

**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL  
EM ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PELA FESF/SUS FIOCRUZ**

**NATALIE OLIVEIRA GONÇALVES VILAS BOAS**

**Consulta Coletiva: uma ferramenta para a coordenação do cuidado.**

**CAMAÇARI- BA**

**2017**

**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL  
EM ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PELA FESF/SUS FIOCRUZ**

**NATALIE OLIVEIRA GONÇALVES VILAS BOAS**

**Consulta Coletiva: uma ferramenta para a coordenação do cuidado.**

Trabalho de conclusão da residência multiprofissional em Estratégia Saúde da Família pela FESF-SUS e FIOCRUZ, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Saúde da Família.

Orientador: Waldemir de Albuquerque Costa

CAMAÇARI- BA

2017

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>4</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>7</b>
<b>3 OBJETIVO.....</b>	<b>7</b>
3.1 OBJETIVO GERAL .....	7
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	7
<b>4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....</b>	<b>8</b>
<b>5 METODOLOGIA.....</b>	<b>9</b>
<b>6 RESULTADOS.....</b>	<b>10</b>
6.1 PROBLEMAS IDENTIFICADOS.....	13
6.2 PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS.....	13
6.3 DESENHO DA OPERAÇÃO.....	14
6.4 ELABORAÇÃO DA PROPOSTA.....	15
6.5 AVALIAÇÃO DA PROPOSTA.....	17
<b>7 RESULTADOS PRETENDIDOS .....</b>	<b>18</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>19</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Estima-se que 20% da população brasileira adulta sofre da doença crônica denominada Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e 8% de Diabetes Mellitus (DM), servindo como importantes fatores de risco para as doenças cardiovasculares. Essas patologias podem causar invalidez parcial ou total aos indivíduos, afetando a vida dos pacientes, da sua família e da sociedade como um todo, além de terem um alto grau de desconhecimento da população (BRASIL, 2001).

Reconhecendo o elevado grau de morbimortalidade destas patologias, percebe-se a importância do investimento em medidas de prevenção dos agravos e promoção da saúde que englobem desde ações educativas até a reorganização da rede de atenção à saúde, fortalecendo, sobretudo, os cuidados primários. No Brasil, a principal iniciativa de estruturação da linha de cuidado se inicia pela Atenção Básica através de equipe Saúde da Família (ESF), as quais lidam diretamente com os usuários diagnosticados.

As equipes da Estratégia de Saúde da Família devem estar capacitadas para atuar na prevenção, promoção e cuidado continuado dos pacientes portadores dessas patologias, reduzindo os fatores de risco, detectando precocemente esses casos e realizando o tratamento oportuno (BRASIL, 2001). Atuando como porta de entrada ao sistema de saúde, esse modelo preconiza uma equipe de saúde multiprofissional que trabalha com território de abrangência, adscrição de clientela e acompanhamento da população que reside na área, facilitando o seguimento dos portadores de HAS e DM e evitando seus desfechos mais graves (ECOREL et al, 2007).

Uma das ferramentas utilizadas na atenção primária como ponte de comunicação e como forma de trabalho para a prevenção, tratamento e reabilitação ao longo de muitas décadas tem sido a **consulta individual**. Esta tem por objetivo acompanhar o indivíduo, identificar problemas de saúde doença, prescrever medicações necessárias de acordo com a situação encontrada implementar medidas de intervenção que contribuam para o processo saúde doença do indivíduo, servindo como direcionadora para as escolhas de ações para esse processo (BRANCO et al, 2013).

A consulta individual no seguimento programático de pacientes diagnosticados de HAS e DM, nacionalmente conhecido como “Hiperdia”, é realizada periodicamente de acordo

com a avaliação de risco cardiovascular de cada usuário, traçando metas plausíveis/realistas estabelecendo ações para a manutenção da saúde e avaliação dos resultados de acordo com as condutas sugeridas pelo ministério da saúde (FILHA, NOGUEIRA E VIANA, 2011).

Esse modelo de consulta focalizada é considerado por diversos autores como uma estratégia bastante biomédica e individual e que coloca o usuário como receptor de informações, focado essencialmente nas queixas relatadas do mesmo, muitas vezes não contribuindo para o acompanhamento e melhoria efetiva do seu processo saúde-doença. Na tentativa de inovar esse modelo assistencial foi criada a “**consulta coletiva**”, que visa a autonomia do usuário, permitindo uma maior interação entre a equipe de profissionais de saúde e o indivíduo, podendo ser utilizada para ação programática de acordo as necessidades do território na ESF (GURGEL, TOURINHO E MONTEIRO, 2014).

Na consulta coletiva evidencia-se a busca pela integralidade, a interação dos diferentes saberes e a realização de ações de promoção a saúde; são ações voltadas para os cuidados integrais com a saúde e fatores condicionantes e determinantes da doença. De acordo com as experiências já realizadas com hipertensos e diabéticos como exemplo o projeto de intervenção realizado em Minas Gerais com o objetivo de criar um grupo coletivo para hipertensos e diabéticos; a consulta individual é muito importante, porém cada vez mais se evidencia a necessidade da abordagem coletiva para se obter resultados mais consistentes e duradouros. A ideia do coletivo surgiu criando oportunidades de trocas de conhecimentos e experiências no decorrer de cada encontro firmando melhor a adesão às condutas e aos encaminhamentos adotados pelas vivencias exitosas de outras pessoas expostas durante cada consulta (RODRIGUES, 2015).

A consulta coletiva é considerada como um tipo especial de grupo nas condições crônicas, para a sua realização é necessário que toda a equipe multiprofissional participe porque assim facilita a interação desses pacientes com diversos profissionais, que tem por objetivo mediar o grupo reunido adotando cuidados com a exposição do paciente, analisando o que pode ser prejudicial e intervindo de forma coerente e cuidadosa (BRASIL, 2014).

Em Camaçari, na Unidade Saúde da Família (USF) Nova Aliança, a consulta coletiva dos hipertensos e diabéticos foi criada em 2016 durante a transição dos residentes do primeiro ano (R1) para o segundo ano (R2) da residência Multiprofissional em Saúde da Família. Naquele momento, tinha-se como objetivo “desafogar” os consultórios devido ao grande número de usuários hipertensos e diabéticos existentes naquele território em procura constante por consultas individuais. Buscava-se dar resposta a esta demanda sem, em contrapartida, desqualificar a assistência para os mesmos. Desta forma, sentiu-se a necessidade da criação de

ações/práticas educativas coletivas mantendo uma assistência de qualidade e garantindo ao mesmo tempo a ampliação do acesso. Sua implantação enfrentou diversas dificuldades, pois este serviço se encontrava em processo de transição de um modelo de Unidade Básica de Saúde (UBS) tradicional para uma Unidade de Saúde da Família (USF), de início como toda mudança a população se posicionou de forma resistente não entendendo o objetivo do novo modelo que estava se colocando em prática (SILVA, 2017).

Com a saída desses residentes e a entrada de novos R1, o grupo de atendimento ao Hipertensão foi perdendo sua organização original. Em parte, responsabiliza-se o desenho deste programa de residência que promove mudanças de lotação muito abruptas do grupo de residentes ao término de cada ano, dificultando a transição de iniciativas de um grupo de profissionais para o outro. Por outro lado, houve uma mudança no perfil dos novos residentes que possuíam experiências pessoais/profissionais diferentes do grupo anterior, acabando por dar outra roupagem ao modelo implantado na USF e dando prioridade a outras atividades coletivas. Por fim, houve ainda a redução do tamanho do NASF local em número de profissionais durante o ano de 2017, prejudicando severamente o conteúdo ofertado nas consultas coletivas.

Hoje a consulta coletiva de Hipertensos e Diabéticos se encontra organizada de tal maneira iniciando através do planejamento durante as reuniões de equipe uma semana antes da consulta ser realizada. A captação dos usuários é feita no acolhimento e a quem procura a recepção para marcação de consulta. O limite de participante varia de acordo a necessidade e condições de cada equipe, em média está sendo programada de 15 a 20 participantes em cada encontro. Se inicia pelas “ilhas” que é realizado a triagem do usuário ( aferição de PA, medida de glicemia capilar, medida antropométrica, etc). Após a triagem ocorre a roda de conversas que ocorre a troca de experiência e explanação de duvidas e inquietações dos usuários. O terceiro momento é realizado individualmente para renovação e prescrição de medicamento e solicitação de exames.

Através da observação participante dessas atividades realizadas durante a consulta coletiva na USF Nova Aliança no período de Setembro a Dezembro de 2016 e Janeiro a Julho de 2017 e de conversas com residentes e preceptores, foram identificados alguns problemas que as equipes vêm enfrentando durante a realização das últimas consultas coletivas. A proposta do projeto de intervenção tem como objetivo qualificar a consulta coletiva para proporcionar a melhor assistência para os usuários que participam.

## **2. JUSTIFICATIVA**

A escolha do tema apareceu pela experiência exitosa durante a trajetória da participação da consulta coletiva dos hipertensos e diabéticos em Nova Aliança; minha vivência enquanto residente deste serviço permitiu observar, por vezes com maior imersão (R1), em outras vezes mais como espectadora e pesquisadora (R2) nós críticos durante a consulta coletiva que prejudica a assistência e organização da mesma, assim surgiu a possibilidade de propor intervenções que podem auxiliar em mudanças positivas para este espaço.

Reconhecido seu potencial, sobretudo na distribuição mais equânime do acesso e na organização do cuidado longitudinal destes pacientes, as Consultas Coletivas merecem uma intervenção em tempo útil que fortaleça suas ações internas e garanta sua continuidade sem tanto prejuízo durante a transição anual dos residentes sendo, portanto, uma forma de devolutiva ao serviço em que estive inserida durante a maior parte da residência.

O principal interesse da criação dessa proposta (plano de intervenção) surgiu através da necessidade da melhoria da assistência na Consulta Coletiva dos hipertensos e diabéticos na Unidade de Saúde da Família Nova Aliança na cidade de Camaçari. Com isso será necessário à busca da sensibilização das equipes envolvidas na realização da Consulta quanto à importância da mesma e reorganização desse atendimento, proporcionando uma linha de cuidado contínuo.

## **3. OBJETIVOS**

### **3.1. Objetivo Geral**

Qualificar as Consultas Coletivas dos Hipertensos e diabéticos da USF Nova Aliança, buscando oferecer ações estimulando o princípio da integralidade e humanização.

### **3.2. Objetivos Específicos**

- Reorganizar o atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos do território, proporcionando um seguimento regular.

- Sensibilizar os profissionais de saúde envolvidos na realização da consulta coletiva dos hipertensos e diabéticos sobre a importância da mesma.
- Estimular a implantação da avaliação do pé diabético como ferramenta potente para a prevenção de complicações, proporcionando a assistência integral ao indivíduo.

#### **4. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

##### **4.1. Situação de hipertensos e diabéticos**

A HAS e a DM são doenças crônicas de grande relevância para as políticas públicas e que causam grande impacto na morbimortalidade das doenças cardiovasculares. Através da epidemiologia, as doenças cardiovasculares nos dias atuais surgem da mesma forma que as grandes epidemias dos antepassados; controlar e prevenir os seus fatores de risco é uma boa estratégia para a melhoria da saúde no Brasil (ROCHA E MARTINS, 2017).

Para os hipertensos o seu acompanhamento é de extrema importância, o controle da pressão arterial (PA) identifica a diminuição do risco cardiovascular para os usuários e, para se obter esse controle, todo e qualquer hipertenso, independente do seu risco e situação, deve seguir o tratamento não medicamentoso; causando um impacto muito grande no contexto clínico do usuário. Esse tratamento consiste em mudanças no estilo de vida; tais mudanças podem ser citadas como: controle do peso corporal, prática de atividade física constantemente, restrição de sal, controle do estresse, alimentação saudável e cessação do tabagismo (BRASIL, 2010).

Já a Diabete Mellitus é uma doença que vem crescendo no Brasil, estima-se que em 2014 existia 11,9 milhões de casos de pessoas acometidas com a doença. O grande alvo do acompanhamento dos diabéticos está no controle da glicemia capilar e na prevenção das complicações que a doença causa para o usuário (ROCHA E MARTINS, 2017).

Estima-se que esse crescimento está relacionado a urbanização, obesidade, sedentarismo e envelhecimento da população. Suas consequências são devastadoras para a área social, humana e econômica em decorrência disso os custos nos serviços de saúde só vem aumentando ao longo do tempo (MEIRELES, 2016).

Segundo SOUZA NPG et al 2015, em um estudo realizado com os hipertensos e diabéticos para identificar as necessidades de aprendizado em saúde desses pacientes hospitalizados, constatou-se que existe ainda um déficit de conhecimento que interfere diretamente no autocuidado; pelo relato alguns pacientes negligenciaram o cuidado, demonstraram falta de adesão ao tratamento.

As ações educativas para hipertensos e diabéticos é uma estratégia que promove para os usuários conhecimento sobre as suas doenças trazendo uma reflexão de como cada um pode prevenir e controlar essas doenças crônicas; é o local que eles conseguem expor e dividir suas dúvidas e medos (MEIRELES, 2016).

#### **4.2.Consulta Coletiva x Consulta Individual**

Ao longo do tempo, estamos vivendo em diversas transformações e mudanças e na área da saúde não é diferente: as causas do adoecimento na população vêm sendo modificadas, ficando cada vez menos claras e menos única, pois estão cada vez mais interligadas a diversas causas ambientais, biológicas, psicológicas e sociais (GERVAZ E PEREZ, 2016).

O que os usuários anseiam hoje dos trabalhadores de saúde mudou significativamente, antigamente se esperava dos profissionais que tratassem de suas específicas patologias, hoje se tornou diferente, porque além do tratamento eles buscam orientações para o estilo de vida e hábitos saudáveis, formas de como prevenir certas doenças e apoio relacionados a questões sociais do indivíduo. Com isso se vê a possibilidade e necessidade de também se reorganizar o processo de trabalho em saúde (WHO, 2006).

Como forma de reorganizar o processo de trabalho da atenção básica, a saúde coletiva traz uma lógica do coletivo, de construir grupos; consultas para usuários com os mesmos objetivos comuns de forma homogênea, buscando dos profissionais um olhar de integralidade, ou seja, ver o usuário como o todo não somente fragmentado (PINTO E COELHO, 2008).

O coletivo vai muito além das consultas clínicas, ele atravessa as práticas “consultoriais” clássicas, não está dentro nem fora da unidade de saúde, esta “entre” os trabalhadores, o trabalho e o modo de viver do indivíduo, portanto as ações coletivas na saúde elas precisam abranger práticas transversais que tragam mudanças na vida e na produção da autonomia para os indivíduos envolvidos, na prática da atenção básica quando se inclui as ações educativas nas ações coletivas tem se observado qualidade de vida aos usuários, não

tomando como base hábitos padronizados mais invenções e inovações no estilo de vida para cada participante de acordo sua realidade(FORTUNA et al, 2011).

Como exemplo de uma metodologia assistencial inovadora nas ações coletivas, surgiu a consulta coletiva que visa uma atuação humanizada dos profissionais de saúde envolvidos, valorizando as experiências e conhecimentos tanto popular como científico dos participantes, é uma forma de estimular o autocuidado junto com a corresponsabilidade de cada indivíduo.

Ela está interligada ao principio do SUS da integralidade; procurando atender ou se aproximar de todas as necessidades do indivíduo. Essa atividade está no âmbito da promoção e prevenção a saúde porque dentro de sua realização tem-se a oportunidade de tratar doenças como hipertensão arterial e DiabetesMellitus, doenças pela qual são os principais fatores de risco para doenças cardiovasculares (RODRIGUES, CARINHANHA, PENNA, 2008).

Muitas vezes para a equipe de saúde da família é um desafio essa modificações no processo de trabalho, porque necessita de capacidade dos profissionais para criar grupos e assim obter sucesso em sua estratégia. Nem sempre um grupo que funciona e dar certo em uma equipe, vai funcionar em qualquer outra equipe da mesma forma (PINTO E COELHO, 2008).

Segundo PINTO E COELHO, 2008, ao se compor uma proposta de agenda de trabalho da equipe várias questões necessitam ser levadas em consideração. Entre elas vale a pena mencionar as características da população adscrita; a capacidade da equipe de realização de ações de saúde; as ações de saúde propostas pela equipe ou pelo serviço de saúde para serem implementadas junto à população adscrita, entre outras. Por seu turno, o tamanho e a composição da equipe costumam variar e isto precisa ser levado em consideração ao se compor uma proposta na agenda de trabalho.

## **5. METODOLOGIA**

Este estudo se trata de uma proposta de plano de intervenção que será elaborado para os profissionais da USF Nova Aliança situado na Avenida Acajutiba s/n, Gleba C; que atuam diretamente na realização da Consulta Coletiva dos Hipertensos e Diabéticos do território na cidade de Camaçari.

O estudo se inicia com o levantamento bibliográfico, foi realizado uma pesquisa bibliográfica nas bases Scielo, Lilacs, Medline e Bvs com os descritores: Consulta Coletiva.

Projeto de intervenção. Unidade de Saúde da Família. Hipertensos e Diabéticos. para auxiliar na identificação de estratégias de potencialização das consultas coletivas.

Após a pesquisa bibliográfica foi concretizado uma leitura do material e selecionados artigos publicados que alcançaram os objetivos da proposta e que abordavam o tema com clareza sendo utilizado para construção do referencial. As pesquisas encontradas nas bases SciELO, LILACS, MEDLINE e BVS sobre a consulta coletiva foram escassas e as encontradas se tratavam de pesquisas voltadas para saúde da mulher e saúde da criança.

Diante da lacuna teórica nesta temática foram encontrados poucos artigos com descritores como “consulta coletiva” ou “atendimento coletivo” nas bases de dados tradicionais, optou-se também pela busca na plataforma de experiências do Ministério da Saúde. Apesar da informalidade dos relatos ali identificados, foram localizadas sete experiências na plataforma “Comunidade de Práticas” que tiveram de grande utilidade para o desenvolvimento deste trabalho.

**Quadro 1. Características dos estudos sobre “Consultas Coletivas” segundo ano de publicação**

<b>Título</b>	<b>Autores</b>	<b>Ano de publicação</b>
Consulta Coletiva: o espaço da mulher	Martins et al.	1991
Consulta Coletiva de Pré-Natal: uma nova proposta para uma assistência integral	Penna et al.	2008
O Acompanhamento do Crescimento e do Desenvolvimento da criança: uma ação coletiva da enfermagem	Gurgel et al.	2010
Consulta Coletiva Saúde no Prato: uma (entre outras) possibilidade de formação/ assistência no contexto da atenção primária à saúde	Brunetto et al.	2012
Consulta coletiva de crescimento e desenvolvimento da criança à luz da teoria de Peplau	Gurgel et al.	2014

**Quadro 2. Características dos relatos sobre “Consultas Coletivas” segundo ano de publicação**

<b>Título</b>	<b>Autores</b>	<b>Ano de publicação</b>
Consulta Coletiva Multiprofissional para o Autocuidado de Pessoas Diabéticas tipo II Insulinodependentes	Bortoluzet al.	2013
Consulta coletiva em Saúde da Mulher: saberes construídos	Silva et al.	2013
Consulta Coletiva Saúde no Prato	Freitas et al.	2013
Consulta Coletiva de Gestantes: metodologia prática para educação em saúde	Hendgeset al.	2013
Projeto Piloto de Consulta Coletiva a Pacientes Hipertensos e/ou Diabéticos em uma unidade de atenção primária a saúde	Einsfeldet al.	2013
Consulta Coletiva no Coletivo	Cadioliet al.	2014
Consulta Coletiva de Preventivo na CF Rinaldo de Lamare	Garcia et al.	2015

Além disto, foi utilizado o trabalho de conclusão da residência (TCR) de uma profissional egressa da USF Nova Aliança que continha o relato de experiência da implantação da consulta coletiva do Hiperdia nesta unidade, ajudando a entender seus objetivos iniciais e os desafios enfrentados naquele período.

Após a revisão de literatura foram observados pontos de acordo a realidade da consulta coletiva na USF Nova Aliança. Foram seguidos alguns passos para a realização do plano. o primeiro passo foi a identificação dos problemas através da observação durante as consultas coletivas; esse levantamento de problemas foi utilizado para a escolha das ações para esse trabalho. Diante desse levantamento foram priorizados três problemas para serem solucionados de acordo o tempo hábil e possibilidade; cada um desses problemas tem sua especificidade e motivo de escolha.

Em seguida iniciou-se o plano de intervenção; foi criado um cronograma com o desenho da operação de atividades a serem desenvolvidos, as metas das ações, o prazo para ser desenvolvido; recursos necessários e responsáveis por cada ação. Foi realizado também a análise de viabilidade durante a apresentação e discussão da proposta com a equipe da USF

Nova Aliança e a Gestão do Plano (Avaliação da proposta) incluindo as facilidades e dificuldades sugeridas pela equipe para a implantação e implementação da proposta.

## **6. RESULTADOS**

### **6.1. Problemas Identificados**

Ao participar das consultas coletivas e em conversas com os profissionais de saúde da USF, foram observados alguns problemas que dificultavam o desenvolvimento desta atividade:

- Ausência de estratificação de risco para os participantes da consulta, gerando muitas vezes retornos aleatórios;
- Ausência de avaliação do pé diabético;
- Desmotivação de grande parte profissionais envolvidos na realização da consulta coletiva, em sua maioria não reconhecendo o potencial da atividade e preferindo a consulta individual dos usuários;
- Reduzido número de profissionais envolvidos na realização das atividades;
- Elevado número de usuários descompensados, exigindo muito tempo em orientações individualizadas;
- Elevado número de hipertensos e diabéticos na durante as consultas coletivas, ultrapassando por diversas vezes o teto estabelecido pela equipe.

### **6.2. Priorização dos Problemas**

Neste segundo momento, foram analisadas pela pesquisadora a “governabilidade” (variáveis de recursos necessários para implantar o plano) e a “capacidade de governo” (acumulação de experiências e conhecimentos necessários para a implantação do plano) para os profissionais sobre os problemas em questão (MATUS, 1996). Além disto, optou-se por focar em pontos que fossem operacionalmente mais práticos de serem implantados, dado o curto tempo de permanência da pesquisadora.

Com isto, foi possível elencar três pontos definidos como “nós-críticos” (problemas de importância fundamental para a manutenção do *status quo* e que têm fragilidade razoável que

permite serem enfrentados), de forma a dar horizonte para a intervenção da pesquisadora e da equipe.

A implantação da estratificação de risco de Framingham surge como uma oportunidade de avaliar mais criteriosamente cada caso clínico, além de auxiliar na organização de um seguimento mais adequado e com retornos mais equilibrados entre os profissionais das equipes. Neste ponto será utilizado como exemplo a Linha de Cuidado do Hiperdia da USF do PHOC/CAIC para demonstrar possíveis estratégias de retorno e divisão do trabalho a partir do risco cardiovascular dos pacientes. A avaliação do pé diabético aparece com o potencial de identificar lesões com grande chance de agravamento em etapas iniciais, garantindo seu tratamento em tempo útil e ampliando o leque de intervenções desta atividade. Por fim, a sensibilização sobre a importância da atividade aparece como essencial para reafirmar a consulta coletiva como um grande legado dos residentes desta USF e que possui um alcance populacional extremamente relevante.

### 6.3. Desenho da Operação

**Quadro 1. Cronograma de atividades a serem desenvolvidas:**

<b>Objetivos</b>	<b>Ações/ atividades</b>	<b>Metas</b>	<b>Prazo</b>	<b>Recursos Necessários</b>	<b>Responsável</b>
Implantar a estratificação de risco cardiovascular para organização do atendimento individual, do plano de retorno e da divisão de trabalho entre os profissionais da equipe	Apresentar, durante as reuniões de equipe, da proposta de estratificação de risco e do plano de seguimento e retorno dos usuários.	Propor uma Estratificação de Risco e plano de seguimento dos usuários para as quatro equipes da USF Nova Aliança.	Fevereiro de 2018.	Notebook, apresentação com slides, materiais impressos sobre as propostas.	Natalie Vilas Boas

Sensibilizar os profissionais de saúde envolvidos nas consultas coletiva sobre sua importância e potencial para organização e proteção da agenda.	Apresentar a problemática do alcance numérico das consultas individuais, trazendo o histórico de implantação das consultas coletivas e relatos de outras unidades pelo Brasil	Alcançar maior envolvimento dos profissionais com as consultas coletivas	Fevereiro de 2018	Notebook, apresentação com slides, materiais impressos sobre as propostas	Natalie Vilas Boas
Implantar a avaliação do pé diabético nas consultas coletivas.	Apresentar, durante as reuniões de equipe, sobre a avaliação do pé diabético e formas de intervenção precoce.	Propor um modelo de avaliação do pé diabético nas consultas coletivas de fácil aplicação e com intervenções precoce	Fevereiro de 2018	Notebook, apresentação com slides, materiais impressos sobre as propostas.	Natalie Vilas Boas

#### 6.4. Elaboração da Proposta

- **Estratificação de Risco**

A busca da reorganização do processo de trabalho das equipes de saúde da família; tem por finalidade alcançar melhores resultados para a saúde da população através de alguns aspectos como: a ampliação do acesso da população ao serviço de saúde; maior qualidade na atenção a saúde e a busca da integralidade a saúde. O processo de trabalho na área da saúde precisa estar sempre em constantes mudanças através de novas estratégias e programações diferentes para alcançar a necessidade da população (BRASIL, 2014).

Segundo MENDES 2012, há um questionamento a se fazer dentro de todo e qualquer processo de trabalho: “por que fazer mais do mesmo se não se está alcançando os objetivos esperados (melhores resultados de saúde das pessoas e maior satisfação do usuário)?”. A reavaliação contínua de um processo de trabalho é sempre válida, só assim a equipe de saúde pode acreditar em possíveis modificações e trabalhar sua aceitação ao novo.

Na procura da reorganização do atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos do território da USF Nova Aliança para proporcionar um seguimento regular ao seu acompanhamento, foi pensado em inserir uma estratificação de risco cardiovascular que pudesse se adequar a realidade na unidade de saúde, facilitando o processo de trabalho dos profissionais de saúde e a qualidade da assistência dos usuários.

Ao participar da Consulta Coletiva dos hipertensos e diabéticos é nítido que usuários com as mesmas doenças possuem necessidades diferentes consequentemente riscos diferentes, por isso deve-se seguir um critério ou ordem para organizar de acordo o risco que cada um possui.

O tipo de estratificação de risco cardiovascular de FRAMINGHAM foi uma escolha baseada pelos seus benefícios, comprovada atualmente a forma mais fidedigna quando comparada com outros escores, fácil e simples de desenvolver e o mais utilizado atualmente. Sua grande relevância justificou a escolha da estratificação (MELLO, 2014).

O escore de Risco de Framingham, iniciado em 1948 na cidade homônima, foi desenvolvido a partir do estudo de coorte com a população desta cidade e que obteve resultados bastante relevantes, sendo utilizada até hoje como referência em avaliação cardiovascular. Sua utilização é baseada em um contexto clínico epidemiológico e oferece uma precisão de possibilidade de risco cardiovascular no período de 10 anos, para a equipe multiprofissional de saúde, esse escore segue possibilitando a criação de novas estratégias e ações preventivas para os indivíduos de acordo o risco (BARROS, 2016).

Para que os profissionais de saúde utilizem a estratificação de risco é necessário que o usuário realize exames laboratoriais de rotina aos hipertensos e diabéticos para caracterizar o risco. O primeiro contato com o usuário será realizada através da escuta qualificada pelo acolhimento da unidade para a solicitação dos exames e monitoramento da PA, usuários que já participam da consulta coletiva será realizado o contato na própria consulta coletiva, porém seu direcionamento dependerá do resultado da estratificação e sua classificação de risco.

Após a classificação de risco por categoria os usuários irão ser direcionados para o seu acompanhamento de acordo a classificação de risco. Os pacientes que se encontram em risco baixo deverá ser encaminhado para consulta coletiva recebendo suas orientações e metas

terapêuticas adequadas de baixa intensidade e seu retorno será aprazado para 06 meses. O risco moderado será encaminhado para a consulta coletiva e seu retorno será no período de 03 meses recebendo suas orientações de metas terapêuticas de moderada intensidade. O risco alto será encaminhado para consulta individual com retorno de 02 meses e a cada 6 meses participar da consulta coletiva.

- **Avaliação do pé diabético**

Atualmente uma das complicações mais frequentes da diabetes mellitus é o pé diabético, complicação que pode ser prevenida e evitada com uma simples avaliação periodicamente, essa avaliação é um exame que detecta precocemente sinais que podem causar algumas complicações para os diabéticos como feridas crônicas, amputação do pé e infecções nos membros inferiores (BRASIL, 2006).

Como forma de investir em ferramentas para a melhoria do cuidado dos diabéticos da USF Nova Aliança, faz parte do projeto de intervenção propor aos profissionais de saúde envolvidos na consulta coletiva, a implantação da avaliação do pé diabético durante a consulta coletiva como inclusão de outra ilha antes da roda de conversas realizada pelos profissionais a cada encontro do usuário de acordo a classificação de risco e o período de retorno da consulta. De início a avaliação do pé diabético será realizada somente pelos médicos e enfermeiros; podendo ao longo do tempo ser realizada uma capacitação com os outros profissionais da equipe participante da consulta coletiva para realizar também a avaliação.

Para tal implantação será disponibilizado para os profissionais de saúde materiais como Manuais e artigos na busca da sensibilização da equipe quanto a importância da avaliação e como esse exame pode ser uma ferramenta potente para uma assistência diferencial durante a consulta coletiva. Será iniciado após a implantação da estratificação de risco de Framingham.

### **6.5.Avaliação da proposta**

A proposta do projeto de intervenção foi apresentada para a equipe de Nova aliança no prazo de tempo estipulado, a proposta foi aceita com diversos elogios; por ser uma intervenção necessária, foi iniciada uma discussão sobre o reconhecimento e importância de avaliar e modificar o processo de trabalho. Foram apontados alguns problemas durante a

apresentação da proposta que a equipe hoje ainda vem enfrentando de acordo a visão dos profissionais, tais problemas citados foram: a ausência de uma linha de cuidado para os participantes da consulta com retornos estipulados e a falta de interesse pela proposta da consulta coletiva por alguns usuários indo para a consulta somente para renovar a receita.

Durante a apresentação da proposta observou-se que de acordo com os problemas atuais citados pela equipe sobre a consulta coletiva; o projeto de intervenção é uma maneira eficaz de solucionar esses problemas, melhorando efetivamente a assistência da consulta coletiva.

Após apresentação da proposta concluiu-se que o conhecimento adquirido sobre o tema durante a construção da proposta; leituras de artigos; de relatos de experiência sobre consulta coletiva e as discussões com a equipe de saúde de Nova Aliança durante a apresentação da proposta, me ofereceu crescimento profissional no campo da Enfermagem em Saúde da Família, além da experiência vivida e observada em consulta coletiva que foi utilizado como norte para a construção do projeto.

## **7. RESULTADOS ESPERADOS**

Espera-se que essa proposta sirva como incentivo às equipes de Saúde da Família da USF Nova Aliança na melhoria na qualidade na linha de cuidado dos usuários hipertensos e diabéticos, sobretudo no espaço das Consultas Coletivas. Em subsequência, existe a expectativa de impacto sobre o quadro de saúde dos usuários frequentadores deste espaço, em especial na redução de desfechos negativos de maior gravidade.

Acreditamos que, com a intervenção precoce nos casos de pé diabético e com a organização do cuidado a partir da estratificação de risco cardiovascular, alcance-se uma melhoria significativa da qualidade das consultas coletivas que, por si só, já cause impacto no imaginário dos residentes sobre esta atividade. Por outro lado, a problematização numérica sobre as consultas individuais e a capacidade de absorção do gigantesco público de hipertensos e diabéticos pela USF Nova Aliança, além da discussão sobre o histórico desta atividade e sobre relatos de consultas coletivas em outras unidades, pode sensibilizar as equipes e contribuir para uma transição mais eficiente entre as turmas de residentes no fechamento do ano. Em caso de êxito, esta iniciativa pode servir como exemplo para divulgação das consultas coletivas para outras unidades e servir como referência para outros TCR, abordando novos pontos desta atividade e permitindo a qualificação contínua deste espaço.

## REFERÊNCIAS

BRANCO, Cristiane Santiago Natário et al. **Consulta de enfermagem ao paciente com hipertensão na estratégia de saúde da família.** Rev. Enfermagem Contemporânea.vol.2. n.1. p.196-208. Dez. 2013.

BARROS, M.B.A.; FRANCISCO, P.M.S.B; ZANCHETTA, L.M.; CESAR, C.L.G.**Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, São Paulo n.16; v.9, p. 3755-3768, 2011.

BRASIL.**Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM): protocolo /Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial.** Brasília: Ministério da Saúde. 2001.

BRASIL. **Diabetes Mellitus: Cadernos de Atenção Básica - n.º 16 Série A. Normas e Manuais Técnicos.** Brasília. Ministério da Saúde. 2006.

BRASIL. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Caderno de Atenção Básica nº 35.** Brasília: ministério da saúde. 2014.

BRASIL. **Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes.** / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília:Organização Pan-Americana da Saúde. 2010.

ESCOREL, Sarah et al. **O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil.** Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health. Vol. 21. n. 2. p. 164-176. 2007.

FILHA FSSC, NOGUEIRA LT, VIANA LMM. **Hiperdia: adesão e percepção de usuários acompanhados pela estratégia saúde da família.** Rev Rene, Fortaleza, vol. 12. n. esp. p. 930-936. 2011.

FORTUNA CM, MATUMOTO S, PEREIRA MJB, MISHIMA SM, KAWATA LS, CAMARGO-BORGES C. **O enfermeiro e as práticas de cuidados coletivos na estratégia saúde da família.** Rev. Latino-Am. Enfermagem. maio-jun 2011.

GERVAS, Juan; PEREZ, Mercedes Fernandes. **São e salvo: e livre de intervenções médicas desnecessárias.** Tradução: Marcela Ceci Dohms, Gustavo de Araujo Porto Landsberg ; revisão técnica: Gustavo Diniz Ferreira Gusso. Porto Alegre. 2016.

GURGEL PKF; TOURINHO FSV; MONTEIRO AI. **Consulta coletiva de crescimento e desenvolvimento da criança.** Escola Anna Nery Rev. de Enfermagem. vol.18. n.3. p. 539-543. Jul-Set 2014.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo.** 2. ed. v. 2. Brasília: IPEA, 1996.

MELLO, Lipe Alvim. **A utilização do Escore de Risco de Framingham para o manejo de pacientes portadores de hipertensão arterial e de diabetes mellitus: uma revisão integrativa para subsidiar um projeto de intervenção.** Belo Horizonte- Minas Gerais. 2014.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família.** Brasília: OPAS. 2012.

MEIRELES, A.P.C. **Abordagem em grupo de pacientes com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde da Família de São Sebastião em Campos dos Goytacazes RJ.** 2016.

PINTO, Carlos Alberto Gama, COELHO, Batista. **Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada.** 2008.

ROCHA, Ricardo Mourilhe; MARTINS, Wolneyde Andrade. **Manual de prevenção cardiovascular** n.1. SOCERJ - Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2017.

RODRIGUES, Tania Hernandez. **Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos e sua repercussão no controle de agravos.** Entre Rios de Minas. Minas Gerais. Disponível em: [www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Acompanhamento\\_de\\_hipertensos\\_e\\_diabeticos.pdf](http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Acompanhamento_de_hipertensos_e_diabeticos.pdf). Acessado em 04 de Jul de 2017.

RODRIGUES RF, CARENHANHA JI, PENNA LHG. **Consulta coletiva de pré-natal: uma nova proposta para uma assistência Integral.** Rev Latino-am Enfermagem. V.16. n.1. Jan-Fev 2008.

SILVA, Maria Angélica Carneiro. **Atendimento em grupo como uma ferramenta no cuidado em saúde: relato de experiência.** Salvador. P.01-17. 2017.

SOUZA NPG et al. **Adoecimento por hipertensão arterial e Diabetes Mellitus: concepções deum grupo de pacientes hospitalizados.** Revista enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, V.23 n.1. pag.52-57 Jan-Fev.2015.

World Health Organization. **The World Health Report 2006: Working Together for Health.** 2006.