão dos resultados.....                                | 77 |
| 4.3. Relatório para os gestores.....                              | 80 |
| 4.4. Relatório para a comunidade.....                             | 82 |
| 5. Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem..... | 85 |
| 6. Bibliografia.....  | 87 |
| Anexos.....   | 88 |
| Anexo A – Parecer do Comitê de Ética.....                         | 88 |
| Anexo B – Ficha de acompanhamento individual.....                 | 89 |
| Anexo C - Planilha eletrônica de coleta de dados.....             | 90 |

## APRESENTAÇÃO

Este volume trata-se de um estudo de intervenção realizado no município de São Paulo - SP, que teve o objetivo de melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus da equipe de Estratégia de Saúde da Família da UBS Jd Vista Alegre.

O documento apresenta a análise situacional da unidade, que contextualiza a unidade de saúde onde foi realizado o projeto, apresenta suas principais características e a analisa em relação à estrutura, processo de trabalho e população; O projeto de intervenção justifica a escolha da ação, estabelece os objetivos e metas para alcançá-las, demonstra a metodologia utilizada e detalha as ações pensadas em cada eixo de atuação, como monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica, define indicadores de monitoramento e detalha a logística proposta, bem como o cronograma para andamento do projeto. A implementação da intervenção explicita as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas, as ações previstas que não foram realizadas e ainda demonstra as dificuldades encontradas na coleta e sistematização dos dados relativos à intervenção, ao fechamento das planilhas de coleta de dados e cálculo dos indicadores, bem como analisa a viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço. A avaliação da intervenção demonstra os resultados alcançados, bem como analisa os processos necessários para alcançá-los; O documento apresenta ainda uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem da estudante e sua trajetória pelo curso de especialização em saúde da família.

## **1. Análise Situacional**

A unidade de saúde – UBS Jd Vista Alegre - está localizada na região norte do município de SP na região da Freguesia do Ó/Brasilândia. Está em uma região geograficamente desfavorável, pois o acesso é muito difícil devido as ruas esburacadas, irregulares e íngremes e na vigência de chuvas se tornam intransitáveis. Possui uma população de aproximadamente 90 mil habitantes igualmente carente e exposta à muitos agentes patológicos e situações de riscos à saúde (inundações, desmoronamentos, córregos, escadões fora dos padrões e áreas interditadas pela defesa civil por falta de segurança, drogadição, etc). A unidade é referência de saúde para 5 bairros do município e uma extensa área de invasão. Temos como retaguarda um hospital geral, 1 maternidade, 1 PS de Psiquiatria, 1 CRAS, 1 NIR, 1 CEO , 2 ambulatórios de especialidades, 1 CAPS adulto, 1 CAPS infantil, 1 CAPS álcool e drogas, 1 Residência terapêutica, 1 Centro de Referência DST/AIDS, 1 Centro de Referência à Saúde do Trabalhador, 1 CECCO, 1 UAD e 1 Laboratório de Saúde Pública.

Atualmente o território sofre uma tensão grande devido aos diversos projetos que serão implantados pela Dersa: Rodoanel, Sabesp: obras finais dos ductos coletores, Habi Norte: Projeto habitacional no Jd Paraná; Secretaria do Verde: conservação de parques e continuidade do Parque Linear. Os moradores estão temerosos e incertos de seu futuro; as informações não são consistentes e os diversos órgãos atuando no território não interagem.

Esses eventos também estão dificultando a revisão e redistribuição do território entre as equipes de Equipes de Saúde da Família. Devido as mudanças constantes do território pelas invasões de terras e grande mobilidade das famílias, aumentou-se consideravelmente o número de famílias cadastradas pela Estratégia de Saúde da Família, o que exige uma redivisão do território. Esta redivisão está sendo dificultada pelas obras supracitadas, já que haverá grandes mudanças no

território, como, realocação das famílias, despejos, entre outras. Todos esses eventos estão gerando grandes aflições nos usuários do território, bem como nos profissionais que ali atuam.

A UBS Jd Vista Alegre é uma unidade mista e funciona de segunda à sexta-feira das 07 às 19hs. Conta com a Estratégia de Saúde da Família, Posto Avançado do AMA e UBS tradicional. Em andamento está a construção de um AMA Sorriso. É uma unidade grande onde atuam 6 equipes de saúde da família. Cada equipe é composta por 6 ACS, 2 auxiliares de enfermagem, 1 médico e 1 enfermeiro. Atua na unidade 1 APA. No momento não há profissional da Saúde Bucal. Temos uma equipe de NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) que é composta por 2 fisioterapeutas, 2 Terapeutas Ocupacionais, 1 Psiquiatra (cargo vago no momento), 1 Pediatra e 1 Assistente Social. Esse NASF apoia 2 unidades de saúde e divide suas atividades entre elas.

Na UBS tradicional, temos 2 enfermeiros, 4 auxiliares de enfermagem, 1 médico ginecologista, 3 médicas pediatras e 1 assistente social. No Posto Avançado do AMA Elisa Maria, temos 2 enfermeiras, 4 auxiliares de enfermagem, e médicos que atuam em sistema de plantão (12 horas): 4 clínicos geral, 2 pediatras, 3 ginecologistas e 2 assistentes sociais.

Apesar de ter uma estrutura física grande, o espaço é insuficiente para comportar todas as atividades realizadas e a população atendida. A ESF atende cerca de 20.000 usuários, enquanto a UBS tradicional e Posto Avançado do AMA (uma estratégia para atender a população do bairro Elisa Maria onde não há nenhuma UBS apenas um AMA – Atendimento Médico Ambulatorial - de pronto atendimento. Os usuários ali atendidos não tinham local para ser referenciados, portanto alocou-se na UBS Jd Vista Alegre clínicos, pediatras e ginecologistas, bem como uma equipe de enfermagem para atender essa população.) atendem cerca de 70.000 usuários.

A unidade está em local de grande vulnerabilidade social, como extensa área de invasões de terras e pontos de alagamentos e enchentes. Em quatro anos a unidade sofreu quatro grandes enchentes, numa delas a água atingiu quase meio metro de altura dentro da unidade de saúde. Em todas elas, materiais foram perdidos, equipamentos e materiais danificados, prontuários ficaram inutilizados, e os funcionários da UBS juntamente com a equipe de limpeza fizeram a higienização da unidade.

A unidade possui 6 consultórios de ESF – médicos e enfermeiros se revezam para realizar os atendimentos, 2 consultórios médicos para clínico geral, 2 consultórios para ginecologistas, 4 consultórios de pediatria e 1 consultório de enfermagem (não está totalmente adequado para realizar os atendimentos). Temos 1 sala para o serviço social, pequena, mal ventilada e não comporta dois atendimentos ao mesmo tempo, pois não há privacidade. Temos 1 sala de medicação/observação/emergência, que apesar de grande não comporta o total de atendimentos realizados no dia. O ideal seria uma sala apenas de emergência e observação, separada da sala de medicação, mas não temos estrutura física que suporte essa modificação. Há 1 sala de inalação, 1 sala de curativos, 1 sala de esterilização de materiais (dois compartimentos: materiais contaminados e esterilização), 1 sala de coleta de papanicolaou. Todas essas salas estão adequadas às determinações. Temos 1 sala para realização de grupos e reuniões, sendo que, é pequena e mal ventilada. Comporta no máximo 20 pessoas mal acomodadas, o que dificulta a realização de algumas atividades e a distribuição entre todos os profissionais. Nessa sala há uma televisão que possibilita o acesso à outros recursos audiovisuais (DVD, Computadores).

A recepção da unidade é única para todos os programas. Os prontuários da ESF são organizados em prateleiras separadas das outras estratégias. Temos 4 ATAs (Assistente Técnico Administrativos) e 3 agentes de apoio que atuam na recepção de usuários para consultas marcadas, agendamento de consultas, cadastro de novos usuários, levantamento de agendas e prontuários para atendimento médico e de enfermagem, bem como arquivamento de prontuários. Na recepção também é realizado o cadastramento do Bolsa Família, que atualmente é cerca de 2800 famílias beneficiárias no território.

A farmácia conta com 1 farmacêutico, que divide suas atividades em 2 unidades e 5 técnicos de farmácia e funciona durante todo o período de funcionamento da unidade.

A central de regulação no momento ocupa o espaço destinado à recepção do AMA Sorriso, enquanto as obras não são concluídas. Atuam na regulação 2 assistentes técnicos administrativos e 1 assistente técnico administrativo responsável pelo Programa Mãe Paulistana.



O almoxarifado é pequeno e não tem ventilação. É administrado por 1 técnico de farmácia e 1 agente de apoio. Nesse local são administrados os programas do município como Remédio em casa e Automonitoramento Glicêmico.

Temos 4 banheiros de usuários: 2 femininos e 2 masculinos, 1 banheiro para pessoas portadoras de necessidades especiais e 2 vestiários de funcionários com 3 banheiros femininos e 2 masculinos.

Temos 1 sala de gerência e 1 sala administrativa onde atuam 2 assistentes técnicos administrativos responsáveis pela digitação do SIAB e recursos humanos. 1 Enfermeira que realiza apoio à gerência e 1 assistente de gestão de políticas públicas.

Ainda há um espaço destinado ao AMA Sorriso que é composto por escovódromo, 2 salas de atendimento e 1 recepção. Esse espaço está sendo utilizado como depositário de materiais e equipamentos enquanto as obras não são concluídas. Há aproximadamente 1 ano as obras estão interrompidas por questões técnicas e políticas. Não há previsão de retorno.

A região possui altos índices de mortalidade materno-infantil, o que atribuímos à área de vulnerabilidade social na qual estamos inseridos, o grande consumo de álcool e drogas e resistência ao cuidado pré-natal. Devido a esse cenário iniciamos, há cerca de 2 anos, uma linha de cuidado na atenção materno-infantil envolvendo todos os profissionais da unidade. Iniciamos separando os prontuários de gestantes em local diferenciado e em envelopes diferenciados, o que permite monitorar e localizar esses prontuários de forma mais efetiva, afinal, são aproximadamente 480 prontuários. Hoje, essa estratégia estende-se também às crianças menores de um ano.

Com essas ações conseguimos monitorar mais intimamente essas populações e administrar de forma mais efetiva o cuidado. Ainda não realizamos nenhum trabalho para mostrar o impacto das nossas ações, mas a experiência diária mostrou grande significado e melhoria na oferta de cuidado.

Temos uma equipe composta por enfermeira e auxiliares de enfermagem que realizam a busca ativa aos faltosos em consultas, exames, especialidades através de telefone e visitas domiciliares na área não abrangida pela ESF. Esses profissionais também realizam uma ligação antes das consultas para lembrar principalmente as mães sobre a importância do comparecimento e isso diminuiu muito o absenteísmo das crianças faltosas às consultas. Os profissionais que

realizam os atendimentos separam no final do dia os faltosos para que a equipe realize a busca ativa e destaca ainda, as crianças de maior risco e vulnerabilidade, para que seja traçado um cuidado diferenciado.

Temos instituído na unidade um colegiado de gestão, composto de profissionais de todas as categorias, que participa na tomada de decisões e contribui com diferentes olhares para as necessidades da unidade. Apesar de constituído há 2 anos, ainda engatinha nas questões e esbarra em questões burocráticas e de espaço físico para atuar.

O Conselho Gestor na unidade não é forte e pouco participativo. Temos tentado algumas estratégias para envolvê-los, porém ainda sem sucesso. Temos realizado algumas tímidas reuniões com a comunidade e esse ano está no nosso planejamento intensificar essas reuniões de modo a conseguir diminuir a distância entre UBS e comunidade e fortalecer esse instrumento importante de conquistas e fiscalização do serviço de saúde.

Temos instaurada uma comissão de prontuários, que ajudou a melhorar muito a qualidade dos nossos prontuários, tanto no registro como na organização interna. Ainda temos muitos problemas na questão da ausência de registro de informações importantes no prontuário, como exames, por exemplo.

Nossa regulação iniciou um processo interno de mini-regulação. Temos reunido os diversos profissionais para discutir questões referentes aos encaminhamentos a exames e especialidades, como otimizar esse serviço e como diminuir as filas de espera, que ainda são muito longas em algumas especialidades. A mini regulação iniciou há menos de 1 ano mas já tem demonstrado bons resultados. Ainda assim, temos alguns nós que continuam difíceis de desatar e nossas filas continuam longas em alguns casos.

Este ano a supervisão de saúde à qual pertencemos que é a FÓ/Brasilândia, tem iniciado uma proposta de trabalho que teve sua ideia germinada no Fórum de Redes e Grupo de trabalho de Acolhimento (um apêndice da Política Nacional de Humanização), que é o trabalho de Acolhimento com classificação de risco e análise de vulnerabilidade. Esse trabalho iniciou com oficinas em março e todos os equipamentos de saúde estão participando. Um dos objetivos é problematizar o acolhimento em discussões e pensar estratégias de classificação de risco e análise de vulnerabilidade que se adequam à nossa realidade. Estamos todos esperançosos

de que teremos bons frutos, já que é um trabalho que está sendo construído em conjunto com a rede, e não algo que nos foi imposto já pronto.

Ultimamente temos lidado com muitos casos de violência sexual em crianças e casos graves de saúde mental, principalmente em gestantes. Este tem sido um desafio de toda a equipe e têm angustiado os profissionais envolvidos, principalmente os Agentes Comunitários de Saúde que muitas vezes adoecem com essas situações. Temos contado com o inestimável auxílio e apoio do NASF nessas situações, e temos tido alguns casos bem sucedidos, mas ainda nos sentimos muito despreparados para lidar com essas situações e temos refletido sobre o quanto alguns profissionais, em especial os ACS, são preparados para lidar com essas situações tão complexas e o quanto exigimos dessa categoria. Este tem sido um assunto em pauta em muitas das nossas reuniões. Partindo desse sofrimento nossa gerência implantou um projeto "Cuidando do Cuidador", um espaço na própria UBS, semanalmente, para o cuidado do profissional, física e psiquicamente. Ainda não conseguimos avaliar o impacto dessa ação.

Outro grande desafio encontrado na ESF é a rotatividade constante de médicos na Estratégia. O vínculo é prejudicado e as ações são continuamente interrompidas. As equipes constantemente estão defasadas deste profissional e programas importantes são interrompidos. O serviço acaba por ficar desacreditado diante dos olhos dos nossos usuários.

### **Relatório da Análise Situacional**

O município de São Paulo está dividido em 31 subprefeituras com 96 distritos administrativos, de acordo com dados do IBGE, 2004. Segundo essa mesma fonte, o distrito de Freguesia do Ó/Brasilândia possuía 416.045 habitantes em 2009. Esse território possui um elevado número de favelas (101) e conta com uma população favelada de 51.882 habitantes, sendo que 1.106 domicílios estão em área de risco. Atualmente, no território da Fó/Bras, há 4 Unidades Básicas de Saúde que atuam no modelo tradicional, 10 Unidades de Saúde que atuam com a Estratégia de Saúde da Família, 2 Unidades de Saúde que atuam com o modelo misto de Atenção. Ao todo no território há 68 equipes de Saúde da Família, com cobertura de 77% do território da Brasilândia e 27,7% de cobertura no território da Freguesia do Ó. A UBS Jd Vista Alegre está inserida no distrito de Brasilândia, que

por motivos políticos e organizacionais, está atrelado ao distrito da Freguesia do Ó, constituindo um só distrito administrativo. Há ainda 1 Ambulatórios de especialidades que agrega 1 Núcleo de Reabilitação, 1 AMA Especialidades, 1 Núcleo de Reabilitação com sede na Supervisão Técnica de Saúde, 1 CAPS II Adulto, 1 CAPS Infantil, 1 CAPS III Álcool e Drogas, 2 Serviços Residenciais Terapêuticos Especiais, 1 residência terapêutica masculina, 1 Centro de referência para DST/AIDS, 1 Centro de Referência de Saúde do Trabalhador, 1 CECCO, 1 Laboratório de Saúde Pública, 1 Centro de convivência infantil, 1 Escola técnica do SUS, 1 Supervisão de vigilância em Saúde, 4 AMA (, 5 equipes de NASF, S3 Hospitais Gerais, 1 Maternidade e 1 Pronto-Socorro municipal. Secreções (anal, vaginal, oral) e os resultados/laudos ficam prontos em menos de 30 dias, na sua maioria. Em contrapartida, os exames de mamografia, endoscopia digestiva alta, ultrassonografias (abdômen, obstétrico, transvaginal, vascular) tem tido uma lista de espera grande e demorado mais de 30 dias para o agendamento. Quando há a necessidade do usuário ser referenciado ao atendimento especializado, normalmente a espera é mais longa. Algumas especialidades chegam a ficar mais de um ano na fila.

A UBS Jd Vista Alegre é uma unidade urbana, mista, e atende aproximadamente 80 mil habitantes, sendo que, destes, 20 mil pertencem a Estratégia Saúde da Família e 60 mil à UBS Tradicional. Além dessas duas estratégias de atendimento há o Posto Avançado do AMA Elisa Maria, que funciona dentro do equipamento físico da UBS Jd Vista Alegre e surgiu da necessidade do território do Jd Elisa Maria de ter uma referência de Unidade Básica de Saúde. Nesse território foi construído um AMA (Atendimento Médico Ambulatorial), que atua como Pronto Atendimento, e os usuários que recebiam atendimento nesse serviço não tinham nenhuma unidade de saúde para serem referenciados. Contratou-se então, alguns profissionais (Enfermeiros, auxiliares de enfermagem, clínicos, ginecologistas e pediatras) para atender essa população dentro do espaço físico da UBS Jd. Vista Alegre, como uma “UBS estendida” daquela população. A unidade pertence ao município, mas é administrada por uma Parceira da Prefeitura Municipal de São Paulo, que é a Associação Saúde da Família. Portanto, hoje, há trabalhadores que são servidores municipais (da UBS Tradicional) e os contratados pela parceira em regime de trabalho CLT (ESF e Posto Avançado). A UBS não possui vínculo com nenhuma instituição de ensino. Na unidade não há serviço de

odontologia. Está em andamento a construção de um AMA Sorriso, dentro do espaço físico da unidade, que será referência para esse atendimento na região da Fó/Brasilândia. No momento, somente os casos prioritários são referenciados a outra unidade para avaliação do dentista. O Posto Avançado do AMA Elisa Maria conta com 2 enfermeiras, 4 auxiliares de enfermagem, 2 clínicos plantonistas por dia, 1 médico ginecologista por dia, 1 pediatra por dia. Os clínicos dessa estratégia oferecem suporte à UBS Tradicional e parte de suas agendas são destinadas a essa população.

Apesar de a unidade ter uma estrutura grande, ela foi construída para ser uma unidade tradicional de saúde, sem a ESF. Com a implantação das equipes foi-se realizando modificações e adaptações, porém estas não comportam as 6 equipes de saúde, de forma adequada, como é o caso. Todos os consultórios de atendimento são compartilhados, e mesmo racionalizando o uso para o melhor aproveitamento, falta espaço para atendimento de alguns profissionais, geralmente enfermeiros e profissionais do NASF, quando há necessidade de algum atendimento compartilhado. Outro exemplo é a sala de reuniões/grupos que comporta no máximo 30 pessoas mal acomodadas. Dividir essa sala para todas as atividades que existem na ESF e com todas as equipes é uma tarefa árdua, já que nesta sala são realizados grupos educativos, reuniões com a comunidade, reuniões técnicas, reuniões de enfermeiros, reunião geral, comissão de prontuários, reunião do colegiado gestor, enfim, inúmeras atividades para pouco espaço. Uma estratégia para minimizar esse problema foi buscar na comunidade espaços para realização de algumas atividades, principalmente grupos educativos ou reuniões que tenham um grande número de pessoas, porém, nem sempre os equipamentos estão disponíveis ou em alguns casos, há certo tipo de barganha implícita na concessão dos espaços.

Outro problema importante na unidade é a falta de espaço para armazenamento dos prontuários. A mesma recepção acomoda prontuários de ESF, que são organizados por famílias, áreas e microáreas, e os prontuários da UBS, que são organizados por pacientes e número de matrícula. Conforme a necessidade, o local que acomoda os prontuários da UBS foi sendo adaptado e ocupou quase todos os espaços livres da recepção, apesar desta ser muito grande em comparação a outras unidades. A falta de espaços faz com que os prontuários sejam acondicionados muito apertados uns aos outros diminuindo sua vida útil e dificultando a manipulação.

Devido esses e outros motivos, buscou-se uma estratégia para organizar os prontuários de gestante de forma a facilitar a localização e o monitoramento/acompanhamento do cuidado. Esses prontuários são organizados por áreas (nas ESF) e por médicos responsáveis pelo acompanhamento (na UBS) e ficam organizados em local próprio dentro da recepção. Não há, na unidade uma sala para os Agentes Comunitários de Saúde. Com isso, eles utilizam a sala de reuniões (quando disponível) e os corredores da unidade para realização de relatórios, cartazes, materiais educativos e planejamento de atividades coletivas. Isso faz com que aumente muito o número de pessoas circulando pelos corredores e diminui a efetividade do trabalho do ACS que não dispõe de condições adequadas para realização do serviço.

Na análise da estrutura da unidade temos muitos pontos que estão adequados ao que rege o Ministério da Saúde: Temos a maioria dos ambientes ventilados e bem iluminados. Nossas paredes internas são todas revestidas de material lavável, de superfícies lisas. Os pisos são laváveis, firmes e regulares, porém não estão revestidos com material antiderrapante. Nossas portas são laváveis, nossos lavatórios e pias possuem torneiras com fechamento automático. Prateleiras e armários são revestidos de materiais com superfícies lisas, laváveis e na sua maioria possuem cantos arredondados facilitando a limpeza e prevenindo acidentes.

Possuímos sinalização visual através de textos em todos os ambientes, mas a sinalização por figuras está presente apenas nos banheiros de usuários, feminino e masculino, e no sanitário de pessoas com deficiência. Isso se torna um grande problema no dia-a-dia, já que há um número grande de pessoas não alfabetizadas ou com dificuldade de leitura que frequentam a unidade de saúde. Não há nenhum tipo de sinalização em braile ou por meios auditivos. Os consultórios de atendimento são adequados. Todos estão equipados com os materiais necessários e são grandes para permitir divisão entre a mesa de atendimento e coleta da história e a mesa de exame físico. Todos possuem biombo, de material lavável, que garante a privacidade no momento do exame físico.

A sala de vacina está localizada na parte frontal da unidade, próximo à porta de entrada. Apesar de ter apenas uma porta, permitindo que a entrada e a saída dos usuários sejam feitas pelo mesmo local, é uma sala ampla e bem arejada. Os corredores da unidade são largos (maiores que 1,20m) e possuem corrimãos.

Permitem com facilidade o acesso de usuários com cadeira de rodas. Não há degraus que impossibilitem o acesso à unidade, porém, a rampa de acesso à entrada da unidade não possui corrimão e o terreno ao entorno da unidade é desnivelado e esburacado.

É prática comum o atendimento domiciliar na unidade e é realizado por médicos, enfermeiras, auxiliares de enfermagem, profissionais do NASF, Serviço social, agentes de saúde, agente de promoção ambiental, agente de zoonoses e até mesmo a gerente, quando necessário. Outra prática comum das equipes é a realização de grupos educativos, porém, muitas vezes essas atividades estão atreladas à troca de receitas de uso contínuo, o que acaba, por sua vez, descaracterizando o objetivo do grupo. As equipes têm buscado alternativas para realização de grupos lúdicos, práticas alternativas, bem como procurado na comunidade espaços que possam ser utilizados para esse fim. Ainda são poucas as equipes que já conseguem com algum sucesso realizar grupos desvinculados das trocas de receitas e embora em número menor, estes tem se mostrado de grande contribuição para a promoção da saúde na comunidade.

Como citado anteriormente, a população da área adstrita da UBS corresponde a aproximadamente 80 mil habitantes. A UBS Jd Vista Alegre está localizada no centro de cinco bairros de grande vulnerabilidade que não possuem equipamentos de saúde, excetuando o bairro Elisa Maria que possui a AMA. Não há nenhum estudo sobre o perfil e características epidemiológicas dessa população, por se tratar, da maioria, de uma população que não é atendida pela ESF o que dificulta a realização desse estudo. A proporção de profissionais e de estrutura física para o atendimento desse número de habitantes está aquém do necessário e reflete diariamente no excesso de demanda para os atendimentos. Há uma mobilização da comunidade e profissionais de saúde na reivindicação de mais equipamentos de saúde nessa comunidade, como por exemplo, a construção de 3 novas UBS, bem como, a ampliação do número de equipes de saúde da família.

O acolhimento à Demanda Espontânea é realizado todos os dias da semana durante todo o horário de funcionamento da unidade. Há enfermeiras que se dividem entre os turnos para serem referências para essas demandas. Não dividimos o acolhimento por equipes, nem por estratégia. Todos realizam o acolhimento tanto da UBS tradicional quanto da ESF. Esse ano, iniciamos oficinas para discussão do acolhimento à demanda espontânea, com o apoio da supervisão de saúde, e nesse

processo foram envolvidos todos os equipamentos de saúde da rede, como: CAPS, NIRs, Hospitais, Maternidades, Ambulatórios de Especialidades, enfim, a ideia é pensar no Acolhimento em rede. Sabemos ser uma proposta desafiadora, mas consideramos importante ter iniciado esse tipo de discussão na equipe.

O Acolhimento hoje é realizado sem classificação de vulnerabilidade e risco, e, portanto, não oferece ferramentas objetivas para organizar essa demanda. Há uma equipe de enfermagem de referência para o acolhimento da demanda espontânea e quando há necessidade de atendimento médico no dia há a disponibilidade de algumas vagas reservadas nas agendas de todos os profissionais médicos. Quando o atendimento necessita de cuidado imediato, qualquer profissional médico pode ser acionado e toda a equipe volta à atenção para o atendimento prioritário. Tem sido realizado, em impresso próprio da unidade, um registro dos atendimentos realizados no acolhimento, bem como, os motivos de procura do usuário e a qual estratégia esse usuário pertence – ESF ou UBS tradicional – com o intuito de realizar um estudo do acolhimento da unidade para entender quais as necessidades de saúde que faz com que as pessoas procurem o serviço fora do agendamento. Na opinião dos trabalhadores da UBS, um dos maiores entraves da Atenção Básica é garantir o acesso ao serviço de saúde. Nem sempre o atendimento prioritário é o mais barulhento e passa despercebido na sala de espera. Nem sempre os profissionais estão disponíveis para realizar uma escuta qualificada em todos os momentos.

Muitos são os desafios em aperfeiçoar o Acolhimento ao usuário, entretanto, as discussões não foram inibidas pelo tamanho do desafio e tem sido recebida pelos profissionais e por alguns usuários com muito entusiasmo. Foram realizadas 2 oficinas em junho de 2013 com 90% dos trabalhadores e participação tímida de alguns usuários apenas para discutir o Acolhimento. Foram espaços de ricas contribuições e aprofundamento no tema. Foi espaço de avaliação da unidade e pontuações sobre suas fragilidades e potencialidades, e, talvez, tenha sido o tema no qual a população mais teve participação e contribuição com suas colocações na história da unidade. Durante as oficinas de acolhimento muito se discutiu sobre as linhas de cuidado na Atenção Básica, sobre suas diretrizes e, principalmente, sobre o papel fundamental desta na coordenação do cuidado. Buscou-se nesse processo trocar conhecimentos sobre experiências exitosas no planejamento e monitoramento das ações e repensar o modo como se realiza os cuidados atualmente.



Na linha de cuidado de Saúde da Criança utilizamos um impresso próprio do Programa “Mãe Paulistana” que contempla a maior parte das informações necessárias ao cuidado das crianças, porém, nem sempre é preenchido adequadamente por todos os profissionais. Além desse registro, há numa das equipes, um controle através de planilha própria elaborada pela equipe para o acompanhamento das crianças e sinalização de riscos. A cada 15 dias a auxiliar de Enfermagem realiza um levantamento junto com as ACSs, em reunião de equipe, do acompanhamento das crianças, situações de riscos, faltosos, etc. A partir desses dados se elaboram projetos terapêuticos para essas famílias. Como se trata de unidade mista, na UBS Tradicional há um controle apenas das crianças de risco que passaram por atendimento médico ou de enfermagem. Essas crianças são monitoradas, mas não correspondem ao número total dos menores de um ano.

Uma das grandes dificuldades ainda no cuidado das crianças reside na ausência de anotações nos prontuários. Muitos profissionais anotam apenas informações parciais e dificulta o acompanhamento. Existe a necessidade de criar um instrumento que possibilite o melhor acompanhamento dos indicadores de puericultura, bem como melhorar o registro das informações em prontuários. Temos que ter de forma acessível um controle das crianças de risco e uma maneira de monitorá-las. Uma das estratégias que foi pensada em equipe é a avaliação e preenchimento de todos os dados da criança na visita de puericultura, bem como a classificação de risco. O preenchimento de uma ficha espelho dessas informações facilitaria o acesso quando necessário. Estamos montando oficinas para conversar com todos os profissionais envolvidos no atendimento da criança, para sensibilização da necessidade de preenchimento de todos os dados possíveis, para um melhor acompanhamento do cuidado de saúde das crianças residentes em nossa área de abrangência.

Com relação ao Pré-natal de baixo risco, na UBS utilizamos o prontuário do Programa Mãe Paulistana do município de SP. Além desse prontuário a equipe mantém uma planilha com as principais informações referentes ao cuidado das gestantes, situações que necessitam maior atenção, atrasos de consultas, vacinas, exames, busca ativa, enfim, o preenchimento dessa planilha ocorre quinzenalmente pela auxiliar de enfermagem e/ou enfermeira, através do levantamento das informações pelo prontuário e das informações trazidas pelos Agentes Comunitários de Saúde. Esse levantamento tem como objetivo melhorar a qualidade do Pré-Natal

bem como melhorar o monitoramento desse cuidado. Esse controle ainda não é realizado de forma uniforme em toda a UBS. A UBS tradicional também realiza um monitoramento mensal das gestantes, porém, com um olhar voltado principalmente as gestantes do último trimestre. As demais equipes da ESF realizam o seu monitoramento de formas distintas, pois ainda não é consenso o uso da planilha de acompanhamento.

Das gestantes existentes na área de abrangência, realizamos uma cobertura de pré-natal de 74%. Como a população é prioritariamente SUS dependente, a maioria das gestantes realiza o pré-natal apenas na UBS, e a minoria opta por realizar o acompanhamento apenas no convênio de saúde. A unidade como um todo optou por trabalhar a linha materno-infantil como foco de sua assistência no ano em curso. Tal decisão se deu a partir do grande número de gestantes cadastradas na unidade, bem como os altos índices de mortalidade infantil e situações de vulnerabilidade (mães usuárias de drogas, mães adolescentes, ausência de suporte ou rede social, residência em área de risco). Toda a equipe tem se empenhado em monitorar o cuidado, avaliar periodicamente os dados e rever a atuação, quando necessário.

No cuidado as mulheres com relação à prevenção do câncer do colo uterino, não há disponibilidade de muitos dados. As equipes, em geral, conseguem listar as mulheres que estão com o exame em atraso, porém, sem que haja uma definição do tempo desse atraso. Não há ainda um controle longitudinal eficiente das mulheres com relação ao exame preventivo. O que percebo é que há falhas no processo de seguimento das mulheres com risco ou com exames alterados. Conseguimos realizar uma boa coleta, realizada de forma satisfatória, e em número adequado, mas não temos o controle se os exames que estamos realizando são das mesmas mulheres ou se estamos atingindo a faixa etária vulnerável! Acredito que poderíamos instituir um seguimento, através de fichas arquivo, para o controle e seguimento das mulheres com exames alterados: acompanhar seu percurso pela rede e poder efetivamente segui-la durante esse trajeto. Outro ponto que dá para ser melhorado são as capacitações e encontros entre os profissionais de saúde que realizam o exame citopatológico para uniformizar as orientações e conceitos. É importante que todos falem uma só linguagem, com relação à faixa etária prioritária, ao seguimento dessas mulheres, para que possamos aperfeiçoar os recursos utilizando de forma adequada para os grupos de risco.

A Estratégia de Saúde da Família possui diversas ferramentas importantes para realizar o controle do câncer de mama. Assim como nas ações de prevenção de câncer de colo uterino, todos os profissionais necessitam adotar uma mesma linguagem. Os conceitos têm que estar bem definidos e os critérios de rastreamento também. Os agentes comunitários de saúde têm papel fundamental, pois, conseguem atingir prontamente e identificar essa população, bem como, sensibilizá-la para a prática. A princípio seria necessário realizar um levantamento de todas as mulheres na faixa prioritária que não realizaram o exame e o tempo de atraso. A partir de então, realizar uma busca ativa dessas mulheres. Seria necessário ter a contra-referência de forma adequada dos serviços que realizam a Mamografia, pois, apesar do resultado vir para a unidade de saúde, muitas vezes, nas alterações, o serviço convoca a mulher de forma direta e a UBS nem toma conhecimento. Seria interessante dialogar com o serviço de referência para definir melhor os fluxos, e poder então, elaborar uma estratégia de seguimento controlado dessas mulheres.

Em relação ao cuidado dos usuários hipertensos e diabéticos os registros que estão disponíveis na unidade não fornecem informações suficientes para avaliar a cobertura e seguimento desses usuários. Esse ano, uma equipe de saúde da família iniciou algumas discussões para o planejamento do cuidado desses usuários, que somam ao todo quase 600 pessoas, sendo que, 90% destes realizam o acompanhamento de saúde na UBS. Nessas discussões foram considerados critérios para classificação de riscos, periodicidade das consultas de médicos e enfermeiros por classificação e oferta de cuidados a serem fornecidos.

Nesse primeiro momento realizou-se um levantamento de todos os usuários e sua classificação por riscos. Os usuários foram divididos por grupos de semelhança e montou-se então uma linha de cuidado para cada grupo. A ideia foi garantir nas agendas dos profissionais o acesso desses usuários dentro dos prazos necessários, bem como organizar grupos e cuidados de acordo com as necessidades de cada um. Toda a equipe está empenhada em realizar esse cuidado e tem buscado maneiras diferentes, dentro da realidade do território, de garantir o acesso e os recursos a que essa população tem direito.

Em relação ao cuidado do idoso temos um caminho muito longo a percorrer. A unidade de saúde não planeja suas ações pensando nessa população. O cuidado muitas vezes contempla esses usuários, pois estão inseridos em outros grupos de risco, como por exemplo, os hipertensos e diabéticos. Não há ações voltadas

diretamente aos idosos. Não identificamos dentre os nossos idosos quais são os mais vulneráveis ou tem maiores riscos de doenças ou dependências. Acredito que identificar essas deficiências já se caracterizou um primeiro passo para aprimorar essa assistência. Por se tratar de uma população não tão numerosa, acredito que seja possível rever o planejamento como equipe a fim de implantarmos um plano de cuidado para essa população. Durante as discussões, a equipe foi reconhecendo em suas micro-áreas de atuação, vários idosos em situações bem vulneráveis e percebeu a importância desse cuidado, pois não há nenhum plano de atenção voltado a eles. Outra discussão que foi gerada diz respeito à caderneta do idoso, que seria uma ferramenta importante no cuidado dessas pessoas, mas que não é preenchida adequadamente e nem solicitada pelos profissionais que os atendem, diminuindo sua importância diante do próprio idoso e dos demais profissionais. A discussão desse tema na equipe levantou diversos questionamentos sobre nossa forma de atuação e as possibilidades de intervenção, iniciando, por exemplo, com coisas simples e possíveis como a caderneta do Idoso.

Durante todas as semanas de ambientação e da primeira unidade as discussões sobre as diversas demandas e necessidades do serviço de saúde permearam as reuniões na unidade de saúde, seja durante as reuniões em equipe, ou durante as reuniões com a equipe ampliada. Em todas as situações surgiram oportunidades para discutir o funcionamento do serviço, o nosso olhar como trabalhadores para essas necessidades, e, principalmente, para a importância do envolvimento da comunidade nas nossas decisões.

Algumas situações fogem da governabilidade da equipe, no entanto, despertou o interesse em alguns por aprimorar as informações sobre o assunto, buscar estratégias de mudanças. Outras situações entraram para o planejamento da unidade e já se discute medidas de intervenção. Outras situações foram pensadas e discutidas pela primeira vez, pois nem se pensava no assunto.

Pelo menos um dos objetivos iniciais foi atingido: a equipe foi sensibilizada pelas diversas questões que tangem a Atenção Primária em Saúde e despertaram ideias, desejos, questionamentos, revisão de ações e atuações na prática diária.

### **Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório de Análise Situacional**

Ao reler o texto elaborado na semana de ambientação foi possível perceber que eu conseguia visualizar de forma abrangente, porém superficial, o funcionamento da minha unidade, bem como os fluxos, as rotinas, as potencialidades e fragilidades do serviço. No entanto, após realizar as tarefas que exigiam um maior aprofundamento na compreensão de algumas ações da nossa prática, pude perceber, e comigo, toda a equipe, que muito havia para ser melhorado, bem como, a prática possibilitou visualizar de forma objetiva quais deveriam ser nosso foco de atenção e as ações que exigiam atenção prioritária. As discussões nos fóruns, a troca de experiências com colegas que atuam nos mais diversos locais do Brasil, possibilitou ampliar a visão sobre o serviço de saúde, a Atenção Primária a Saúde e perceber detalhes que até então passavam despercebidos. Essa prática contribuiu para discussões enriquecedoras no cotidiano do trabalho, bem como gerou nos profissionais a necessidade de reavaliação de suas ações e a necessidade de mudanças. Tais reflexões iram possibilitar a elaboração de uma estratégia de intervenção com o objetivo de melhorar a assistência e a qualidade do serviço que ofertamos.

## **2. Análise Estratégica – Projeto de Intervenção**

### **2.1. Justificativa**

As doenças cardiovasculares representam hoje no Brasil a maior causa de morte (BRASIL, 2006). Esse dado reflete a importância de medidas de controle dos agravos e prevenção de riscos dessa população. A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus são problemas graves de saúde pública no Brasil e no mundo, pois a carga de doenças representada pela morbimortalidade devido essas patologias é muito alta. As consequências humanas, sociais e econômicas são muito grandes: 4 milhões de mortes por ano relativas ao diabetes e suas complicações, o que representa 9% da mortalidade mundial total (BRASIL, 2006).

Na Equipe de Saúde da Família 3377 há atualmente cadastradas 3.332 pessoas que são acompanhadas pela Estratégia. Destas, 466 são hipertensas e 161 são portadoras de Diabetes, o que nos dá uma cobertura de 66% do Programa de Hipertensão e 80% de cobertura do Programa de Diabetes no território. Atualmente, 90% dessa população realiza o acompanhamento de saúde apenas pela UBS e cerca de 90% já teve o risco de desenvolver doença cardiovascular calculado, embora este nem sempre seja utilizado para priorizar o atendimento aos usuários de alto risco. Não há, no entanto, nenhum programa de acompanhamento e monitoramento dos cuidados de saúde dessa população. Os registros existentes não estão atualizados e os indicadores de saúde não são acompanhados pela equipe. Há a inexistência de ferramentas para acompanhamento e monitoramento individual de cada usuário; sistemas de alertas para ações importantes que deixaram de ser realizadas (realização de exames, atrasos em consultas, não realização de orientações nutricionais). Há grupos de orientações que são realizados na unidade, voltados a essa população, porém a cobertura de usuários atingida pelos grupos é baixa.

Dada essa problemática a equipe decidiu trabalhar em estratégias para melhoria da cobertura e qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e diabético. Até o momento foi possível dividi-los em grupos separados por risco organizar estratégias de atendimento voltadas para cada grupo: Decidiu-se a periodicidade de

consultas e participação em grupos educativos para que todos tivessem acesso às informações de orientações preventivas. A maior dificuldade, no entanto, é com relação à disponibilidade de vagas na agenda para essa população, e o monitoramento desses dados. Também não foi realizada nenhuma capacitação para qualificação e sensibilização da equipe para esse atendimento, no sentido de nivelar alguns conhecimentos e práticas.

A intervenção é necessária para melhorar a cobertura da população portadora de hipertensão e diabetes na unidade, bem como, qualificar a atenção que essa população recebe. Não há como diminuir a morbimortalidade decorrente dessas patologias se não houver um monitoramento e acompanhamento integral desses pacientes com foco na minimização de danos e promoção de hábitos saudáveis. A equipe está empenhada e reconhece a necessidade dessa intervenção. Espera-se com essa intervenção, aumentar a cobertura dos usuários hipertensos e diabéticos, melhorar a adesão desses pacientes ao Programa, melhorar a qualidade do atendimento dessa clientela, melhorar o registro das informações, mapear todos os pacientes para o risco de doenças cardiovasculares, melhorar as atividades de promoção a saúde para que a maior parte desses usuários recebam orientações nutricionais, de práticas de atividade física e tabagismo.

## **2.2. Objetivos e metas**

### **2.2.1. Objetivo geral**

Melhorar a atenção aos usuários hipertensos e diabéticos maiores de 20 anos.

### **2.2.2. Objetivos específicos**

Objetivo 1: Ampliar a cobertura aos usuários hipertensos e diabéticos.

Objetivo 2: Melhorar a adesão do usuário hipertenso e/ou diabético ao programa.

Objetivo 3: Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para desenvolver doenças cardiovasculares.

Objetivo 6: Promover a saúde.

### **2.2.3. Metas**

Meta 1 relativa ao objetivo 1: Cadastrar 75% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 2 relativa ao objetivo 1: Cadastrar 90% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 3 relativa ao objetivo 2: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 4 relativa ao objetivo 2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 5 relativa ao objetivo 3: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 6 relativa ao objetivo 3: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 7 relativa ao objetivo 3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 8 relativa ao objetivo 3: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 9 relativa ao objetivo 4: Manter registro adequado na ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 10 relativa ao objetivo 4: Manter registro adequado na ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 11 relativa ao objetivo 5: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.



Meta 12 relativa ao objetivo 5: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 13 relativa ao objetivo 6: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 14 relativa ao objetivo 6: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 15 relativa ao objetivo 6: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 16 relativa ao objetivo 6: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes diabéticos.

Meta 17 relativa ao objetivo 6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 18 relativa ao objetivo 6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

### **2.3. Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 04 meses na Unidade Jd Vista Alegre. Participarão da intervenção todos hipertensos e diabéticos pertencentes à área de abrangência e cadastradas no programa Unidade. Para atingir os objetivos e metas propostas foram elaboradas ações nos quatro eixos pedagógicos do curso de Especialização em Saúde da Família (organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica, engajamento público, monitoramento e avaliação).

Foram disponibilizados pelo curso alguns exemplos de objetivos que poderiam ser utilizados na intervenção. Optamos por não utilizar duas metas referentes ao objetivo iii, que seriam: garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para os hipertensos cadastrados na unidade de saúde e garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para os diabéticos cadastrados na unidade de saúde, já que a unidade já realiza esse monitoramento e não se faz necessário incluí-lo como intervenção.

Outras duas metas que foram retiradas daquelas propostas pelo curso referem-se ao objetivo vi: garantir avaliação odontológica aos pacientes hipertensos e garantir avaliação odontológica aos pacientes diabéticos. Como descrito no relatório de análise situacional, não temos o serviço de odontologia na unidade e

entendemos que não tínhamos governabilidade para atuar no cumprimento dessas metas, justificando assim suas retiradas.

### **2.3.1. Ações**

Para ampliar a cobertura e cadastrar 75% dos hipertensos e 90% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

### **Monitoramento e Avaliação**

Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde: Revisar a planilha de cadastro de hipertensos e diabéticos semanalmente para acompanhar a cobertura desses usuários.

### **Organização e gestão do serviço**

Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa: Será elaborada uma ficha clínica individual com todos os dados dos pacientes e ações realizadas. Também será elaborada planilha eletrônica para facilitar o monitoramento e avaliação da saúde do usuário e ações desenvolvidas. Será designado um auxiliar de enfermagem que realizará a revisão semanal junto ao enfermeiro, dos novos cadastros de hipertensos e diabéticos, e monitorar a cobertura de acordo com a meta.

Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de diabetes e HAS: Oferecer datas das consultas aos usuários hipertensos e diabéticos com antecedência, evitando que os mesmos não consigam realizar o agendamento. Elaborar uma programação com todos os agendamentos e atividades de acordo com o protocolo para garantir o acesso às consultas preconizadas para serem entregues aos pacientes hipertensos e diabéticos. Garantir que todo usuário hipertenso e diabético que procure o serviço seja acolhido por um membro da equipe e tenha acesso à agenda do dia quando necessário: Pactuar com a equipe, para que todo usuário hipertenso ou diabético que procure a unidade com um quadro agudo seja atendido no mesmo dia (mesmo que exceda as vagas do dia); casos que podem ser agendados para outra data serão discutidos em reunião de equipe diária e disponibilizado vagas para esses atendimentos.

Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde: Será solicitado a secretaria de saúde o fornecimento e manutenção do material necessário para desenvolver essas ações.

### **Engajamento Público**

Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente. Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes: As ações do Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes serão divulgadas através dos Agentes Comunitários de saúde e também em sala de espera e sala de procedimentos. Serão distribuídos folhetos explicativos e cartazes serão afixados em locais estratégicos na comunidade (bares, mercados, padaria); Nos cartazes estarão informações como: dicas de saúde, horários e datas de grupos educativos, horários e datas de atividades física (caminhada, grupo de postura), grupos alternativos (jin shin jyutsu). As lideranças comunitárias e religiosas serão reunidas e orientadas para a existência do programa de controle da hipertensão e diabetes, sua importância, fatores de risco, medidas de controle e prevenção, para que estes possam ser multiplicadores das ações e encaminhem as pessoas para a unidade de saúde.

### **Qualificação da prática clínica**

Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da equipe de ESF: A capacitação será realizada na primeira semana de intervenção para que os ACS identifiquem os hipertensos e diabéticos que ainda não estão cadastrados e os encaminhem a UBS.

Capacitar os auxiliares de enfermagem para realização correta da aferição da pressão arterial e glicemia capilar, bem como, sensibilizá-los para a captação desses usuários: Realizar 1 capacitação semestral para auxiliares de enfermagem

para a aferição correta da pressão arterial e glicemia capilar, bem como, atualizá-los sobre as orientações de controle da doença e prevenção de agravos;

Para conseguir melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa e buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada:

### **Monitoramento e Avaliação**

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia): O monitoramento será realizado semanalmente pelo auxiliar de enfermagem designado para essa ação. Os faltosos serão identificados e listados por microárea, para que os ACS ou equipe realizem as buscas.

### **Organização e gestão do serviço**

Alimentar planilha eletrônica semanalmente: Alimentar planilha eletrônica semanalmente, através das transcrições dos dados contidos na ficha clínica individual do hipertenso e diabético com os usuários que compareceram ou faltaram às consultas: Durante monitoramento semanal citado anteriormente, o auxiliar deverá verificar usuários faltosos à consulta para que a equipe planeje as buscas domiciliares.

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos: Disponibilizar, no planejamento de visitas domiciliares, vagas para buscar os usuários faltosos da semana.

Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares: Disponibilizar nas agendas, vagas para acolher os usuários faltosos provenientes das buscas domiciliares.

### **Engajamento Público**

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas e periodicidade preconizada para as mesmas: Introduzir no conteúdo dos grupos programados as orientações sobre a importância da realização das consultas e as periodicidades das mesmas. Reforçar essas orientações em consultas, visitas domiciliares, salas de espera e procedimentos na unidade e durante as consultas na

unidade. Reforçar orientações através dos Assistentes Técnicos Administrativos durante agendamento.

Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos): Disponibilizar na unidade e na comunidade espaços de escuta (grupos comunitários, visitas domiciliares, consultas, salas de procedimentos, agendamento) para compreender as dificuldades dos usuários em comparecer nas consultas agendadas, e a partir dessas informações, adequar o serviço para atender as necessidades da comunidade.

### **Qualificação da Prática Clínica**

Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade: Realizar uma capacitação para os ACS para que orientem os usuários quanto a importância do comparecimento às consultas, bem como a periodicidade de cada um.

Com a finalidade de melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde e realizar o exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos:

### **Monitoramento e avaliação**

Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e diabéticos: Realizar o monitoramento através da planilha de acompanhamento, citada anteriormente, com periodicidade semanal, observar e anotar se os usuários que foram consultados receberam exame clínico apropriado. Realizar a busca ativa dos usuários que porventura não tenham recebido exame adequado para realizá-lo em tempo.

### **Organização e Gestão do serviço**

Alimentar a planilha dos usuários que realizaram exame clínico apropriado: Alimentar planilha eletrônica semanalmente, através das transcrições dos dados contidos na ficha clínica individual do hipertenso e diabético com os dados dos usuários que receberam exame clínico apropriado: Durante monitoramento semanal citado anteriormente, o auxiliar deverá verificar dentre os usuários quais não

receberam exame clínico adequado para programar junto com a equipe estratégias para realização.

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e diabéticos: Realizar capacitação da equipe e definir em conjunto, quais profissionais estarão envolvidos na realização do exame clínico dos usuários, bem como a atribuição de cada um nessa atividade.

Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde: Providenciar junto a gerência da unidade a impressão dos protocolos de atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos. Observar para que os mesmos sejam dispostos em lugares de fácil acesso a consultas.

### **Engajamento Público**

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: Orientar os pacientes e a comunidade, através de grupos, visitas domiciliares, sala de espera, sala de procedimentos, 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.

### **Qualificação da Prática Clínica**

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado: Capacitar os profissionais de saúde da unidade, através do Caderno de Atenção Básica nº 15: Hipertensão Arterial Sistêmica e Caderno de Atenção Básica nº 16: Diabetes Mellitus, para a realização do adequado exame clínico dos usuários hipertensos e diabéticos. A capacitação ocorrerá em 1 período de reunião de equipe, semestralmente.

Tendo em vista melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde e realizar os exames complementares em 100% dos hipertensos e diabéticos:

### **Monitoramento e avaliação**

Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde, na periodicidade recomendada: Realizar transcrição semanal da ficha individual do usuário hipertenso e/ou diabético para planilha de monitoramento para acompanhar os usuários que tiveram seus exames complementares solicitados de acordo com o recomendado e na periodicidade preconizada.

### **Organização e Gestão do serviço**

Garantir a solicitação dos exames complementares: Definir em reunião com os profissionais que realizam o atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos quais exames complementares serão solicitados em consulta e qual a periodicidade de solicitação. Pactuar com os profissionais o compromisso de realizar a solicitação dos exames no período recomendado, bem como, anotar no prontuário a solicitação.

Estabelecer sistemas de alerta para a realização dos exames complementares preconizados: Instituir um controle junto à regulação da unidade – planilha de controle dos agendamentos realizados – para monitorar o agendamento dos exames complementares dos usuários hipertensos e diabéticos.

### **Engajamento Público**

Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares, bem como a periodicidade com que devem ser realizados: Introduzir nos grupos programados orientações aos pacientes, familiares e comunidade a importância da realização dos exames complementares preconizados e também a periodicidade na qual devem ser realizados e reforçar essas orientações em sala de espera na unidade, sala de procedimentos, visitas domiciliares e consultas.

### **Qualificação da Prática Clínica**

Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares: Capacitar os profissionais, através do Caderno de Atenção Básica nº 15: Hipertensão Arterial Sistêmica e Caderno de Atenção Básica nº 16: Diabetes Mellitus, para a solicitação dos exames preconizados pelo Ministério da Saúde de acordo com a periodicidade adequada

para os usuários hipertensos e diabéticos. A capacitação ocorrerá em 1 período de reunião de equipe, semestralmente.

Com o intuito de melhorar o registro das informações e manter registro adequado na ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde:

### **Monitoramento e avaliação**

Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde, semanalmente, através de revisão das fichas individuais de cadastro dos usuários hipertensos e diabéticos e planilha de monitoramento.

### **Organização e Gestão do serviço**

Manter as informações do SIAB atualizadas. Implantar planilha/registro específico de acompanhamento. Pactuar com a equipe o registro das informações. Definir responsável pelo monitoramento dos registros. 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: Realizar reunião com a equipe para pactuar o registro adequado das informações na ficha de controle individual do usuário hipertenso e diabético, bem como definir os responsáveis pelo monitoramento dos registros para identificar precocemente situações que necessitam de intervenção (consultas em atraso, não realização de estratificação de risco, não avaliação de comprometimento de órgãos alvo, não solicitação de exames complementares, não realização de exame clínico adequado).

### **Engajamento Público**

Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário: Aproveitar cada oportunidade de orientação (em visitas domiciliares, sala de espera, consultas) para reforçar as orientações.



### **Qualificação da Prática Clínica**

Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético, e também para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas: Treinar a equipe, durante o espaço da reunião de equipe, para o preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso e diabético. Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Para mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular e realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde:

### **Monitoramento e avaliação**

Monitorar o número de pacientes hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano: Acompanhar, através de planilha eletrônica e ficha individual dos usuários hipertensos e diabéticos, a realização da estratificação de risco anual.

### **Organização e Gestão do serviço**

Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco e organizar a agenda disponibilizando vagas para o atendimento desta demanda: Garantir e priorizar na agenda dos profissionais vagas para o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

### **Engajamento Público**

Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular; Esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação e prática de atividade física, por exemplo): Realizar estas orientações através dos grupos educativos, consultas, visitas domiciliares, sala de espera e sala de procedimentos da unidade. Sensibilizar líderes comunitários para reforçar as orientações.

### **Qualificação da Prática Clínica**

Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, bem como sensibilizá-la para a importância do registro desta avaliação. Capacitar a equipe quanto às estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.: Organizar as agendas de reunião da equipe para que ocorram capacitações durante um turno, semestralmente.

Objetivando promover a Saúde e garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos foram pensadas as seguintes ações:

### **Monitoramento e avaliação**

Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos: Monitorar a realização das orientações nutricionais através dos registros das fichas individuais.

### **Organização e Gestão do serviço**

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável: Organizar, mensalmente, grupos de orientações na comunidade, sobre alimentação saudável. Promover, em conjunto com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, orientações nutricionais nas atividades já desenvolvidas: caminhada, grupo de postura, Grupo de práticas alternativas, bem como, realizar orientações em sala de espera na unidade, sala de procedimentos, visitas domiciliares e consultas.

### **Engajamento Público**

Orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável: Aproveitar todos os momentos de contato com os usuários e seus familiares para realizar orientações sobre a importância da alimentação saudável: grupos, sala de espera, salas de procedimentos, visitas domiciliares e consultas.

### **Qualificação da Prática Clínica**

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável e sobre metodologias de educação em saúde: Capacitar a equipe da

unidade de saúde, em espaços durante a reunião de equipe, sobre práticas de alimentação saudável e metodologias de educação em saúde. Utilizar como referencial teórico o Manual para a operacionalização das ações educativas no SUS - São Paulo do Centro de Vigilância Epidemiológica e o Guia Alimentar para a população brasileira – Promovendo a Alimentação Saudável – do Ministério da Saúde.

Com a finalidade de garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos seguem as ações propostas:

### **Monitoramento e avaliação**

Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos através de transcrição semanal da ficha individual de acompanhamento dos pacientes para planilha de monitoramento.

### **Organização e Gestão do serviço**

Organizar práticas coletivas para orientação e prática de atividade física: Pactuar com a equipe de família e NASF a realização semanal, no mínimo de três vezes por semana, algum tipo de prática de atividade física: caminhada, Lian Kun, grupo de postura e divulgar e incentivar essas atividades em consultas, visitas domiciliares e cartazes afixados no território e UBS.

### **Engajamento Público**

Orientar hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular: Orientar hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, através de grupos educativos, consultas, visitas domiciliares, cartazes e folhetos explicativos, sala de espera e de procedimentos da unidade.

### **Qualificação da Prática Clínica**

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular e sobre metodologias de educação em saúde: Capacitar a

equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular, através de espaços nas reuniões de equipe. Utilizar como referencial teórico para capacitação o Cadernos de Atenção Básica nº 15: Hipertensão Arterial Sistêmica e Caderno de Atenção Básica nº 16: Diabetes Mellitus.

Para garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos:

### **Monitoramento e avaliação**

Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos: Monitorar a realização de orientação sobre os riscos do tabagismo aos diabéticos e hipertensos através de planilha de monitoramento.

### **Organização e Gestão do serviço**

Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo": Solicitar aos gestores (gerência e supervisão de saúde) a compra de medicamentos para o tratamento do tabagismo

### **Engajamento Público**

Orientar os usuários hipertensos e diabéticos tabagistas, bem como a família e a comunidade, sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo: Aproveitar os espaços de contato com os usuários e familiares, através de grupos, visitas domiciliares, consultas na unidade, sobre a existência do tratamento para abandonar o tabagismo e as maneiras de acessá-lo.

### **Qualificação da Prática Clínica**

Solicitar aos gestores capacitação da equipe para o tratamento de pacientes tabagistas: Solicitar aos gestores (gerência e supervisão técnica de saúde) treinamento da equipe de saúde da família para o tratamento de pacientes para o abandono do tabagismo.

#### **2.3.2. Indicadores**

**Objetivo: Ampliar a cobertura aos hipertensos e diabéticos**

**Meta: Cadastrar 75% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.**

**Indicador 1: 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.

**Meta: Cadastrar 90% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.**

**Indicador 2: 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.

**Objetivo: Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa**

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

**Indicador 3. Proporção de hipertensos faltosos com a consulta médica com busca ativa.**

Numerador: Número de hipertensos faltosos à consulta médica com busca ativa.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

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

**Indicador 4. Proporção de diabéticos faltosos com a consulta médica com busca ativa.**

Numerador: Número de hipertensos faltosos à consulta médica com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

**Objetivo: Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde.**

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

**Indicador 5: 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.

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

**Indicador 6: 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 a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.**

**Indicador 7: 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.

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

**Indicador 8: 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.

**Objetivo: Melhorar o registro das informações**

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

**Indicador 9: 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.

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

**Indicador 10: 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.

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

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

**Indicador 11: 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.

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

**Indicador 12: 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.

**Objetivo: Promoção à saúde**

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

**Indicador 13: 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.

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

**Indicador 14: 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 de atividade física regular a 100% dos pacientes hipertensos.**

**Indicador 15: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática de atividade física regular.**

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

**Indicador 16: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática de atividade física regular.**

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

**Indicador 17: 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.

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

**Indicador 18: 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.

### **2.3.3. Logística**

Para realizar a intervenção no programa de Hipertensos e Diabéticos iremos adotar os Cadernos de Atenção Básica nº 15: Hipertensão Arterial e o Caderno de Atenção Básica nº 16: Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde, 2006. Utilizaremos ficha de acompanhamento do Hipertenso e/ou diabético do Ministério da Saúde, do Programa HIPERDIA. A ficha não prevê alguns dados, como, atraso em consulta, estratificação de risco, presença de fatores de risco para complicações (tabagismo, sedentarismo), se o usuário recebeu orientações para a realização de atividades física, orientações nutricionais ou abandono ao tabagismo e ainda, se recebeu exame clínico apropriado. Assim, para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, o médico e o enfermeiro irão elaborar uma ficha complementar. Estimamos alcançar com a intervenção 527 usuários Hipertensos e 181 usuários diabéticos. Solicitaremos a gerência a impressão de 720 fichas de acompanhamento individual – versão adaptada com as complementações. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira e as auxiliares de enfermagem revisarão a ficha de acompanhamento individual dos usuários hipertensos e diabéticos e localizarão aqueles com consulta prevista na semana. Serão levantados os prontuários desses usuários e transcrito as informações disponíveis para ficha de acompanhamento individual. Ao mesmo

tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, ausência de estratificação de risco, exames clínicos não realizados apropriadamente, exames complementares não solicitados, ausência de orientações nutricionais, de práticas físicas e cessação do tabagismo, quando for o caso.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe de Estratégia de Saúde da Família. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o Caderno de Atenção Básica nº 15: Hipertensão Arterial Sistêmica e Caderno de Atenção Básica nº 16: Diabetes Mellitus e Manual para a operacionalização das ações educativas no SUS - São Paulo do Centro de Vigilância Epidemiológica e o Guia Alimentar para a população brasileira – Promovendo a Alimentação Saudável – do Ministério da Saúde para que toda a equipe utilize estas referências na atenção ao usuário Hipertenso e Diabético. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, em um turno de 4 horas, reservado para esta finalidade, em 2 semanas consecutivas, a cada 6 meses. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos demais membros da equipe.

Para viabilizar a sensibilização da comunidade para as questões que tangem as doenças crônicas, em especial, a Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus, iremos buscar apoio das lideranças locais (1 igreja, 2 pessoas influentes na comunidade, 1 bar) para que possam auxiliar na transmissão das orientações que envolvem essa população. Os Agentes Comunitários de saúde ficarão responsáveis, junto com as auxiliares de enfermagem, para realizar o contato com essas instituições/lideranças, apresentar o projeto e esclarecer a importância do acompanhamento do hipertenso e diabético, as medidas para prevenção de agravos, orientações nutricionais, estímulo a prática de atividades físicas e apoio ao abandono ao tabagismo. Será solicitado, nesse momento, espaço físico para a realização de algumas atividades coletivas (grupos de orientações, grupo de postura) e permissão para afixar cartazes com orientações coletivas.

Após a primeira capacitação, a equipe se organizará em períodos de 2 horas semanais para o preenchimento das fichas individuais dos usuários – cabeçalho e dados já disponíveis nos prontuários, bem como, organizará os agendamentos deles nas ações programáticas. A equipe estará sensibilizada também, nesse momento, para realizar a busca dos usuários hipertensos e diabéticos do território que não estão cadastrados no programa. Esses usuários serão encaminhados a unidade

para avaliação de Enfermagem e avaliação médica. Após confirmado o diagnóstico, o ACS preencherá a ficha individual de acompanhamento e a equipe dará continuidade ao monitoramento. A equipe disponibilizará 5 vagas semanais na agenda do médico e 5 vagas semanais na agenda da Enfermeira para o atendimento dos usuários proveniente das buscas domiciliares, pelos diversos motivos: faltosos em consultas, não recebeu exame clínico adequado, não recebeu determinada orientação. Os usuários que procurarem a unidade no dia serão acolhidos por qualquer membro da equipe e terão acesso a consulta do médico ou da enfermeira, se necessário, independente das vagas disponibilizadas na agenda do dia.

Para viabilizar as ações de monitoramento dos indicadores, a Enfermeira irá dispor de 3 horas semanais (na segunda-feira) junto com uma auxiliar de enfermagem – as auxiliares irão se alternar durante as semanas – para revisar as fichas de acompanhamento individual dos usuários hipertensos e diabéticos e levantar os prontuários daqueles com consulta agendada para a semana anterior. Depois de identificados os usuários, serão levantados os prontuários e transcritas as informações de monitoramento para ficha individual de cada um. Essas informações serão discutidas na reunião de equipe da terça-feira para que sejam planejadas as ações (visitas domiciliares, planejamento de grupos comunitários, confecção de cartazes de orientações, busca aos faltosos) durante o decorrer da semana. Após o cadastramento de todos os hipertensos e diabéticos e o preenchimento das fichas individuais, não será mais necessário a revisão de prontuários, pois todas as ações realizadas na UBS, serão registradas na ficha individual. As informações coletadas da ficha individual de monitoramento serão transcritas para planilha eletrônica semanalmente, pela Enfermeira.

A enfermeira e a médica da equipe irão rever suas agendas para que seja possível dispor de 22 vagas na agenda de cada profissional, por semana, para o atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos, ou seja, 176 vagas por mês. Ao final dos 4 meses totalizará os 708 usuários previstos na cobertura. Cada auxiliar de enfermagem irá realizar semanalmente, visita domiciliares em 20 usuários hipertensos e diabéticos, totalizando 40 visitas semanais à esses usuários. O objetivo das visitas será fornecer as orientações programáticas, detectar situações de risco e vulnerabilidade e monitorar o acompanhamento. As auxiliares de enfermagem realizarão 10 visitas domiciliares aos usuários com risco para



|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Capacitação das auxiliares de enfermagem para a correta aferição da pressão arterial e glicemia capilar e busca ativa de usuários hipertensos e diabéticos não cadastrados.  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Capacitação das auxiliares de enfermagem e ACS para a orientação nutricional, de práticas físicas, de tabagismo, e medidas preventivas para o desenvolvimento dessas doenças.  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Promover orientações nutricionais, de práticas físicas, de abandono ao tabagismo, de fatores de risco para os agravos decorrentes da hipertensão arterial e diabetes, medidas preventivas para o desenvolvimento dessas doenças em salas de espera na unidade, salas de procedimentos, visitas domiciliares e consultas. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

### **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.**

##### **a) Ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos.**

A meta era cadastrar 75% dos usuários hipertensos e 90% dos usuários diabéticos, residentes na área de abrangência da unidade, no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Para que este objetivo se concretizasse foram planejadas ações nos quatro eixos temáticos, como a elaboração de uma ficha clínica individual de cada paciente contendo os dados pessoais, clínicos e ações desenvolvidas. Foi planejada uma ação da enfermeira da equipe junto às auxiliares de enfermagem para realizar o monitoramento semanal desses acompanhamentos, bem como nos novos cadastros e cobertura. Essa parceria ocorreu melhor do que o esperado. Foi observado um engajamento muito positivo e fundamental das auxiliares de enfermagem da equipe na implantação, monitoramento e avaliação da cobertura.

Outro ponto planejado e que ocorreu de forma satisfatória foi o acolhimento do usuário hipertenso e/ou diabético, na unidade, pela equipe. Pensamos em melhorar o acolhimento desses usuários, para que na medida do possível suas solicitações fossem atendidas no mesmo dia, e que, em todas as procuras esse usuário fosse acolhido por um membro da equipe. O que percebemos, no desenvolver da intervenção, é que a princípio, o acolhimento dessa clientela era realizado exclusivamente pela equipe de referência. Com o passar dos meses e com a sensibilização da equipe ampliada para o projeto de intervenção, com as capacitações realizadas para o manejo com estes usuários, com o entendimento dos novos fluxos, esse acolhimento foi deixando de ser exclusivo da equipe, e estendeu-se aos demais funcionários da unidade.

Os materiais necessários para que a intervenção ocorresse adequadamente, como esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica, impressos, foram providenciados e fornecidos pela gerência da unidade, que, durante todo o processo forneceu apoio e suporte para que o mesmo fosse concretizado. No início, nos preocupamos com a impressão das fichas de acompanhamento individual, e dos protocolos da Atenção Básica, que seriam utilizados como referência. Conversamos com a gerência, que negociou a impressão das fichas, parcialmente, a cada mês. Fizemos uma estimativa de quantas fichas seriam necessárias por mês, e ela providenciava as impressões. Conseguimos realizar a impressão dos cadernos de Atenção Básica antes do início da intervenção, o que foi fundamental para realizar as capacitações e dar início ao processo com todos os materiais disponíveis.

Iniciamos as capacitações com alguns contratemplos, como por exemplo, as constantes solicitações dos profissionais para eventos externos à unidade, realizados em cima da hora. Foram necessárias realizar algumas modificações nas capacitações, e adequar o horário pelo que era possível. As auxiliares de enfermagem foram as primeiras a serem capacitadas e auxiliaram na capacitação das Agentes de Saúde para a realização da busca ativa de usuários hipertensos e diabéticos que não estavam ainda cadastrados no programa, para a busca ativa de usuários faltosos às consultas, para a orientação da comunidade sobre a existência, importância e funcionamento do Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, fatores de risco para desenvolvimento e agravamento das doenças crônicas, enfim, sobre todos os temas que havíamos elencado como indispensáveis para o trabalho com esses usuários.

A capacitação foi uma surpresa, pois houve muita integração e participação da equipe. Ela foi realizada na forma de rodas de conversa, simulações e dramatizações de visitas domiciliares. Essa prática gerou muitas discussões e aprofundamento no tema e possibilitou uma maior integração entre a equipe e as auxiliares de enfermagem, que muitas das vezes são sub aproveitadas na equipe de saúde da família.

Durante esse processo realizamos diversas intervenções com a equipe ampliada da unidade, para que fossem sensibilizados sob o cuidado dos usuários hipertensos e diabéticos, e fossem aliados nesse cuidado. Realizamos, eu a médica e as auxiliares, conversas individuais com os funcionários da recepção, farmácia, salas de procedimentos da unidade, explicamos o novo fluxo, técnicas corretas para

aferição da pressão arterial e glicemia capilar, principais orientações que não poderiam deixar de ser fornecidas, e principalmente, a anotação em prontuário e ficha clínica individual.

Alguns funcionários ficaram resistentes no início, acharam que seriam uma carga extra de trabalho à todo o trabalho que já realizam, mas, com o passar dos meses, foram percebendo que essas pequenas mudanças na verdade facilitavam o trabalho, o controle e o acompanhamento dos usuários, e toda a equipe acabou se envolvendo. Damos bastante ênfase à recepção da unidade, pois entendemos que seria necessário que a recepção estivesse bem envolvida em todo o processo para que houvesse sucesso na intervenção.

Orientamos e capacitamos os funcionários da recepção para realizarem o levantamento das fichas de acompanhamento individual do paciente ao se apresentarem na recepção para as consultas agendadas. Como o fluxo da nossa recepção é muito grande, em média 2 mil pessoas por dia, e não são todas as equipes que realizam o projeto de intervenção, resolvemos identificar os cartões de família dos usuários hipertensos e diabéticos com uma etiqueta colorida, que os diferenciasse dos demais, para que fosse fácil de identificá-los como usuários pertencentes à linha de cuidado e proceder o levantamento da ficha individual. Organizamos uma pasta arquivo, a princípio, por ordem alfabética, depois por data de retorno, e por último, a forma que achamos mais eficiente, por micro área de abrangência e então, por ordem alfabética.

No início acontecia, vez ou outra do paciente ir para o consultório sem a ficha individual, mas aos pouquinhos fomos ajustando os fluxos, até que agora raramente isso acontece.

As auxiliares de enfermagem e as agentes de saúde aproveitavam os dias onde a sala de espera da unidade estava cheia para realizar orientações sobre o programa, o funcionamento, a importância, e também para realizar orientações sobre hábitos de vida saudáveis, fatores de risco, entre outros. As orientações nas salas de procedimentos eram realizadas pelas auxiliares de enfermagem da equipe, no início, mas acabou sendo adotada por todos os demais funcionários e foi incorporada a rotina da unidade. Por exemplo, na sala para aferição de pressão arterial e glicemia capilar, o maior fluxo é pela manhã, às 7 horas e após o almoço, lá pelas 14 ou 15 horas.



Nesses períodos elas fazem orientações em grupo. As agentes de saúde também se organizam a cada 15 dias, em duplas, para confeccionar e trocar os cartazes com orientações diversas afixados em diversos pontos da comunidade (locais estratégicos, como 2 igrejas e 1 bar) e também nas salas de espera da unidade. Esses cartazes contêm orientações sobre o acompanhamento do usuário hipertenso e diabético, rastreamento para diabetes mellitus, a prática da aferição anual da pressão arterial para adultos, hábitos saudáveis de vida, prática de atividade física e controle do peso, estímulo ao abandono ao tabagismo, convites para grupos realizados na unidade e práticas físicas.

Nos últimos meses uma prática que adotamos e que tem tido muita repercussão foi inserir nesses cartazes receitas de alimentos saudáveis, aproveitamento de cascas, talos e folhas, e curiosidades sobre o valor nutricional desses alimentos. Foi uma ideia das agentes de saúde com bastante repercussão na comunidade. As outras equipes gostaram tanto da ideia que sempre tem alguém contribuindo para as próximas receitas, e também reproduzindo a ideia em seus territórios.

Uma ação que consideramos fundamental para o sucesso da intervenção foi a inserção de líderes comunitários no processo. Foram realizadas visitas a dois líderes religiosos e a um dono de bar da comunidade para explicar o Programa de Atenção aos usuários Hipertensos e diabéticos e solicitar apoio para reproduzir informações e orientações, ceder espaços para realizarmos algumas práticas comunitárias e potencializar a influência que essas pessoas exercem sobre os demais membros da comunidade, no sentido de reforçar o cuidado continuado dos hipertensos e diabéticos. Digo que foi fundamental pois, disponibilizamos cartazes nesses locais, os líderes religiosos reforçaram nos cultos algumas orientações, faziam lembretes de grupos e outras atividades, estimulavam a participação em atividades conjuntas e práticas físicas. Em diversos momentos cederam espaço para realizarmos atividades em grupo e ajudavam no convite da comunidade.

#### **b) Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa.**

A nossa meta para esse objetivo foi de realizar busca ativa para 100% dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados e faltosos às consultas, conforme o protocolo. Para que essa meta se concretizasse precisaríamos classificar todos os

usuários hipertensos e diabéticos conforme o protocolo para definir a periodicidade da consulta e poder dizer então, qual usuário estava faltoso ou não as consultas.

Como minha equipe já vinha trabalhando com a linha de cuidado aos usuários hipertensos e diabéticos há algum tempo, já tínhamos boa parte dos usuários classificados de acordo com o escore de Framingham. Apesar disso, não tínhamos ainda instituído um fluxo para que a classificação fosse realizada de forma sistematizada. Então, decidimos partir dos usuários que já havíamos classificado e levantar quais destes usuários estavam faltosos às consultas, bem como a periodicidade de cada um. Elaboramos uma agenda por data de retorno para que priorizássemos os usuários que estavam faltosos ou sem acompanhamento.

A partir de então, realizamos um plano de cuidado individual para cada usuário e fornecemos datas de consultas pré agendadas de acordo com a necessidade de retorno: mensal, trimestral ou semestral. Organizamos a agenda do médico para comportar 30 consultas semanais para usuários hipertensos e diabéticos agendados e 5 vagas para os usuários provenientes de buscas domiciliares. A demanda espontânea seria incluída nas vagas do dia. Na agenda da Enfermeira foi reservada 10 vagas para esses usuários e 5 vagas para as buscas domiciliares.

No dia seguinte às consultas a equipe verificava, durante a reunião diária, os faltosos do dia anterior e programava as buscas domiciliares nas visitas da semana. Esses usuários eram reagendados nas vagas disponíveis e quando necessário, recebiam a visita da enfermeira ou da médica. Durante os grupos e também durante as visitas domiciliares, as agentes de saúde reforçavam as orientações sobre a importância de não faltar as consultas agendadas. Acredito que isso também contribuiu para que houvesse um baixo número de faltosos.

Para que os agentes de saúde soubessem a periodicidade de consulta de cada usuário e conseguisse orientar adequadamente, elaboramos uma filipeta que anexamos no cartão do usuário para acompanhamento dos retornos. Assim, durante as visitas domiciliares, e também durante o comparecimento na unidade, os funcionários reforçavam os retornos e a importância da presença.

**c) Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde.**

**Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos.**

Para garantir a realização do exame clínico apropriado, a equipe considerou que seria importante que todos os usuários tivessem uma ficha no prontuário com a história clínica bem detalhada, com informações pertinentes ao acompanhamento, como: ano de diagnóstico, intercorrências, internações, história pregressa e histórico familiar, perfil psicossocial, hábitos de vida (prática de atividade física, rede social, consumo de álcool, cigarro e outros medicamentos), enfim, todas as informações que são importantes no cuidado continuado desses usuários e que nem sempre estão disponíveis de forma fácil e sistematizada no prontuário. Definimos que o primeiro profissional a atender o usuário seria responsável pelo preenchimento completo da ficha. Alguns dados poderiam ser fornecidos pelo agente de saúde, pois eram os mesmos encontrados na ficha A de cadastro do ACS, como, condições de moradia, grupos religiosos, saneamento básico e profissão.

Com os atendimentos, percebemos que o tempo de consulta era insuficiente para o preenchimento de toda a ficha e mais o exame físico adequado à esses usuários, então, combinamos que na semana anterior à consulta, as auxiliares juntamente com as agentes de saúde fariam o levantamento dos usuários que passariam em consulta e preencheriam a ficha com os dados disponíveis no cadastro. Os agentes de saúde levantariam outros dados durante a visita, como, prática de atividade física, consumo de álcool, tabaco ou outras drogas, e hábitos alimentares.

A ficha seria anexada então ao prontuário e durante as consultas os profissionais retomariam rapidamente as questões já levantadas e preencheriam os demais. Dessa forma, achamos que o tempo foi otimizado e todos os dados importantes de se ter no prontuário foram garantidos. Precisou de um esforço maior no início pois eram muitas fichas para serem preenchidas, o que demandou muito tempo e trabalho, mas, facilitou muito a evolução nas consultas seguintes, o que foi um bom argumento para que todos os profissionais aderissem.

A médica da equipe esteve muito comprometida durante todo o processo, o que ajudou muito na implantação. Ela fazia questão de rever com as agentes de saúde e auxiliares o preenchimento das fichas individuais e ficha de histórico do paciente, no dia seguinte às consultas. Dessa forma, não tínhamos acúmulo de fichas que precisavam ser revistas, e o fluxo ficou bem engrenado.

Após a alimentação adequada de todas as fichas individuais eu fiquei responsável por consolidar todos os dados na planilha eletrônica. Com o passar do

tempo, percebi que muitas semanas eu tinha muita dificuldade em conseguir realizar a alimentação das planilhas devido as inúmeras outras atividades nas quais eu era convocada. Capacitei as auxiliares de enfermagem, e na minha ausência, elas realizavam a alimentação das planilhas.

Outra estratégia que a equipe montou foi a realização de alguns grupos para avaliação antropométrica. Os usuários que participavam desses grupos eram pesados, medidos e verificado a circunferência abdominal, bem como o cálculo do IMC. Esses dados eram transcritos para o prontuário e ficha individual, e, durante a consulta, o profissional não tinha a necessidade de realizar novamente a mensuração.

Durante os grupos foram fornecidas informações sobre cada resultado e práticas para melhoria dos indicadores. Apesar de não conter no nosso projeto de intervenção, tínhamos planos para sistematizar esse grupo de antropometria antes das consultas, mas não conseguimos incluí-lo de forma sistematizada na agenda. A ideia é para o próximo ano, conseguirmos garantir esse grupo para que antes da consulta todos os usuários recebam orientações antropométricas e realizem as mensurações, a fim de otimizar o tempo das consultas e incluir toda a equipe no cuidado clínico desses usuários.

Algo importante que não mencionei anteriormente diz respeito a sistematização das visitas domiciliares dos usuários hipertensos e diabéticos pelas agentes de saúde. Durante as capacitações definimos todas as orientações que seriam importantes de serem fornecidas aos usuários e seus familiares. As agentes de saúde solicitaram um impresso, com todos os temas que deveriam ser abordados, e assim, a cada visita elencariam um ou dois temas para orientar. Foi bem interessante, pois, com isso, elas sabiam quais famílias já havia sido orientadas em relação a algum tema, e as visitas não se tornavam automatizadas, sempre havia um assunto novo para tratar.

Dessa forma, um dos temas abordados nas visitas foi o risco de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Assim, quando durante a consulta, o profissional se esquecia de avaliar os pés e os pulsos os próprios usuários faziam a cobrança.

Mesmo não tendo o serviço de saúde bucal, quando o paciente era examinado e a equipe percebia durante o atendimento alguma alteração, o mesmo era referenciado e orientado a procurar o serviço em outro equipamento de saúde.

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

Essa meta foi razoavelmente tranquila, pois nunca tivemos muitos problemas em conseguir o acesso a exames complementares que fazem parte da rotina do hipertenso e diabético. O maior problema é que, muitas vezes os exames eram solicitados e os usuários não realizavam. Então, mesmo estando registrada no prontuário a solicitação dos exames complementares, só registrávamos na ficha como realizados, quando recebíamos o resultado. Houveram poucas ocasiões, que a coleta dos exames foi realizada no domicílio, pois os usuários não iam até a unidade para realizá-los.

A nossa dificuldade diz respeito aos exames realizados em outro serviço, como a avaliação de fundo de olho e mapeamento de retina, por exemplo. Alguns exames demoram um pouco, mas no geral, o máximo de espera que enfrentamos foi de 3 meses. Quando havia alguma urgência, conseguíamos que a central de regulação oferecesse a vaga mais rapidamente. Conseguimos instituir um controle junto a regulação da unidade de todos os usuários em fila de espera aguardando para exames, assim, conseguíamos priorizar aqueles com maior necessidade e intervir junto a regulação central quando necessário.

Como realizamos a capacitação dos profissionais responsáveis pelos atendimentos, não encontramos dificuldades nas solicitações de exames preconizados. Se por ventura, algum profissional se esquecesse de realizar a solicitação dos exames, durante a revisão das fichas nós identificávamos o problema e convocávamos o paciente para a realização.

**d) Melhorar o registro das informações.**

**Manter registro adequado na ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde**

Como citei anteriormente, a equipe conseguiu se articular de forma a acompanhar o registro semanal dos usuários, bem como identificar rapidamente as

situações que exigiam intervenções: não realização de exames, faltosos às consultas, exame clínico que não foi realizado adequadamente, etc. Separamos um dia da agenda médica para realizar os atendimentos específicos aos usuários hipertensos e diabéticos. Esses atendimentos aconteciam na terça-feira. Na reunião diária da equipe do dia seguinte, realizávamos o levantamento dos faltosos e planejávamos as visitas para busca ativa, realizávamos a revisão das fichas, completávamos dados faltantes nas fichas e verificávamos os alertas de não realização de alguma ação.

**e) Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.**

**Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.**

Como a estratificação de risco depende de dados laboratoriais, e nem todos os usuários realizaram os exames solicitados, não conseguimos completar o cálculo do risco para esses pacientes. Os que conseguimos realizar coleta domiciliar tiveram seus riscos calculados, mas muitos trabalham, e não conseguíamos acessar no domicílio. A equipe pensa em estratégias para acessar esses usuários. Pensamos em agendar suas consultas para o primeiro horário do dia, e assim, aproveitar o momento na unidade para realizar a coleta dos exames laboratoriais, por exemplo. Ainda não chegamos a um consenso e agora, com a saída da médica da equipe, fica um pouco mais difícil, já que dependemos da agenda de outro profissional, e nem sempre temos garantidas as vagas nesses horários.

Os usuários que tiveram seus riscos calculados foram orientados em consulta e nas visitas sobre o risco e seu significado e também sobre os fatores de risco modificáveis.

**f) Promoção à saúde.**

**Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos.**

Uma das práticas mais realizadas durante as semanas de intervenção. Essa ação aconteceu em quase todos os grupos realizados pela equipe, como também nas visitas domiciliares, sala de espera da unidade, inclusive com a realização de

uma “feira” de experimentação de receitas saudáveis, pensado e colocado em prática pelas agentes de saúde em cooperação com a comunidade.

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

Apesar dessa orientação ser uma constante no dia-a-dia da equipe de saúde da família, encontramos muita dificuldade em estimular a prática de atividade física entre os nossos usuários. Instituímos um grupo de caminhada que era pouco participativo, um grupo de práticas corporais, abertos a toda comunidade que também tinha pouca participação, comparado ao número de usuários hipertensos e diabéticos.

Há pouco tempo surgiu a ideia de vincularmos a “prescrição” de atividade física à regulação da unidade. Fiquei resistente no início, não queria que uma prática de promoção à saúde fosse associada à uma guia de referência médica ou de enfermagem, mas por piores que fossem meus receios, deu resultado. O número de participantes do grupo de práticas físicas, liderados pelo fisioterapeuta do NASF, praticamente quadruplicou.

Agora, o usuário sai do consultório com a guia para realizar atividade física, entrega na regulação e é agendado no grupo. Este grupo ainda permanece aberto à livre demanda, mas observamos que a participação por essa via é muito tímida ainda. Sentimos muita falta de um profissional de educação física no quadro de funcionários da unidade. Realizamos uma solicitação oficial à supervisão de saúde e junto à parceira que administra o serviço, justificando e solicitando a contratação desse profissional, mas até agora ainda não obtivemos um retorno. Acreditamos que esse profissional seria de grande valia e parceria na melhora do cuidado desses usuários, que se beneficiariam muito com a prática mais regular e constante de atividades.

**Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.**

Desde o início da intervenção, solicitamos aos gestores a capacitação da equipe para o tratamento do tabagismo. Até então, os tratamentos eram realizados nos Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas e em poucas UBSs isoladamente, onde havia profissional treinado. O serviço é insuficiente para atender

todas as demandas, e muitas vezes oferecemos um serviço que o usuário não consegue acessar.

Quase um ano após nossa solicitação, recebemos a notícia de que seremos capacitados agora na primeira quinzena de fevereiro e também já receberemos os insumos para iniciar o tratamento. Enquanto isso não acontece, articulamos junto ao CAPS AD de referência a possibilidade de realização de grupos na unidade. Seria uma experiência, para tentarmos absorver a demanda e também estimular o vínculo e articulação entre os serviços. O CAPS aceitou o desafio e iniciamos os grupos para tratamento na unidade. Durante os grupos os profissionais do CAPS avaliam os usuários e aqueles que consideram importante o acompanhamento lá no CAPS eles direcionam, mas até o momento, conseguimos segurar a maior parte dos usuários na UBS.

Acreditamos que com a chegada da capacitação e dos insumos será mais fácil articularmos os grupos e absorvermos um número maior de usuários.

**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.**

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

Na verdade, a demanda ao gestor para a compra de medicamentos para o tratamento do tabagismo foi realizada, o que não aconteceu ainda foi a efetivação da compra e o fornecimento de capacitação. De acordo com nossos gestores, a capacitação e fornecimento de insumos acontecerá na primeira quinzena de fevereiro e a equipe aguarda com muita ansiedade para a implantação da ação.

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

A maior dificuldade encontrada pela equipe na coleta e sistematização dos dados aconteceu no início da intervenção, pois a quantidade de dados era muito grande e a maioria das informações ainda precisava ser coletada. O preenchimento



das informações pessoais das fichas exigiu muito tempo e disponibilidade da equipe. Após esse período inicial, a manutenção dos dados nas fichas foi mais fácil, e não houve grande dificuldade em manter o fluxo de coleta e sistematização dos dados. As planilhas eram fáceis de ser manuseadas e não houve grandes problemas em manuseá-las.

#### **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.**

Todas as ações desenvolvidas foram incorporadas à rotina do serviço. A equipe se apropriou do projeto e ele agora pertence a todos e não apenas a um profissional, como normalmente acontece. Acredito que a definição de responsabilidades e a atuação de cada profissional em todas as etapas do processo, ajudaram a equipe a se apropriar do projeto e cuidar dele, com essa sensação de pertencimento que tenho percebido. A equipe incorporou tão bem as ações à rotina, que agora, as demais equipes da unidade já estão planejando iniciar o projeto de intervenção em suas áreas.

## 4. Avaliação da intervenção

### 4.1. Resultados

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura dos hipertensos

**Meta:** Cadastrar 75% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Indicador 1:** Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

A intervenção tratou da melhoria da atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados na área de abrangência de uma equipe de saúde da família. Há nessa área 527 usuários hipertensos com mais de 20 anos, cadastrados nos dados de base do SIAB. Estimamos cadastrar 75% desses usuários ao longo dos 4 meses de intervenção, no entanto, logo no primeiro mês conseguimos cadastrar 140 hipertensos (26,6%), no segundo mês 283 hipertensos (53,7%) e no terceiro mês 397 hipertensos (75,3%). A equipe estava bem empoderada do projeto e os Agentes de Saúde juntamente com as auxiliares de enfermagem desempenharam papel fundamental no processo de busca ativa desses usuários. No 4º mês de intervenção, a saída da médica da equipe reduziu um pouco esta ação, mas mesmo assim, conseguimos cadastrar 502 hipertensos (95,3%) superando a meta estabelecida.

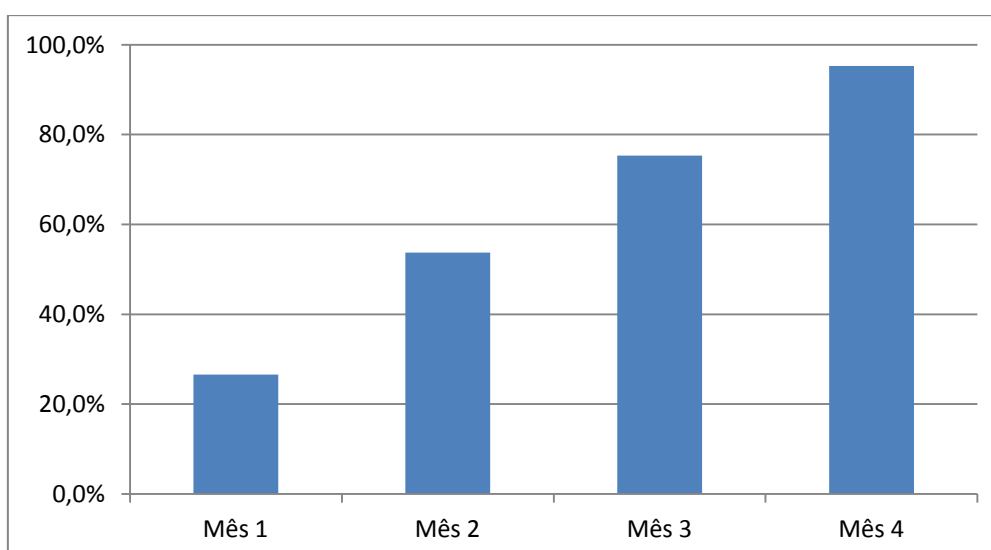


Figura 1 - Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

**Meta:** Cadastrar 90% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Indicador 2:** Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Há 181 usuários diabéticos cadastrados na área de abrangência da equipe de saúde da família. Entretanto, logo no primeiro mês cadastramos 76 diabéticos (42%) no segundo mês 119 diabéticos (65,7%), no terceiro mês 149 (82,3%) e finalizamos os 4 meses de intervenção com 175 (96,7%) usuários diabéticos residentes na área de abrangência da equipe de saúde da família, cadastrados no programa.

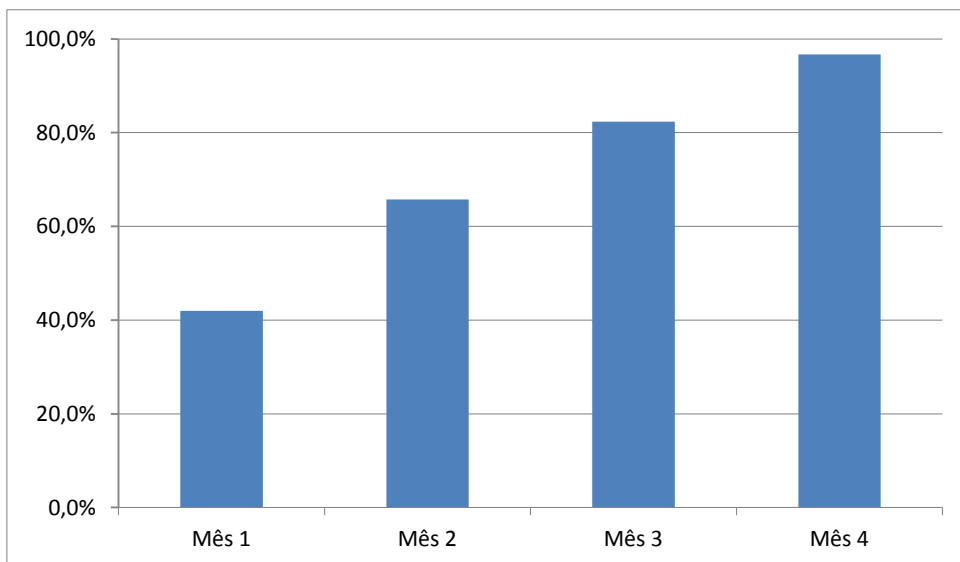


Figura 2- Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

**Objetivo 2:** Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa.

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

**Indicador 3:** Proporção de hipertensos faltosos com a consulta médica com busca ativa.

Durante os meses de intervenção, a equipe focou a busca ativa como uma de suas principais estratégias para o alcance das metas, o que se mostrou ao final, uma boa escolha. No primeiro mês de intervenção a equipe conseguiu realizar busca ativa em 25 (96,2%) usuários hipertensos faltosos, no segundo mês 45

(97,8%), no terceiro mês 52 (98,1%) e no quarto mês 31 (96,9%). Para que essa meta ficasse muito próxima da meta idealizada foi indispensável o papel exercido pelos agentes de saúde nessa ação, pois foram os profissionais que mais realizaram essa ação, de forma sistematizada e organizada. Ao término da ação não conseguimos acessar apenas 1 usuário hipertenso pois o mesmo esteve viajando por um período e após seu retorno, não o encontrávamos no domicílio, pois saía para o trabalho muito cedo, retornava tarde da noite e até os vizinhos encontravam dificuldade em conversar com o mesmo para deixar recado.

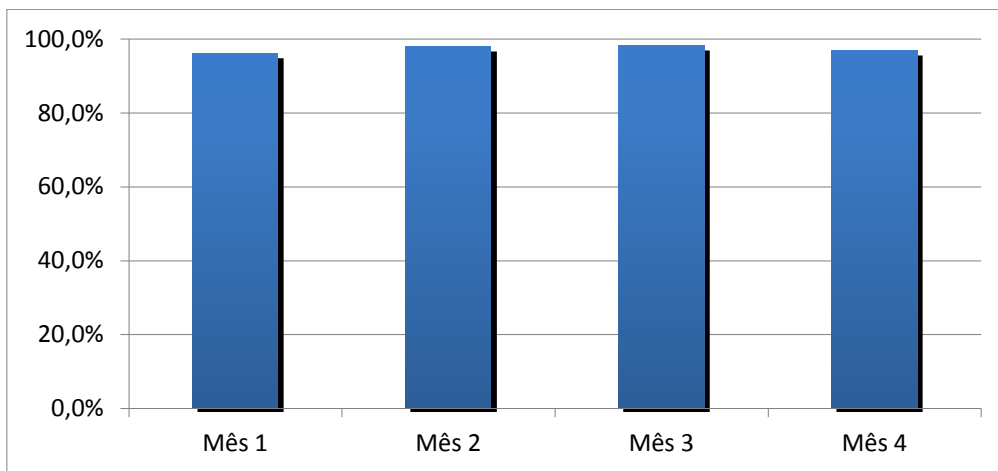


Figura 3- Proporção de hipertensos faltosos com a consulta médica com busca ativa.

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

**Indicador 4:** Proporção de diabéticos faltosos com a consulta médica com busca ativa.

Iniciamos o primeiro mês de intervenção com busca ativa em 100% dos usuários diabéticos faltosos às consultas e mantivemos esse índice durante os quatro meses de intervenção. O empenho de toda a equipe foi importante no alcance dessa meta, pois era preciso identificar rapidamente os faltosos, organizar as visitas para a busca ativa, garantir horários de atendimentos para esses usuários, portanto, se não fosse a integração de toda a equipe no processo, essa meta não teria sido alcançada.

**Objetivo 3:** Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde.

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

**Indicador 5:** Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Já no primeiro mês de intervenção conseguimos realizar exame clínico adequado em 126 (90%) usuários cadastrados no programa, no segundo mês 279 (98,6%), no terceiro mês 389 (98%) e finalizamos o quarto mês com 494 (98,4%) dos usuários cadastrados tendo recebido exame clínico adequado, conforme protocolo. Para que esta ação acontecesse foi imprescindível a participação da médica da equipe, já que boa parte dos atendimentos foram realizados por ela. Por ser uma profissional muito engajada no processo e comprometida com a Atenção Básica, não tivemos problemas para nos aproximar da meta. , embora não tenhamos alcançado sua totalidade durante os quatro meses de intervenção.

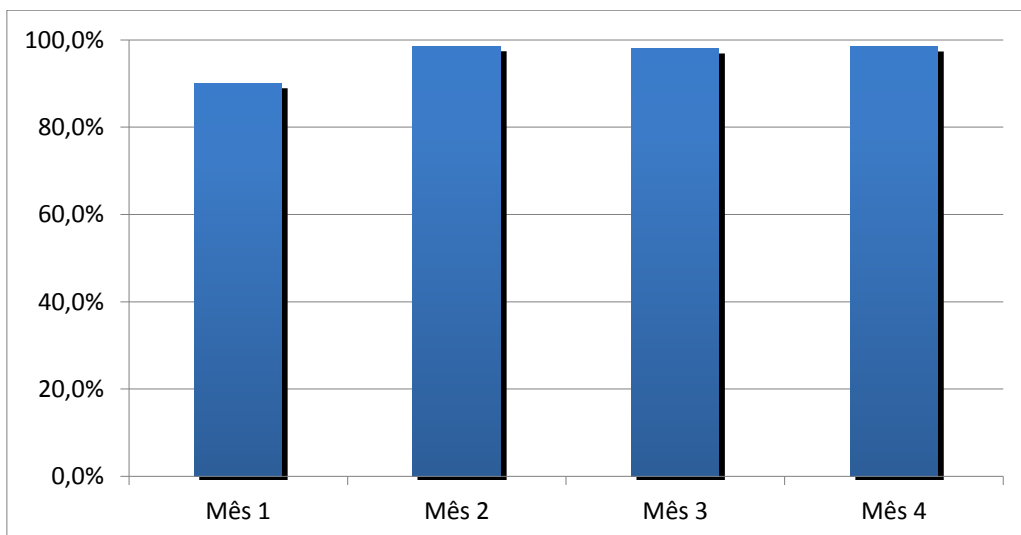


Figura 4 - Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

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

**Indicador 6:** Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

No primeiro mês da intervenção 71 usuários diabéticos (93,4%) estavam com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, no segundo mês 116 (97,5%), no terceiro mês 144 (96,6%) e finalizamos o quarto mês com 170 usuários diabéticos (97,1%) com o exame clínico apropriado. Uma das maiores dificuldades na concretização dos 100% foi em relação ao exame de fundo de olho, já que é realizado em outro serviço e muitas vezes o usuário não consegue se deslocar até o local.

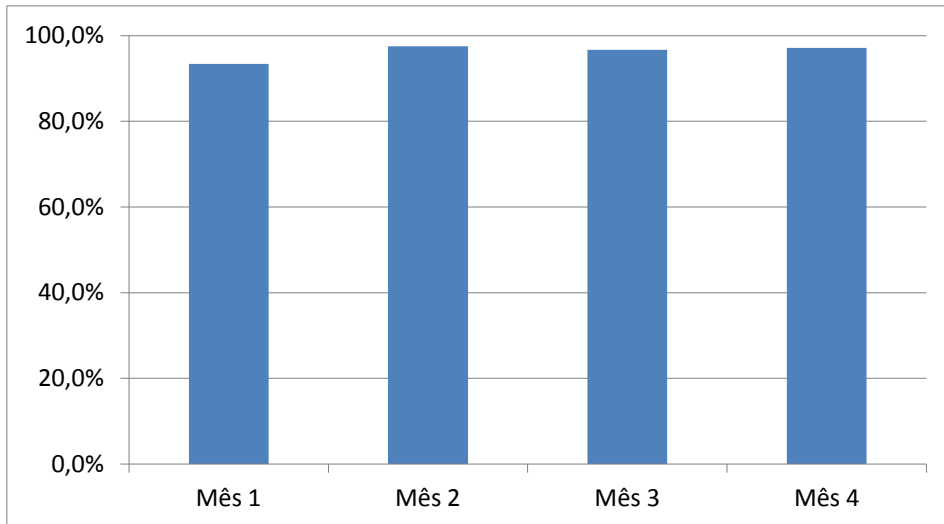


Figura 5- Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

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

**Indicador 7:** Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Um facilitador para a execução da meta foi que a realização da maioria dos exames complementares são realizados na própria UBS. Iniciamos o primeiro mês com 127 (90,7%) dos usuários com os exames complementares em dia, segundo mês 278 (98,2%), terceiro mês 387 (97,5%) e alcançamos o quarto mês com 491 (97,8%) de usuários em dia, segundo o protocolo, de seus exames complementares. Os agentes de saúde e as auxiliares de enfermagem desempenharam papel fundamental nesses resultados, pois foram estes os profissionais que mais se dedicaram à busca ativa dos usuários que não haviam realizado seus exames, e, embora não tenhamos atingido os 100% durante os quatro meses de intervenção, nos aproximamos bastante da meta.

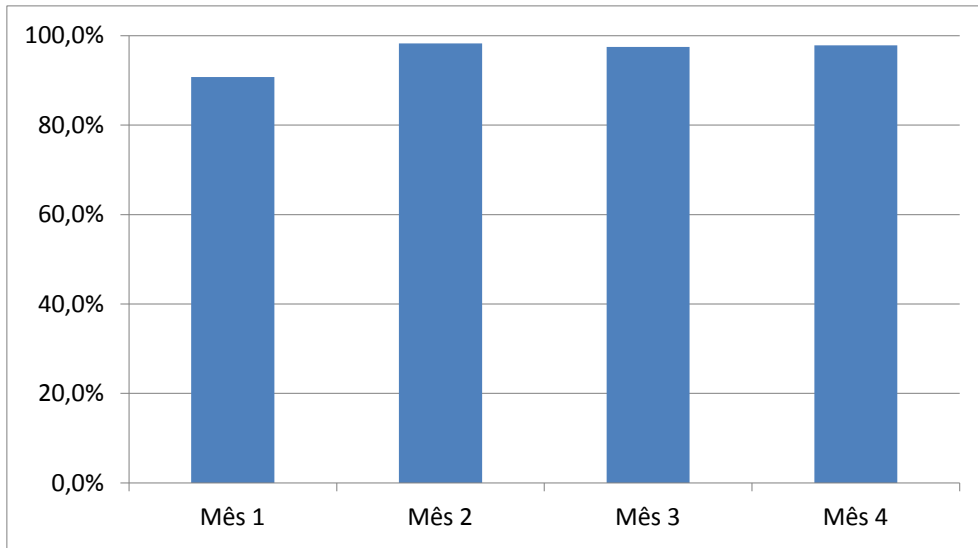


Figura 6- Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

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

**Indicador 8:** Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

A equipe iniciou o primeiro mês da intervenção com 71 (93,4%) dos usuários diabéticos com seus exames complementares em dia, de acordo com o protocolo, no segundo mês 115 (96,6%), no terceiro mês 143 (96,0%) e quarto mês com 167 (95,4%). A interpretação da equipe por termos atingido um número menor de diabéticos com os exames complementares em dia em relação aos hipertensos foi de que, em alguns casos há a necessidade desses usuários serem encaminhados ao serviço de referência para um aprofundamento da investigação diagnóstica, quando há alterações significativas dos exames laboratoriais, e termos dificuldades ou demora nesses encaminhamentos, como por exemplo, nos encaminhamentos ao nefrologista. Em algumas ocasiões conseguimos realizar o agendamento, mas por motivos individuais os usuários faltam às consultas especializadas. De qualquer modo, encerramos o 4º mês com 95,4% dos usuários com seus exames complementares realizados.

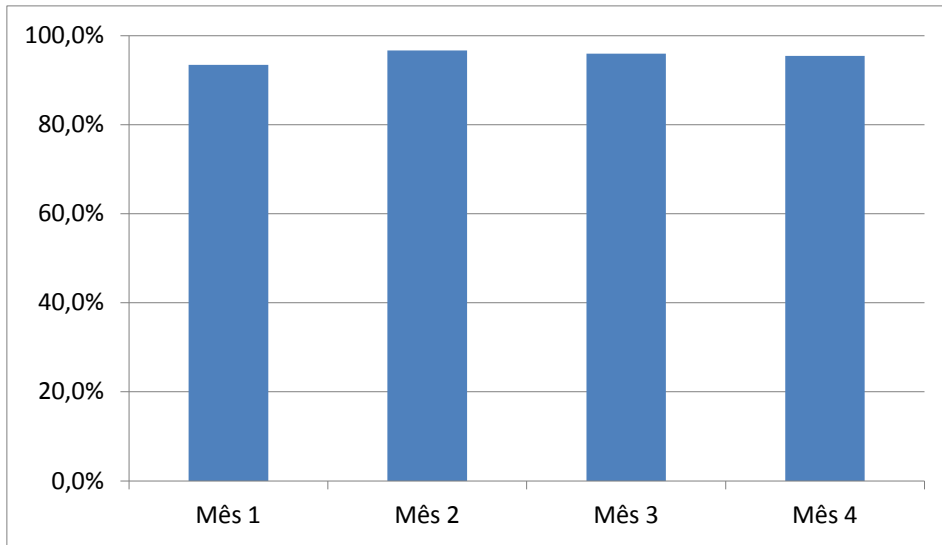


Figura 7- Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

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

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

**Indicador 9:** Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento

No primeiro mês de intervenção atingimos o menor número de fichas individuais preenchidas adequadamente, 138 (98,6%). Consideramos esse período um período de adaptação, onde estávamos nos familiarizando com as fichas e sua manipulação. A partir do segundo mês esse indicador melhorou, pois conseguimos nesse mesmo mês 281 (99,3%) e no terceiro mês 396 (99,7%) de fichas com registro adequado. No entanto, só atingimos os 100% no último mês, com 502 fichas preenchidas adequadamente. Parece uma tarefa simples, mas manter todos os registros adequadamente preenchidos demanda muito esforço e dedicação de toda a equipe. As vezes, por mais que diversos profissionais manipulem a ficha, chequem todos os dados, sempre acaba passando alguma coisa. Durante esses meses de intervenção, fomos adaptando as melhores formas de avaliarmos o preenchimento das fichas e buscamos as informações faltantes em tempo hábil.



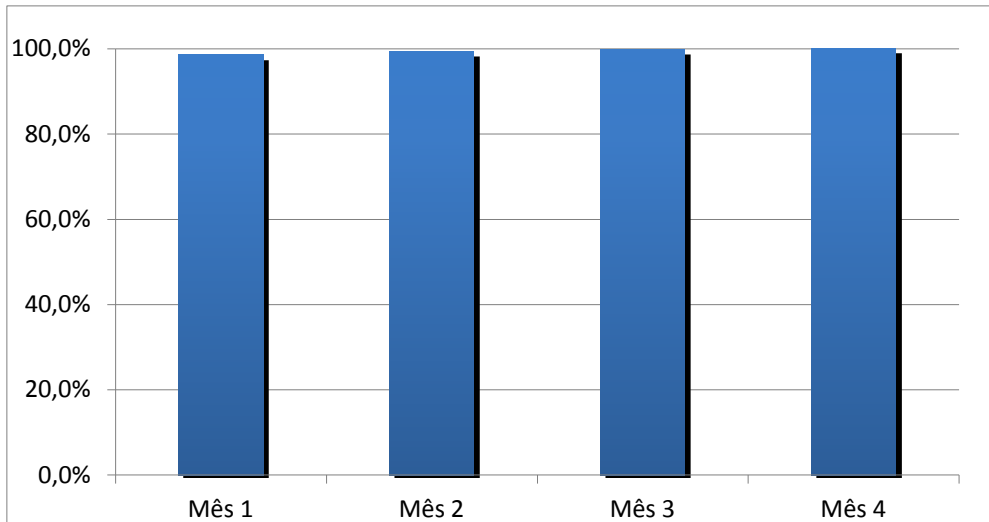


Figura 8- Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento

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

**Indicador 10:** Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Talvez pelo número de usuários diabéticos ser menor, fica mais fácil o controle e monitoramento das fichas, por isso, conseguimos garantir 100% de registro adequado nas fichas de acompanhamento individual durante os quatro meses de intervenção.

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

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

**Indicador 11:** Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Este é um indicador que depende de dados laboratoriais e clínicos para ser realizado, portanto, não conseguimos atingir os 100% da meta proposta no início da intervenção. Alguns usuários hipertensos não realizaram os exames complementares e clínicos, e, portanto, não houve como calcular seus riscos cardiovasculares. Iniciamos o primeiro mês com 135 (96,4%) dos usuários hipertensos com estratificação de risco cardiovascular, e seguimos nos meses subsequentes com 273(96,5%), 385 (97,0%) e 489 (97,4%). Apesar de não atingirmos a meta, observamos uma melhora do indicador nos meses que seguiram a intervenção.

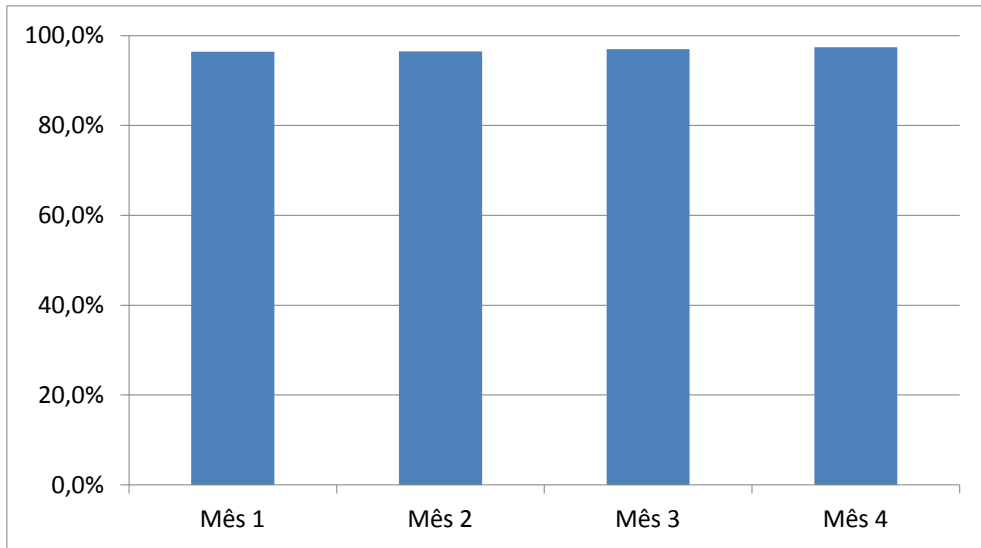


Figura 9- Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

**Meta 2:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 12:** Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

O mesmo raciocínio anterior se aplica nesse indicador. Não atingimos 100% da meta, pois alguns usuários não realizaram os exames complementares necessários para o cálculo do risco cardiovascular. No primeiro mês 75 (98,7%) usuários apresentavam seu risco cardiovascular calculado, no segundo mês 114 (95,8%), no terceiro mês 142 (95,3%) e no quarto mês 168 (96%).

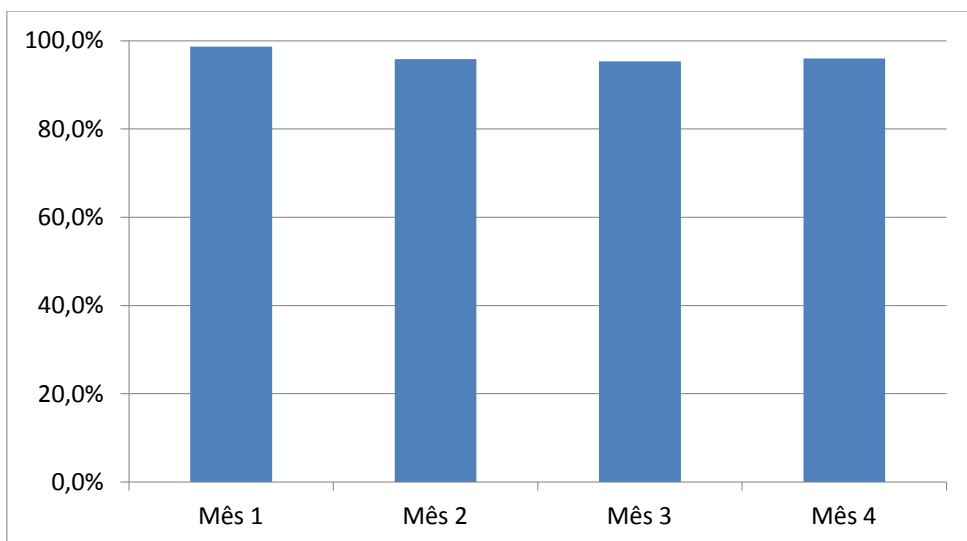


Figura 10- Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

**Objetivo 6:** Promoção à Saúde

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

**Indicador 13:** Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Esta meta foi trabalhada intensamente por toda a equipe. Iniciamos o primeiro mês com 139 (99,3%) usuários hipertensos que receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, seguimos no segundo mês com 282 (99,6%), e já no terceiro mês atingimos os 100% (397) e o mantivemos também no quarto mês, com 502 usuários com orientação nutricional sobre alimentação saudável. A ação que mais contribuiu para o alcance da meta foi a realização dessa orientação pelos agentes comunitários de saúde durante as visitas domiciliares. Sistematizamos as orientações que seriam passadas aos usuários e seus familiares de forma organizada, para que nenhum usuário deixasse de receber a orientação. Dessa forma, quando a orientação não era realizada nas consultas, grupos ou salas de espera e de procedimentos da unidade, o Agente de Saúde realizava a visita domiciliar com foco na orientação. Organizamos as visitas para que, independente do usuário ter sido orientado sobre o tema na consulta, o ACS retomaria a orientação no domicílio, reforçando e dando importância a mesma.

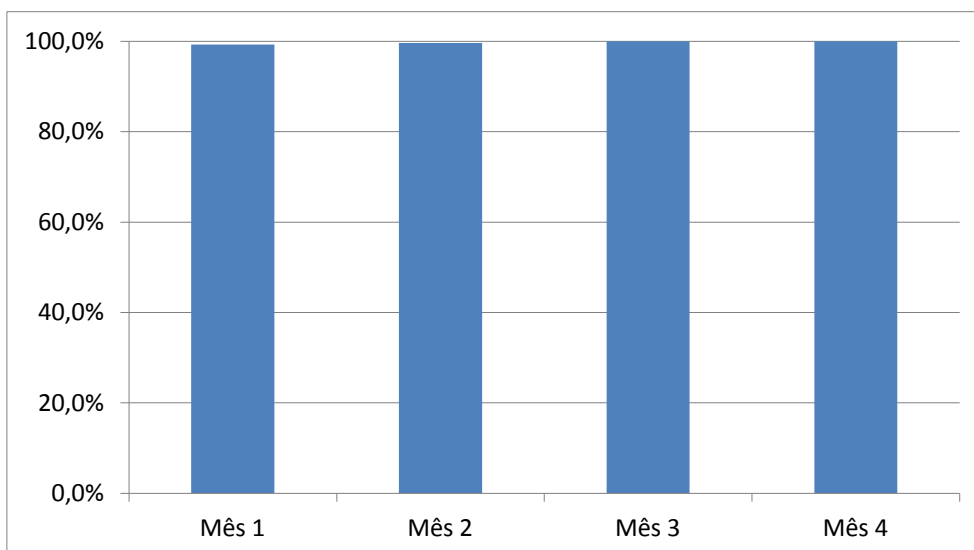


Figura 11- Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

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

**Indicador 14:** Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Atingimos a meta de 100% durante todos os meses de intervenção. Como citado na meta anterior, a ação dos agentes de saúde foi imprescindível para o alcance das mesmas. A realização de visitas domiciliares sistematizadas e organizadas por temas de orientações contribuiu para que desde o princípio todos os usuários recebessem as orientações necessárias.

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

**Indicador 15:** Proporção de hipertensos com orientação sobre prática de atividade física regular

O único motivo para não termos atingido a meta de 100% no 1º e 2º mês, foi porque um dos usuários esteve ausente do território. Nesses meses conseguimos atingir, com essas orientações, 139 (99,3%) de usuários no primeiro mês e 282 (99,6%) de usuários no segundo mês. Já no terceiro e quarto mês atingimos 100% dos usuários hipertensos (397 e 502) em relação ao recebimento de orientações sobre a prática de atividade física regular. De qualquer forma, desde o início da intervenção a equipe monitorava os usuários que deixaram de receber as orientações em consulta ou em visita à UBS, e o agente de saúde se organizava para realizar a orientação no domicílio.

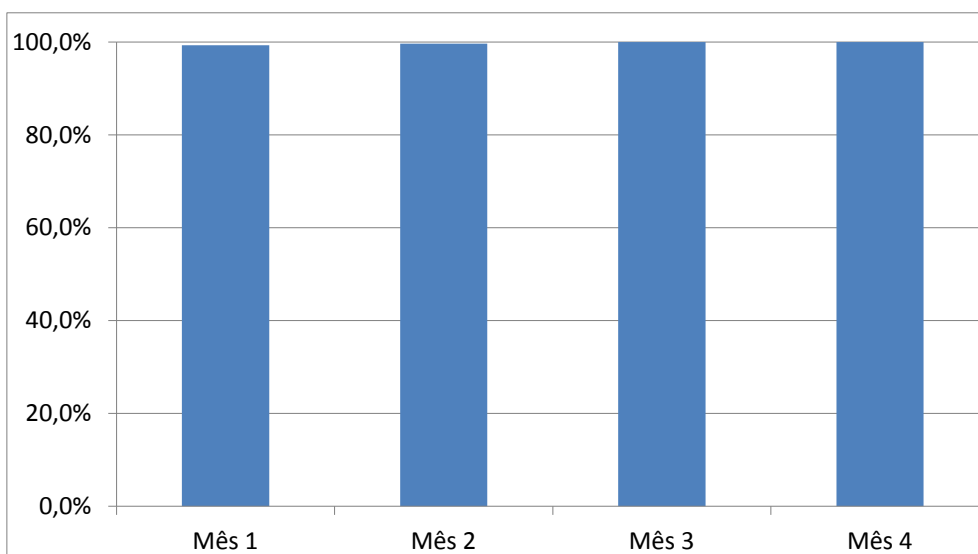


Figura 12- Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular

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

**Indicador 16:** Proporção de diabéticos com orientação sobre prática de atividade física regular.

Conseguimos atingir a meta de 100% em todos os meses da intervenção. As orientações em relação a prática de atividade física regular foram realizadas em diversos ambientes: consultas, salas de espera, sala de procedimentos e visitas domiciliares de toda a equipe.

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

**Indicador 17:** Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

O alcance dessa meta ocorreu pelos mesmos fatores citados nos dois indicadores acima. A ação dos agentes comunitários nas orientações domiciliares foi fundamental para o alcance das metas. No primeiro mês, 139 (99,3%) usuários receberam essa orientação, no segundo mês 282 (99,6%), no terceiro mês 397 (100%) e no quarto mês 502 (100%).

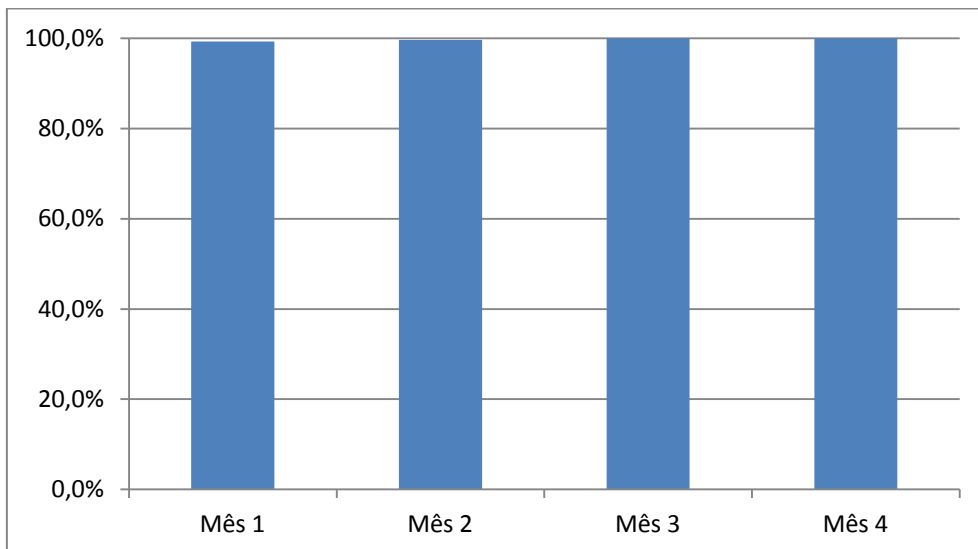


Figura 13- Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

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

**Indicador 18:** Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Conseguimos atingir, durante os quatro meses de intervenção, 100% dos usuários diabéticos no que diz respeito às orientações sobre os riscos do tabagismo. Essas orientações foram oportunizadas nos diversos locais onde há ação da equipe de saúde da família, como por exemplo, no domicílio, durante as visitas domiciliares, nas salas de espera, salas de procedimentos, consultas e grupos educativos.

#### **4.2. Discussão dos resultados**

A intervenção, em minha unidade básica de saúde, propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, a melhoria nos registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação do exame físico adequado aos usuários hipertensos e diabéticos, a realização de exames complementares de acordo com o protocolo e para a classificação de risco de ambos os grupos. A intervenção possibilitou uma ampliação nas orientações nutricionais, práticas físicas e tabagismo no grupo de usuários hipertensos e diabéticos, e também em seus familiares.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes. Esta atividade promoveu o trabalho integrado da médica, da enfermeira, das auxiliares de enfermagem, das agentes comunitárias de saúde e da recepção. Cada profissional teve papel fundamental em etapas do processo e se responsabilizou por determinadas ações: a médica e enfermeira se responsabilizaram por realizar o atendimento clínico dos usuários hipertensos e diabéticos, exame físico adequado, solicitação de exames complementares conforme protocolo, orientações de educação em saúde e registro adequado em prontuário e ficha de acompanhamento individual; As auxiliares de enfermagem ficaram responsáveis por realizar a busca ativa dos usuários não cadastrados, faltosos em consulta, grupos educativos e monitoramento dos indicadores e preenchimento das fichas junto à enfermeira; as agentes comunitárias de saúde fizeram contato com lideranças locais, juntamente com as auxiliares de enfermagem, promoveram ações educativas e realizaram busca ativa na comunidade; a recepção da unidade organizou novo fluxo para reconhecimento dos

usuários hipertensos e diabéticos na unidade, e para o levantamento das fichas de acompanhamento individual junto com o prontuário nas consultas agendadas.

Todas essas ações em conjunto, impactaram em outras atividades no serviço, já que, mesmo as equipes que não estavam participando diretamente da intervenção, tiveram alguma atuação em diversos momentos: o fornecimento de orientações nutricionais, práticas físicas, tabagismo, controle e acompanhamento da hipertensão e diabetes foram incorporados como rotina nas salas de espera e de procedimentos da unidade por diversos profissionais que não fazem parte da equipe; novos grupos de práticas físicas aberto a todos os usuários da unidade, grupo de controle e cessação do tabagismo, cartazes de orientações que foram aproveitados em outras áreas de abrangência das equipes de saúde da família, como também as capacitações aos auxiliares de enfermagem sobre aferição correta da pressão arterial e glicemia capilar, mensuração do peso, altura e circunferência abdominal, estendida aos demais profissionais dessa categoria, e não apenas aos pertencentes a equipe.

Antes da intervenção as atividades de atenção a Hipertensão e Diabetes eram concentradas nas figuras da médica e enfermeira da equipe. A intervenção reviu atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas.

A melhoria do registro e o agendamento dos Hipertensos e Diabéticos viabilizou a otimização da agenda para atenção a demanda espontânea.

A classificação de risco dos hipertensos e diabéticos tem sido cruciais para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

As capacitações para o reconhecimento dos fatores de risco para desenvolvimento da hipertensão e diabetes por toda a equipe foi fundamental para aumentar a captação precoce desses usuários não cadastrados na comunidade, e qualificar as orientações fornecidas aos usuários e familiares.

A implantação de um controle de monitoramento dos indicadores dos usuários permitiu que a equipe tivesse maior governabilidade na regulação de recursos aos usuários de acordo com o seu risco, como por exemplo, a regulação destes usuários no sistema, para encaminhamento aos serviços de especialidades e exames complementares. Os recursos disponibilizados pela rede foram otimizados e utilizados de forma racional e efetiva.

O impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade. Os hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento,

com as buscas ativas realizadas pela equipe, com as mudanças nos atendimentos e no fornecimento de orientações, porém, algumas dessas mudanças geram insatisfações nas salas de espera entre outros usuários do serviço que desconhecem o motivo desta priorização. Esse descontentamento estende-se aos usuários hipertensos e diabéticos de outras equipes e também da unidade de saúde tradicional, que não entendem o porquê das mudanças no cuidado dessa população ter acontecido apenas em uma equipe da unidade.

A intervenção teria sido facilitada se tivesse ocorrido em todas as equipes da unidade ao mesmo tempo. As capacitações seriam otimizadas e não seria necessário criar estratégias que diferenciasssem as ações de uma equipe das demais. Entendo, no entanto, que no momento da implantação, essa ação foi a única possível, já que nem todos os funcionários da unidade estavam sensibilizados e acreditados no processo. Percebo que seria necessário um trabalho maior de sensibilização da equipe e da unidade para aderir ao processo de intervenção desde o princípio.

A intervenção será incorporada a rotina do serviço. As demais equipes de saúde da família e unidade tradicional já estão sensibilizadas para o processo de intervenção e de certo modo, já participam em diversas etapas de seu acontecimento. Vamos intensificar essa sensibilização de modo que todas as demais equipes atuem na atenção ao Hipertenso e Diabético do mesmo modo, e não gere desconforto entre os usuários por receberem cuidados diferenciados dentro de uma mesma unidade de saúde.

Notamos que nos faltam indicadores que nos deem à longo prazo um panorama do impacto das ações de saúde nessa população, e que sejam fáceis de monitorar, como por exemplo, internações por complicações da hipertensão e/ou diabetes nessa população, mudanças de hábitos de vida como cessação do tabagismo e início de prática de atividades físicas. Iremos adequar a ficha dos hipertensos e diabéticos para conseguirmos monitorar esses indicadores.

A partir do próximo mês acontecerá a reterritorialização da área de abrangência da unidade. Aproveitaremos esse momento de recadastramento das famílias e redivisão das áreas para iniciar a intervenção com os usuários hipertensos e diabéticos em toda a área de abrangência da saúde da família na unidade.



### **4.3. Relatório para os gestores**

Caros gestores, após uma análise situacional no nosso serviço, identificamos a necessidade de melhorar a atenção ao usuário hipertenso e diabético. Entendemos que essas doenças são responsáveis por grande parte das nossas hospitalizações, óbitos e incapacitações, gerando um custo alto ao serviço público de saúde, e, portanto, necessitam que as equipes de saúde atuem mais efetivamente na captação precoce desses usuários, no tratamento e acompanhamento efetivos, na prevenção de comorbidades e na reabilitação quando necessário. Para isso, iniciamos um projeto de intervenção a esses usuários e nosso objetivo foi ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos, melhorar a adesão desses usuários ao programa, melhorar a qualidade dos atendimentos através de exames clínicos adequados, realização de exames complementares conforme protocolo, melhorar o registro das informações, mapear risco cardiovascular e promover saúde através do acesso às orientações nutricionais, de práticas físicas e tabagismo.

Para isso, sentimos a necessidade de nos capacitarmos pelos protocolos vigentes do Ministério da Saúde e capacitar toda a equipe que atua direta ou indiretamente com os usuários hipertensos e/ou diabéticos. Foi muito importante também o apoio gerencial para providenciar os recursos necessários para que o projeto acontecesse, como, a impressão das fichas de acompanhamento individual, impressões dos protocolos, materiais adequados para exame clínico, pastas de organização, enfim, todos os recursos necessários para que fosse possível a realização do projeto.

Após a equipe ter se capacitado e planejado suas ações demos início ao projeto: melhoramos o acolhimento desses usuários na unidade, ou seja, todo o usuário que procurasse a equipe era ouvido e direcionado conforme suas necessidades e garantimos na agenda vagas para que o usuário fosse atendido no dia, se necessário. Conseguimos cadastrar 95,3% dos usuários hipertensos do território no programa, e 96,7% dos usuários diabéticos, aumentando a cobertura dessa população em 29,3% para os hipertensos e 16,7% para os diabéticos. Realizamos busca ativa em 100% dos diabéticos faltosos às consultas e em 96,9% dos hipertensos. Os usuários provenientes das buscas domiciliares eram reinseridos nas agendas dos profissionais e orientados sobre a importância do comparecimento.

Muito dos relatos que ouvimos foi de que essa preocupação da equipe com o usuário ao ponto de “buscá-lo” no domicílio, de querer saber e se preocupar com ele pela sua ausência, fez com que se sentissem valorizados e reconhecidos em seus papéis.

Com o projeto foi possível realizar busca ativa a 96,9% dos usuários faltosos às consultas e mantivemos algumas vagas nas agendas para essas buscas domiciliares. O monitoramento sistemático de alguns indicadores no cuidado desses usuários permitiu que a equipe tivesse um melhor controle do acompanhamento e que ações importantes não deixassem de ser realizadas, como por exemplo, exame clínico adequado, realização de exames complementares, orientações fundamentais para o cuidado, como, nutrição, práticas físicas e tabagismo e também a realização da estratificação de risco cardiovascular em 97,4% dos usuários hipertensos e 96% dos usuários diabéticos.

A implantação do projeto no serviço possibilitou uma maior proximidade com a comunidade. As lideranças comunitárias foram contatadas e colaboraram fornecendo local para realização de atividades educativas, cedendo locais estratégicos na comunidade para divulgação do projeto e de informações pertinentes ao cuidado dos usuários e de toda a comunidade, enfim, foram aliados importantes na vinculação dos usuários ao serviço.

Durante todo o processo a equipe percebeu que as consultas médicas, geralmente supervalorizadas, deixaram de desempenhar papel tão centralizado no cuidado e cederam espaço para atividades educativas, em grupo, e principalmente, no domicílio. A comunidade passou a reconhecer de forma legítima esses demais espaços como partes fundamentais do cuidado, e com isso, a aceitação desses passou a acontecer e serem solicitados pelos usuários. Entendemos esse processo como uma enorme conquista do ponto de vista da Atenção Básica. Passamos a focar nossa atenção na comunidade, nos seus valores e suas culturas e atuamos mais eficazmente após entender esses processos, sem que para isso, o cuidado individual fosse negligenciado. Resumindo, a intervenção mostrou-se uma maneira eficaz de utilizarmos os recursos da Atenção Básica de forma eficiente e explorar as diversas potencialidades dos profissionais que compõe a equipe de forma que o cuidado se torne integral, sem que para isso seja necessário dispor de muitos recursos ou sobrecarregar apenas um profissional. O cuidado dos usuários hipertensos deixou de ser responsabilidade médica e passou ser compartilhado por

toda a equipe, cada um com suas responsabilidades bem definidas e com foco em objetivos em comum. Além disso, é importante lembrar que o foco escolhido está plenamente de acordo com o disposto na resolução nº 5 de 2013 da comissão intergestora tripartite, que enfatiza o fortalecimento e ampliação da garantia da atenção integral à saúde da pessoa portadora de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção, tendo em vista o fortalecimento do Sistema Único de Saúde nos anos de 2013 a 2015.

O sucesso da intervenção pôde ser percebido não apenas nos números que nos mostram a evolução desse cuidado durante os quatro meses que duraram o processo, mas também pelo retorno da comunidade, através de declarações sobre essas mudanças.

Pensamos que se tivéssemos alguns recursos disponíveis, como por exemplo, ampliação de oferta para tratamento anti-tabagismo, profissionais nutricionistas suficientes para avaliação e acompanhamento nutricional dessa população, profissionais de educação física e equipamentos disponíveis para realização de atividades físicas e serviço de saúde bucal, nossos resultados poderiam ter sido muito mais promissores e o impacto sobre a saúde dessa população muito mais visível!

Dada essa avaliação positiva, a equipe incorporou as novas ações na rotina da unidade e já planeja estendê-la às demais equipes que atuam na UBS. Para tal, consideramos de fundamental importância que o apoio que recebemos até aqui continue, e que possamos contar com a gestão para dar continuidade ao processo que iniciamos.

#### **4.4. Relatório para a comunidade**

Ano passado iniciamos um projeto na unidade de saúde com o objetivo de melhorar os cuidados de saúde dos usuários portadores de hipertensão e diabetes da nossa área de abrangência da unidade de saúde. A ideia era melhorar o acesso desses pacientes na unidade, capacitar toda a equipe que realiza os cuidados diretos ou indiretos aos pacientes hipertensos e diabéticos, buscar na comunidade aqueles pacientes que ainda não haviam sido cadastrados e, portanto, estavam sem acompanhamento, buscar os pacientes que faltam nas consultas e atividades agendadas, melhorar a qualidade do atendimento oferecido através de exame

clínico adequado nas consultas, acesso aos exames complementares, classificação do risco de cada paciente, registro adequado dos atendimentos, e garantir o acesso à esses pacientes e familiares às orientações referentes alimentação saudável, atividade física e tabagismo.

Para que esse projeto acontecesse foi necessário o empenho e esforço de muita gente, inclusive, muitos usuários da unidade de saúde. É isso mesmo! Tivemos a colaboração de pessoas que entenderam o projeto, acreditaram nele e nos auxiliaram fornecendo espaço para realizarmos as atividades, divulgando o projeto e as orientações na comunidade, participando da elaboração e condução de atividades educativas e contribuindo com sugestões valiosas para o nosso trabalho. Além disso, também foi necessário que a equipe dispensasse bastante tempo e esforço em reuniões para capacitações e planejamento do trabalho com o intuito de melhor atender essa população. Entendemos que, muitas vezes, essas “ausências” da equipe gerou desconforto em muita gente, afinal, não é fácil procurar pela equipe e ter que aguardar “mais uma reunião” terminar. Mas, entendemos também, que para que consigamos mudar e melhorar um serviço é fundamental que a equipe planeje meticulosamente suas ações e se capacite para tal. E no final, foi exatamente isso que aconteceu. Todas essas reuniões, capacitações e planejamento renderam ótimos resultados e isso significa melhora na qualidade do atendimento dessa população no nosso território!

Não teríamos como realizar todas essas mudanças sem que houvesse apoio da gerência da unidade, da nossa supervisão de saúde e da parceira que administra o serviço conosco. Então, tudo aquilo que solicitamos dentro do que era possível, para que essa intervenção acontecesse nos foi concedido: materiais adequados para trabalhar, acesso à internet e aos materiais de consulta, impressões de fichas e manuais, mudanças na rotina e fluxo do serviço, entre outros. Conseguimos montar um fluxo onde todo o usuário que procurasse o serviço fosse acolhido, ouvido e direcionado de acordo com suas necessidades. Muitas vezes conseguíamos encaixar esse paciente em consulta no mesmo dia, se fosse necessário. Os agentes de saúde realizaram um trabalho incrível no território: buscaram quase todos os pacientes faltosos às consultas, ouviam o motivo de suas ausências, orientavam a importância desse cuidado e os inseriam novamente na agenda dos profissionais. Eles também foram responsáveis por investigar na comunidade as pessoas que teriam maior chance de ter hipertensão e diabetes, e que ainda não realizavam

tratamento, comunicavam a equipe e nós íamos à busca desses pacientes. Com isso, descobrimos tanta gente que não sabia que tinha essas doenças, e que puderam iniciar seus acompanhamentos de saúde e serem orientadas.

Além disso, nós monitorávamos bem de perto se todos os nossos pacientes haviam recebido exame clínico adequado, como tem que ser, nas suas consultas, se tinham realizado os exames necessários e se tinham recebido todas as orientações importantes de se conhecer. Esse monitoramento permitiu que a equipe ficasse bem atenta a todas essas questões, e assim que percebíamos ter deixado passar alguma coisa, íamos atrás para resolver. É claro que, nem tudo saiu como planejado. Alguns funcionários foram bem resistentes no início, pois, achavam que todas essas ações aumentariam ainda mais o serviço que já é bem puxado, mas com o decorrer do tempo, todo mundo – funcionários e usuários – foram percebendo que essa organização e todo esse trabalho rendiam bons frutos e que valia a pena investir. Melhoramos, e muito, o acesso e a qualidade do atendimento a essa população e esperamos com isso diminuir, com o passar do tempo, algumas das complicações que a gente vê por aí decorrente dessas doenças.

Nós agradecemos todo o apoio que temos recebido dessa população, pela compreensão do que tem sido esse projeto e pedimos que continuem construindo conosco, colaborando com críticas e sugestões e participando do planejamento das nossas ações, afinal, a ideia nunca foi construir um projeto para essa comunidade e sim com essa comunidade.

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

Iniciei o curso imaginando o modelo tradicional de ensino onde seriam ministradas aulas online, eu realizaria as tarefas propostas e faria provas para mensurar o quanto havia absorvido do conteúdo. Enfim, me surpreendi com a metodologia adotada onde o estudante assume um papel mais ativo durante o desenvolvimento do curso.

Há cinco anos que atuo como enfermeira de família e durante minha atuação sentia a necessidade de aprofundar os questionamentos e as reflexões que permeiam a saúde pública, de refinar os embasamentos técnico-científicos que sustentam as ações dos profissionais que atuam nesse segmento da saúde. Os desafios encontrados no dia-a-dia, a falta de ferramentas científicas para superá-los e a complexidade que é atuar no âmbito da saúde coletiva foram alguns dos incentivos para que eu me interessasse em participar do curso.

O que pude perceber durante esses meses, é que a convivência com diferentes realidades, a troca de experiências, o conhecimento de outras perspectivas de olhares para um mesmo problema, tudo isso, associados às literaturas científicas existentes e um insistente instigar para o aprofundamento das reflexões me proporcionou um amadurecimento profissional muito maior do que eu havia esperado. Além disso, esse amadurecimento extrapolou os limites para o território onde atuo e possibilitou que todas essas reflexões fossem construídas em equipe, que o processo de trabalho fosse repensado, que as ações, objetivos, metas, indicadores de saúde da nossa população fosse visto de maneira mais crítica e sistemática, e que os resultados alcançados com nossa intervenção fossem mais palpáveis e enriquecedores.

Apesar de nos focarmos num projeto de intervenção específico, e escolher trabalhar esse projeto em apenas um segmento da nossa população, no meu caso, os usuários hipertensos e diabéticos, durante todo o curso pude participar de discussões e ter acesso a referências bibliográficas que me auxiliaram no trabalho que desenvolvemos com todas as pessoas e ações que desenvolvemos no nosso território: gestantes, crianças, idosos, tuberculosos, hansenianos, entre outros.

Enfim, todo o processo foi muito enriquecedor, no entanto, não posso deixar de destacar que para mim, o que mais surpreendeu, foi que o curso que inicialmente era para mim, acabou sendo uma experiência da equipe, e isso foi muito gratificante. Foi um aprendizado do trabalho que precisamos incentivar no dia-a-dia e da infinidade de possibilidades que a saúde coletiva nos proporciona.

## **6. Bibliografia**

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Cadernos de Atenção Básica, n. 16 – Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 15 – Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

São Paulo. Secretaria da Saúde. Manual para Auxiliares de Enfermagem: Assistência ao Portador de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus / Secretaria da Saúde / Coordenação da Atenção Básica. São Paulo: SMS, 2007.

São Paulo. Secretaria de Saúde do Estado da Saúde de São Paulo. Manual para operacionalização das ações educativas no SUS – São Paulo. Centro de Vigilância Epidemiológica. São Paulo, 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.



## ANEXOS

### Anexo A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Srª

Profª Ana Claudia 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





