

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL**  
**ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - EaD**



**MELHORIA NA ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM HAS E/OU DM PELA  
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: CONSTRUINDO A SAÚDE EM JUCURUÇU/BA**

**Caio Rodrigues dos Santos**

**Pelotas/RS**

**Agosto, 2014**

**CAIO RODRIGUES DOS SANTOS**

**MELHORIA NA ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM HAS E/OU DM PELA  
EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: CONSTRUINDO A SAÚDE EM JUCURUÇU/BA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós Graduação em Saúde da Família, Modalidade EaD, Universidade Aberta do SUS – UNA-SUS / Universidade Federal de Pelotas - UFPEL, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Vania Priamo

**Pelotas/RS,**

**Agosto, 2014**

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas  
Catalogação na Publicação

S237m Santos, Caio Rodrigues dos

Melhoria na atenção à saúde das pessoas com HAS e/ou DM pela equipe de saúde da família : construindo a saúde em Jucuruçu, BA / Caio Rodrigues dos Santos ; Vania Priamo, orientadora. — Pelotas, 2014.

82 f. : il.

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. Doença crônica. 4. Diabetes mellitus. 5. Hipertensão arterial sistêmica. I. Priamo, Vania, orient. II. Título.

CDD : 362.14

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho ao meu Deus que sigo e que adoro que me orienta e que me protege. Aos meus pais, Ailton Rodrigues Dias e Josefina Gomes dos Santos Rodrigues. Aos colegas de trabalho. À comunidade Jucuruçuense.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Apoio Pedagógico, em especial a Elisângela Souza Ramos ou simplesmente Elis. Obrigado pela compreensão em momentos difíceis, pelos puxões de orelha mais que necessários e mais do que isso, por me lembrar quem sou eu. Sem você eu não estaria chegando a este ponto. Este curso nunca seria o mesmo sem você!

Agradeço a orientadora Marisa Silva de Oliveira, que esteve presente durante as duas primeiras unidades do curso e que forneceu apoio essencial para a minha permanência na especialização.

Agradeço a orientadora Vania Priamo, que bravamente assumiu o barco da orientação. Já sinto como se nos conhecêssemos há tempos, uma vez que compartilhamos uma intensa paixão pela Saúde Coletiva. Trocar experiências no DOE fazia-me sentir como se estivéssemos face a face.

Agradeço à Lavínia Boaventura pelo auxílio, cortesia e paciência na reta final deste curso. Seu apoio foi essencial para esta conquista.

À equipe de Saúde da Família da unidade Centro do município de Jucuruçu-Bahia, pela adesão à intervenção, pela abertura para discussão dos problemas, enfrentamento de obstáculos e auxílio nas estratégias de intervenção. Estamos juntos!

A todos aqueles que não conheço, não tenho contato, mas que foram e ainda são responsáveis para que este curso seja uma realidade. Afirmo que todo profissional que atua na Saúde da Família precisa de um aprofundamento nas questões de saúde como este aqui ofertado.

*“Quem acredita sempre alcança!”*

(Renato Russo)

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde .	52
Figura 2 - Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde....	52
Figura 3 - Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa .....	53
Figura 4 - Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa .....	53
Figura 5 - Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.....	54
Figura 6 - Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.....	54
Figura 7 - Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo .....	55
Figura 8 - Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo .....	55
Figura 9 - Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular.....	56
Figura 10 - Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular.....	56
Figura 11 - Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.....	57
Figura 12 - Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha c acompanhamento.....	57
Figura 13 - Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.....	58
Figura 14 - Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.....	58

Figura 15 - Proporção de hipertensos com avaliação odontológica .....	59
Figura 16 - Proporção de diabéticos com avaliação odontológica .....	59
Figura 17 - Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.....	60
Figura 18 - Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.....	60
Figura 19 - Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular.....	61
Figura 20 - Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular .....	61
Figura 21 - Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.....	62
Figura 22 - Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.....	62



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes comunitários de Saúde
CA	Câncer
CPD	Centro de Processamento de Dados
ESF	Estratégia de Saúde da Família
DM	Diabetes Mellitus
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Hipertensão e Diabetes
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IC	Insuficiência Cardíaca
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
PMAQ	Programa de Melhoria da Atenção e Qualidade
PSF	Programa de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas

## SUMÁRIO

<b>Apresentação</b>	<b>14</b>
<b>1 Análise Situacional</b>	<b>15</b>
1.1 Textos iniciais sobre a situação da ESF/APS	15
1.2 Relatórios da Análise Situacional	17
1.3 Comentários comparativos entre o texto inicial e o Relatório de Análise Situacional (RAS)	26
<b>2 Análise Estratégica</b>	<b>28</b>
2.1 Justificativa	28
2.2 Objetivos e metas	30
2.3 Metodologia	31
2.3.1 Detalhamento das ações	31
2.3.2 Indicadores	35
2.3.3 Logística	40
2.3.4 Cronograma	43
<b>3 Relatório da Intervenção</b>	<b>44</b>
3.1 Ações previstas e desenvolvidas – facilidades e dificuldades	44
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas – facilidades e dificuldades	48
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	49
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	49
<b>4 Avaliação da intervenção</b>	<b>51</b>
4.1 Resultados	51
4.2 Discussão	63
4.3 Relatório da intervenção para gestores	66
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade	68
<b>5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem</b>	<b>71</b>
<b>Bibliografia</b>	<b>74</b>
<b>Anexos</b>	<b>75</b>
Apêndices	79

## Resumo

SANTOS, Caio Rodrigues dos. Melhoria na atenção à saúde das pessoas com HAS e/ou DM pela equipe de Saúde da Família: construindo a saúde em Jucuruçu/BA. 2014, 81 fls. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – Modalidade de Educação à Distância (EaD). Universidade Federal de Pelotas – UFPEL.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a mais frequente das doenças cardiovasculares e quando acompanhada pelo Diabetes Mellitus (DM), tende a trazer mais complicações às pessoas nessas condições. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à essa enfermidade é muito alta e por tudo isso a HAS é considerada um problema de saúde pública no Brasil e no mundo. O DM configura-se como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo (BRASIL, 2006). No Brasil são cerca de 17 milhões de pessoas acometidas pela HAS, ou seja, 35% da população com 40 anos e mais. Esse número é crescente e seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam candidatas ao desenvolvimento dessas doenças. Este trabalho teve por finalidade a realização de uma intervenção de 16 semanas para qualificação na atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM na equipe de Saúde da família 1, no município de Jucuruçu/BA, onde a área abrangência corresponde a 3183 pessoas e destas, 671 são pessoas diagnosticadas com HAS e 192 com DM, onde o acompanhamento desses usuários era irregular e inadequado, quando comparada com as orientações dos Cadernos de Atenção Básica 15 e 16, do Ministério da Saúde. As ações da intervenção foram organizadas de forma a qualificar a prática clínica, promover a educação permanente com os profissionais que compõe a equipe de Saúde da Família, estabelecer o monitoramento e avaliação e também a busca pela organização e gestão do serviço. Através disso, foi possível melhorar a adesão dos usuários com HAS em 45,4% e com DM em 21,8%. Como principais resultados, alcançamos também uma melhoria no registro das informações e da busca ativa aos faltosos através da sensibilização dos profissionais que aderiram aos momentos de capacitação realizadas a cada quinze dias e voltadas para o aperfeiçoamento do processo de trabalho, como forma a adequá-lo às necessidades do público-alvo. Conseguimos também garantir a prescrição de medicamentos do HiperDia existentes na Farmácia Básica para os usuários, onde foi possível alcançar em 98,6% das pessoas com HAS e 96% das com DM atendidas, e também promover a saúde através de orientações sobre os riscos do tabagismo, alimentação saudável e a importância da atividade física como importantes métodos para o controle hemodinâmico. De forma geral, houve melhoria no empenho da equipe, que passou a integrar as ações à rotina da unidade e a adesão ao protocolo do Ministério da Saúde sobre o acompanhamento da HAS e DM, possibilitando a vivência na Estratégia Saúde da Família de forma mais acolhedora, em que os princípios do Sistema Único de Saúde da integralidade e da universalidade, foram incorporados no cuidado.

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

## APRESENTAÇÃO

O presente volume trata do Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas - UFPEL. Está constituído pelo relato da realização de um projeto de intervenção voltado à melhoria da qualidade da atenção à saúde das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na Equipe de Saúde da Família 1, no município de Jucuruçu - Bahia. O referido trabalho está constituído de cinco partes independentes, porém interligadas entre si: 1) Análise Situacional, desenvolvida na unidade 1 do curso traz o resultado de todo o processo de estudo da situação estrutural, cultural, socioeconômica e geográfica em que estava inserida a equipe de saúde; 2) Análise Estratégica, realizada por meio da elaboração do projeto de intervenção durante o decorrer dessa unidade, onde o foco das ações foi discutido e decidido em equipe; 3) Relatório da Intervenção, desenvolvido ao longo de 16 semanas; 4) Avaliação da Intervenção, com apresentação dos resultados e gráficos correspondente aos indicadores de saúde analisados e construídos no decorrer da unidade 4; 5) Reflexão Crítica sobre o Processo de Aprendizagem. Finalizando o volume, estão os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho.

## **1. Análise Situacional**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS:**

Primeiramente, é importante dizer que este texto foi produzido durante a segunda semana de ambientação, precisamente no dia 12 de abril de 2013. Enquanto Coordenador da Atenção Básica do município de Jucuruçu/BA, adorei a Estratégia de Saúde da Família (ESF) Centro 1 para o processo de intervenção exigido por este curso de especialização. A unidade possui o padrão ministerial do ano de 2010 e foram feitas algumas alterações na estrutura física conforme foi autorizado pelo Requalifica/SISMOB, perfazendo uma área de 195,94 m<sup>2</sup>, com sala de espera, recepção, três consultórios, quatro banheiros, uma sala de triagem e observação, uma sala para procedimentos, uma sala de vacina, uma farmácia, dois expurgos, um depósito, uma copa e uma sala de reuniões. Trata-se de um modelo padrão que, no ano, fora adotado por outras três unidades do município de Jucuruçu, sendo apenas uma unidade em uma "casa adaptada". Considero a estrutura física como um bom padrão, onde cada profissional de nível de superior possui seu consultório. A gestão pretende ter na sede desta ESF uma equipe de Núcleo de Apoio a Saúde da Família, e também já foi solicitada frente ao Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB) uma nova ampliação da unidade (para que a unidade não fique tumultuada e os profissionais tendo que fazer rodízio de salas). O melhor de tudo é que a gestão aprova a ampliação e entende a necessidade que isso ocorra.

Acredito que com a chegada do o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), o processo de trabalho será mais bem referenciado, contando com mais cinco profissionais de diferentes áreas de nível superior, será possível ampliar a oferta aos usuários. Atualmente o processo de trabalho na ESF enfrenta um problema que, acredito que não seja apenas da minha realidade, que é o não cumprimento da carga-horária preconizada

para uma equipe de saúde. Essa ausência acaba sobrecarregando outros profissionais, inclusive os de nível médio. E quando cito a sobrecarga nestes profissionais, não estou me referindo a realização de procedimentos que não fazem parte de sua competência. Refiro-me ao desgaste do enfrentamento diário da comunidade, que seria dividido e minimizado com a presença de todos os profissionais (principalmente os de nível superior) em tempo integral.

A ESF possui um cronograma de atendimento rigoroso, mas o processo de conscientização da comunidade é gradativo, lento, com passos de formiga, mas com muita vontade. O ideal seria que todos os profissionais abraçassem as capacitações/educação permanente a cerca do que é uma ESF (seus princípios, o motivo de sua criação etc), mas infelizmente a realidade é que alguns ainda possuem a visão curativista, personificando a ESF em um ambulatório ou corredor hospitalar da clínica médica. Dentro deste cronograma, está o planejamento anual da atenção básica, onde as atividades de educação em saúde são exigidas e atribuídas a toda a equipe, porém, as dificuldades são muitas (muitas vezes é preciso escolher entre uma palestra ou 30 atendimentos diários, e a última opção vence, já que apenas um dia é destinado para essas consultas)... E a sobrecarga aparece de novo. Bem forte.

Neste contexto, como ficaria a relação com a comunidade? Muitas vezes apenas entre quatro paredes, relação de consultório, uma distância que contradiz o motivo de uma unidade básica ter sido inserida numa comunidade. No âmbito extramuro, foi possível avaliar que o trabalho na ESF de intervenção está ineficaz, principalmente pela sobrecarga de trabalho sobre a enfermeira.

Para justificar o injustificável, cito a organização do atendimento na unidade, onde cada programa possui seu turno, seu horário específico (HIPERDIA, ECCU, Pré-natal, Planejamento Familiar, Visita Domiciliar, Puericultura...) e cada programa de assistência possuem uma série de impressos para serem preenchidos. Uma novidade nesta unidade é a adoção de um enfermeiro obstetra para o suporte ao Pré-natal (nossos pré-natais são elogiados na região). Assim, a Enfermeira da unidade (única profissional que cumpre 40 horas semanais) precisa, além de coordenar uma equipe de 10 ACS's, duas técnicas e outros, ainda precisa encontrar tempo para as atividades de saúde na escola, fiscalização da EACS, assistência domiciliar aos acamados e busca ativa de rebeldes (sempre aparece uma gestante que não está comparecendo as consultas, ou um hipertenso que não acha que o acompanhamento seja necessário).

A equipe de saúde bucal, em especial a odontóloga da unidade, está resistente em atender conforme estipulado pela estratégia (não está presente no pré-natal, nem no HIPERDIA, mas estamos em um processo de conscientização para levá-la às escolas e a Puericultura, presente na pesagem e avaliação de crescimento e desenvolvimento).

O médico da unidade atende no hospital municipal e em outros municípios e só atende um dia na semana nesta área. Muitas vezes, semanalmente, mesmo após a triagem de enfermagem, é referenciado a ele cerca de 50/60 pessoas, porém o mesmo só atende 30 (o estipulado por dia, mas para alguém que faz 40 horas, ou seja, todos os dias esta quantidade). Então justifica a sobrecarga da Enfermeira, que é um grave problema, e causa a ineficiência nas atividades extramuro.

O Conselho Municipal de Saúde sofreu algumas alterações neste ano (o regimento interno diz que a cada troca de prefeito o conselho precisa ser votado novamente), os conselheiros ainda estão se ambientando com a função recebida, poucos procuram saber como é o funcionamento das unidades, poucos fiscalizam as verbas e acho que isso não acontece apenas na minha realidade.

## **1.2 Relatório de Análise Situacional (RAS)**

O município de Jucuruçu emancipou-se em 1989, situa-se na macro-região geográfica do Extremo Sul da Bahia, micro-região de Teixeira de Freitas, a 883 Km da capital Salvador, a 100 Km de Itamaraju, 60 Km de Itanhém e a 164 Km de Teixeira de Freitas onde situa-se a Regional de Saúde (9ª Dires). É importante dizer que não há pavimentação asfáltica que ligue o município de Jucuruçu aos demais municípios. Limita-se ao norte com o município de Guaratinga (BA), ao sul com o município de Vereda (BA), a leste com o município de Itamaraju (BA) e a oeste com o município de Palmópolis (MG). Importante ressaltar que esse texto foi escrito 15 de Julho de 2013, e buscou retratar a realidade da situação da unidade de saúde da Equipe 1.

O município possui extensão territorial de 1.457,856 Km<sup>2</sup> e sua população segundo o IBGE (2010) é equivalente a 10290 pessoas. Encontrada entre montanhas, cujo vale localiza-se a cerca de 300 km acima do nível do mar, Jucuruçu possui o clima tipicamente tropical, com temperatura média de 30° C, 16,8° de latitude e 40,2° de longitude, inserida à bacia do Rio Jucuruçu. Seus distritos com maior amplitude populacional são Coqueiro,

Monte Azul, Água Limpa e São João da Boa Nova.

No município de Jucuruçu existem cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS), todas com Saúde da Família conhecidas como ESF Centro 1, ESF Coqueiro 2, ESF Monte Azul 3, ESF Água Limpa 4 e ESF São João da Boa Nova 5. Destas, três possuem serviço de Saúde Bucal que são ESF Centro 1, ESF Coqueiro 2 e ESF São João da Boa nova 5.

São pouco mais de 3000 famílias divididas entre cinco unidades de saúde. A Estratégia de Saúde da Família Centro possui uma população de 3183 habitantes. Já a Estratégia de Saúde da Família Coqueiro possui uma população de 2281 habitantes enquanto que a Estratégia de Saúde da Família Monte Azul possui 2069. A Água Limpa possui 934 e a São João da Boa Nova possui 1002 habitantes.

O município aguarda a aprovação do projeto de implantação da equipe de NASF na ESF Centro, enquanto que não há disponibilidade de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) ou Centro de Apoio Psicossocial (CAPS). O serviço local de referência é o Hospital Municipal de Jucuruçu, um hospital de pequeno porte que dispõe de especialidades como Cardiologista, Proctologista, Cirurgião Geral e Gastroenterologista. Os encaminhamentos para as especialidades são realizados parte através da triagem de enfermagem nas estratégias de saúde da família, parte por encaminhamento intra-hospitalar por médicos clínicos.

Demais serviços de especialidades são conseguidos pelo município através de pactuações com municípios vizinhos. Isto foi conseguido através do Programa de Pactuação Integrada (PPI). A dificuldade é que não há fornecimento de veículo para o traslado de pacientes para o ambulatório de especialidades, exceto em casos de emergência. O ambulatório de Obstetrícia, por exemplo, fica a pouco mais de 164 quilômetros da sede do município.

Em contrapartida, no município há uma clínica particular, sem convênio com o SUS, onde atendem especialistas como Médicos Obstetras e Ultrassonografistas. Devido à dificuldade do acesso às especialidades, muitas gestantes, por exemplo, preferem custear uma consulta na clínica, que está mais próxima.

Na cidade existe um laboratório onde são coletados exames laboratoriais. Porém, sorologias importantes para diagnóstico clínico são encaminhadas para laboratórios de outros municípios. Este laboratório possui modelo de atenção misto, atendendo ao SUS, planos de saúde e também particulares.

Mesmo sem NASF, o município dispõe de profissionais como Psicólogo e Assistente Social através de programas do Desenvolvimento Social como Centro de



Referência em Assistência Social (CRAS) e Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI). Em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, estes profissionais fornecem apoio matricial à equipe de saúde da família. É válido dizer que este apoio é agendado o que prejudica ações que necessitam de resultado imediato.

Outro serviço é o de Nutrição. No município há uma Nutricionista que é Coordenadora de Alimentação e Nutrição. Além disso, uma vez por mês atende em cada Estratégia de Saúde da Família, realiza palestras em escolas e participa de trabalho com grupos de usuários.

Além de todas as situações relatadas, o município não possui serviço de fisioterapia. A maioria dos usuários com sequelas da Hanseníase, Acidente Vascular Encefálico (AVE) ou traumas ortopédicos são encaminhados para outros municípios, porém, com a dificuldade de acesso e o gasto financeiro acabam abandonando o tratamento. Diante disso, as equipes de saúde ficam sobrecarregadas porque parte da população exige que os mesmos, embora sem respaldo técnico, exerçam determinadas funções em falta no lugar.

A unidade que abriga a equipe de Saúde da Família 1, está localizada estrategicamente na linha limítrofe entre o Centro da cidade e o Bairro Califórnia, onde vivem 3183 pessoas em sua área de abrangência, cadastradas e acompanhadas. Na área ainda existem cerca de 700 pessoas que não possuem cadastro no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), embora a partir de março de 2013 estejam acompanhadas pela equipe. Por isso, alguns dados se tornam imprecisos, já que há a presença de uma população nova.

Constituem, atualmente, a equipe de saúde da família da ESF Centro: 10 Agentes Comunitários de Saúde, um Enfermeiro, um Médico, um Cirurgião Dentista, dois Técnicos em Enfermagem e um Auxiliar em Saúde Bucal. Além destes, também fazem parte da equipe uma recepcionista, um Atendente de Farmácia, um Auxiliar de Serviços Gerais e dois vigias. Ao todo, são 21 funcionários com diferentes níveis de instrução e com cargas de estímulos a respeito da saúde extremamente diferentes.

Trata-se de uma UBS urbana, com equipe única, vinculada apenas com o SUS e que não funciona como unidade-escola para instituições de ensino. O modelo de atenção segue a linha de pensamento sanitária, priorizando a prevenção de agravos, a educação continuada com a equipe e a educação em saúde.

Não houve identificação de deficiências físicas que atrapalham o desenvolvimento do trabalho na UBS. Trata-se de uma unidade que se desvincilhou do terror da casa

adaptada há cerca de três anos, e sua sede possui planta do Ministério da Saúde do ano 2009. Possui três consultórios, uma sala ginecológica, uma sala para procedimentos, um corredor que funciona como sala de espera, uma recepção aberta, uma sala de triagem e observação, quatro banheiros, uma sala de vacina, uma farmácia, uma sala de esterilização, um expurgo, uma sala de reuniões que também funciona como sala de pesagem, uma copa e um depósito. Para receber uma equipe de NASF, a unidade passará por uma ampliação, recebendo três novos consultórios.

Os banheiros são adaptados para pessoas com deficiência física. Há rampa de acesso, de pouco mais de cinquenta centímetros. Há também espaço para estacionamento de quatro carros. Existe um jardim ao lado da unidade, com algumas plantas medicinais como erva-doce e capim da lapa. Infelizmente a unidade não é murada, mas possui vigilância durante 24 horas nos sete dias da semana. Para melhorar a segurança da unidade, será necessário que a mesma seja murada. Pela quantidade de membros da equipe, também é necessário que seja ampliada a sala de reuniões e construída uma sala exclusiva para a pesagem.

O trabalho em equipe e a integralidade das ações têm sido propostas da reforma sanitária brasileira incorporada pelas políticas de saúde, entendendo-se que essas formas de trabalho representam melhor qualidade dos serviços prestados no setor. Neste âmbito, as atribuições da equipe de saúde precisam ser estabelecidas. Precisam valorizar não apenas as tarefas individuais que cada um deve exercer, mas enfatizar aquelas que são comuns a todos. A troca de experiências, o auxílio numa dúvida clínica, a resolução de um determinado caso com a equipe, as discussões sobre a territorialização e construção de um plano de ação, são exemplos de atividades que não apenas podem como devem estar integradas.

Contudo, enfrenta-se na Saúde Pública um grave problema, que são as equipes de Saúde da Família são constituídas por profissionais que não aderem ações extra-muro, atividades educativas, atendimento domiciliar e busca-ativa de casos. São profissionais curativistas inseridos em uma UBS que luta pela inserção do modelo sanitário. O que foi identificado é que a grande maioria prefere exercer a função aderindo ao modelo assistencial hegemônico médico-curativista-hospitalocêntrico, uma vez que este modelo favorece maior autonomia do profissional e menor autonomia do usuário, evitando, inclusive, a criação de vínculos com o usuário.

Atribuindo este contexto a ESF Centro, percebe-se uma equipe dividida entre sanitários e curativistas. É perceptível que a mesma vem transformando-se numa

extensão hospitalar, exatamente porque os profissionais como médico e odontologista não possuem um perfil sanitário e não exercem atribuições como busca-ativa de casos, visita domiciliar ou participação em atividades com grupos de usuários. Com isso, a própria população confunde a intenção da unidade como estratégia de saúde da família, sendo a mais prejudicada.

São 3183 pessoas, numa área com poucas dificuldades de acesso (todas as ruas da área são pavimentadas e apenas cerca de 20% das ruas estão localizadas em áreas íngremes). 1560 são homens, 1623, mulheres. Na faixa etária menor de 1 ano são 29 homens e 29 mulheres. De 1 a 4 anos são 88 homens e 86 mulheres. Dos 5 aos 9 anos são 127 homens e 124 mulheres. Dos 10 aos 14 anos, 146 são homens e 140 são mulheres. Já dos 15 aos 19 anos, 143 são homens e mulheres são 140. Dos 20 aos 24 anos ambos os sexos possuem 143 pessoas. Dos 25 aos 29 140 são homens e 143 são mulheres. De 30 a 34 são 127 homens e 134 mulheres. De 35 a 39 são 111 homens e 118 mulheres. De 40 a 44 anos são 105 homens e 111 mulheres. De 45 a 49 são 95 homens e 102 mulheres. Dos 50 aos 54, 80 são homens e 89 são mulheres. São 64 homens e 73 mulheres na faixa etária de 55 a 59 anos. De 60 a 64 anos são 51 homens e 57 mulheres. De 65 a 69 são apenas 38 homens enquanto 45 são mulheres. E por fim, a população com 70 anos e mais é constituída por 70 homens e 89 mulheres. (IBGE, 2010).

Tendo em vista a estrutura da unidade básica de saúde e o tamanho da equipe, relacionando-os com a população residente na área de abrangência, é considerável que o serviço está adequado aos parâmetros citados.

A demanda espontânea junto com o acolhimento, humaniza a atenção ao indivíduo, ajuda a estabelecer vínculo e responsabilização das equipes com os usuários e aumenta a capacidade de escuta das demandas apresentadas, ampliando a sua intervenção. Revendo as portas de entrada da unidade de saúde, é importante dizer que existe organização do serviço prestado. Cada funcionário da equipe é conhecedor do cronograma de atendimento. E existe orientação da gestão a respeito do acolhimento a demanda espontânea. Trata-se de uma demanda organizada e espontânea ao mesmo tempo, e percebe-se que é possível trabalhar com tranquilidade com esse método.

Um problema identificado é que, existe sobrecarga de trabalho sobre grande parte da equipe. A demanda espontânea é acolhida, mas configura em excesso. Exemplo é durante as quartas-feiras, dia do Pré-natal na unidade. As consultas demoram, no mínimo vinte minutos e muitas vezes a enfermeira precisa sair durante a consulta para resolver situações de outros pacientes, que até mesmo poderiam ser resolvidas em outros dias

específicos para o caso. Para resolver o problema do excesso, a equipe precisa se conscientizar e discutir com a população a necessidade de organizar o serviço, tomando cuidado para não afastá-los da unidade.

Quanto a saúde da criança, quando falamos em Puericultura, foi identificado que o acompanhamento à Saúde da Criança encontra-se adequado e até mesmo com maior abrangência do que o referido no manual do Ministério da Saúde. Por exemplo, todas as crianças de zero a sete anos são convocadas (acompanhadas por responsável) para a avaliação mensal pela equipe enquanto que o manual orienta que este acompanhamento seja feito de crianças até seis anos.

No cronograma de atendimento, há um dia específico para a Saúde da Criança. Durante um mês, existem quatro dias “D” destinados ao acompanhamento das crianças. Como são 10 agentes na ESF Centro, esses dias são divididos entre eles e os mesmos realizam a pesagem, acompanhados pelo Enfermeiro e Técnicos em Enfermagem. Durante este acompanhamento é possível realizar a Suplementação de Ferro e o preenchimento dos questionários Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), que em alguns casos chegam a serem quatro formulários distintos.

É trabalhoso, mas a pesagem das crianças já é uma rotina. É neste dia que o enfermeiro avalia as crianças individualmente, traça o gráfico no cartão de vacina, anota os dados, orienta o responsável sobre cuidado, solicita exames de rotina quando necessário e encaminha a criança para outros serviços, como a odontologia e a nutrição. Um ponto negativo é que o serviço de odontologia permanece dentro do consultório durante este dia e não participa ativamente da atividade em grupo.

Quanto ao Pr-enatal e puerpério, através de uma pesquisa realizada na Estratégia de Saúde da Família Centro de Jucuruçu/BA, foi identificado que 100% das gestantes residentes na área são atendidas pelo Programa Pré-natal. Existe interação entre a equipe de saúde da família e a referência para um médico obstetra do SUS ou outro profissional privado. É importante frisar que as gestantes possuem um atendimento especial e diferenciado do comumente visto em outras estratégias de Saúde da Família: a gestante recebe o atendimento de uma enfermeira geral, porém as gestantes também são atendidas por um enfermeiro obstetra que trabalha com matriciamento. Isso aumenta a segurança no atendimento, maior conhecimento sobre o assunto e minimiza encaminhamentos desnecessários ao médico obstetra.

Muito tem se discutido sobre a relevância do profissional enfermeiro obstetra inserido na equipe de saúde da família, sendo que, na região apenas a unidade citada possui este atendimento e o saldo é positivo. Talvez, um serviço que precisa ser compartilhado com outros colegas, unidades de saúde e gestores. As gestantes participam de grupos na unidade de saúde, concorrem a brindes, a equipe realiza busca-ativa quando necessário e as gestantes recebem visita domiciliar em domicílio esporadicamente com a finalidade de aumentar o vínculo com a equipe. Não há registro de nascidos com baixo peso nem de gestantes com esquemas vacinais incompletos. Existe também atenção especial ao puerpério, onde além de duas consultas de enfermagem, as mães são encaminhadas para o serviço de psicologia.

As consultas são mensais e nos dois últimos meses passam a ser quinzenais ou semanais. Existe bom relacionamento com o hospital municipal onde, até mesmo, é enviado um relatório com atualização constante das datas de parto de cada mulher. Os exames preconizados pelo Ministério da Saúde são solicitados. Através da Rede Cegonha, a unidade está em fase de implantação do Teste da Mamãe, um procedimento rápido e que facilitará o acompanhamento Pré-natal. Um problema é que o município está há meses sem o serviço de ultrassonografia e o município pactuado para este serviço (Itanhém) fica há 60 quilômetros da cidade.

Para as ações de prevenção ao câncer de colo de útero e controle do Câncer de mama, na ESF 01 – Centro no município de Jucuruçu, a Secretaria Municipal de Saúde encontrou um grave problema referente ao SISCOLO. Durante mais de dois anos, o programa não foi alimentado, embora algumas mulheres realizassem o preventivo conforme o protocolo do Ministério da Saúde. Além dessa falta de dados no Centro de processamento de Dados (CPD), as mulheres que se submetiam ao exame (muitas vezes enfrentando o constrangimento cultural do examinador ser um profissional do sexo oposto), o resultado não chegava até as mulheres. Sendo assim, o município encontrou uma dificuldade de aceitação ao exame Preventivo, já que as mulheres não confiavam que iriam receber os resultados. “O resultado já demora, e depois não chega” é uma fala comum entre as usuárias.

Este é apenas um dos empecilhos encontrados nas UBS do município de Jucuruçu. Porém, contudo, estamos conseguindo resgatar as mulheres para o exame. Nossa estratégia foi uma mobilização com todas as mulheres. Palestra de

conscientização sobre o câncer do colo uterino e também sobre o câncer de mama. Algo interessante relatado pelas mulheres foi que não era comum que as mamas das mesmas fossem examinadas, o que identificou uma deficiência também nos profissionais. Ou seja, sistema falho, profissionais falhos, uma bola de neve. Felizmente, não há indícios de grande quantidade de mulheres infectadas pelo HPV (neste ano, apenas uma foi identificada com algum nível de NIC), e isso se deve ao fato de que, mesmo sem condições financeiras, as mulheres se submetiam a uma consulta ginecológica com um médico especialista na área pelo menos uma vez ao ano.

Os demais dados foram obtidos através de registros feitos pelos enfermeiros da Unidade (nos últimos três anos, foram quatro enfermeiros responsáveis pela unidade, cada um por determinado período). Alguns dados foram revisados em prontuário. São cerca de 800 mulheres em idade compatível para a coleta do exame. Destas, mais ou menos 630 estão com o exame em dia. Sendo assim, o grande desafio no Programa de Combate ao Câncer do Colo Uterino é firmar um compromisso de credibilidade com as mulheres, para que os exames cheguem até elas o mais breve possível. A mamografia não pode ser solicitada pelos enfermeiros, uma regra estabelecida há anos, embora o protocolo do Ministério da Saúde respalde os profissionais. Também considero importante que haja uma conquista neste certame, um diálogo maior com a gestão e com o laboratório.

O atendimento às pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), aponta um dado alarmante que tem sido motivo de preocupação da equipe de saúde da família, que é o aumento do número de usuários com DM e principalmente os que já apresentavam HAS. São 671 pessoas com HAS, onde 67% foram avaliados por um cardiologista no último ano, mas apenas 51% seguem as orientações prescritas, como dieta hipossódica, dieta hipocalórica, atividade física regular, uso correto dos medicamentos e monitoramento do sistema renal e outros.

Das 192 pessoas com diabetes residentes na área, apenas 27% seguem em acompanhamento periódico na unidade. Esta pesquisa foi importante, pois identificou falhas na assistência que permeiam desde o acolhimento da equipe aos usuários até a resolutividade dos problemas encontrados. Interessante que as maiores causas de mortalidade segundo o departamento de epidemiologia do município são o Acidente Vascular Encefálico (AVE) e o Infarto Agudo do Miocárdico (IAM). A equipe já criou grupos para acompanhamento dos usuários participantes do HiperDia, apresentou vídeos e

palestras durante a sala de espera, mas a maior parte do público não comparece ao acompanhamento por preferir realizá-lo exclusivamente com um cardiologista, profissional que não está disponível diariamente na rede básica. Um detalhe é que é comum a fala de profissionais cardiologistas que dizem que apenas eles sabem verificar a pressão dos usuários e este é um dos motivos do afastamento dos mesmos da unidade de saúde.

Diante disso, a equipe precisa permanecer unida no propósito de resgatar esta clientela importante, mostrar que a equipe possui profissionais de qualidade, acompanhá-la e assim minimizar as conseqüências que podem levar a morte.

No acompanhamento da saúde dos idosos da área, hoje são acompanhados 435 pessoas com 60 anos ou mais residentes na área de abrangência. Os dados do IBGE e do SIAB são divergentes, trazendo uma margem de erro de mais ou menos 100 pessoas. Todos os Idosos receberam a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, porém apenas 225 realizaram a Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa, uma importante ferramenta que identifica os problemas de saúde condicionantes de declínio funcional. Em contrapartida, 335 estão com o acompanhamento em dia e 100 estão há mais de três meses em atraso. Os ados ainda apontam que 398 possuem HAS e 158 estão com DM. Destes, 420 apresentam risco para morbimortalidade e 335 foram investigados sobre a fragilização da velhice. Os mesmos foram orientados sobre os hábitos alimentares saudáveis e 59 foram orientados para a atividade física regular. Apenas 225 idosos estão com a avaliação da Saúde Bucal em dia, incluindo neste índice às consultas em clínicas particulares.

Os índices de causas de mortalidade indicam que óbitos em idosos são, respectivamente, por IAM, AVE e Neoplasias de mama ou próstata. À partir destes dados, identificou-se a necessidade de maior atenção a população idosa, devido o índice de HAS apresentado e também por quase toda a totalidade ser classificado com risco para morbimortalidade. Um problema cultural é a alimentação hipercalórica e hiperssódica, pois, mesmo orientados sobre hábitos alimentares saudáveis os idosos apresentam resistência significativa. Na tentativa de resolver este problema, as palestras poderiam ser feitas com a presença dos familiares, para que eles também se sintam responsáveis pela prevenção das conseqüências.

Finalizando o Relatório de Análise Situacional, percebi que o preenchimento dos questionários, a pesquisa realizada e a busca por dados capazes de nortear a identificação dos problemas foram de extrema importância para conhecer melhor sobre a saúde das pessoas da área de abrangência, sendo possível visualizar falhas e pontos

positivos, o que percebemos que deve ser e o que precisa urgentemente ser melhorado. Foi possível também refletir a cerca das atribuições de cada profissional, do compromisso que cada um precisa “puxar” para si, da sobrecarga de trabalho que prejudica substancialmente o acolhimento. Também foi possível afirmar que a equipe perdeu o objetivo da prevenção, que o foco passou a ser mais curativo do que outro modelo de atenção.

A surpresa maior foi ter identificado o comodismo, o “estrago” feito na mente dos profissionais que trabalham em uma ESF e não sabem o que isso significa e sua importância. A equipe de enfermagem reconhece que é necessário trabalhar com a prevenção, mas tropeça em não recrutar demais componentes da equipe, pois entre uma posição de um médico ou de uma enfermeira, eis a questão, quem a equipe optaria? Infelizmente o que foi visto é que a equipe prefere ações curativas porque “dão menos trabalho”.

Em contrapartida, o número de idosos com diabetes e hipertensão é expressivo e até mesmo o acompanhamento destes usuários não está adequado, uma vez que os usuários preferem utilizar medicamentos a mudar o estilo de vida. Porém, a unidade apresenta pontos extremamente positivos, como o Pré-natal qualificado e até mesmo com particularidades únicas, não vistas em nenhuma unidade.

Diante disso, e levando-se em consideração a tarefa da segunda semana de ambientação, é possível dizer que este relatório aprofundou o conhecimento a respeito da própria equipe. Fez com que o pensamento fosse abrangente e holístico, pois a pesquisa identificou muitos fatores que, embora errados, já estavam fixados na equipe, como a falta de mobilização a cerca da solicitação da mamografia ou o não envolvimento do odontologista ou do médico com ações como remapeamento de área, orientação aos agentes de saúde ou criação de um plano de ação.

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

A tarefa de confeccionar o Relatório da Análise Situacional (RAS) causou-me certa estranheza a princípio. Pensei até mesmo que poderia falar sobre todos os aspectos da unidade de forma segura, mas isso não aconteceu. A pesquisa, a ida ao campo, o diálogo com os componentes da equipe e ponto de vista da população sobre o processo de trabalho utilizado na ESF me possibilitou uma reflexão aprofundada sobre a realidade.

Com a visão ampliada, foi possível identificar os pontos críticos e buscar parcerias



para melhorá-los. É possível perceber que as expectativas relatadas no texto inicial foram relacionadas diretamente com a realidade da unidade, com suas particularidades, pontos positivos e negativos. Diante disso foi possível perceber deficiências no processo de trabalho como a visão equivocada sobre o objetivo de uma equipe de Saúde da Família.

Com a análise foi possível averiguar detalhadamente como cada segmento estava sendo conduzido. Especificamente, a situação do acompanhamento às pessoas com HAS e/ou DM chamou a atenção pois, tratava-se do público com menor acompanhamento de acordo com o sugerido pelos protocolos do Ministério da Saúde e, associado a isso o agravante das complicações. Felizmente a equipe lotada nessa unidade tem conduzido de forma eficaz o pré-natal e puerpério e a prevenção ao câncer de colo e mama. De forma razoável, o atendimento à saúde da criança também têm sido praticado de maneira coerente com o proposto pelos protocolos. A estrutura da unidade não é a melhor, mas tem suprido a contento as necessidades e a demanda.

Considero a realização do RAS um ponto-chave e estratégico, para a realização de um trabalho mais sólido e planejado em equipe, que proporcione uma base para erguer um trabalho mais sustentável e menos limitado à visão pessoal e com diferentes vertentes a depender do perfil do trabalhador, da estrutura física da unidade, das limitações e avanços e do sentimento de superação. Após a análise foi possível pensar melhor sobre o bem-estar da população.

## **2. Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a mais frequente das doenças cardiovasculares, sendo também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como o Acidente Vascular Encefálico (AVE) e o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), além da doença renal crônica. No Brasil são cerca de 17 milhões de pessoas com HAS, ou seja, 35% da população com 40 anos de idade e mais. E esse número é crescente e seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes venham a desenvolver essa condição. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a HAS é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. O Diabetes Mellitus (DM) configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo o mundo. (BRASIL, 2006).

Devido a alta incidência das enfermidades citadas na população mundial, é necessário implementar ações já existentes de educação em saúde através da conscientização dos habitantes a cerca da prevenção dos agravos, consequências dos fatores de risco para o surgimento da HAS e DM. Como acredita Edward Lorenz, pequenas ações conseguem grandes resultados e baseado nisso, faz-se necessária uma intervenção a cerca do acompanhamento às pessoas com HAS e/ou DM na Unidade de Saúde da Família Centro 1, no município de Jucuruçu/BA. A área de abrangência corresponde a 3183 pessoas onde destas, 671 estão diagnosticadas com HAS e 192 com DM. Todas são acompanhadas por algum componente da equipe de Saúde da Família,

porém, a adesão ao acompanhamento mensal é displicente e inadequada quando comparada com as orientações dos Cadernos de Atenção Básica 15 e 16 do Ministério da Saúde, o que refletiu diretamente nos índices de mortalidade e/ou morbidade por IAM e AVE.

Baseado na aplicação de questionário para análise situacional junto aos componentes da equipe verificou-se, resumidamente, que: os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), durante a visita periódica, acompanham a situação de saúde dos usuários com HAS e DM; o atendente de farmácia dispensa medicamentos a esses usuários conforme a prescrição médica; a consulta de enfermagem é realizada, porém o acompanhamento não consegue ser realizado de forma periódica. A área pela qual a unidade corresponde é geograficamente acidentada e apresenta desigualdade social acentuada, onde podemos encontrar famílias de classe média alta e famílias em situação de extrema pobreza. As atividades em grupo já foram implantadas, porém não obtiveram êxito devido à sobrecarga do profissional enfermeiro, uma vez que os demais profissionais de nível superior estão com atendimentos voltados tipicamente para a clínica e os demais integrantes da equipe não aderiram às ações educativas, seja por falta de interesse ou por não achar importante a participação, ou ainda por não se conscientizar sobre os riscos em que a população está sendo submetida.

Tendo em vista os fatores expostos, os mesmos tornam-se determinantes para que uma intervenção a cerca do acompanhamento aos usuários com HAS e DM seja realizada. É necessário trabalhar com a conscientização da equipe acerca da importância da ação sistemática em saúde ao mesmo tempo em que é preciso sensibilizar a população sobre as consequências dessas doenças crônicas. Acredita-se que, com essa mudança de hábitos, seja possível minimizar os sinais de morbidade e/ou mortalidade da população acometida pela HAS e DM, sensibilizar as pessoas quanto aos cuidados mínimos necessário para se evitar esses agravos, em especial aquela parcela da população que possui algum risco de desenvolvimento ao longo do tempo. E também trabalhar com a equipe de saúde da família a responsabilização acerca das atribuições e da aplicação do modelo de atenção sanitária e não meramente curativista e por conseguinte, e melhorar a qualidade de vida da população jucuruçuense.

## **2.2 Objetivos e Metas**

### **2.2.1 Objetivo Geral**

Qualificar a atenção à saúde das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus residentes na área de abrangência da ESF Centro I no município de Jucuruçu/BA.

### **2.2.2 Objetivos Específicos**

- Ampliar a cobertura aos usuários com hipertensão e/ou diabetes;
- Melhorar a adesão ao programa de atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes da Unidade Básica de Saúde;
- Melhorar a qualidade do atendimento realizado na Unidade Básica de Saúde;
- Melhorar o registro das informações dos usuários com Hipertensão e diabetes;
- Mapear pessoas com hipertensão e diabetes com risco para doença cardiovascular;
- Promover saúde.

### **2.2.3 Metas**

#### Metas relativas ao objetivo específico 1:

1. Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde;
2. Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

#### Metas relativas ao objetivo específico 2:

3. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada;
4. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a

periodicidade recomendada;

Metas relativas ao objetivo específico 3:

5. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com HAS;
6. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com DM;
7. Garantir a 100% das pessoas com HAS a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo;
8. Garantir a 100% das pessoas com DM a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo;
9. Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde;
10. Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Metas relativas ao objetivo específico 4:

11. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde;
12. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com DM cadastrados na unidade de saúde;

Metas relativas ao objetivo específico 5:

13. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde;
14. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Metas relativas ao objetivo específico 6:

15. Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários com HAS;
16. Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários com DM;
17. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com HAS;
18. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com DM;
19. Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% usuários

com HAS;

20. Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% usuários com DM;

21. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com HAS.

22. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com DM.

## **2.3 Metodologia**

### **2.3.1 Ações**

Temos como foco de nossa intervenção os usuários com HAS e DM. Para tal feito, almejamos alcançar cada uma das metas propostas, trabalhando com dados dos sistemas e produzidos na unidade e indicadores específicos para medir o sucesso de cada meta alcançada. Para monitoramento e avaliação das ações do projeto, utilizaremos a ficha-espelho ofertada pelo curso, contendo: nome, idade, data de nascimento, documentação, tempo de doença, se já possui cadastro no programa HiperDia, qual ou quais medicações utiliza, pressão arterial do dia, se necessita de cuidador, se pratica alguma atividade física, se é ou não tabagista, se já passou em consulta oftalmológica, se já realizou avaliação nutricional, se já fez primeira consulta odontológica, peso, altura, Índice de Massa Corporal, além de espaço para registro de exames laboratoriais que constem em mãos do paciente ou recentemente registrados no seu prontuário ou ainda os solicitados durante a intervenção. Há também um espaço para anotações sobre o exame físico, cálculo do risco cardiovascular e um campo para observações.

Para o pleno alcance dos resultados, cada membro da equipe será capacitado para o correto preenchimento das fichas-espelho que também servirá para calcularmos alguns de nossos índices. Desse modo, contemplaremos ações de monitoramento do número de pessoas com HAS e DM cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus (HiperDia) da unidade de saúde. As fichas-espelho serão preenchidas nas consultas e nas visitas.

Para **ampliar a cobertura aos usuários com HAS e DM**, os mesmos serão cadastrados no programa HiperDia através da impressão mensal da situação da Estratégia de Saúde da Família referente ao programa citado, especificando a quantidade

de pessoas com HAS, pessoas com DM e pessoas com as duas doenças crônicas associadas (Monitoramento e Avaliação - M&A). Será garantido o registro destes usuários e melhoria no acolhimento através de capacitação da equipe quanto à importância dos dados e da receptividade ao usuário desde a visita do ACS à sala de espera, da triagem à consulta. A unidade já possui os equipamentos necessários para o acompanhamento como glicosímetro, esfigmomanômetro, estetoscópio, balança e fita métrica e será mantido diálogo com a gestão para garantir que caso um dos equipamentos falte, que um novo seja repostado em seguida (Organização & Gestão do Serviço - O&GS). A população será mais bem conduzida ao programa, frisando a importância do monitoramento anual da pressão arterial a partir dos 18 anos, a associação da hipertensão com o diabetes e os fatores de risco para o desenvolvimento de ambas através de palestras (Engajamento Público - EP). Os ACS serão orientados a auxiliar no cadastramento HiperDia e a equipe técnica de enfermagem continuará sendo orientada sobre a técnica da aferição da pressão arterial e do hemoglicoteste através de atividades de ação permanente (Qualificação da Prática clínica - QPC).

Para **melhorar a adesão** ao programa, será necessário monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas através da revisão da marcação de consultas (M&A). Será necessário criar um “fluxo de resgate” aos faltosos através de visitas domiciliares feitas por toda a equipe e adequar a agenda da unidade para receber os usuários com HAS e DM faltosos (O&GS). A conscientização da comunidade quanto à importância da realização de consultas de acompanhamento e sua periodicidade serão realizadas através de palestras, onde os usuários serão também ouvidos com o intuito da equipe de saúde identificar os motivos da evasão do programa. O Conselho Municipal de saúde (CMS) também poderá auxiliar a implementar o controle social (EP). Os ACS também serão treinados para realizarem atividades de educação em saúde e conscientização dos usuários inseridos no programa quanto à periodicidade da realização de consultas tanto em palestras quanto durante a visitação (QPC).

Para melhorar a **qualidade do atendimento** ao usuário com HAS e DM realizado na unidade de saúde, será ofertado exame clínico apropriado a todos e realizado o monitoramento da realização do exame clínico apropriado e verificar se os usuários do programa estão realizando os exames laboratoriais solicitados, tudo isso baseado nos CAB 15 e 16 do MS, através da revisão de prontuário. Também será garantida a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para todos os usuários

com HAS e DM cadastrados na unidade de saúde, através da conscientização do profissional médico sobre a possibilidade de adequação dos medicamentos aos disponíveis na unidade (M&A). Será necessário definir atribuições a cada membro da equipe a respeito do manejo com os usuários, e capacitar a equipe sobre o acompanhamento através de reuniões de forma bimestral e o acompanhamento na execução dos procedimentos e nas informações transferidas aos usuários. Para sanar quaisquer dúvidas, os manuais estarão disponibilizados na recepção e toda a equipe terá acesso aos mesmos. É necessário dialogar com a gestão municipal sobre a garantia de solicitação de exames complementares conforme protocolo do MS, e estabelecer um sistema de alerta aos exames complementares preconizados, através de uma reunião para identificar melhorias que podem ocorrer na Regulação. O controle de estoque, validade e necessidade de medicamentos dos programas já é realizado por um atendente de farmácia e será aprimorada esta orientação através do diálogo com o profissional (O&GS). Através de palestras quinzenais com a comunidade será possível orientar os usuários da unidade sobre os riscos que permeiam a hipertensão e o diabetes, incluindo riscos e consequências, a realização de exames e o período correto para repetí-los e o direito ao acesso aos remédios da farmácia básica (EP). Através da educação permanente será possível capacitar a equipe quanto a realização do exame clínico apropriado, os exames complementares segundo protocolo adotado, alternativas para conseguir os medicamentos da farmácia básica e atualização a respeito da HAS e DM (QPC).

Para melhorar o **registro das informações** por parte de todos os profissionais da equipe será realizado acompanhamento de todas as fichas dos usuários cadastrados no programa HiperDia na unidade de saúde, sendo necessário capacitar a equipe quanto ao preenchimento correto dos registros de consulta, procedimentos, retorno dos usuários, estratificação de risco em lesões de órgãos-alvos de acordo com cada uma dessas doenças crônicas e estratégias para o controle dos fatores de risco modificáveis (QPC). Após capacitar a equipe, será possível monitorar semanalmente a qualidade dos registros de acompanhamento, tanto em prontuário quanto na ficha de acompanhamento do programa (M&A). É necessário acompanhar os ACS para que as fichas sejam atualizadas corretamente e dialogar com a equipe de gestão com o intuito de garantir que a gerência de informações em saúde cumpra o seu papel no lançamento de dados nos sistemas de acompanhamento. Além de continuar com o preenchimento da ficha de acompanhamento, pactuar com a equipe sobre o registro das ações e mobilizar todos os



componentes, em especial a recepcionista, para que esta sinalize os usuários faltosos para que a busca-ativa seja realizada pelo ACS e a depender do caso por outro componente da equipe (O&GS). Através da palestras com a comunidade será possível orientar aos pacientes e sobre os direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário (EP).

Para realizar **estratificação de risco cardiovascular** em todos os usuários cadastrados na unidade de saúde, nos segmentos M&A e O&GS para se obter os dados necessários será importante a consulta de acompanhamento do programa, uma vez que através da consulta será possível monitorar o número de pessoas com HAS e DM que realizaram pelo menos uma estratificação de risco por ano e, através desses dados, priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e orientá-los quanto ao seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular (EP). Este acompanhamento será semanal e agendado pelos agentes comunitários de saúde. A quantidade em média será de 20 avaliações por turno. Após a análise de cada usuário de alto risco, os mesmos receberão atendimento prioritário nas consultas subsequentes (O&GS) e também receberão visitas domiciliares por parte de técnicos em enfermagem para verificação da pressão arterial e da glicose em domicílio a cada quinze dias (QPC). Durante palestras, será importante expor a comunidade sobre os fatores de risco modificáveis (EP). A capacitação com a equipe visará, dentre outros, capacitar sobre a estratificação de risco, sobre a importância deste registro e sobre os fatores de risco modificáveis (QPC).

Pensando em **promover a saúde** das pessoas que convivem com a hipertensão e o diabetes, será necessário realizar um levantamento nas fichas de atendimento odontológico e verificar quem não está em dia com as consultas. O intuito é que todos esses usuários sejam submetidos a avaliação odontológica através do monitoramento das consultas destinadas ao programa HiperDia, através da organização da agenda da saúde bucal, da priorização dos usuários com classificação de risco odontológico e do apoio da equipe de gestão para concretização do fluxo, para que sejam submetido à orientação nutricional através da organização de práticas coletivas sobre alimentação saudável, e do apoio da equipe de gestão para concretização do feito e auxílio de nutricionistas nesta atividade, que sejam submetidos a prática de atividade física regular através da organização de práticas coletivas com a devida orientação sobre a atividade física, e do apoio da equipe de gestão para concretização do feito e auxílio de educadores físicos e

que recebam orientação sobre os efeitos do tabagismo para a saúde, através da organização de práticas coletivas sobre os danos do tabaco nos diferentes sistemas do organismo humano, e do apoio da equipe de gestão para obtenção de medicamentos para o abandono do tabagismo (M&A e O&GS). Será necessário buscar apoio em entidades religiosas, associação de moradores, líderes, e conselho de saúde para reforçar a intersetorialidade nas ações da promoção a saúde, orientar não apenas os usuários com HAS e DM, mas também seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, atividade física e os males do tabagismo. A comunidade também poderá demandar junto ao gestor a garantia dos itens dependentes do setor (EP). A equipe de saúde também precisará receber capacitação no que se refere a avaliação bucal desses usuários, alimentação saudável, atividade física e as consequências maléficas do tabagismo (QPC).

### **2.3.2 Indicadores**

#### **2.3.2.1 Cobertura do programa de atenção aos usuários com HAS na unidade de saúde.**

Numerador: Número de usuários com HAS 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 pessoas com HAS residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

#### **2.3.2.2 Cobertura do programa de atenção aos usuários com DM na unidade de saúde.**

Numerador: Número de usuários com DM 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 pessoas com DM residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

### **2.3.2.3 Índice de adultos jovens com HAS e/ou DM.**

Numerador: Número de adultos entre 15 a 40 anos residentes na área de abrangência da unidade de saúde com HAS e/ou DM.

Denominador: Número total de adultos entre 15 a 40 anos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

### **2.3.2.4 Proporção de usuários com HAS faltosos com a consulta médica com busca ativa.**

Numerador: Número de usuários com HAS faltosos à consulta médica com busca ativa

Denominador: Número total de pessoas com HAS cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

### **2.3.2.5 Proporção de usuários com DM faltosos com a consulta médica com busca ativa.**

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

Denominador: Número total de pessoas com DM cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

### **2.3.2.6 Proporção de usuários com HAS com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.**

Numerador: Número de usuários com HAS com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

### **2.3.2.7 Proporção de usuários com DM com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.**

Numerador: Número de usuários com DM com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

**2.3.2.8 Proporção de usuários com HAS com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.**

Numerador: Número total de usuários com HAS com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

**2.3.2.9 Proporção de usuários com DM com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.**

Numerador: Número total de usuários com DM com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

**2.3.2.10 Proporção de usuários com HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.**

Numerador: Número de usuários com HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de usuários com HAS com prescrição de medicamentos.

**2.3.2.11 Proporção de usuários com DM com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.**

Numerador: Número de usuários com DM com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de usuários com DM com prescrição de medicamentos

**2.3.2.12 Proporção de usuários com HAS com registro adequado na ficha de acompanhamento.**

Numerador: Número de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

### **2.3.2.13 Proporção de usuários com DM com registro adequado na ficha de acompanhamento.**

Numerador: Número de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

### **2.3.2.14 Proporções de usuários com HAS com estratificação de risco cardiovascular.**

Numerador: Número de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

### **2.3.2.15 Proporção de usuários com DM com estratificação de risco cardiovascular.**

Numerador: Número de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

### **2.3.2.16 Proporção de usuários com HAS com avaliação odontológica.**

Numerador: Número de usuários com HAS que realizaram avaliação odontológica.

Denominador: Número de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

### **2.3.2.17 Proporção de usuários com DM com avaliação odontológica.**

Numerador: Número de usuários com DM que realizaram avaliação odontológica.

Denominador: Número de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

### **2.3.2.18 Proporção de usuários com HAS com orientação nutricional sobre alimentação saudável.**

Numerador: Número de usuários com HAS que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

### **2.3.2.19 Proporção de usuários com DM com orientação nutricional sobre alimentação saudável.**

Numerador: Número de usuários com DM que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

### **2.3.2.20 Proporção de usuários com HAS com orientação sobre prática de atividade física regular.**

Numerador: Número de usuários com HAS que receberam orientação sobre prática de atividade física regular.

Denominador: Número de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

### **2.3.2.21 Proporção de usuários com DM com orientação sobre prática de atividade física regular.**

Numerador: Número de usuários com DM que receberam orientação sobre prática de atividade física regular.

Denominador: Número de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

### **2.3.2.22 Proporção de usuários com HAS com orientação sobre os riscos do tabagismo.**

Numerador: Número de usuários com HAS que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

### **2.3.2.23 Proporção de usuários com DM com orientação sobre os riscos do tabagismo.**

Numerador: Número de usuários com DM que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

### **2.3.3 Logística**

Com a finalidade de melhorar a atenção aos usuários com HAS e DM residentes na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família 01 Centro de Jucuruçu/BA, será realizada uma intervenção no acompanhamento aos usuários inseridos nos grupos citados, cuja orientação adotada será a partir do preconizado no Caderno de Atenção Básica Hipertensão nº 15 e Caderno de Atenção Básica Diabetes nº 16 do Ministério da Saúde. Será utilizada a ficha de cadastramento dos usuários com HAS e DM e a ficha de acompanhamento periódico, ambas preconizadas pelo Ministério da Saúde. No entanto, na ficha de acompanhamento do Programa Hiperdia não será possível mensurar indicadores como a Saúde Bucal, orientação Nutricional, orientação para Atividade Física ou Tabagismo. Tais avaliações – exceto a Saúde Bucal – podem ser analisadas através da ficha de cadastramento. Porém, os dados da situação atual do usuário referente aos indicadores citados, a cada consulta, não são atualizadas. Por isso, será adotada também a ficha-espelho do acompanhamento as pessoas com HAS e DM ofertada pela UFPEL. É importante salientar que haverá revisão de prontuário e do caderno próprio de acompanhamento da unidade. Estima-se que a intervenção seja realizada com cerca de 335 pessoas com HAS e com pouco mais de 75 pessoas com DM. Para otimização das informações alcançadas, será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados, também ofertada pelo curso.

A unidade de saúde já possui um caderno destinado ao registro específico do acompanhamento das pessoas com HAS e DM. Através dele será possível identificar os usuários faltosos, a última vez em que realizaram os exames preconizados pelo Ministério da Saúde, a mensuração da pressão arterial e os resultados do hemoglicoteste além da medicação utilizada. Com isso, será possível aperfeiçoar o preenchimento da ficha-espelho. O monitoramento das fichas de acompanhamento das consultas do programa

passará de mensal para semanal, realizado primeiramente pela enfermeira da unidade e em seguida pelo Coordenador da Atenção Básica Municipal. Durante as consultas, os dados restantes serão preenchidos ora pela enfermeira, ora pelo Coordenador da Atenção Básica, de forma compartilhada.

No entanto, para iniciar a intervenção será necessário realizar uma capacitação com toda a equipe de saúde. No primeiro ato, todos serão orientados sobre o que é a hipertensão e sobre o que é diabetes. Em seguida será aberto um momento para discussão e para tirar dúvidas. Aspectos como o preenchimento da ficha de cadastro, o acolhimento aos usuários e a educação em saúde também serão abordados. A partir daí, semanalmente, a equipe realizará, das 16 às 17 horas durante as quintas-feiras, um momento para debate a cerca da intervenção, com avaliação do que vem sendo realizado. Todo este fluxo ocorrerá dentro da unidade de saúde, exceto durante atividades extra-muro ou ações educativas. Os manuais adotados ficarão na recepção, a disposição de qualquer componente da equipe.

Após cada consulta, os usuários sairão da unidade de saúde da família com o próximo atendimento agendado. Caso este não compareça no dia agendado, uma técnica em enfermagem realizará a busca-ativa juntamente com o ACS da micro-área. Se o atraso se repetir, será agendada uma visita domiciliar pela enfermeira da unidade.

Quanto ao acolhimento na unidade, este será realizado por escala, utilizando, preferencialmente os profissionais de nível médio para o primeiro contato. Para implementar o atendimento em casos de risco como a apresentação no momento da consulta de níveis pressóricos elevados acompanhados ou não de sintomatologia específica, será encaminhado para o hospital municipal, uma vez que o dia de atendimento médico não é concomitante com o dia de acompanhamento do programa.

O Programa Hiperdia será realizado toda segunda, nos dois turnos. Porém, é importante dizer que durante os outros dias os usuários também receberão o atendimento, seja por demanda espontânea, seja por busca-ativa. Neste quesito, espera-se que, diariamente, apareçam até quatro pessoas com HAS. Cada um dos 10 ACS deverá enviar duas pessoas com HAS por turno para a palestra na sala de espera e para o acompanhamento. Sendo assim, espera-se que se atingirá uma meta de até 50% de acompanhamento em dois meses (levando-se em consideração o número de faltosos). Além disso, será possível avaliar a recepção dos usuários quanto ao retorno.



Outro importante fator é a conscientização da comunidade em especial quanto a prevenção, cuidado e consequências da HAS e do DM, além da importância do monitoramento da equipe. A equipe de saúde e de gestão buscarão apoio do Conselho Municipal de Saúde, de entidades religiosas, de outros departamentos da saúde e de demais órgãos do município com o intuito de sensibilizar também as pessoas de referência, para que estas sejam multiplicadoras. Essa conscientização será realizada por meio de palestras e mobilizações públicas. As palestras serão realizadas quinzenalmente. A mobilização pública (uma passeata, por exemplo) será realizada uma vez durante a intervenção. O apoio da comunidade auxiliará na captação do público-alvo e no esclarecimento acerca dos benefícios do acompanhamento periódico pela unidade de saúde.

Acredita-se na obtenção de um diálogo melhor com o médico da estratégia, no sentido de priorizar a prescrição de medicamentos que são fornecidos pela farmácia básica. Com a odontologia, acredita-se na possibilidade de agendar um dia a cada 15 dias para o atendimento aos usuários com HAS e DM. Mensalmente, todos os dados obtidos serão lançados na planilha. É importante dizer também que cada usuário realizará o retorno a cada dois meses. No entanto, a unidade está aberta para receber o usuário, em caso de necessidade, a qualquer momento durante para a mensuração da pressão arterial e atenção aos fatores emocionais que possam ocorrer. Sendo assim, durante o dia de atendimento do programa ocorrerão poderão ocorrer até 40 consultas por dia.



### 3 Relatório da Intervenção

*"O coração do homem traça o seu caminho,  
mas o Senhor lhe dirige os passos".  
Provérbios 16:9*

O que seria uma intervenção em saúde? Ora, se formos seguir a etimologia da palavra, intervenção é o ator de intervir, ação esta que possui três importantes vertentes: Coibir, Ajudar e Mediar. Por conseguinte, através da intervenção é possível coibir atitudes fora do padrão, ajudar na resolução de problemas e mediar lutas. Sendo assim, adicionando a este conceito a sua aplicabilidade na saúde, é possível afirmar que todas as vertentes foram incluídas, e que uma ação eficaz não se permite excluir quaisquer umas delas.

Grande parte da população não possui acesso ao atendimento por profissionais de saúde de nível superior frequentemente. Acredita-se que a presença de outros profissionais como nutricionista, psicólogo, educador físico, médico, fisioterapeuta, odontólogo e enfermeiro constituindo uma equipe multidisciplinar em saúde, promoveria mais saúde e evitaria muitos agravos na qualidade de vida das pessoas.

Historicamente a população de Jucuruçu sempre buscou a utilização de remédios naturais como meio para cuidar das doenças. Infelizmente, ações de prevenção de não são habituais aos habitantes, uma vez que a falta de orientação culminou com uma população com perfil extremamente curativista, que visualizam a resolução de sua condição somente dentro do hospital. Precisamos enfrentar e ampliar a conscientização das pessoas quanto aos cuidados básicos de saúde.

Dentre os profissionais mais próximos das comunidades, os enfermeiros destacam-se, pois através da Estratégia de Saúde da Família puderam estar inseridos nas localidades, estudando seus problemas de saúde e buscando soluções. No entanto, a

sua presença ainda é ineficaz, pois dentro da sua atuação existem limites que exigem a presença de outros profissionais de saúde para auxiliarem na formação do cuidado ampliado de saúde e na melhoria da qualidade de vida da população.

É importante destacar que no município existem cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS) que seguem como modelo o da ESF. Na população, de forma geral, identificamos que a HAS tem se destacado como problema de saúde prioritário, devido o crescente número de pessoas que convivem com esta doença e que não recebem a devida orientação para melhoria do cuidado, conhecendo muito pouco sobre suas consequências. É importante relatar que, segundo dados do Plano Municipal de Saúde, que os índices de Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) são, junto com as Neoplasias, a maior causa de internação ou óbito no município. Sendo assim, a intervenção em saúde se faz necessária para provocar uma mudança na qualidade de vida da população.

Como local da intervenção, foi escolhida a ESF Centro I, localizada no centro da cidade, dividida entre 10 micro áreas e com cerca de 3183 pessoas residentes dentro da área de abrangência. Foi reconhecido desde o início que a população pouco frequenta a unidade, principalmente para acompanhamento de condições com a HAS e o DM. Neste âmbito, tratou-se da implantação de uma rotina que buscou orientar, cuidar e melhorar a saúde de todos nessas condições.

### **3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas – facilidades e dificuldades**

Certa vez John Lennon falou: “É uma falta de responsabilidade esperarmos que alguém faça as coisas por nós”. Seria grave, se a responsabilidade fosse apenas de responsabilidade de alguma das pessoas, sejam elas funcionários ou usuários, é responsabilidade de todos. Neste contexto de conhecimento, a intervenção conseguiu plantar um sentimento de responsabilização nos profissionais da equipe. Foi possível perceber que a responsabilidade havia sido esquecida, suprimida por tantas outras questões como a falta de valorização profissional, a sobrecarga de trabalho, o salário ou até mesmo a ausência de uma liderança interna eficaz e que olhe pelas questões preventivas e não apenas curativas.

Assim, refletindo sobre as ações previstas e realizadas, a captação de usuários

para ampliação da cobertura do programa de atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes que alcançou 45% das pessoas com HAS e 21,8% das pessoas com DM do território, ao final dos quatro meses.

Quanto a garantir o registro das pessoas diagnosticadas com HAS e/ou DM, foram pensadas em diversas estratégias para alcançar esta meta como a sala de espera, a busca-ativa, palestras de conscientização e o atendimento individual, sendo realizado um total de quatro palestras com a comunidade, sendo uma no Auditório Municipal e as seguintes em Entidades Religiosas. Não foi possível realiza-las a cada quinze dias, conforme proposto no cronograma, as aconteceram dentro do esperado. Durante as palestras foi possível frisar a importância do monitoramento anual da pressão arterial a partir dos 18 anos, comentar sobre a associação da Hipertensão com o Diabetes e os fatores de risco para o desenvolvimento dessas doenças crônicas e a importância da periodicidade no acompanhamento pela equipe de saúde.

A melhoria ao acolhimento também foi um ponto de destaque, onde as ações para implantação do acolhimento seguiram efetivamente na unidade até o 3º mês da intervenção, durante o quarto mês houve uma baixa no número de profissionais o que impediu a continuidade do êxito da ação. A mudança de profissionais sem prévia explicação ou motivo justo aparente foi algo que desmotivou a equipe sobre o processo de trabalho no contexto geral.

Um dos momentos mais interessantes foi perceber a disposição em aprender, especificamente vindo dos profissionais de nível médio. Assim sendo, a educação permanente se tornou um dos momentos mais agradáveis, onde foi possível orientar sobre o cadastramento no HiperDia, sobre a técnica correta de aferição da pressão arterial e do hemoglicoteste, e também discutir sobre o acompanhamento segundo os Cadernos da Atenção Básica 15 e 16 (os protocolos atuais, tanto do DM quanto da HAS foram impressos e entregues à recepção da unidade para que todos tenham acesso). Para tanto, foi possível criar um projeto intitulado como EstimulACS, voltado exclusivamente para a educação permanente do agente comunitário de saúde e que foi premiado durante a IV Mostra Nacional de Experiências da Atenção Básica.

É possível compartilhar também que, embora com alguns entraves, o monitoramento ocorreu de forma positiva durante a maior parte da intervenção. A criação do “fluxo de resgate” possibilitou aos usuários o recebimento de uma visita em

domicílio especificamente voltada para o agendamento do acompanhamento pela unidade. Foi a busca-ativa com um nome diferente, uma técnica utilizada para motivar os profissionais que fossem resistentes ao termo “busca-ativa”, e deu certo. Diante disso, a agenda da unidade precisou ser adequada de forma a receber as pessoas com HAS e/ou DM conforme o horário disponível por eles. Obviamente, este horário precisaria se situar entre o período de trabalho e todo usuário avaliado como alto risco que teve a garantia de seu atendimento prioritário com espaço na agenda para estes casos.

Durante o período da intervenção a unidade recebeu três profissionais médicos e duas enfermeiras. A rotatividade foi ainda maior entre os profissionais de nível médio, como o atendente de farmácia, recepção e serviços gerais. A partir do terceiro mês o serviço de odontologia passou a enfrentar problemas como a falta de manutenção da aparelhagem do consultório e a consequente saída da odontóloga. Mesmo diante dessas condições encontradas, foi possível melhorar a qualidade do atendimento aos pacientes com HAS e/ou DM através da realização do exame clínico apropriado. Neste contexto, foi atingido o percentual de 45% de acompanhamento para as pessoas com HAS e o exame clínico foi possível em pouco mais de 21% das pessoas com DM ao final da intervenção. Para se cumprir o exame clínico, ficou definido as atribuições de cada membro da equipe, seguindo o preconizado pelo MS. Durante as reuniões semanais foi possível capacitar, tratar sobre um tema importante e compartilhar experiências.

Este monitoramento também atentou para a realização dos exames laboratoriais pelos usuários em questão. A ausência de um laboratório no município é uma problema, que foi ainda mais difícil de ser resolvido, mas, em contrapartida, é possível afirmar que 100% dos usuários que convivem com HAS e/ou DM que compareceram a unidade durante a intervenção ou receberam atendimento em domicílio tiveram seu tratamento medicamentoso adequado aos medicamentos disponíveis pela Farmácia Básica. No entanto, a realização do controle de estoque e qualidade dos medicamentos obteve êxito até o final do terceiro mês, pois após esse período ficamos sem o profissional atendente de farmácia e outros profissionais da equipe, que ainda não tinham toda habilidade necessária, acrescentaram a sua responsabilidade mais essa função.

A orientação aos usuários e a comunidade quanto ao risco de doenças cardiovasculares, neurológicas, avaliação de sensibilidade das extremidades e sobre o direito de acesso aos medicamentos da Farmácia Básica/HiperDia foi possível e realizada

principalmente durante as consultas médicas e de enfermagem. Quaisquer dúvidas concernentes ao exame físico também puderam ser debatidas durante as reuniões semanais com a equipe.

A utilização da ficha de acompanhamento foi possível de ser realizada com 45% das pessoas com HAS e com 21% das pessoas com DM. Através disso, foi realizado o monitoramento dos registros, inclusive em prontuário. Devido a dificuldades de alguns membros da equipe no preenchimento, foi acordado em equipe que estes seriam preenchidos somente pelos profissionais de nível superior, mesmo sabendo que haveria perdas de informações. Contudo, foram realizados momentos para a capacitação do preenchimento correto dos registros de consulta, procedimentos e retorno dos usuários. Diante desta questão a comunidade também foi orientada pelos componentes da equipe sobre o direito em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via quando isso for necessário.

Sobre as ações que garantiriam que as informações fossem atualizadas no SIAB, foi possível realizá-la até o final do ano 2013, pois desde janeiro de 2014 o município iniciou o processo de implantação do novo sistema E-SUS-AB, realizando o acompanhamento através dele, porém ainda não foi possível realizar todos os cadastros domiciliares.

Diante da parceria entre os profissionais, especificamente durante os dois primeiros meses de intervenção, todos os usuários com HAS e com DM que foram submetidos à consulta médica, de enfermagem ou odontológica, sendo orientados sobre a alimentação saudável, porém não foi possível o auxílio de um nutricionista para a realização da atividade, uma vez que a profissional de referência esteve ausente do município por problemas de saúde. Foi possível orientar também sobre a importância da atividade física contando com a parceria de um educador físico em algumas ocasiões. Referente aos usuários de tabaco, todos que compareceram à intervenção foram orientados sobre os seus efeitos, porém não foi possível o apoio da gestão para adquirir medicamentos para o abandono da droga.

### **3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas – facilidades e dificuldades:**

Perante todo esforço, em especial da equipe que na medida do possível abraçou a intervenção e também da gestão que foi flexível frente ao meu deslocamento do departamento de atenção básica para a unidade básica de saúde durante alguns períodos, ainda sim não foi possível obter êxito em alguns aspectos. Porém algumas ações não aconteceram, como por exemplo, a não implantação de Conselho Local de saúde, embora continue na pauta para buscarmos outros meios de concluí-la. Além disso, dentre tantos assuntos, a capacitação em estratificação de risco em órgãos-alvos não foi realizada com ênfase, e esta informação acabou sendo esquecida e não houve capacitação da equipe para a estratificação de risco.

Também não foi possível garantir a totalidade dos usuários com HAS e/ou DM fossem submetidos a avaliação odontológica através do monitoramento das consultas odontológicas destinadas ao programa HiperDia, não conseguindo organizar a agenda da saúde bucal com priorização dos usuários à partir da classificação de risco odontológico, que ficou muito dificultada pela ausência de material odontológico pela evasão por parte dos usuários também afetaram o cumprimento desta ação.

Pela troca do sistema de informações, não conseguimos realizar o acompanhamento dos usuários pelo sistema específico do HiperDia através da impressão mensal do relatório, pois este programa se encontra em transição para o E-SUS e recebemos orientação da Regional de Saúde para não alimentá-lo, embora o acompanhamento logicamente tivesse que seguir adiante.



### **3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados:**

Foram encontradas dificuldades referentes ao tempo para a digitação dos dados na planilha de coleta de dados. Afirimo também que as atividades de produção textual concomitantes à intervenção não foram muito interessantes para o momento, pois senti que tiravam o ‘foco’ do momento da intervenção, que por si só faz uma exigência de maior dedicação dos especializandos.

As metas foram ousadas em alguns casos, mas compreendendo que não podemos deixar usuários sem alguma assistência à partir do momento que o conhecemos, optamos por não conseguir um resultado tão positivo nas metas, mas garantir a mesma oferta a todos usuários. Assim as metas fechadas em 100% foram difíceis de serem atingidas. Durante a intervenção ocorreram problemas graves, como a falta de material odontológico, troca constante e redução do número de profissionais da equipe e dificuldades em garantir mobilização para um efetivo engajamento público, retratam um pouco das dificuldades.

Considero também que o tempo que pude destinar á intervenção foi insuficiente, estar na coordenação da atenção Básica e na assistência na equipe de saúde da intervenção demandaram uma energia muito grande. A princípio precisei me motivar em equipe sobre o processo de mudanças para o acompanhamento às pessoas com Hipertensão e Diabetes, que mesmo melhorando sua adesão, foi diícil garantir um monitoramento efetivo do que vinha acontecendo. Se contar que em todo município pequeno, a Coordenação da Atenção Básica agrega “tudo”.

### **3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços:**

Todas as metas sugeridas na construção do projeto de intervenção foram adequadas, mesmo percebendo que de cada ação proposta, nem sempre a seguiu a regra. As ações foram organizadas, porém todo o processo de gestão em uma unidade envolve muito mais pessoas do que os componentes da equipe.

Também é necessário avaliar o contexto histórico e o momento político em cada lugar. Imprevistos aconteceram e não foram poucos, mas sempre mantivemos, em

equipe, a garra para os enfrentamentos necessários, com exceção da dispensa dos profissionais da equipe, que fugiu a governabilidade de todos.

Foram situações constrangedoras e na minha visão desnecessárias, que afetaram o andamento da intervenção e a incorporação eficiente de todas as ações trabalhadas na rotina do serviço, não sendo possível hoje, confirmar se ainda acontecem determinadas ações. Mas enquanto a equipe em que participei esteve lá, posso garantir que estava na rotina cotidiana.

## **4 Avaliação da Intervenção**

### **4.1 Resultados**

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a saúde como: o estado completo de bem estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de enfermidade. Sendo assim, é essencial que a saúde seja analisada dentro de um sistema ao qual está inserida, faz parte e é essencial para o cotidiano de quaisquer pessoas. Embora pense que este conceito é ultrapassado e dá a margem de uma meta praticamente inatingível, é necessário que cada pessoa, seja ela usuário do sistema público de saúde ou não, profissional de saúde ou de áreas afins, gestores e representantes de segmentos sociais tenham o hábito de se responsabilizar quanto à essa meta. Acredito que seja um erro destinar a responsabilidade da saúde para um ser ou um órgão, uma vez que é perceptível que a conquista desta meta necessite de um trabalho em conjunto.

No entanto, analisando toda a questão do programa de atenção às pessoas com HAS e DM, e lembrando que a área de abrangência corresponde a 3183 pessoas onde destas, 671 são pessoas com hipertensão, todas estão sendo acompanhadas por algum integrante da equipe de Saúde da Família, porém, a adesão ao acompanhamento mensal era displicente e inadequada quando comparada com as orientações dos Cadernos de Atenção Básica 15 e 16, o que refletia diretamente nos índices de mortalidade e/ou morbidade por Infarto Agudo do Miocárdio ou Acidente Vascular Cerebral.

Um de nossos objetivos específicos era de ampliar a cobertura de usuários com hipertensão e/ou diabetes. Para isso nos propomos a cadastrar todos os usuários da área de abrangência e também registrar os novos casos encontrados. No primeiro mês de intervenção é possível verificar que 20,2% das pessoas com HAS residentes na área de

abrangência da unidade de saúde foram acompanhados. No segundo mês este número subiu para 31,4% e 45,4% no mês seguinte e se mantendo no 4º mês:

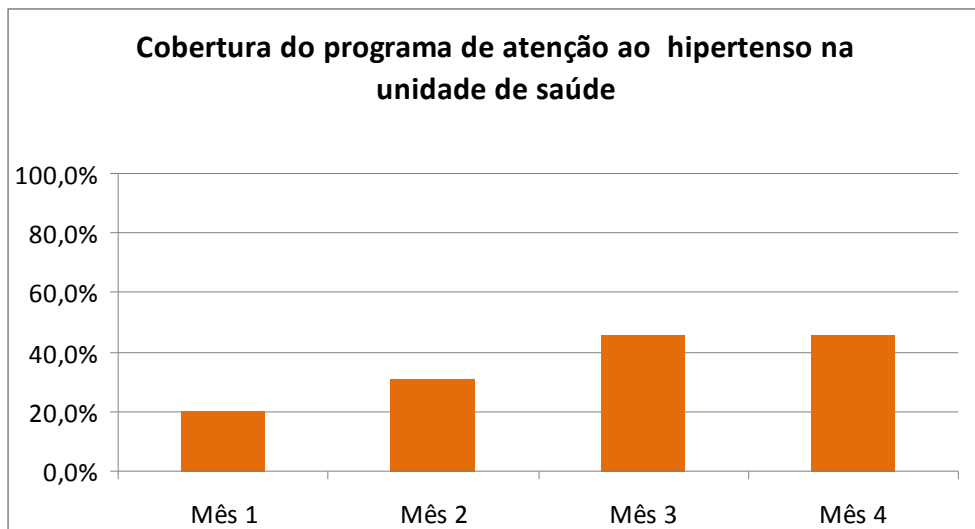


Figura 1 - Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde

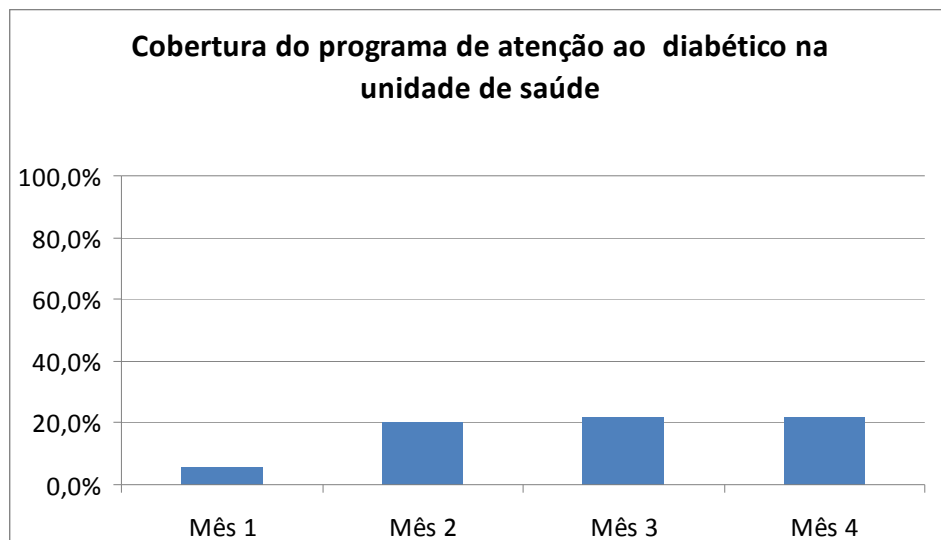


Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde

A cobertura do programa de atenção às pessoas diagnosticadas com o Diabetes mostrou ser menos efetiva do que a adesão das pessoas que convivem com a HAS. No primeiro mês apenas 0,8% foram acompanhados, seguindo por 20,1% e 21,8% em seguida. No 4º mês o percentual se manteve o que não significa, necessariamente, que as mesmas pessoas foram atendidas. Sem dúvida, a ação incessante por parte de alguns ACS levou ao alcance desses resultados, que embora discreto, represente um ganho

para a unidade, para a população e também para a gestão, uma vez que praticamente nenhuma pessoa com DM estava em acompanhamento na UBS.

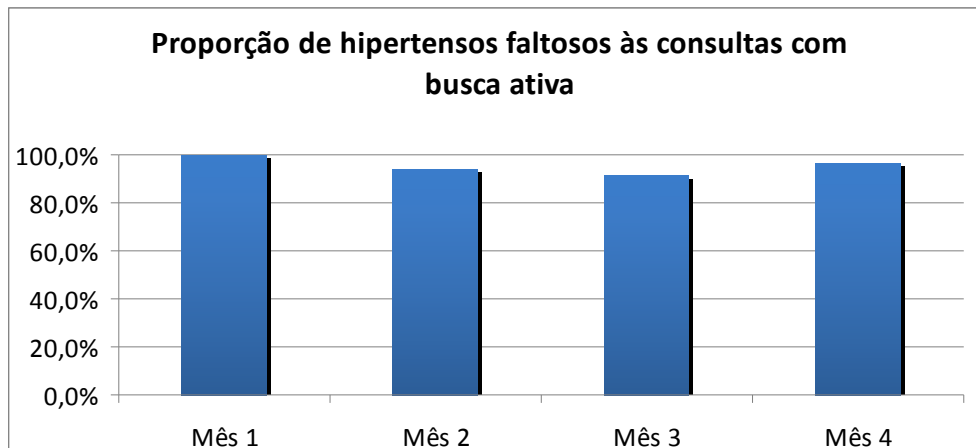


Figura 3: Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa

Conforme pode ser visto no gráfico, o fluxo da busca ativa, que envolveu todos os componentes da equipe (predominantemente os ACS), alcançou toda população de pessoas com HAS no primeiro mês. Nos meses seguintes é possível ver que os números também foram expressivos, perfazendo 93% no segundo mês e 90% e 98% respectivamente nos meses seguintes.

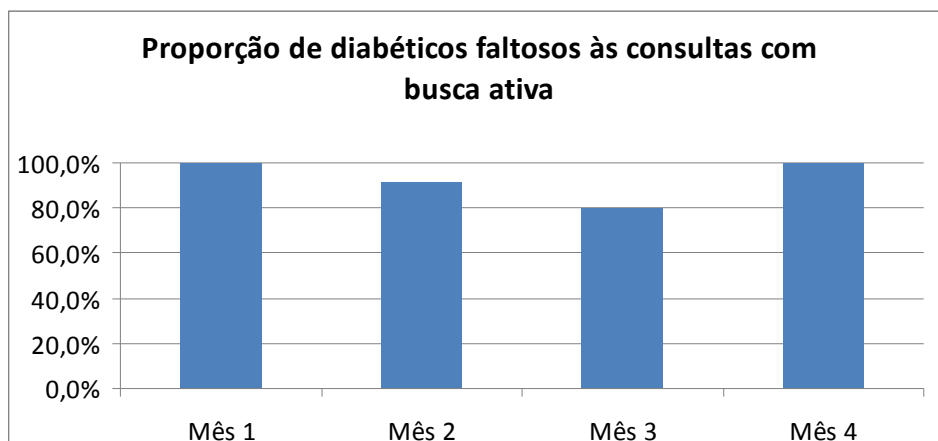


Figura 4: Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa

Todas as pessoas com DM receberam busca ativa realizada por algum componente da equipe. Em alguns casos, a pessoa recebeu até três visitas no mesmo mês, por profissionais diferentes. No primeiro mês houve a totalidade de buscas realizadas. Essa busca fez-se necessária na totalidade porque não havia acompanhamento de fato às pessoas com diabetes e foi preciso buscar este público para

a unidade. Respectivamente foram 100% de buscas realizadas no primeiro mês, 90% no segundo, 80% no terceiro e 100% no último mês. No entanto, a adesão ao acompanhamento continuou extremamente baixa. Acredito que a pouca adesão ao acompanhamento pela equipe da ESF Centro se deva ao fato de que muitas dessas pessoas estejam sendo acompanhadas em clínicas particulares e tantas outras alegaram não se sentirem acolhidas, “cicatrices” de ações anteriores que aos poucos a equipe está envidando esforços para mudar.

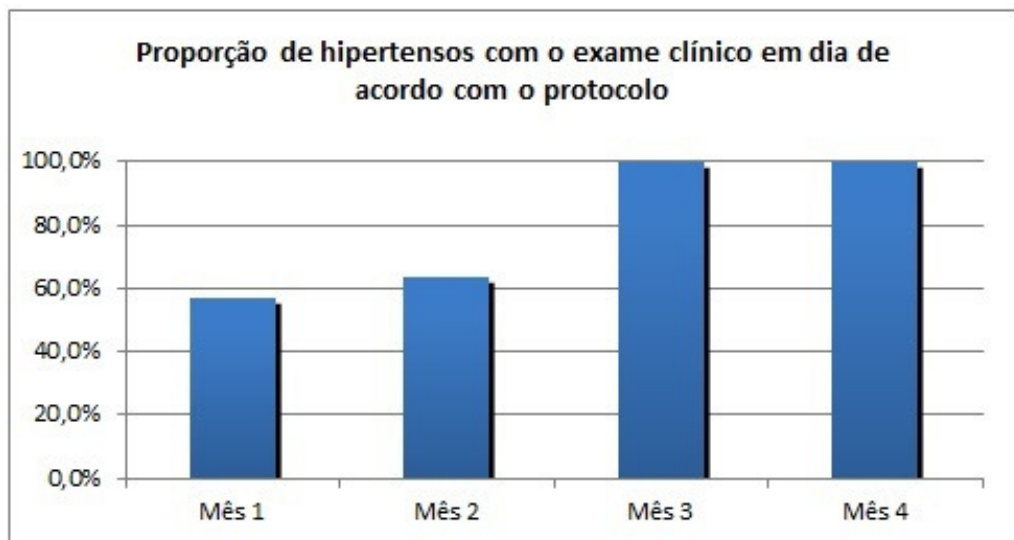


Figura 5: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

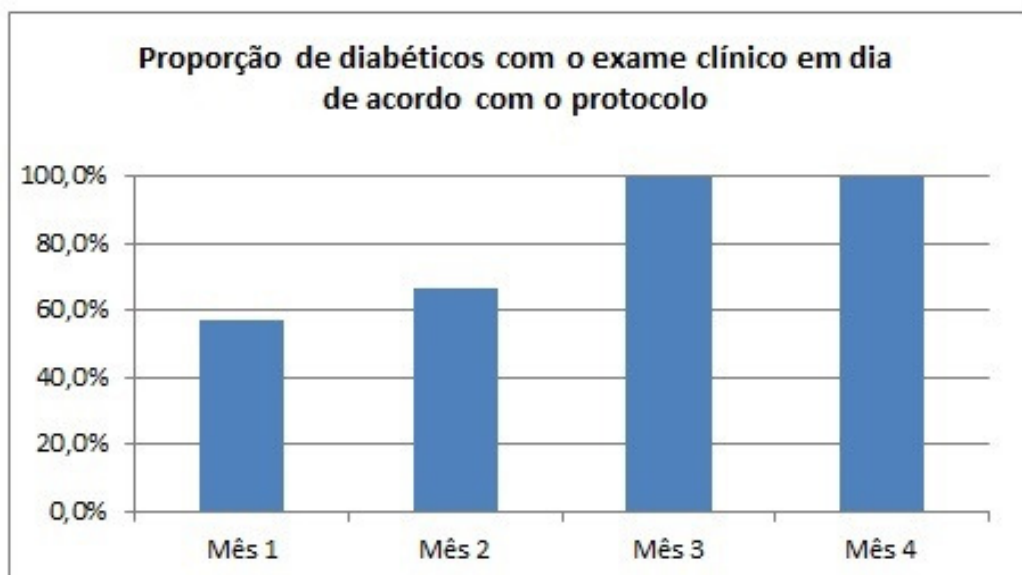


Figura 6: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

Ao final do quarto mês, foi possível realizar o exame clínico em 100% das pessoas

tanto com diagnóstico da HAS quanto do DM que compareceram na unidade básica de saúde. Uma dificuldade gritante para o cumprimento das metas foi a troca constante de profissionais da equipe. Este fato desmotivou a todos e todas, uma vez que criamos um vínculo muito forte para juntos conseguirmos alcançar bons resultados, cada um que se despedia parecia que fora aplicada uma injeção de desânimo em todos. O momento do 'luto' configura-se como uma perda para a equipe e conseqüentemente para a população. Outro fator é que cada funcionário esperava certo reconhecimento em virtude da sensibilização em fazer valer os protocolos, refletir sobre a conduta profissional e deslocar-se na poltrona do comodismo para as ações preventivas.

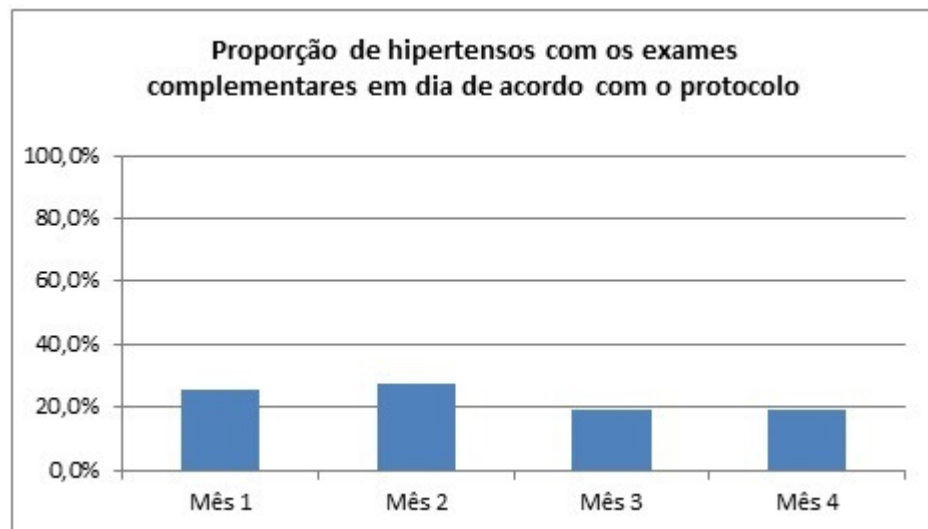


Figura 7: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

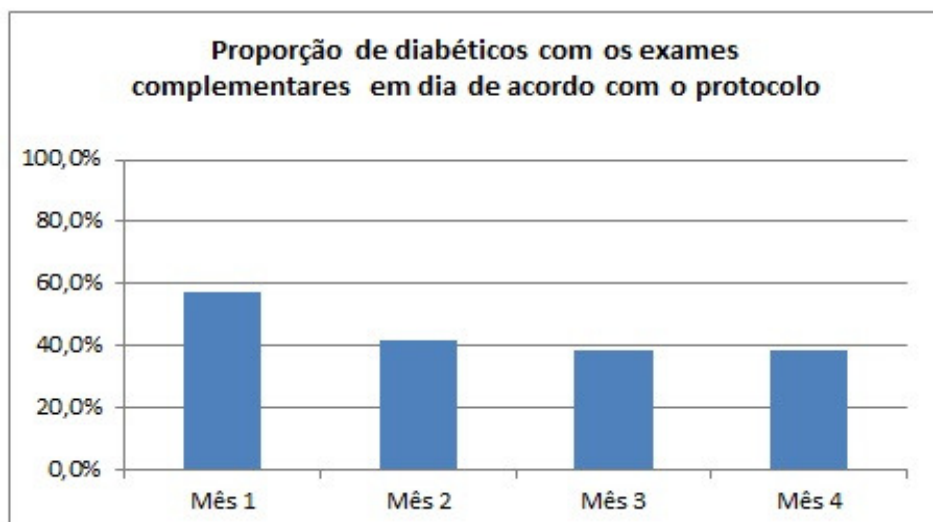


Figura 8: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

A questão dos exames complementares em dia não depende da administração

local da unidade básica de saúde, e sim, no contexto municipal, da Central de Marcação de Exames e da pactuação com laboratórios de outros municípios. A articulação com os setores responsáveis foi uma tentativa de agilizar os exames das pessoas com HAS e/ou DM, mas o máximo que se obteve foi à priorização dos casos urgentes, contudo é considerável que a quantidade de pessoas que conseguiram realizar seus exames foi mais um ganho de credibilidade do processo de intervenção, sendo possível garantir os exames para 40% (DM) no segundo mês e 27% (HAS) já no primeiro mês, onde quase nada era garantido antes.

O indicador referente a prescrição de medicamentos da farmácia básica/hiperdia também é bastante interessante para ser analisado, conforme gráficos a seguir:

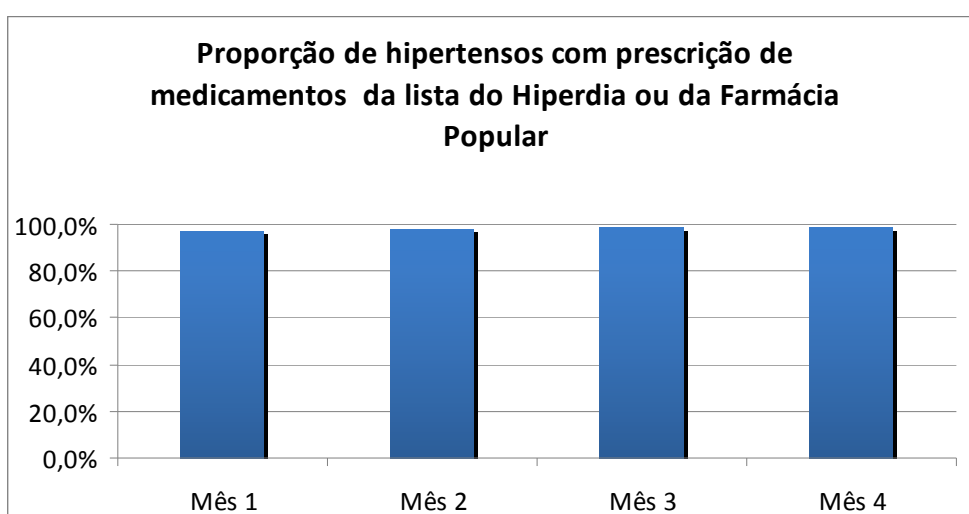


Figura 9: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular

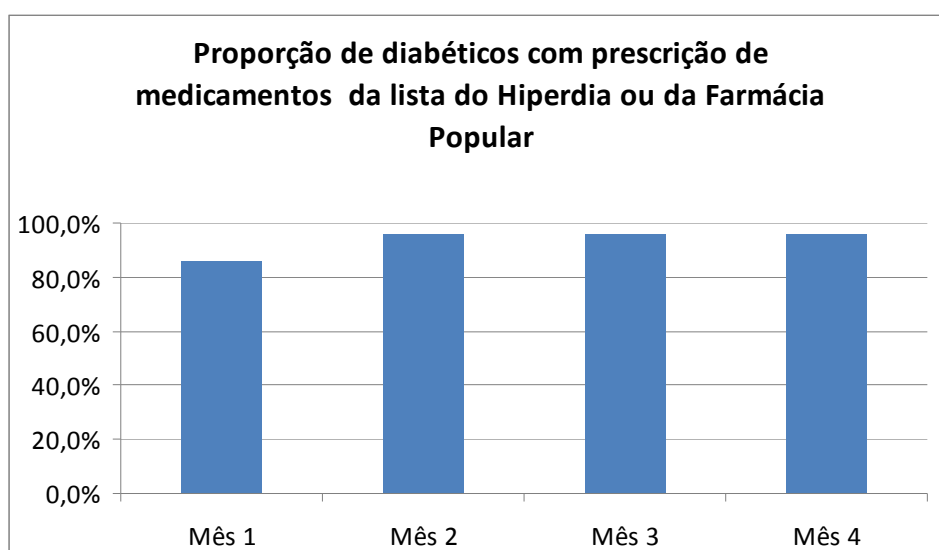


Figura 10: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular



Durante a intervenção, três médicos atenderam na unidade básica de saúde. A cada mudança de profissional, uma nova conversa a cerca da importância da intervenção era realizada. Neste âmbito, a prescrição de medicamentos do Hiperdia existentes na Farmácia Popular foi uma orientação realizada e que surtiu efeito, conforme é apresentado pelos gráficos. Alcançamos 98,6% (HAS) e 96% (DM).

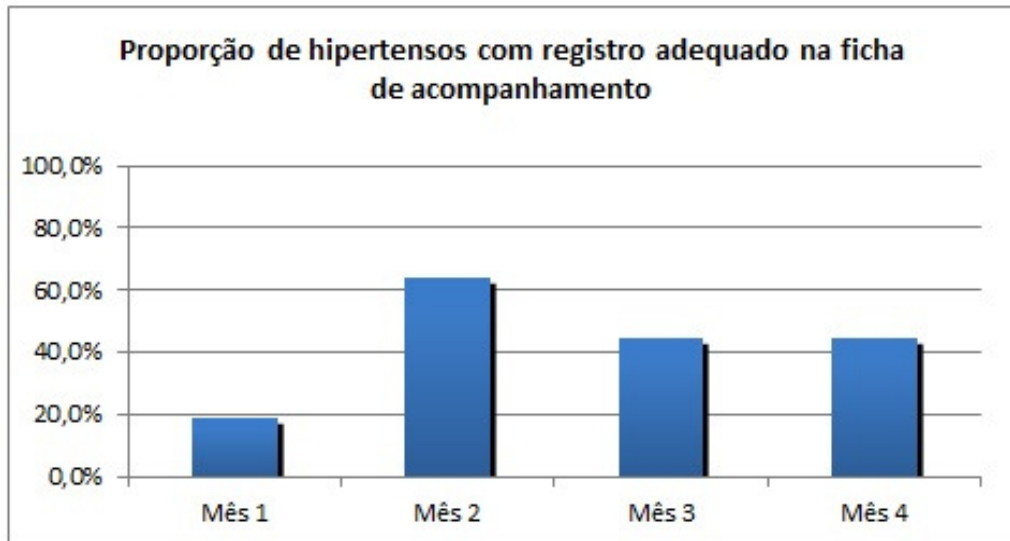


Figura 11: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento



Figura 12: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Através da qualificação da prática clínica foi possível melhorar os registros feitos pelos profissionais de saúde referente ao acompanhamento dos usuários com HAS. É possível perceber que no segundo mês esta ação teve mais êxito, e isso está relacionado

com o mês onde a equipe estava mais engajada na intervenção e com mais componentes. Foi possível alcançar o valor igualitário de 67% no tocante às duas doenças crônicas do Hiperdia. Considerado este número um sucesso, pois a qualidade do preenchimento da ficha de acompanhamento não era ideal, quiçá era preenchida. Até mesmo, é importante lembrar que o Hiperdia não estava ativo na ESF, não acontecia nenhuma ação específica. Em virtude disso, a utilização da ficha de acompanhamento era rara, ou inexistente, mas o processo de qualificação e monitoramento foi capaz de alterar esta realidade. A ausência de informações no primeiro mês deve-se ao fato de que neste período a equipe ainda estava se adequando a nova rotina e a utilização da ficha. Tanto que, no segundo mês é possível ver o benefício da capacitação e debates a cerca da qualificação das informações. No quarto mês, contudo, houve alteração significativa no quadro de funcionários o que descontinuou o uso da ficha, infelizmente.

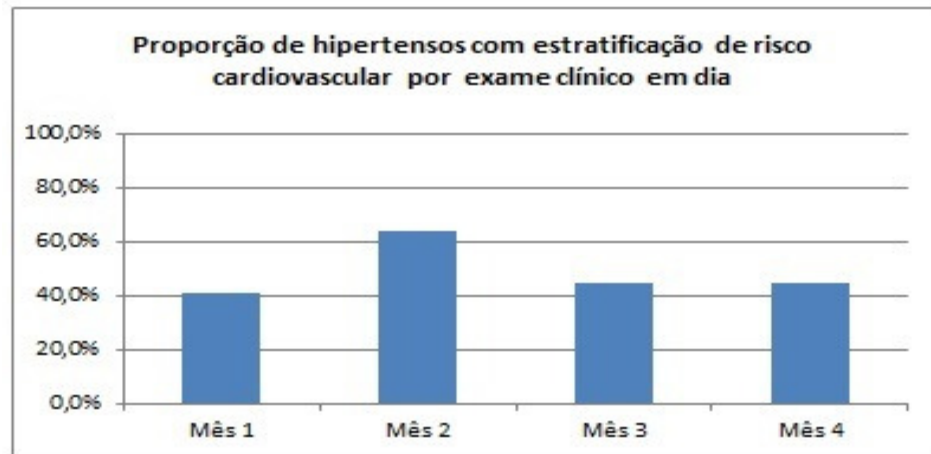


Figura 13: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia



Figura 14: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia não era realizada pelos profissionais da unidade. Após o processo de orientação e qualificação, foi possível

notar uma melhora nesta questão. No mês 4 não houve acréscimo da adesão, mas também não houve redução. Considero também que houve pouco debate sobre a estratificação de risco.

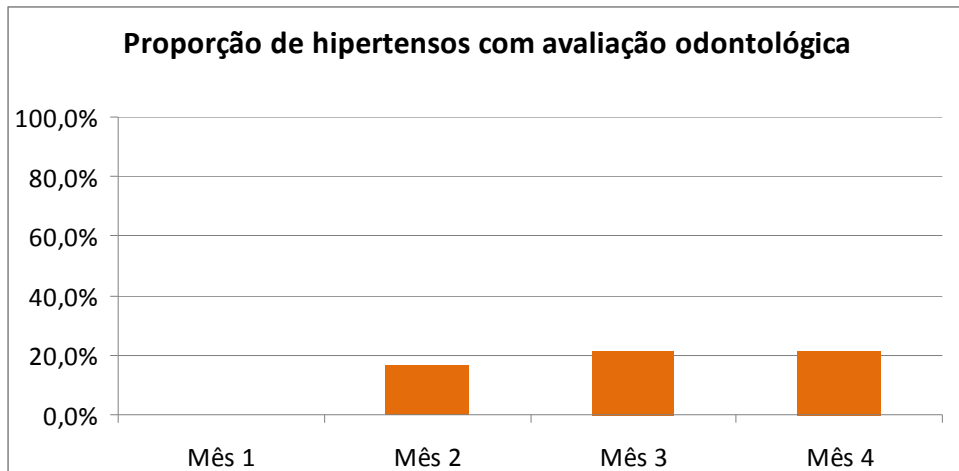


Figura 15: Proporção de hipertensos com avaliação odontológica

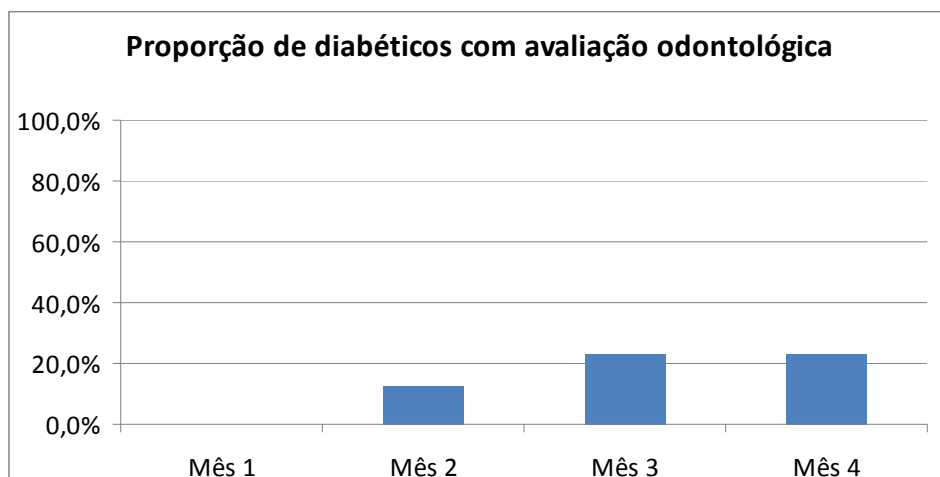


Figura 16: Proporção de diabéticos com avaliação odontológica

A avaliação odontológica representou uma das maiores dificuldades durante a intervenção. Não havia a rotina de cuidado continuado com pacientes portadores da HAS ou DM, e mesmo após a orientação sobre um espaço no atendimento para o Hiperdia a adesão não foi efetiva. Em grande parte isso aconteceu porque o adulto/idoso preferia dar preferência de atendimento para um filho/neto. No primeiro mês o atendimento não foi possível porque seria inviável realizar uma mudança no agendamento. No quarto mês não foi possível realizar os atendimentos por problemas técnicos no consultório odontológico e, posteriormente, pela saída da odontóloga da equipe, não ocorrendo imediata substituição. Atingindo apenas 20% das pessoas que convivem com a HAS e pouco

menos de 24% das pessoas com DM, este índice apresenta um dos mais baixos durante toda intervenção.

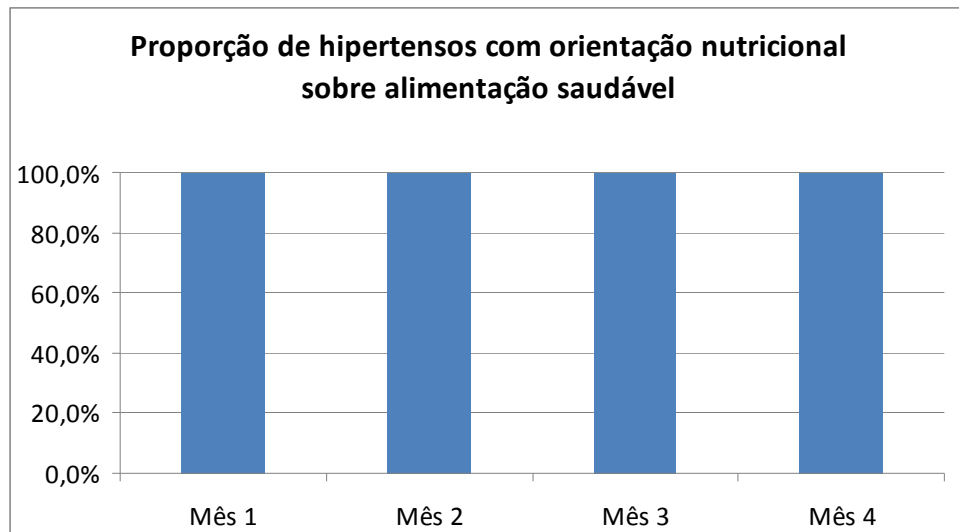


Figura 17: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

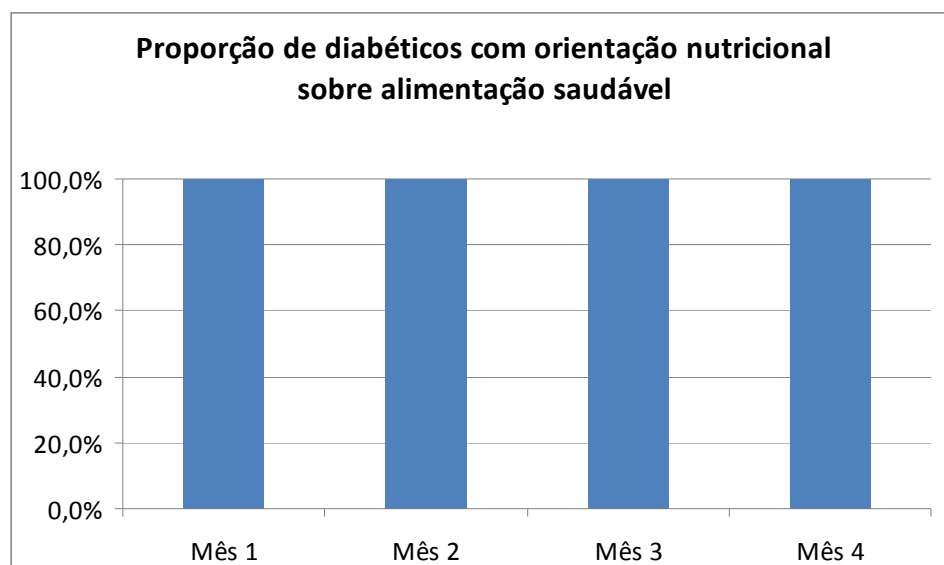


Figura 18: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

A orientação nutricional desponta como um método individualizado com foco na motivação da alimentação saudável. No início da especialização, havia uma nutricionista que realizava atendimentos na ESF Centro durante uma vez por mês. No entanto, pouco antes do início da intervenção a nutricionista se ausentou do município por problemas de saúde. Sem este profissional à disposição pela gestão, e sem nenhuma outra na cidade para tentarmos uma parceria, coube aos próprios profissionais da equipe a orientação nutricional. Durante as ações em Educação Permanente foi possível capacitar a equipe para que todos pudessem agir em conjunto no tocante às informações sobre a

alimentação adequada para a HAS e DM. Assim sendo, todas as pessoas que foram atendidas pelo programa de Hiperdia receberam orientação sobre a alimentação saudável. Em tempo, na figura 18 o percentual no primeiro mês foi 100%. Durante a busca-ativa e a visita dos agentes comunitários de saúde também foi possível realizar esta ação.

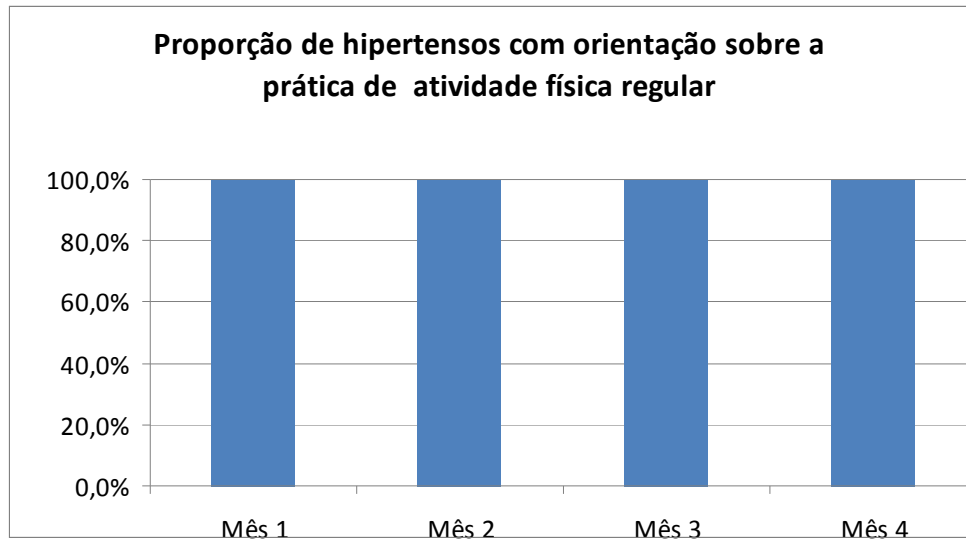


Figura 19: Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular

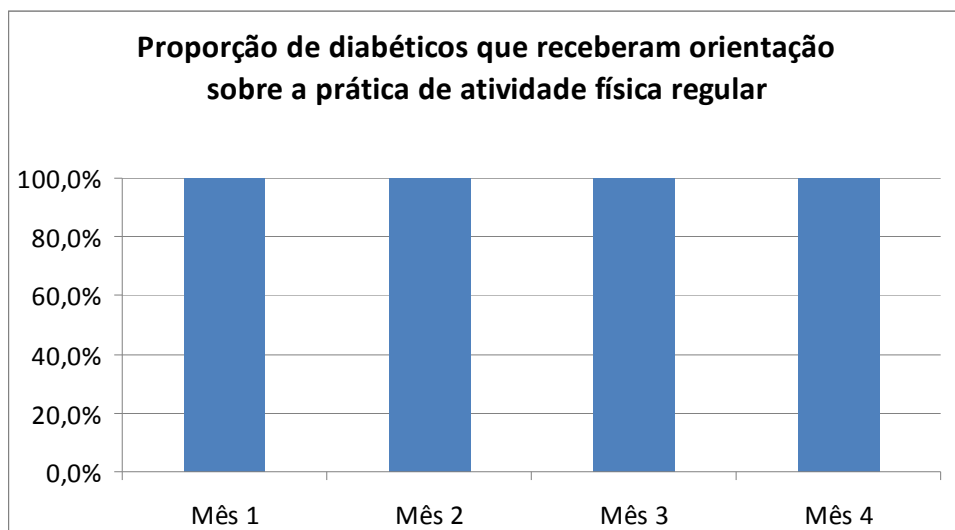


Figura 20: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular

A atividade física é considerada um dos melhores e mais eficientes métodos que contribuem para o controle da pressão arterial. O exercício físico quando mantido de forma regular e contínua favorece a hemodinâmica do organismo e interfere positivamente em seu sistema cardiovascular. Com o apoio de um Educador Físico, parceiro da unidade, foi possível realizar uma caminhada direcionada às pessoas com

diabetes. Esta caminhada foi um momento de sensibilização da comunidade e foi realizada em novembro de 2013. Assim sendo, durante todas as consultas, foi pactuado pelos profissionais que eles realizariam orientações sobre a importância da atividade física. Durante a busca-ativa e a visita dos agentes comunitários de saúde também foi possível realizar esta ação.

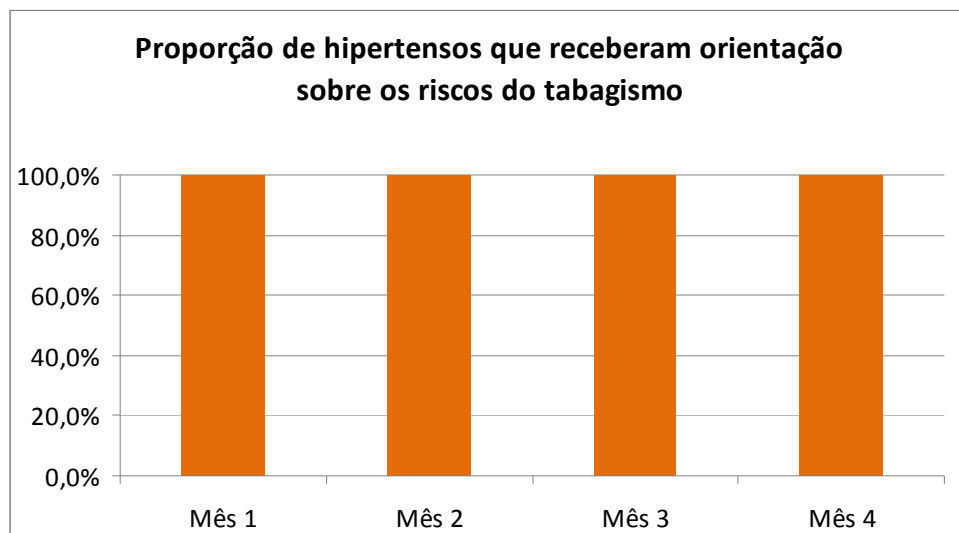


Figura 21: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

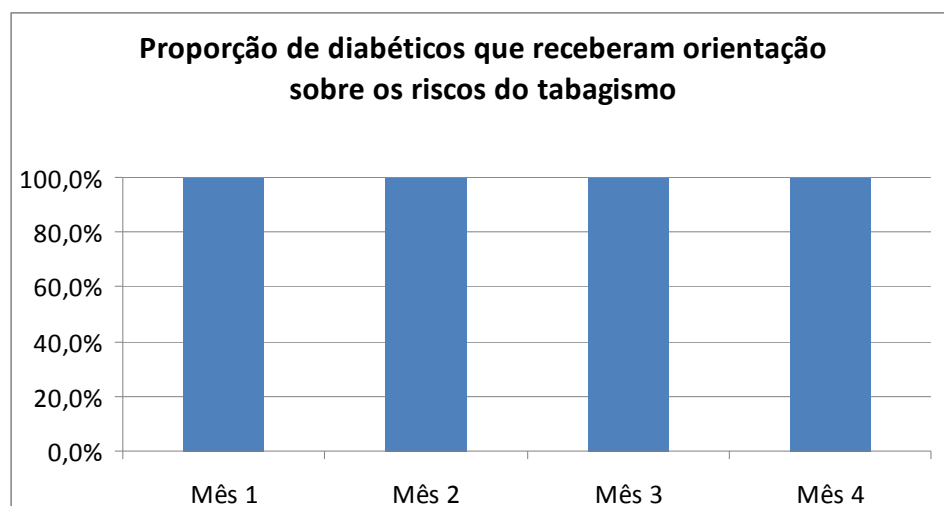


Figura 22: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

Seguindo com a promoção em saúde realizada através das orientações, foi interessante trabalhar com a redução do tabagismo através do esclarecimento sobre os riscos que esta droga confere ao organismo. Foi possível atingir a totalidade desta meta, pois, até mesmo durante a busca ativa e visita dos agentes comunitários de saúde foi

possível realizar esta ação. Quanto à medicação para os fumantes, não foi possível consegui-la.

Os números da intervenção, embora pareçam discretos, são considerados parte de um avanço na saúde da população de Jucuruçu/BA. Analisando todo o contexto em que a população estava inserida, é importante dizer que as ações, principalmente da qualificação da prática clínica e da educação permanente foram importantes ferramentas para chamar a atenção dos profissionais sobre o risco das complicações da HAS e DM e do quanto cada trabalhador poderia fazer neste processo de melhoria da situação de saúde local.

## **4.2 Discussão**

Chegar a esse ponto fora algo que, a certo momento da intervenção, pareceu intocável embora imaginável. As dificuldades foram enormes: mudança de profissionais, falta de adesão por parte de alguns agentes comunitários de saúde, ausência de suporte para o atendimento domiciliar como a falta de um carro que estivesse disponível para a unidade e a grandiosidade do que foi proposto pela especialização através do processo de intervenção são alguns exemplos de entraves encontrados.

Quando me refiro á grandiosidade do “fazer valer” as orientações do Ministério da Saúde referente ao acompanhamento da HAS e DM em usuários, digo que é uma amplitude enorme para uma equipe com tantas outras atribuições. Este desafio foi de tirar o fôlego. De fazer chorar às vezes, porque não? Mas também de se apaixonar pelo processo de crescimento profissional e pessoal, de ver que uma parcela da população passou a receber atendimento qualificado e que houve em parte a contribuição para que isso acontecesse.

Portanto, os números podem não ser muito expressivos, mas no contexto em que a unidade se encontrava considero que a ação foi formidável. Disponível a todos os usuários-alvo, estou consciente e orgulhoso por cada ação realizada, da busca-ativa às palestras, da adequação da agenda ao sorriso acolhedor na entrada. A ampliação da cobertura do Hiperdia para 45,4% (HAS) e 21,8 (DM) é o resultado do esforço da busca-ativa ou do “fluxo de resgate”, onde, no caso das pessoas com DM foi possível realizar até três vezes a quantidade de portadores a busca-ativa.

Foi possível realizar o exame clínico em 100% das pessoas com HAS e 100% das pessoas com DM que compareceram na unidade básica de saúde. Através disso foi

possível estar atendo para os exames dos pacientes e tentar, frente aos setores de marcação e regulação, garantir a realização dos procedimentos essenciais para o acompanhamento fechando 40% para HAS e 27% para DM. Aliado a isso, a preocupação com a garantia da prescrição de medicamentos disponíveis pela farmácia básica foi ideal, pois muitas pessoas não estavam utilizando os medicamentos porque não tinham condições de comprá-los. Neste âmbito, conseguimos alcançar 98,6% (HAS) e 96% (DM).

Através da reflexão crítica junto à equipe sobre a importância de realizar anotações adequadas tanto em prontuário quanto nas fichas próprias do acompanhamento, foi possível garantir o registro adequado para 67% referente tanto às pessoas com HAS quanto às pessoas com DM.

A estratificação de risco cardiovascular não foi realizada durante todos os atendimentos. Penso que isso tenha acontecido no momento de adequação do profissional médico à intervenção (durante os quatro meses foram três médicos diferentes). Neste caso, à princípio houve estranhamento referente às orientações sobre o processo de intervenção, pois a ideia é que “isso dá trabalho”. Além disso, esta meta foi pouco discutida pela equipe, ao contrário da proporção de pessoas com HAS e/ou DM com avaliação odontológica em dia, que foi amplamente discutida com a equipe e mesmo assim não houve o cumprimento ideal das metas, perfazendo apenas 20% para pessoas com HAS e 24% para pessoas com DM.

Ainda no contexto da odontologia, este problema é um caso à parte e que precisa de solução rápida. Antes este problema era apenas referente aos profissionais da medicina, mas pode ser vivenciado também com os profissionais da odontologia que é a escassez de profissionais e a consequente redução da carga horária de trabalho para que ocorra a permanência dos profissionais na unidade.

Referente às ações de promoção à saúde, durante as palestras, atendimentos individuais, sala de espera, acolhimento, busca-ativa e visitas domiciliares foi possível alcançar 100% das pessoas com hipertensão e 100% das pessoas com diabetes. Neste contexto incluem-se aqueles que não compareceram à unidade para o acompanhamento, mas que, no mínimo, receberam visita pelo ACS e este, capacitado durante a Educação Permanente, pode aprimorar a visita com as orientações sobre alimentação saudável, atividade física regular e os riscos do tabagismo.

Diante do que foi conquistado, entendo que o processo de intervir frente a determinado acompanhamento deve persistir, ser contínuo, renovador e para isso é necessário que ocorra a motivação profissional, o desejo de superação e também o



reconhecimento pessoal. Entendo que a falta de qualquer aspecto citado acarrete no não cumprimento de uma ou outra meta. Bem mais do que números, podemos perder pessoas. É necessário orientar os profissionais sobre o papel de ser um componente de uma equipe de Saúde da Família. Não é correto também utilizar a saúde como cabide de emprego, ou barganhar setores em troca de favores políticos. No entanto, chega a ser revoltante o que acontece no nosso país, no nosso estado, no nosso município. A troca de profissionais que estavam sendo elogiados pela comunidade e também por departamentos da gestão foi algo que atrapalhou o processo de reconhecimento de área, de interação com as pessoas, sejam elas colegas de trabalho ou os usuários que necessitam deste vínculo de confiança e que requer certo tempo para conquistá-lo.

Não pude estar presente em tempo integral na unidade, pois desde o início eu a adotei para a intervenção, mas tive que organizar meu tempo para assistir ao departamento de Atenção Básica e a orientação sobre a mudança no atendimento à HAS e DM. Contudo pude verificar a mudança acontecendo, e quando se está tão perto muitas vezes é difícil de ver as mudanças acontecerem. Mas houve um período em que pensei em desistir. Sim, pensei em desistir. Não por não acreditar que pudesse contribuir com a melhoria na qualidade de vida da população, mas porque exatamente como gestor da Atenção Básica encontrei-me de mãos atadas em diversas situações, principalmente com vencimentos de contratos, renovações que não aconteceram sem justa causa e troca de setores sem justificativa plausível. Entendo o quanto isso prejudicou a equipe, a comunidade e todo o processo em si.

A grande vantagem é a visão que se tornou aprimorada frente à Saúde da Família. Penso que o ideal seria que a coordenação de uma unidade de saúde seja exercida apenas por profissionais com especialização em Saúde da Família. Cheguei a essa conclusão porque a percepção enquanto generalista é muito diferente do enquanto especialista. Creio que deveria existir um processo de mudança que leve a isso, já que queremos obter uma mudança significativa no contexto da saúde.

### 4.3 Relatório de Intervenção para Gestores

Durante os meses de setembro, outubro, novembro e dezembro de 2013 a Estratégia de Saúde da Família (ESF) Centro I, foi alvo de um projeto de intervenção direta no melhoramento da qualidade de vida das pessoas que convivem com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes Melitus (DM). Através disso foi possível informar a população sobre as consequências das doenças citadas, o benefício da atividade física, da alimentação saudável, do combate ao tabagismo. Também foi possível garantir que todos os medicamentos prescritos sejam aqueles disponíveis na Farmácia Básica.

Foram atendidas 220 pessoas com HAS e 26 pessoas com DM. Durante os quatro meses a equipe de saúde da unidade se capacitou e se organizou para que as pessoas que convivem com as doenças crônicas citadas tivessem a garantia da qualidade em sua assistência, de acordo com o estipulado pelo Ministério da Saúde. Cumprir aquilo que é a função não foi fácil, tendo em vista as dificuldades para que este atendimento acontecesse como a pouca valorização do acompanhamento realizado na ESF. Desta forma, é possível dizer que a ampliação da cobertura do acompanhamento ao HAS e/ou DM foi de 45,4% (HAS) e 21,8 (DM).

O apoio da Gestão Municipal e da Secretária Municipal de Saúde foi essencial para que este projeto acontecesse. Primeiramente, é importante lembrar do apoio obtido para a especialização, através da carta de indicação institucional. Os recursos áudio-visuais, as unidades de saúde com estrutura adequada, medicamentos e materiais para procedimentos em quantidade suficiente são pontos positivos da gestão. Não é difícil encontrar informações de outros municípios que não fornecem a sua população todos estes benefícios

A unidade escolhida foi a ESF Centro I, que possui maior população na área adstrita (3183 habitantes). Destes, 671 são hipertensos. Antes de setembro, o acompanhamento dos usuários que convivem com HAS e/ou DM mostrava-se ineficaz e com pouca adesão do público alvo. Esta situação é alarmante, pois duas das maiores causas de hospitalização e óbito estão associadas com a Hipertensão: Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM).

As internações configuram maior gasto ao município, uma vez que a unidade hospitalar é municipalizada e não recebe contrapartida financeira de outras esferas de governo. Como o município não possui recursos para manter cardiologistas e neurologistas na rede hospitalar do município, na ocorrência das consequências os pacientes devem ser imediatamente encaminhados para a referência secundária ou terciária. Lembrando que este traslado envolve uma distância de 100 quilômetros sem asfalto o que acarreta na perda de tempo, algo que não pode ser perdido nessa situação.

Sendo assim, é necessário manter as qualidades referidas. No entanto, um ponto negativo é a ausência de materiais odontológicos, falta de equipe multiprofissional e o rodízio constante entre os profissionais de saúde. Entendo que a consulta odontológica melhora a qualidade de vida da comunidade. A presença de profissionais como fisioterapeuta, nutricionista e educador físico auxiliará na promoção da saúde, na prevenção de doenças e na reabilitação. A troca de profissionais não tem sido interessante para a comunidade, pois o profissional inserido na ESF precisa manter um vínculo de confiança com a comunidade. A troca de profissionais afeta negativamente a criação deste vínculo entre a comunidade e entre a equipe. É importante agradecer o apoio para esta intervenção tenha acontecido, em especial pela flexibilidade do horário para que pudesse fazer-se presente junto à equipe e também agradecer pela manutenção dos medicamentos para o tratamento e acompanhamento da HAS e DM.

#### 4.4 Relatório da Intervenção para a Comunidade

Durante os meses de setembro, outubro, novembro e dezembro de 2013 a Estratégia de Saúde da Família (ESF) Centro I, foi alvo de um projeto de intervenção direta no melhoramento da qualidade de vida das pessoas que convivem com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes Melitus (DM). Através disso foi possível informar a população sobre as consequências das doenças citadas, o benefício da atividade física, da alimentação saudável, do combate ao tabagismo. Também foi possível garantir que todos os medicamentos prescritos sejam aqueles disponíveis na Farmácia Básica.

Foram atendidos 220 pessoas com HAS e 26 pessoas com DM. Durante os quatro meses a equipe de saúde da unidade se capacitou e se organizou para que as pessoas que convivem com as doenças crônicas citadas tivessem a garantia da qualidade em sua assistência, de acordo com o estipulado pelo Ministério da Saúde. Cumprir aquilo que é a função não foi fácil, tendo em vista as dificuldades para que este atendimento acontecesse como a pouca valorização do acompanhamento realizado na ESF.

É por isso que foram realizadas quatro palestras especialmente feitas para a comunidade, para mostrar que a equipe está viva e pronta para cuidar, informar e orientar sobre como conviver com as patologias de forma saudável. É necessário falar sobre a importância democrática e autônoma que foi concedida a população através da Lei 8142/90, pois se trata de uma grande conquista, por vezes subutilizada e desvalorizada pelos próprios beneficiários. É importante salientar que o engajamento público é empreender. E quando falamos de empreendedorismo como ciência, sabemos a amplitude do conceito de depositar confiança, de acreditar e buscar meios para fazer determinada tarefa, de investir em algo benéfico e para o bem de todos.

O engajamento também precisa ser embasado analisando todo o meio cultural em que os agentes interagem neste processo ao qual estão inseridos e são dependentes de forma mútua, onde um depende do outro. “É bater-se por ela, pôr-se a disposição”, o que deveria acontecer em síntese é a participação nas escolhas, nas decisões, no planejamento e execução dos aspectos referentes à saúde coletiva da comunidade. Infelizmente, trata-se de uma bela base, mas com paredes pouco estruturadas. Isso significa que a própria população deveria ser mais ativa no desenvolvimento da Estratégia, como estratégia. Esbarramos também no real sentido dos princípios do SUS,

dentre eles, a integralidade, que diz respeito não apenas a atenção integral nos níveis do sistema, como também à integração de práticas, saberes, vivências e espaços do cuidado.

Fico a pensar nos benefícios da atuação ativa na identificação de problemas de saúde pública e também na busca pelas soluções. Trata-se da ausência de conhecimento da comunidade quando aos seus deveres e não apenas quanto aos seus direitos. Na Estratégia de saúde Centro de Jucuruçu, a população identifica os problemas, mas não é agente ativo na solução dos mesmos. No Brasil são cerca de 17 milhões de pessoas acometidas pela HAS, ou seja, 35% da população com 40 anos e mais. Esse número é crescente e seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam candidatas ao desenvolvimento dessas doenças. As ações da intervenção foram organizadas de forma a qualificar a prática clínica, promover a educação permanente com os profissionais que compõe a equipe de Saúde da Família, estabelecer o monitoramento e avaliação e também a busca pela organização e gestão do serviço. Através disso, foi possível melhorar a adesão dos usuários com HAS em 45,4% e com DM em 21,8%.

Como principais resultados, alcançamos também uma melhoria no registro das informações e da busca ativa aos faltosos através da sensibilização dos profissionais que aderiram aos momentos de capacitação realizadas a cada quinze dias e voltadas para o aperfeiçoamento do processo de trabalho, como forma a adequá-lo às necessidades do público-alvo. Conseguimos também garantir a prescrição de medicamentos do HiperDia existentes na Farmácia Básica para os usuários, onde foi possível alcançar em 98,6% das pessoas com HAS e 96% das com DM atendidas, e também promover a saúde através de orientações sobre os riscos do tabagismo, alimentação saudável e a importância da atividade física como importantes métodos para o controle hemodinâmico. De forma geral, houve melhoria no empenho da equipe, que passou a integrar as ações à rotina da unidade e a adesão ao protocolo do Ministério da Saúde sobre o acompanhamento da HAS e DM, possibilitando a vivência na Estratégia Saúde da Família de forma mais acolhedora, em que os princípios do Sistema Único de Saúde da integralidade e da universalidade, foram incorporados no cuidado.

Como solução para este problema, cito a conscientização, a leitura da carta dos direitos, da lei 8142, do quanto pessoas sofreram e até morreram porque lutaram pela democracia, pela voz do povo. E que a comunidade use o que está previsto em Lei, que

ajude a equipe a resolver os problemas de saúde e que valorize a equipe que está disposta a cuidar. A criação do Conselho Local de Saúde é uma importante arma a ser utilizada e que não pode ser descartada. A equipe precisa do apoio de vocês e, vocês podem não saber, mas vocês também precisam de nós.

## 5 Reflexão Crítica sobre o Processo Pessoal de Aprendizagem

Enfim, chegando à fase de conclusão da Especialização em Saúde da Família. Este processo em si já é motivo para reflexão da trajetória. Para isso, busquei um texto produzido durante a Unidade de Ambientação, como primeira tarefa:

*“Analisando o projeto pedagógico e o guia ao especializando, é possível notar que o curso de especialização em saúde da família visa valorizar as experiências de cada aluno com o trabalho na atenção primária a saúde, fornecendo uma troca de saberes que é importante para o crescimento de cada profissional. Acredito que esse “crescer mútuo” será capaz de fornecer maior subsídio para a assistência e gerência na atenção básica, principalmente na inserção da estratégia de saúde da família.”*

Realmente, este parágrafo, embora tenha sido produzido no início do curso, onde o processo de intervenção ainda estava inimaginável, foi possível perceber a intenção do curso. Por isso, reafirmo que a especialização forneceu um crescimento, não apenas mútuo, mas coletivo, pois mesmo aqueles que não tiveram acesso ao ambiente virtual de aprendizagem, como os demais componentes da equipe, puderam participar e aprender. O conhecimento obtido também foi extraordinário, pois foi capaz de mostrar aquilo que a equipe já estava incapaz de enxergar e, mais que isso, ajudou a solucionar os problemas.

*“Tendo em vista a minha vivência em saúde da família – vivência discreta, estou no quinto ano de atuação, mesmo período de graduação – entendo que seja importante o ouvir e o contribuir. O processo de aprimoramento da saúde da família é gradativo, lento e até estafante. Porém, é necessário para que a visão curativista seja alterada para a percepção e o agir preventivo, e a troca de experiências vem de encontro com o que os profissionais precisam: a unificação de metas baseadas na diversificação de ideias.”*

A promoção da saúde se destacou como uma meta levantada pelo curso, com a finalidade de mostrar o real sentido de uma estratégia de saúde da família e foi capaz de retirar os profissionais da zona de conforto. Em pouco tempo, já foi possível notar diferenças significativas como um público fiel ao acompanhamento da hipertensão e do diabetes, profissionais mais acolhedores e dados mais precisos.

*“São saberes infindos. Por isso, acredito que a formação sanitarista possibilitará aos profissionais especializando uma visão única e determinante para o futuro da saúde, pois mudanças podem ser adquiridas neste âmbito, como melhor intervenção, criação de projetos de captação e discussões sobre a melhor abordagem e gerência.”*

O curso não decepcionou, cumprindo o que prometeu no início. Foi possível identificar os problemas, estudar uma abordagem e causar uma revolução nos atendimentos, na demanda, na organização e gerência da unidade.

*“Creio que a proposta de interação no espaço (neste fórum) é válida e as orientações também estão sendo claras. Acredito que com o passar dos dias (na correria nossa de cada dia) iremos "quebrar o gelo" inicial e abraçar realmente o objetivo de compartilhar nossas vivências e a partir daí desenvolver resoluções.”*

Neste sentido, achei que a interação entre os colegas foi mínima, se comparado com outros cursos à distância, onde as discussões nos fóruns são mais intensas. Sinto que faltou um pouco mais de estímulo para a participação nos fóruns. Uma sugestão é que os estudos de prática clínica sejam realizados nos fóruns e não em atividades individuais, principalmente não os realizando durante o período de intervenção, pois estes estudos acabaram perdendo a sua eficácia na falta de tempo para dedicação a eles.

*“Percebo que a maioria dos colegas possuem praticamente o mesmo tempo de experiência com ESF, em diferentes lugares. Estou ansioso para ouvir e também para comentar sobre minhas experiências. Não sei por onde começar confesso, mas estou aberto a perguntas e diálogos. Aqui é o lugar onde podemos nos comunicar com respeito e tolerância. Talvez podemos iniciar falando a respeito da ética (assunto batido, mas sempre necessário) ou algo mais diferenciado/incomum.”*

Havia comentado sobre isso durante a tarefa com a então orientadora, mesma situação que citei pouco acima. Senti falta destes debates. A interação no DOE foi maravilhosa, se não fosse a paciência, os estímulos, as dicas, com certeza seria difícil ter chegado até este momento. Mas o curso termina e não posso dizer que criei um vínculo com os demais colegas.

*“Venho de uma realidade do interior, onde a população rural é três vezes maior que a população urbana. Isso dificulta e muito a rotina da unidade, levando-se em consideração que a nunca devemos ignorar a demanda espontânea. Isso seria mais uma situação administrativa.”*

Um fato que ocorreu durante a intervenção. Muitos usuários que convivem com HAS e/ou DM era provenientes de outras unidades básicas de saúde e foram atendidos, porém não cadastrados pela ESF, embora tenham sido orientados a procurar o serviço na



unidade de saúde da área de abrangência da residência dos mesmos. Obviamente, quando a residência destes usuários é mais próxima da ESF onde a intervenção estava acontecendo, este foi atendido, mas em alguns casos o que faltava era a devida orientação.

*“A proposta do curso é a qualificação dos profissionais da ESF através de diferentes realidades, saberes e experiências.”*

E a proposta não poderia ser melhor. A melhor forma de aprender é com a prática e mesmo à distância foi possível sentir a UFPEL por perto.

*“Referente a prática clínica, organização e gestão dos serviços, monitoramento e avaliação das equipes/trabalho prestado/feedback da comunidade, são peças fundamentais para o crescimento da equipe de saúde e conseqüentemente, da comunidade adstrita. Como enfermeiro, pude vivenciar claramente todas estas realidades, uma vez que, na minha região, o enfermeiro exerce a função assistencial e gerencial, coordenação dos ACS e também dos demais componentes da equipe.”*

Mesmo com o surgimento do profissional médico durante o segundo semestre de 2013 na unidade de saúde, ainda sim foi difícil orientá-los sobre o serviço dentro de uma ESF. Mesma situação do odontólogo. Entendo que a formação destes profissionais não é condizente com a necessidade de saúde do País, nem estão preparados para trabalhar numa ESF. Por isso, afirmo que todo profissional de saúde de nível superior que trabalhe numa ESF deveria ser especialista em Saúde da Família ou Saúde Coletiva. Desta forma, os profissionais falariam a mesma língua.

*“Espero que, o curso impregne nos especializando o resgate pelos valores do SUS, pelo trabalho em equipe, pela organização do sistema de atenção, pelo modelo de saúde que minimize históricos hierárquicos, que valorize a função de todos os profissionais presentes e participantes neste processo de reavivamento, re-estruturação, crescimento mútuo e compartilhamento de saberes.”*

Foi uma grande expectativa! Olhando como finalizei este texto, percebo que após 11 meses é possível dizer que houve melhoria significativa enquanto profissional, enquanto ser humano. Também visualizo melhorias significativas na qualidade de vida da população e também na forma como os profissionais entendem a ESF.

## 6 Referências Bibliográficas

BENSEÑOR, Isabela M. **Semiologia Clínica - Sintomas e Sinais Específicos**. 1ª ed. São Paulo: Sarvier, 2002, v. , p. 23-26.

BRASIL, Ministério da Saúde do. **Cadernos de Atenção Básica nº 15**. Hipertensão Arterial Sistêmica. Saúde da Família. Brasília-DF, 2006.

----- . Ministério da Saúde do. **Cadernos de Atenção Básica nº 16**. Diabetes. Saúde da Família. Brasília-DF, 2006.

MINAYO, Maria C.S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 6 ed. Petrópolis : Vozes, 1996.

**Plano Municipal de Saúde do Município de Jucuruçu**. Secretaria Municipal de Saúde. Jucuruçu-BA, 2013.

SIAB, **Sistema de Informação da Atenção Básica**. Gerência dos Serviços em Saúde. Central de Processamento de Dados. Jucuruçu-BA, 2013. Acesso em 03/09/13.

VARELLA, Dráuzio. **Tudo sobre Diabetes**. O que é Diabetes? Minha vida. Disponível em < > acesso em 03/09/2013.

**ANEXOS**



## Anexo 2 – Planilha de Coleta de dados

Microsoft Excel - Coleta de dados HAS e DM\_Caio (2)

Arquivo Editar Exibir Inserir Formatar Ferramentas Dados Janela Ajuda

Calibri 11

C17 7


A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T
4	<b>Informações da sua UBS:</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>		<b>OBSERVAÇÕES</b>														
5	Existe protocolo para atenção ao hipertenso ou diabético?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Pode ser protocolo do Ministério da Saúde ou de outra instituição.														
6	É adotada a Cademeta do hipertenso ou diabético?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Considere a cademeta oficial do Ministério da Saúde.														
7	Existe registro específico para a atenção ao hipertenso ou diabético?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Além do prontuário, assinale se existe ficha espelho ou ficha sombra do Cartão do hipertenso / diabético ou Ficha do Programa de Atenção aos hipertensos.														
8	É realizado apraqueamento / agendamento das consultas ao hipertenso ou diabético?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Considere se os hipertensos ou diabéticos são informados sobre a data de retorno na UBS e o agendamento deste retorno (dia e horário).														
9	As informações são monitoradas regularmente?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Considere a revisão das fichas (registros) para monitorar os hipertensos ou diabéticos faltosos.														
10	É realizada busca ativa dos hipertensos ou diabéticos que não comparecem às consultas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Considere se é feito contato (visita domiciliar, telefone, ...) com os hipertensos ou diabéticos para avisar sobre a necessidade de retorno ao serviço de saúde.														
11	É feita avaliação periódica do programa de atenção ao hipertenso ou diabético?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Considere se periodicamente (ex: mensal, trimestre, semestre ou anual) os dados são reunidos e discutidos pela equipe.														
12	Os dados são utilizados para o planejamento das ações?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Assinale se a equipe ou a gestão utiliza os dados para subsidiar o planejamento de ações dirigidas aos hipertensos ou diabéticos.														
14	<b>HIPERTENSOS</b>	<b>Mês 1</b>	<b>Mês 2</b>	<b>Mês 3</b>	<b>Mês 4</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>													
15	Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao hipertenso em cada mês da intervenção	88	152	220	220	Considere as pessoas que são <b>APENAS HIPERTENSOS</b> residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao hipertenso. Você pode obter este dado contando as fichas de hipertensos / fichas espelho / fichas sombra.													
16	<b>DIABÉTICOS</b>	<b>Mês 1</b>	<b>Mês 2</b>	<b>Mês 3</b>	<b>Mês 4</b>														
17	Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao diabético em cada mês da intervenção	7	24	26	26	Considere as pessoas que são <b>APENAS DIABÉTICOS</b> residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao diabético.													
19	Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)	671				Considere o total de hipertensos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao hipertenso na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACSISF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.													
20	Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)	192				Considere o total de diabéticos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao diabético na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACSISF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.													
25	*Estimativa no território																		
27	População total	3183				Digite a <b>população total</b> nesta célula de acordo com sua realidade e as estimativas serão calculadas automaticamente. Utilize estes números se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.													
29	Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais (67% da popul.)	2133																	
30	Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais HIPERTENSOS (22,7%) (VIGITEL, 2011)	484				Este seria o número total estimado de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitar na célula C18.													
31	Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais DIABÉTICOS (5,6%) (VIGITEL, 2011)	119				Este seria o número total estimado de diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitar na célula C20.													

Pronto

Apresentação Orientações Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores

POR 23:23  
PTB2 28/07/2014

## Anexo 3 – Documento do Comitê de Ética em Pesquisa – UFPEL



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

---

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>  
Prof<sup>a</sup> Ana Cláudia Gestal 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.

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

## **APÊNDICE**





Apêndice II – Fotos da Caminhada do Dia da pessoa com Diabetes Mellitus













