

**Universidade Aberta do SUS - UNASUS**  
**Universidade Federal de Pelotas**  
**Departamento de Medicina Social**  
**Especialização em Saúde da Família**  
**Modalidade à Distância (EaD)**  
**Turma 5**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DOS USUÁRIOS HIPERTENSOS E/OU  
DIABÉTICOS NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA “BAIRRO NORDESTE”, NO  
MUNICÍPIO DE NATAL/RN**

**Jesús Rafael Benito Grande Estévez**

**Pelotas, 2015**

**Jesús Rafael Benito Grande Estévez**

**Melhoria da atenção à saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos na  
Unidade de Saúde da Família “Bairro Nordeste”, no município de Natal/RN**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Tatiana Afonso da Costa

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

E79m Estévez, Jesús Rafael Benito Grande

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários Hipertensos e/ou Diabéticos na Unidade de Saúde da Família "bairro Nordeste", no Município de Natal/RN / Jesús Rafael Benito Grande Estévez; Tatiana Afonso da Costa, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

110 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Costa, Tatiana Afonso da, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A minha esposa, Débora, pelo apoio e grande capacidade de compreensão ao longo do Curso de Especialização, estando sempre do meu lado com grande dose de paciência e amor. As minhas filhas, igualmente com muito carinho. Aos meus pais, pela base de formação pessoal e os princípios que desde menino me inculcaram, em especial recordando a minha mãe “in memoriam”.

## **Agradecimentos**

Agradeço a toda a equipe de trabalho da “área verde” da USF do Bairro Nordeste de Natal/RN, pelo seu acolhimento desde o início, sem cuja ajuda este trabalho não seria possível. Igualmente à população da área de abrangência da Unidade e à Gestão Municipal do Distrito Sanitário Oeste da cidade de Natal.

## Resumo

GRANDE ESTÉVEZ, Jesús Rafael Benito. **Melhoria da atenção à saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos na Unidade de Saúde da Família “Bairro Nordeste”, no município de Natal/RN.** 2015. 107f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

As doenças crônico-degenerativas têm assumido importância cada vez maior no elenco de ações programáticas típicas da Atenção Básica, tais como as doenças cardiovasculares. Desta maneira, as doenças cardiovasculares são patologias com altas taxas de prevalência e morbimortalidade, associadas a diversos fatores de risco (hipertensão, diabetes, tabagismo, etc.). Porém, trata-se em geral de fatores de risco modificáveis através de diversas medidas de intervenção (diagnóstico precoce, educação em saúde, legislação, etc.). Na UBS do Bairro Nordeste, não temos dados e registros adequados da população alvo, mas temos a evidência do dia-a-dia quanto a alta prevalência e morbimortalidade neste grupo de doenças. Por isso, no intuito de melhorar a atenção aos usuários hipertensos e diabéticos da nossa área, para assim garantir assistência adequada e com qualidade, de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde (MS), iniciamos uma intervenção na UBS através do programa de atenção à HAS/DM. Essa ação foi realizada durante 12 semanas, de 12 de janeiro de 2015 a 12 de abril de 2015, por meio de ações que envolviam a capacitação técnica da equipe, o cadastramento da população alvo, o registro adequado, o monitoramento dos indicadores de cobertura e qualidade da assistência, o engajamento público, o acesso e a prática clínica baseada nos respectivos Cadernos de Atenção Básica do MS (CAB da HAS/2006 e CAB da DM/2006, ambos atualizados no ano 2013). Para acompanhar, monitorar, avaliar e reorganizar as ações, foram realizadas coletas de dados durante toda a intervenção, sendo que as mesmas se deram através da planilha fornecida pela UFPEL, sendo todos os dados monitorados periodicamente pela própria equipe de saúde. Assim, a intervenção - ainda que coincidissem com as obras de reforma da UBS - foi decisiva para a ampliação real da cobertura do programa, que chegou a 33,3% de hipertensos e 49% de diabéticos cadastrados (66/24 usuários, respectivamente), sendo um total de 70 indivíduos com 20 anos ou mais acompanhados, com predominância clara do sexo feminino (50 mulheres, para 20 homens) e com faixa etária predominante de idosos (38 pessoas com 60 anos ou mais). Além de ampliar a cobertura, a ação foi decisiva para a implementação do registro adequado dos usuários cadastrados e para a qualificação da atenção prestada. Também, é importante ressaltar que a intervenção conseguiu atingir a meta de 100% na maior parte das atividades relacionadas com a promoção da saúde (como alimentação saudável, exercício físico e luta contra o tabagismo) e impactou na qualidade da assistência. Por fim, vale ressaltar que após analisar e avaliar os indicadores obtidos, a equipe enfrenta o desafio de manter as conquistas, traçar novas metas e seguir melhorando a assistência prestada à população.

**Palavras-chave:** atenção primária à saúde; saúde da família; doença crônica; diabetes mellitus; hipertensão.

## Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos acompanhados pela equipe no programa de HAS/DM na USF Bairro Nordeste. Natal/RN, 2015.	70
Figura 2	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos acompanhados pela equipe no programa de HAS/DM na USF Bairro Nordeste. Natal/RN, 2015.	71
Figura 3	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos no programa de HAS/DM na USF Bairro Nordeste com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. Natal/RN, 2015.	72
Figura 4	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos no programa de HAS/DM na USF Bairro Nordeste com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. Natal/RN, 2015.	73
Figura 5	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos no programa de HAS/DM na USF Bairro Nordeste com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Natal/RN, 2015.	74
Figura 6	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos no programa de HAS/DM na USF Bairro Nordeste com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Natal/RN, 2015.	75
Figura 7	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos no programa de HAS/DM na USF Bairro Nordeste com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada. Natal/RN, 2015.	76
Figura 8	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos no programa de HAS/DM na USF Bairro Nordeste com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada. Natal/RN, 2015.	77
Figura 9	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos no programa de HAS/DM na USF Bairro Nordeste com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Natal/RN, 2015.	78
Figura 10	Gráfico indicativo da proporção de diabéticos no programa de HAS/DM na USF Bairro Nordeste com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Natal/RN, 2015.	79
Figura 11	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos no programa de HAS/DM na USF Bairro Nordeste faltosos às consultas com	80

busca ativa. Natal/RN, 2015.

- Figura 12 Gráfico indicativo da proporção de hipertensos no programa de HAS/DM na USF Bairro Nordeste com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. Natal/RN, 2015. 82
- Figura 13 Gráfico indicativo da proporção de diabéticos no programa de HAS/DM na USF Bairro Nordeste com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. Natal/RN, 2015. 83
- Figura 14 Gráfico indicativo da proporção de hipertensos no programa de HAS/DM na USF Bairro Nordeste com orientação sobre os riscos do tabagismo. Natal/RN, 2015. 85
- Figura 15 Gráfico indicativo da proporção de hipertensos no programa de HAS/DM na USF Bairro Nordeste com orientação sobre higiene bucal. Natal/RN, 2015. 87



## Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAB	Caderno de Atenção Básica
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DAB	Departamento de Atenção Básica
DCV	Doenças Cardiovasculares
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EAD	Educação à Distância
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
FR	Fatores de Risco
FRV	Fatores de Risco Vascular
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Vírus do Papiloma Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PMM	Programa Mais Médicos

PSF	Programa Saúde da Família
RCV	Risco Cardiovascular
RN	Rio Grande do Norte
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SESAP	Secretaria de Estado da Saúde Pública
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISPrenatal	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família
VD	Visita Domiciliar

## Sumário

Apresentação .....	10
1 Análise Situacional .....	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	11
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	13
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	29
2 Análise Estratégica .....	30
2.1 Justificativa .....	30
2.2 Objetivos e metas .....	32
2.2.1 Objetivo geral .....	32
2.2.2 Objetivos específicos .....	33
2.2.3 Metas.....	33
2.3 Metodologia .....	35
2.3.1 Detalhamento das ações .....	35
2.3.2 Indicadores .....	45
2.3.3 Logística .....	52
2.3.4 Cronograma.....	59
3 Relatório da Intervenção.....	60
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	62
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	64
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	66
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	67
4 Avaliação da intervenção.....	69
4.1 Resultados.....	69
4.2 Discussão .....	87
5 Relatório da intervenção para gestores .....	91
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	94
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	96
Referências .....	98
Anexos .....	99

## **Apresentação**

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) é resultado final do planejamento, execução e análise da intervenção realizada - de 12 de janeiro de 2015 a 12 de abril de 2015 - no programa de atenção à saúde dos usuários hipertensos/diabéticos na USF do Bairro Nordeste de Natal/RN, formando parte do Curso de Especialização da UNASUS/UFPEL, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Sua estrutura consta de partes bem diferenciadas. A primeira é a Análise Situacional, que traz um relatório do funcionamento da USF antes da intervenção e a segunda é a Análise Estratégica, que faz uma justificativa da escolha do foco de intervenção e descreve a metodologia utilizada para alcançar os objetivos propostos, além de anexar o cronograma das atividades necessárias para conseguir as metas e os objetivos descritos.

Mais adiante temos a terceira parte, o Relatório da Intervenção, que apresenta um resumo das ações previstas que foram desenvolvidas (com referência também às que não foram desenvolvidas), junto com um breve comentário acerca das facilidades e limitações nos aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados, além de fazer uma análise da viabilidade da incorporação das ações à rotina do Serviço. Já na quarta parte, na Avaliação da Intervenção, há um relatório completo dos resultados encontrados, com análise e discussão dos mesmos.

Finalmente, encontram-se dois pequenos relatórios, um para a comunidade e outro para a gestão, ambos realizados com a finalidade de conseguir a implicação real de ambas as partes no projeto; concluindo o TCC com uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem através da intervenção e da especialização em saúde da família da UFPEL.

## **1 Análise Situacional**

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

Minha Unidade Básica de Saúde (UBS) está no Bairro Nordeste da cidade de Natal/RN, localizada em zona urbana no Distrito Oeste da capital do Estado e tem quatro equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), todas elas compostas por: 1 enfermeiro/a, 2 técnicos/as de enfermagem, 5 agentes comunitários/as de saúde (ACS) e 1 médico/a que no caso da minha equipe sou eu (do Programa "Mais Médicos"). Além disso, a Unidade conta com 2 cirurgiões-dentistas e 2 auxiliares de higiene bucal (1 dentista e 1 auxiliar para cada 2 equipes), como também com o pessoal da administração e acolhimento (1 administradora e 2 auxiliares administrativas). Na verdade, todo o pessoal tem dedicação de 8 horas por dia (em horário de manhã e tarde).

Estruturalmente, a unidade de saúde necessita de alguma reforma para sua adaptação aos tempos atuais, já que tem mais de 30 anos de existência, mas ainda assim não apresenta problemas importantes para a atenção básica de saúde. Trata-se de um posto de propriedade municipal, que está composto por: 1 recepção-arquivo, 1 sala de espera, 1 escritório de administração (diretoria), 1 local de armazenamento e dispensação de medicamentos, 1 sala de descontaminação de material, 1 sala de laboratório (para coletas de sangue, preventivos, etc.), 1 sala de nebulização, 1 sala de vacinas, 1 sala de curativos, 1 sala de preparo, 1 sala de administração de injetáveis, 1 sala do enfermeiro/a, 2 salas para atendimento médico (consultórios), 1 sala de ginecologia, 1 sala de odontologia, 2 banheiros (1 para o pessoal e 1 para os usuários), 1 quarto da limpeza/lixo e 1 copa/cozinha, além de um local anexo para reuniões do pessoal e educação para a saúde (palestras, etc.). O espaço físico da UBS é compartilhado por quatro equipes, sendo insuficiente, como também é insuficiente o equipamento (que é mínimo ou quase inexistente no caso dos médicos de família) e insuficiente à disponibilidade de medicamentos na farmácia (onde falta medicação básica).

Assistimos a aproximadamente 12.500 pessoas dependentes da UBS, sendo que mais de 3.500 são atendidas pela minha equipe. Nossa área de abrangência - área verde - é a de maior nível socioeconômico do bairro, sendo a sua população de classe média e média-baixa em geral, com menores taxas de pobreza e marginalidade, como também de delinquência e drogadição, que outras áreas e bairros do entorno.

Já o acesso da população a unidade de saúde é pelo sistema de fichas e agendamento, estando organizado o trabalho por dias da semana: Demanda livre (na segunda-feira de manhã), saúde da criança (na segunda-feira de tarde), Atenção à hipertensão e diabetes (na terça-feira de tarde), Reunião das equipes (na quarta-feira de tarde), Visita domiciliar (na quinta-feira de manhã), Exames/provas diagnósticas (na quinta-feira de tarde) e Gestantes (na sexta-feira).

Quanto aos usuários com obesidade e doenças crônicas metabólicas, são atendidos normalmente junto aos usuários do programa para hipertensos e diabéticos, já que, com frequência, apresentam vários fatores de risco ou patologias crônicas inter-relacionadas. Já nas manhãs da terça-feira e quarta-feira não há atividades programadas, ao não ter expediente, por serem esses turnos voltados para o Curso de Especialização (8 horas semanais).

Em relação ao trabalho da enfermeira da minha equipe, ela compartilha com o médico a atenção à criança e a atenção à mulher (planejamento familiar, gravidez, etc.), ao mesmo tempo, atua como líder da equipe nas relações com a administração e a comunidade.

Quanto ao número máximo de atendimentos diários, são geralmente de dez usuários agendados para cada turno e mais outros dois atendidos pelo sistema de fichas (como demanda livre diária), respeitando sempre as urgências e as prioridades (idosos, deficientes, gestantes e meninos de colo). Já no caso da visita domiciliar, o número de visitas depende da disponibilidade de carro (se for necessário) e das solicitações feitas nos dias prévios pelos ACS, procurando não passar do máximo de 4 visitas, ao mesmo tempo que priorizando as visitas de usuários imobilizados e crônicos com limitação importante.

No referente à relação com a comunidade, o relacionamento limita-se a reuniões periódicas ou esporádicas das equipes com alguns grupos de população (como idosos, gestantes, hipertensos e diabéticos), a maioria das vezes em relação às atividades coletivas de educação em saúde.

Por último, em relação à saúde global do município, este conta com bastantes postos de saúde e vários hospitais, além dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), contando também com duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA-24 horas) e SAMU (para atenção das urgências/emergências).

## **1.2 Relatório da análise situacional**

Minha UBS está situada no Bairro Nordeste da cidade de Natal, capital do Estado de Rio Grande do Norte (RN), na Região Nordeste do Brasil. A Unidade está localizada em zona urbana, no Distrito Oeste da cidade, sendo de propriedade municipal, ainda que vinculada ao SUS. A população do município, no censo demográfico de 2010, era de 803.739 habitantes, concentrando 25,4% da população estadual. Dessa população total, 52,98% eram do sexo feminino e 47,02% do sexo masculino; quanto à faixa etária: 21,92% possuíam menos de quinze anos, 71,06% entre 15 e 64 anos, e 7,02% acima dos 65 anos. A densidade populacional era 4.808,20 hab./km<sup>2</sup>, a sexta maior dentre as capitais brasileiras.

Já de acordo com a estimativa realizada em 2013 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população do município passou a ser de 853.929 habitantes, sendo o décimo nono município mais populoso do país. Porém, sua região metropolitana, formada por outros nove municípios do RN, possui uma população de quase 1,5 milhões de habitantes, formando a quarta maior aglomeração urbana do Nordeste e a décima sexta maior do Brasil.

Segundo o IBGE, em 2003, a incidência de pobreza era de 40,86%; já em 2010, 88,2% da população vivia acima da linha de pobreza, 7,57% entre as linhas de indigência e pobreza e 4,23% abaixo da linha de indigência. Segundo a Prefeitura de Natal, existem registros de loteamentos irregulares (incluindo favelas, mocambos, palafitas ou assemelhados), sendo que em 2010, 10,13% da população vivia nestes espaços; geralmente são pessoas que vieram de outras cidades ou mesmo de outros estados à procura de melhores oportunidades de vida, porém não conseguiram emprego e acabaram em afixar-se em aglomerados subnormais.

Com relação à saúde global do município, este conta com bastantes postos de saúde e vários hospitais (públicos e privados), além de ter dentro da estrutura do

SUS diversas equipes de características específicas especiais, entre elas os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), contando também com duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e com o SAMU (para atenção das urgências/emergências). De forma geral, quanto a estabelecimentos de saúde, segundo informações do IBGE, Natal dispunha em 2009 de um total de 423, sendo 88 públicos e 335 privados; neles a cidade possuía 2.834 leitos para internação, além de contar também com atendimento ambulatorial em especialidades básicas e atendimento odontológico. Por outro lado, Natal contava, em abril de 2010, com 16.461 profissionais de saúde.

Já de acordo com dados do MS (SAS/DAB) e do IBGE, Natal tem atualmente 200 equipes de saúde da família credenciadas pelo próprio MS, mas só 108 cadastradas no Sistema (das que 105 estão implantadas); quanto às equipes de saúde bucal, temos 200 credenciadas e 88 cadastradas (todas elas implantadas). A cobertura populacional estimada é de 44,31 % (362.250 hab.), sendo que a população total era de 817.590 pessoas em maio de 2014.

Olhando alguns indicadores relacionados com a saúde, em 2008 foram registrados 12.374 nascidos vivos, sendo que 7,9 % nasceram prematuros, 49,4 % foram de partos cesáreos e 18,4% foram de mães entre 10 e 19 anos (1,1 % entre 10 e 14 anos); a taxa bruta de natalidade foi de 15,5. No mesmo ano, a taxa de mortalidade infantil era de 16,4 por mil nascidos vivos e a taxa de óbitos era de 5,0 por mil habitantes. Já em 2009, existiam em Natal 278.165 mulheres em idade fértil (entre 10 e 49 anos).

A partir disso, posso apresentar a UBS em que trabalho, destacando que a população da área de abrangência está estimada no momento atual em, aproximadamente, 12.500 pessoas e a população da área adstrita no caso da minha equipe, o número de habitantes da atual “área verde”, é de aproximadamente 3.500 pessoas, com um perfil demográfico detalhado que ainda é desconhecido para mim, mas que tem uma clara predominância do sexo feminino, sendo a área de maior nível socioeconômico do bairro, composta por uma população de classe média (em crescimento) e médio-baixa (em geral), com menores taxas de pobreza e marginalidade, como também de delinquência e de adição a drogas que outras áreas e bairros do entorno. Atualmente, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) tem aberto um processo de reterritorialização da área de abrangência da UBS, que sem



dúvida acarretará mudanças significativas na estrutura populacional correspondente a cada uma das quatro equipes de atenção básica.

Quanto a recursos humanos, a UBS tem quatro equipes da ESF, todas elas compostas por: 1 enfermeiro/a, 2 técnicos/as de enfermagem, 5 agentes comunitários/as de saúde (ACS) e 1 médico/a que no caso da minha equipe sou eu (do Programa "Mais Médicos"). Além disso, a Unidade conta com 2 cirurgiões-dentistas e 2 auxiliares de higiene bucal (1 dentista e 1 auxiliar para cada 2 equipes), assim como também 1 auxiliar de farmácia, além de pessoal de administração e acolhimento (1 diretor-administrador, 2 auxiliares administrativas e 1 auxiliar no arquivo). Na verdade, todo o pessoal tem dedicação de 8 horas por dia (repartidas em horário de manhã e tarde), com independência do seu vínculo laboral (MS, Estado ou Município).

Em minha opinião, pelos dados informados na UBS e aqueles outros que eu conheço atualmente com mais detalhe, acredito que o número e o tamanho das equipes são adequados ao tamanho da população da área de abrangência; e quanto à minha própria equipe, acredito também que o tamanho do serviço - em número de recursos humanos - é adequado para o tamanho da área adstrita.

Estruturalmente, a unidade de saúde está necessitando de alguma reforma importante para sua adaptação aos tempos atuais, já que a construção tem mais de 30 anos, mas ainda assim não apresenta problemas importantes para a atenção básica de saúde (no contexto mais literal da expressão). Porém, nos últimos meses passou por algumas reformas interiores, ficando com a seguinte estrutura física no interior: 1 recepção-arquivo, 1 sala de espera, 1 escritório de administração (diretoria), 1 local de armazenamento e dispensação de medicamentos, 1 sala de descontaminação de material, 1 sala de laboratório (para coletas de sangue, preventivos, etc.), 1 sala de vacinas e de administração de injetáveis, 1 sala de curativos, 1 sala de preparo, 4 salas de enfermagem, 3 salas para atendimento médico (consultórios), 2 salas de odontologia, 2 banheiros (1 para o pessoal e 1 para os usuários), 1 quarto da limpeza/lixo e 1 copa/cozinha, além de um local anexo para reuniões do pessoal e de educação para a saúde (palestras, etc.).

Com essas reformas a Unidade ficou sem a sala de nebulização e eu continuo ainda sem ter um consultório próprio, já que o espaço físico do imóvel é insuficiente, como também é insuficiente o equipamento (que é mínimo ou quase inexistente no caso dos médicos de família) e insuficiente a disponibilidade de

medicamentos na farmácia (onde falta medicação básica). Tudo isso impede uma boa prática profissional, já que em minha opinião não se podem ter quatro equipes onde só tem espaço para três, nem praticar a medicina sem um mínimo de equipamento básico, como tampouco fazer prescrições de medicamentos que a população não pode comprar (por falta de recursos econômicos) e que na unidade de saúde não tem.

Em relação às atribuições das equipes, cada profissional tem dentro da sua equipe funções em comum e outras específicas, tudo de acordo com o preconizado pelo MS em diversas legislações aplicáveis. Ainda assim, temos necessidades e limitações: 1) A participação do processo de territorialização e mapeamento da área de abrangência, quanto à identificação de grupos e famílias ou indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades, está quase limitada à atuação dos profissionais na própria Unidade e à atuação dos ACS na comunidade; 2) Os cuidados à população da área de atuação da equipe são realizados prioritariamente na UBS e também nos domicílios dos usuários (quando for necessário), mas a atenção de saúde na comunidade (escolas, associações, etc.) é no momento atual quase inexistente ou limitada a atuações esporádicas; 3) Não são realizados procedimentos de pequenas cirurgias nem atendimentos de urgências/emergências, já que a Unidade não tem condições para prestar esses tipos de atenção, ao não ter local apropriado nem os materiais e os medicamentos necessários; 4) No geral, quase não estamos trabalhando com protocolos e os encaminhamentos para outros níveis do sistema de saúde tem problemas de coordenação, como é a falta de contra-referência, etc., o que dificulta o acompanhamento do plano terapêutico proposto ao usuário e faz impossível o acompanhamento nos casos de internação; 5) A educação popular em saúde está tendo um papel secundário, limitada às atividades educativas individuais na própria consulta ou no domicílio do usuário, sendo que as atividades coletivas de promoção da saúde só estão disponíveis para alguns grupos (como hipertensos e diabéticos, ou também gestantes); 6) Quanto às atividades de educação permanente dos profissionais, estas são claramente insuficientes, com conteúdos pouco atrativos e de pouco interesse na prática clínica habitual, estando limitadas na maioria dos casos às atividades de planejamento e avaliação; e 7) Atualmente não há um Conselho Local de Saúde ativo e a participação social da comunidade no âmbito da saúde é mínima.

Como propostas de soluções, posso indicar as seguintes: 1) Participar ativamente do processo de territorialização e mapeamento da nossa área de atuação, identificando grupos e famílias ou indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades, mediante reuniões de periodicidade semanal com os ACS e, também, mantendo atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos da área; 2) Realizar o cuidado da saúde da população adstrita, prioritariamente no âmbito da UBS, e quando necessário no domicílio, mas também estendendo progressivamente a atenção a outros espaços comunitários (escolas, associações, etc.), começando em uma primeira fase pelos colégios com palestras de educação em saúde e implantação de programas de saúde escolar (saúde buco-dental, vacinas, prevenção de DSTs, prevenção de acidentes, etc.); 3) Adaptar uma sala para acolhimento multiprofissional dos usuários, para fazer a escuta qualificada das necessidades de saúde, realizando uma primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e a identificação das necessidades de intervenções de cuidados; 4) Ajeitar uma sala da Unidade com o instrumental e os materiais necessários para fazer pequenos atendimentos de urgência/emergência e alguns procedimentos de pequena cirurgia; 5) Estabelecer protocolos de atuação e coordenação entre os diferentes níveis do sistema de saúde, estabelecendo de forma sistemática a obrigatoriedade do atestado de alta hospitalar e o preenchimento da referência/contra-referência nos documentos de encaminhamento a outros níveis de atenção; 6) Aumentar as ações de educação em saúde à população adstrita (palestras, lanches, caminhadas, etc.), criando novos grupos sociais (adolescentes, planejamento familiar, etc.) e mantendo os que já estão funcionando na atualidade (como hipertensos, diabéticos e gestantes); 7) Continuar realizando as reuniões multiprofissionais periódicas na UBS, mas não só para discutir o planejamento e avaliação das ações das equipes, como também para fomentar as atividades de educação permanente dos próprios profissionais, além de solicitar uma maior oferta por parte das instituições relacionadas com a saúde (MS, SESAP, SMS, etc.), com conteúdos baseados nas necessidades reais dos profissionais, previamente conhecidas através de alguma pesquisa; e 8) Reativar o Conselho Local de Saúde para promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social, além de procurar a identificação de parceiros e recursos na comunidade (escolas, igrejas, indústrias, associações, etc.), que possam potencializar as diversas ações de saúde.

Quanto à atenção à demanda espontânea, o acolhimento dos usuários na UBS é realizado na própria recepção e no corredor da Unidade pelos ACS e, quando necessário, também pelo diretor-administrador, não existindo atualmente nenhuma sala multiprofissional para este tipo de atividade. O acolhimento é feito pela manhã e atualmente também pela tarde, na primeira hora de funcionamento da unidade de saúde, já que a demanda espontânea é mais frequente no começo das atividades (sobretudo, na primeira hora da manhã); depois passa a ser realizado na recepção e na administração, por pessoal com função administrativa e também pelo próprio diretor-administrador da Unidade. Assim, somente usuários com problemas agudos ou com necessidades evidentes de cuidados ou risco social, são passados para escuta qualificada (atendimento, se for necessário) pelo profissional adequado. Em todo caso, temos uma demanda espontânea muito pequena no dia-a-dia, o que normalmente não causa sobrecarga de trabalho da equipe; ainda assim, eu faço uma reserva na agenda do dia para dois possíveis atendimentos em cada turno, derivados do acolhimento dessa demanda espontânea.

Mas para fazer o acolhimento com equidade e qualidade, é preciso estabelecer um fluxograma, partindo de que a recepção é o primeiro contato do usuário com a Unidade, mas há situações imprevistas que podem precisar da escuta qualificada de um profissional num espaço adequado, ainda que convenha aclarar que pode haver acolhimento antes e depois, com ou sem uma sala específica. Considerando que o acolhimento na minha UBS não está de acordo ao padrão do MS, uma proposta nesse sentido pode ser a adaptação do fluxograma à nossa realidade de acordo à modelagem de acolhimento previamente escolhida e a classificação da situação de risco/vulnerabilidade.

Já em relação ao tipo de atenção básica implantado na UBS, quando eu cheguei, há aproximadamente cinco meses, a Unidade já estava funcionando dentro da ESF e realizando ações relacionadas com as atividades dos diversos programas de saúde desenvolvidas pelas quatro equipes de atenção básica no âmbito das suas respectivas áreas e em acordo teoricamente com os protocolos do MS, não existindo atualmente na Unidade nenhum manual técnico ou protocolo específico de atendimento para uso diário em nenhum dos programas. Além disso, o acesso da população a unidade de saúde é pelo sistema de fichas e agendamento, estando organizado o processo de trabalho das equipes por dias da semana, ainda que os processos agudos sejam atendidos em qualquer dia, sem que na minha equipe

tenhamos geralmente problemas de excesso da demanda espontânea. Atualmente eu tenho distribuído o trabalho assim: Demanda livre (na segunda-feira de manhã), Controle do menino sadio (na segunda-feira de tarde), Gestantes (na terça-feira de tarde), Hipertensão e Diabetes (na quarta-feira de tarde), Demanda livre (na quinta-feira de manhã), Exames/provas diagnósticas (na quinta-feira de tarde), Visita domiciliar (na sexta-feira de manhã), e Reunião das equipes (na sexta-feira de tarde).

Todos os dados de cada consulta são registrados no prontuário do usuário (que é arquivado na correspondente pasta familiar) e também nas respectivas cadernetas aprovadas pelo MS (no caso de gestantes, crianças ou idosos). Já quanto à comunicação dos dados à Gerência do Distrito para ingressar eles no sistema informático correspondente (SIAB, SISPrenatal, etc.), isso era feito até agora pelo diretor-administrador da Unidade, mas, desde o dia 1 de agosto de 2014, cada profissional (exceto ainda o pessoal de odontologia) preenche para cada usuário uma ficha padronizada, sendo posteriormente digitados os dados por uma auxiliar administrativa, para introduzir eles no sistema informático do E-SUS.

Além disso, os programas de saúde da família que estão presentes atualmente na nossa UBS são os definidos pelo MS: 1) Atenção ao pré-natal de baixo risco; 2) Atenção à saúde da criança (crescimento e desenvolvimento); 3) Atenção à saúde da mulher na prevenção e tratamento dos cânceres de colo do útero e de mama; 4) Atenção aos usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus; 5) Atenção à saúde do idoso (ainda não protocolado na Unidade); e 6) Atenção à saúde bucal.

Assim, quanto à atenção ao pré-natal de baixo risco, é realizada alternativamente pelo médico e pela enfermeira de cada equipe, de acordo com o protocolo do MS quanto a número e frequência das consultas, e com a participação dos outros profissionais das equipes (cirurgião-dentista, psicóloga, técnicos de enfermagem, ACS, etc.). No caso da minha equipe, o processo de trabalho para atenção ao pré-natal se desenvolve atualmente na terça-feira, nos dois turnos (de manhã e de tarde), ainda que no caso do médico seja só de tarde.

A primeira consulta do pré-natal é realizada normalmente pela enfermeira, quem faz o cadastro da gestante e da para ela as primeiras orientações, como também faz a indicação das vacinas que lhe devem ser administradas. Posteriormente, no mesmo dia pela tarde, o médico faz uma primeira avaliação e

solicita os exames de laboratório do primeiro trimestre, além de fazer a primeira prescrição de sulfato ferroso e ácido fólico.

Quanto à cobertura de pré-natal, acredito que é bem baixa, já que a estimativa do Caderno de Ações Programáticas (CAP) é de 187.5 gestantes, e o número que me foi facilitado, referido a gestantes atendidas e acompanhadas na UBS, é de só 40 mulheres; provavelmente, há uma parte importante de gestantes que procuram obstetras privados ou recebem atenção através de planos de saúde. Quanto ao puerpério, considerando que o número de partos nos últimos 12 meses foi de 20, a cobertura de 11% que da na estimativa do CAP é muito baixa, sendo também provável que há mulheres que são atendidas por obstetras privados ou através de planos de saúde, além de que a mulher normalmente procura mais atenção durante a gravidez que no puerpério.

Em relação aos poucos indicadores de qualidade da atenção pré-natal avaliados pelo CAP, ainda que a primeira vista parecem aceitáveis, exceto os referidos a exame ginecológico e saúde bucal, acredito que todos eles têm que chegar ao 100%. E quanto aos indicadores de qualidade da atenção ao puerpério, acredito que a maior parte deles em relação com a consulta do puerpério está em níveis bem aceitáveis, já que chegaram ao 100%, mas é importante conseguir a meta do 100% de mulheres que consultam antes do dia 42 após do parto, como também que todas sejam examinadas corretamente em todas as consultas de puerpério.

Entendo que há vários aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção ao pré-natal na UBS: 1) Acredito que é muito importante fazer uma captação precoce das gestantes da nossa área de abrangência (sobretudo, através dos ACS no âmbito das suas respectivas microáreas); 2) Também é necessário orientar as gestantes acerca da importância das consultas do puerpério e do aleitamento materno, como também aos ACS para que façam uma procura ativa das mulheres que não vêm as consultas, facilitando, se for possível, a atenção ao puerpério da mãe conjuntamente com as atividades de puericultura do filho; 3) Incluir no programa do pré-natal a oferta de atenção buco-dental (que na atualidade é quase inexistente); e 4) Avaliar periodicamente pela equipe os aspectos positivos e as dificuldades apresentadas na atenção ao pré-natal e puerpério, na procura de melhorar a organização dos registros, assim como os indicadores de cobertura e de

qualidade, a adesão da população às ações propostas, o planejamento e monitoramento das ações, a participação dos diferentes membros da equipe de saúde, etc.

Já no referente à saúde da criança, às ações relacionadas com as atividades de puericultura, focadas no crescimento e desenvolvimento desde o nascimento até 72 meses de idade, são também realizadas alternativamente pelo médico e pela enfermeira de cada equipe, de acordo com o protocolo do MS e com a participação de outros profissionais das equipes (cirurgião-dentista, psicóloga, técnicos de enfermagem, ACS, etc.). Na minha equipe, o processo de trabalho na área da saúde da criança desenvolve-se atualmente na segunda-feira, nos dois turnos (de manhã e tarde), ainda que no caso do médico seja feito de forma prioritária pela tarde.

A primeira consulta é realizada normalmente pela enfermeira, quem faz o cadastro do lactente e da para a mãe as primeiras orientações acerca dos cuidados do bebê, como também informações das ações desenvolvidas na Unidade na área de saúde da criança, com indicação das vacinas que devem ser administradas e dos testes a aplicar (teste do pezinho, teste da orelhinha, teste do olhinho, etc.). Posteriormente, no mesmo dia, o médico faz uma primeira avaliação e reforça as orientações básicas quanto à atenção da criança nos primeiros meses de vida. As vacinas são administradas pelos técnicos de enfermagem e registradas no prontuário da criança, como também na caderneta e na ficha-sombra que fica na UBS.

Em relação ao CAP na área da saúde da criança, só engloba crianças menores de 12 meses, ainda que o Programa de Atenção à Saúde da Criança compreenda crianças de 0 a 72 meses. Assim, quanto à cobertura de puericultura na Unidade, em relação ao número de crianças menores de um ano residentes na área e acompanhadas na UBS, acredito que é bem baixa já que é de só um 12%, ou seja, 22 crianças cadastradas quando o número estimado é de 183. Provavelmente, há uma parte importante de crianças nesta faixa etária que estão sendo atendidas por pediatras no âmbito da medicina privada ou recebem atenção através de planos de saúde.

Em relação aos poucos indicadores de qualidade avaliados pelo CAP, ainda que à primeira vista possam parecer altos (exceto em saúde bucal), acredito que é importante na maioria deles chegar a metas bem próximas aos 100%. Chama muito

minha atenção o indicador relativo à saúde bucal, que está abaixo de 50%, provavelmente devido a uma falta de interesse das famílias, unido a um baixo nível sociocultural da população.

Assim, temos: 68% de consultas em dia de acordo com os protocolos do MS, 32% de consultas atrasadas em mais de sete dias; 91% de crianças com teste do pezinho realizado em até sete dias; 77% de crianças com a primeira consulta nos primeiros sete dias de vida; 91% de crianças com triagem auditiva, com monitoramento do crescimento na última consulta, com monitoramento do desenvolvimento na última consulta, orientadas para aleitamento materno exclusivo, orientadas para prevenção de acidentes e com vacinas em dia e 41% com avaliação de saúde bucal.

Entendo, ao igual que no caso da atenção pré-natal, que há vários aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados, de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à saúde da criança na UBS:

- 1) Fazer uma captação precoce das crianças menores de um ano da nossa área de abrangência (sobre tudo, através dos ACS no âmbito das suas respectivas microáreas), com a antecipação da primeira consulta de todos os recém-nascidos para até os sete dias de vida, facilitando no início -se for possível- a atenção ao puerpério da mãe conjuntamente com as atividades de puericultura do filho;
- 2) Orientar às mães acerca da importância do aleitamento materno, como também da utilização do sulfato ferroso com fins profiláticos dos 6 meses até os 18 - 24 meses de vida (para prevenção da anemia);
- 3) Fomentar a educação em saúde mediante a realização de atividades de grupo com mães e pais, que já devem começar no pré-natal (orientações básicas, importância das vacinas na criança, promoção do aleitamento materno, saúde bucal, etc.);
- 4) Avaliar periodicamente pela equipe os aspectos positivos e as dificuldades apresentadas na atenção à saúde das crianças, na procura de melhorar a organização dos registros, assim como os indicadores de cobertura e de qualidade, a adesão da população às ações propostas, o planejamento e monitoramento das ações, etc.;
- 5) Participação dos diferentes membros da equipe de saúde na criação de um protocolo de atendimento específico, com inclusão de critérios para classificação de crianças de risco (atualmente inexistente na Unidade); e
- 6) Prestar especial atenção às crianças e suas famílias em situação de violência.



Quanto ao controle dos cânceres de colo do útero e de mama, é realizado basicamente pelo médico e pela enfermeira de cada equipe, mas com participação também doutros profissionais da Unidade (técnicos de enfermagem, ACS, etc.). Assim, quanto à coleta de amostras para exames preventivos do câncer de colo de útero na população alvo (mulheres de 25 a 64 anos de idade), é feita normalmente pela enfermeira da equipe por iniciativa própria ou por encaminhamento do médico. Já no caso do câncer de mama, a requisição de mamografia na população alvo (mulheres de 50 a 69 anos de idade), como de ultrassonografia, quando necessário, é realizada pelo médico (além do exame clínico das mamas). A periodicidade destes exames preventivos é conforme aos protocolos do MS, tendo em conta também - além da população alvo - às mulheres com fatores de risco ou sinais de alarme/alerta. Todos os dados das consultas e resultados de exames são registrados no prontuário da mulher.

A cobertura no caso do câncer do colo do útero, em relação a mulheres de 25 a 64 anos residentes na área e acompanhadas na UBS, é muito baixa, já que temos apenas 12% de mulheres nessa idade cadastradas. Esse número está baixo, provavelmente, devido a que uma grande parte de mulheres jovens não procura a Unidade e, também, pela falta de iniciativa da equipe. Igualmente considero bem baixa uma cobertura 20% no caso do câncer de mama, em relação ao número de mulheres de 50 a 69 anos residentes na área e acompanhadas para prevenção deste tipo de câncer.

Já os indicadores de qualidade, para o controle do câncer de colo do útero, avaliados pelo CAP, são muito aceitáveis quando referidos à promoção e educação em saúde, uma vez que temos 97% de usuárias orientadas sobre prevenção do câncer de colo de útero e das doenças de transmissão sexual (DTS). Outros dados satisfatórios fazem referência a exames coletados com amostras satisfatórias (95%) e com exames coletados com células representativas da junção escamocolumnar (92%). Todavia, alguns dados precisam de investimentos, são eles: apenas 44% das usuárias estão com exame citopatológico em dia; 15% estão com exame citopatológico atrasado mais de 6 meses, 24% de mulheres estão com exame citopatológico alterado e, apenas 16% receberam avaliação específica de risco.

Para os indicadores de qualidade no controle do câncer de mama, temos: 86% de mulheres entre 50 e 69 anos com mamografia em dia e 84% receberam orientação sobre prevenção do câncer de mama. Porém, dois indicadores merecem

especial atenção, temos 16% da população do programa com mamografias atrasadas em período superior a 3 meses e apenas 19% avaliadas em relação a risco para câncer de mama.

A partir dos dados apresentados acima, entendo que há vários aspectos do processo de trabalho nesta área que poderiam ser melhorados, de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção no controle dos cânceres do colo do útero e da mama na minha UBS: 1) Fazer uma captação ativa da população alvo e da população de risco para os programas preventivos destes cânceres no âmbito da nossa área de abrangência (sobre tudo, através dos ACS nas suas respectivas microáreas); 2) Encaminhar com caráter preferencial ao nível secundário as mulheres diagnosticadas de câncer ginecológico ou com lesões pré-cancerosas, sendo também avaliadas psicologicamente na UBS ou CAPS, além de procurar uma coordenação real entre a atenção primária e a secundária no seguimento destas usuárias; 3) Fomentar a educação em saúde mediante a realização de atividades com grupos de mulheres (orientações sobre prevenção do câncer ginecológico, auto-palpação periódica das mamas, preventivos, informação sobre práticas sexuais de risco e vacina HPV, tabagismo, etc.); e 4) Fazer reuniões periódicas das equipes, na procura de melhorar a organização dos registros e os indicadores de qualidade, e também criando um protocolo de atendimento específico com inclusão de critérios para classificação de risco (atualmente inexistente na Unidade).

Já em relação à atenção aos hipertensos (HAS) e diabéticos (DM), as ações de controle são realizadas basicamente pelo médico de cada equipe com ajuda da sua enfermeira, junto com os respectivos técnicos de enfermagem, mas com participação também de outros profissionais da Unidade (ACS, etc.). Assim, quanto à medida da pressão arterial (PA), é realizada pelos técnicos de enfermagem na sala de preparo em quase todos os usuários que vão à UBS para qualquer tipo de atendimento; não assim a determinação da glicemia, que atualmente não é realizada por falta de aparelho para efetuar a medida. Já a enfermeira encarrega-se da educação em saúde destes usuários, como também da prescrição dos medicamentos de continuação (com a supervisão do médico) e do controle das feridas em diabéticos. Porém, quase todo o pessoal da Unidade participa nas reuniões e atividades coletivas de educação em saúde para hipertensos e diabéticos (palestras, caminhadas, etc.).

Todos os dados das consultas e resultados de exames são registrados no prontuário dos usuários, mas não há na Unidade nenhum registro específico com dados relevantes (exceto um deficiente registro HIPERDIA por sexo e faixa etária) nem há monitoramento das ações realizadas, como tampouco há manual técnico ou protocolo específico de atendimento.

Quanto à cobertura no caso da HAS, e relação ao número total de usuários hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS, acredito que não é adequada já que é de só um 21%; provavelmente essa baixa cobertura seja devida a que uma grande parte de adultos jovens, assintomáticos e/ou com outras preocupações (laborais, familiares, socioeconômicas, etc.), não procura a Unidade até estar com alguma outra doença. Igualmente considero baixa, ainda que relativamente aceitável, uma cobertura de 36% no caso da DM, em relação ao número de usuários diabéticos de 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS.

Quanto aos poucos indicadores de qualidade no controle da HAS avaliados pelo CAP, considero muito aceitáveis os referidos à atividade física regular (92%) e alimentação saudável (95%), como também os referidos a exames complementares periódicos em dia (73%). Já outros indicadores precisam melhorar, como a estratificação de risco cardiovascular (24%), o atraso da consulta agendada em mais de 7 dias (30%), e sobretudo a avaliação da saúde bucal (17%).

No caso da DM, quanto aos indicadores de qualidade, são muito aceitáveis os referidos às orientações sobre atividade física regular e alimentação saudável (94%), como também os referidos a exames complementares periódicos em dia (93%), palpação dos pulsos em membros inferiores e medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses (78%) e exame físico dos pés também nos últimos 3 meses (74%). Agora bem, outros indicadores precisam melhorar, como a estratificação de risco cardiovascular (41%), o atraso da consulta agendada em mais de 7 dias (39%) ou a avaliação de saúde bucal em dia (36%).

É por todo isso que entendo que há vários aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados, de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção no controle da HAS e da DM na UBS:

- 1) Fazer uma captação ativa da população alvo dos programas preventivos da HAS/DM no âmbito da nossa área de abrangência, verificando e registrando a PA de qualquer adulto quando vier à UBS para consulta ou outras atividades (sobretudo, se

não tiver registro no prontuário de ao menos uma verificação da PA nos últimos dois anos), e no caso da DM, solicitar da gestão municipal um glicômetro para a determinação instantânea da glicemia capilar na população alvo; 2) Criar um protocolo de atendimento específico, ou adaptar algum já existente, para o controle e seguimento dos usuários com HAS e DM, baseado sempre nos respectivos Cadernos de Atenção Básica do MS, com inclusão de critérios para a estratificação de risco de doença cardiovascular baseados no escore de Framingham; 3) Aumentar o fomento da educação em saúde, mediante a realização de atividades coletivas com grupos de hipertensos e diabéticos ou com outros fatores de risco associados, assim como também ocasionalmente para a população geral da área de abrangência; e 4) Avaliar periodicamente dentro de cada equipe os aspectos positivos e as dificuldades apresentadas no programa HIPERDIA, como também estar na procura de melhorar a organização dos registros, assim como os indicadores de cobertura e de qualidade, a adesão da população às ações propostas, o planejamento e monitoramento das ações, etc.

Finalmente, em relação à saúde dos idosos não existe nenhum programa específico protocolado para este grupo etário na minha Unidade. Não há manual técnico ou protocolo de atuação, como tampouco há registros específicos nem monitoramento regular das ações relacionadas. Porém, as atividades focadas na saúde das pessoas desta faixa etária (maiores de 60 anos) são realizadas pelas quatro equipes da Unidade dentro da rotina diária de trabalho, e são prestadas em qualquer dia de atendimento, ainda que preferencialmente nos dias de demanda livre (por todos os profissionais e de acordo com a competência de cada qual), tanto para processos crônico-degenerativos como para processos agudos, sem que tenhamos problemas de excesso da demanda espontânea. É importante ressaltar que minha equipe realiza visita domiciliar com periodicidade semanal (atualmente na manhã da sexta-feira), sendo 95% das visitas para atendimento de pessoas idosas agendadas previamente.

Todos os dados das consultas são registrados nos prontuários dos usuários, e o profissional que presta a atenção também faz preenchimento da caderneta do idoso naqueles poucos que estão em posse dela. Quanto às vacinas, são administradas pelos técnicos de enfermagem e registradas no prontuário, como também na caderneta pessoal e na ficha-sombra que fica na UBS, incluída a vacina anual contra a gripe, porém não há atividades coletivas próprias deste grupo.

Quanto à cobertura da atenção à saúde do idoso, referida a pessoas de 60 anos ou mais residentes na área e acompanhadas na UBS, é de 84%, sendo que a estimativa do número de idosos residentes na área parece bem adequada à nossa realidade. Já em relação aos poucos indicadores de qualidade avaliados pelo CAP, resulta evidente que são muito baixos, provavelmente devido a uma falta de interesse das famílias e ao baixo nível socioeconômico da população, como também por falta de iniciativa da própria equipe de saúde. Temos apenas 4% dos idosos com avaliação da saúde bucal em dia, 5% com avaliação multidimensional rápida, 7% com caderneta de saúde, 9% em investigação de indicadores de fragilização na velhice, 13% em investigação de risco para morbimortalidade, 17% de diabéticos e 39% de hipertensos.

Quanto à orientação acerca do exercício físico regular, temos um valor aceitável de 58%, sendo que muitos idosos estão com mobilidade reduzida ou acamados, e quanto ao indicador de acompanhamento em dia ele é bastante adequado, 76%. O melhor dos indicadores de qualidade é o referido à orientação para uma alimentação saudável, que é de 83%.

Contudo, assim, como no caso dos outros programas, há vários aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura em até 100% e melhorar a qualidade da atenção à saúde do idoso na nossa Unidade. Assim, apresento a seguir, algumas sugestões para potencializar o trabalho da equipe e melhorar os indicadores do programa: 1) Criar no âmbito da UBS o Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, junto com um protocolo geral de atendimento, e ir criando progressivamente diversos protocolos específicos, adequados aos problemas mais frequentes e prioritários da atenção básica nesta faixa etária, com o estabelecimento de critérios para classificação de risco; 2) Fazer uma captação ativa através dos ACS - no âmbito das suas respectivas microáreas - das pessoas de 60 anos ou mais com riscos para a saúde, incluído risco psicossocial; 3) Fomentar a educação em saúde sobre estilos de vida saudáveis (hábitos higiênicos, alimentação, exercício, saúde bucal, etc.), mediante a realização de atividades em grupo (palestras, reuniões, caminhadas, etc.); 4) Avaliar periodicamente dentro de cada equipe os aspectos positivos e as dificuldades apresentadas na atenção à saúde dos idosos, na procura de melhorar a organização dos registros, assim como os indicadores de cobertura e de qualidade, a adesão da população às ações propostas, o planejamento e monitoramento das ações, as

atividades de educação em saúde e a participação dos diferentes membros da equipe de saúde; 5) Prestar especial atenção ao processo de envelhecimento e as condições ambientais do entorno próximo ao idoso, como também às repercussões do envelhecimento na família; e 6) Fazer entrega da Caderneta do Idoso a todas as pessoas idosas.

Por último, em relação ao CAP nas diversas áreas de atenção à saúde na Atenção Básica, é preciso ressaltar que ele busca levantar os aspectos que minimamente deveriam estar em funcionamento na Unidade, através de indicadores de cobertura e qualidade. O seu preenchimento foi feito, em geral, através dos dados que me foram facilitados na UBS por algumas enfermeiras e por alguns ACS, de acordo com os registros da Unidade e dos próprios ACS, como também dos dados extraídos dos prontuários, já que eu não tenho acesso ao sistema informático da unidade de saúde nem ao próprio SIAB.

Assim, quanto aos denominadores apresentados pelo CAP, com relação à população total informada, estão - no caso da minha UBS - muito abaixo dos dados que para mim foram informados pelos ACS. Desconheço os motivos desta diferença tão grande nos dados, ainda que acredite que uma das razões pode ser que há muitas pessoas que têm planos de saúde e por isso não procuram a Unidade, como também que o cadastro de população da área de abrangência está incompleto e desatualizado e, além disso, há várias microáreas sem ACS.

Já quanto à estimativa do CAP com base na distribuição da população brasileira, em relação com a distribuição por sexo e faixa etária na área de abrangência da UBS, os dados da minha realidade também são muito diferentes dos estimados no próprio CAP, estando muito abaixo deles. Desconheço também o porquê de tão grande diferença, ainda que acredite que pode ser pelo que já apontei anteriormente, isso é, que em grande parte pode ser devido a planos de saúde que têm muitas famílias, como também ao cadastro de população desatualizado e falta de ACS em algumas microáreas.

Igualmente passa o mesmo em relação ao número estimado de gestantes e de crianças menores de 1 ano existentes na área de abrangência da UBS, que não parece de acordo com a minha realidade (como já apontei anteriormente), acreditando que muitas mulheres (não só as gestantes) procuram obstetras/ginecologistas privados ou através de planos de saúde, ao mesmo tempo

que procuram pediatras para seus filhos também no âmbito da medicina privada ou através de planos de saúde.

Já na área da saúde bucal, a atividade laboral foi mínima na Unidade nos últimos meses por falta de material e insumos, pelo que os dados subministrados ao CAP correspondem ao passado mês de abril (2014). Assim, quanto à média de procedimentos clínicos por habitante/mês em relação à capacidade instalada, baseada no número total de procedimentos mensais, que foi de 486 no mês, considero que pode ser avaliada favoravelmente, já que está em acordo com o preconizado pelo MS, sendo que é de 0.5 % quando o MS recomenda entre 0.4 % (mínimo) e 1.6 % (máximo).

Concluindo, acredito que há muito que mudar na minha UBS, começando pela própria estrutura do prédio e pelo o equipamento mínimo necessário para uma boa prática clínica (quanto a instrumental e material técnico de apoio, como também de mobiliário), assim como criar um sistema eficaz de reposição de insumos e medicamentos básicos. Esses são os maiores desafios, já que de pouco serve ter programas e protocolos de atuação se não temos os meios para realizar as práticas necessárias ou recomendadas neles.

Por outro lado, entendo que a UBS tem muitos recursos de pessoal para atender as necessidades da área de abrangência, mas conta com pouco espaço físico e ainda mal distribuído. Além disso, há um comportamento individual forte dentro das equipas, em parte propiciado pela própria estrutura física da Unidade, que impede em grande medida o trabalho em equipa, como também há uma grande dose de desinteresse e desmotivação dos funcionários, além da pouca credibilidade nas autoridades e instituições, pelo que opino que é necessário criar fórmulas de estímulo e incentivo do pessoal para garantir assim uma dedicação satisfatória e ao mesmo tempo gratificante para eles.

### **1.3 Comentário comparativo entre o texto situação da ESF/APS e o relatório situacional**

Comparando este relatório atual com o texto da tarefa da segunda semana de ambientação, em relação à pergunta "Qual a situação da ESF/APS em seu serviço?", posso concluir que não há grandes mudanças na UBS, exceto pequenas

reformas estruturais com fins paliativos, sem transcendência significativa nos diferentes serviços prestados pelas equipes de atenção básica, como também não tem transcendência alguma - em minha opinião - à substituição da administradora da Unidade por um diretor-administrador (com idênticas funções) ou algumas mudanças no reparto de dias e turnos para as distintas atividades das equipes.

Por outro lado, é importante ressaltar que no momento atual conheço melhor a estrutura e o funcionamento da UBS, o que me permitiu avançar na compreensão e elaboração da descrição desse relatório. Em todo caso, após a aplicação dos diversos questionários, o que talvez mais me surpreendeu foi o enfoque essencialmente curativo da atenção prestada na unidade, que está mais na linha da medicina tradicional e não muito de acordo com os princípios da ESF, mas, em geral, os distintos aspectos relacionados com os questionários aplicados não me surpreenderam muito e até o momento não houve mudanças significativas na UBS.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

É bem conhecido pelos profissionais da saúde que as doenças crônico-degenerativas têm assumido importância cada vez maior no âmbito das ações programáticas próprias da Atenção Básica, isso em função da modificação da pirâmide populacional e do estilo de vida, que levam estas doenças até condições epidêmicas na população brasileira e, em geral, em todo o mundo (BRASIL, 2006).

Assim, quanto às doenças cardiovasculares, trata-se de patologias com altas taxas de prevalência e morbimortalidade, como bem demonstram diversas publicações médicas (dentre elas, os documentos do MS). São doenças que afetam grande parte da população e que estão implicados diversos fatores de risco, dentre eles a HAS e a DM, além de outros relacionados (como o tabagismo, as dislipidemias, etc.), sendo que todos eles são fatores de risco modificáveis total ou parcialmente (através do diagnóstico e tratamento precoce, das mudanças nos estilos de vida, da educação popular em saúde, de medidas legislativas, etc.) (BRASIL, 2006).



No caso da HAS, de acordo com os dados do próprio MS, trata-se de uma condição muito prevalente na população, que contribui para efeitos adversos à saúde de natureza grave (incluindo mortes prematuras, ataques cardíacos, insuficiência renal e acidente vascular cerebral). Já quanto a DM do tipo II, também de acordo com os dados do MS, sua prevalência está aumentando (de jeito que aproximadamente um 7% dos adultos da população brasileira tem esse problema), sendo importante ressaltar que lidera como causa de graves problemas de saúde (cegueira, doença renal, amputação) e tem grande repercussão no aumento da mortalidade, sobretudo, por eventos cardiovasculares (BRASIL, 2006).

A partir desses dados, a UBS em que atuo trabalha com o Programa de Atenção aos Hipertensos e Diabéticos dentro de uma estrutura física que conta, atualmente, com: 1 recepção-arquivo, 1 sala de espera, 1 escritório de administração (diretoria), 1 local de armazenamento e dispensação de medicamentos, 1 sala de descontaminação de material, 1 sala de laboratório (para coletas de sangue, preventivos, etc.), 1 sala de vacinas e de administração de injetáveis, 1 sala de curativos, 1 sala de preparo, 4 salas de enfermagem, 3 salas para atendimento médico (consultórios), 2 salas de odontologia, 2 banheiros (1 para o pessoal e 1 para os usuários), 1 quarto da limpeza/lixo e 1 copa/cozinha, além de um local anexo para reuniões do pessoal e de educação para a saúde (palestras, etc.). Quanto à constituição da minha equipe, está composta no momento atual por: 1 enfermeira (em situação de baixa laboral temporal), 2 técnicos/as de enfermagem, 3 agentes comunitárias de saúde (uma delas com licença de maternidade recente) e 1 médico (que sou eu).

Já no apartado de população da área adstrita à minha equipe, ela está em torno de 3.500 pessoas. Desta forma, a população alvo em minha área tem um perfil demográfico detalhado que ainda não é bem conhecido para mim, mas que tem uma clara predominância do sexo feminino, sendo a área de maior nível socioeconômico do bairro, composta por uma população de classe media (em crescimento) e médio-baixa (em geral), com menores taxas de pobreza e marginalidade, como também de delinquência e de adição a drogas que outras áreas e bairros do entorno.

É importante lembrar aqui, quanto à população alvo atendida pela UBS (cobertura), que a população total da área de abrangência, após das últimas modificações de âmbito territorial, é de aproximadamente 12.500 pessoas, estando ainda atualmente toda a área em processo de reterritorialização por parte da gestão

municipal. Porém, a cobertura do Programa de Atenção à HAS/DM é baixa em ambos os casos.

Por outro lado, a adesão da população alvo, atualmente atendida na UBS, é aceitável e, quanto à qualidade da atenção à saúde desta população, é melhorável em diversos aspectos (como estratificação de risco cardiovascular, atraso de consulta agendada ou avaliação da saúde bucal). Já quanto às ações de promoção em saúde, algumas delas são desenvolvidas atualmente em forma de atividades coletivas (palestras, lanches, caminhadas, etc.), mas também individualmente nos atendimentos habituais do dia-a-dia, sendo importante aumentar a periodicidade das atividades coletivas (limitada por falta de disponibilidade da estrutura e de recursos) e também a qualidade dessas atividades (que passa por acrescentar a educação continuada dos profissionais).

Por fim, destaco que, atualmente, o grau de implementação da ação programática HAS/DM na nossa Unidade é baixo (muito simples), com pouco envolvimento das equipes - acredito que por falta de interesse e de incentivos - e com dificuldades/limitações diversas (sobretudo, em relação à estrutura/equipamentos e também por falhas na organização/funcionamento da UBS).

Porém, há aspectos que viabilizam a realização da intervenção. Dentre eles, destaco a vontade inicial da minha equipe para participar no projeto e a clareza dos protocolos/manuais técnicos do MS (Cadernos de Atenção Básica de HAS/DM, que foram atualizados no ano 2013); como também há aspectos em que a intervenção vai sem dúvida melhorar a atenção à saúde da população alvo, já que a ação programática escolhida vai ter continuidade no tempo de forma indefinida (permanente) e vai contemplar os quatro eixos propostos pelo Curso (organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público, e qualificação da prática clínica), além de que vai estar pautada nos princípios do SUS e trata-se de uma ação que precisa ser melhorada na Unidade em ambos os casos (HAS e DM), com o objetivo final de reduzir a morbimortalidade por eventos circulatórios (cardiovasculares, cerebrovasculares, etc.) e ao mesmo tempo manter a melhor qualidade de vida possível dos usuários.

## **2.2 Objetivos e Metas**

### 2.2.1 Objetivo Geral

Melhorar a atenção à saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos na Unidade de Saúde da Família “Bairro Nordeste”, no município de Natal/RN.

### 2.2.2 Objetivos Específicos:

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

### 2.2.3 Metas:

Relativo ao objetivo 1: Ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos em na área de abrangência.

Meta 1: Ampliar a cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde para 50%;

Meta 2: Ampliar a cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde para 50%.

Relativo ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 3: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos;

Meta 4: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos;

Meta 5: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo;

Meta 6: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo;

Meta 7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;

Meta 8: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde;

Meta 9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos;

Meta 10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Relativo ao objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 11: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada;

Meta 12: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Relativo ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 13: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;

Meta 14: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativo ao objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 15: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;

Meta 16: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativo ao objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 17: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos;

Meta 18: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos;

Meta 19: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos;

Meta 20: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos;

Meta 21: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos;

Meta 22: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos;

Meta 23: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos;

Meta 24: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabético.

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na USF “Bairro Nordeste”, no Município de Natal (RN). Para a sua implementação, adotamos como base os protocolos atuais do MS, por meio dos Cadernos de Atenção Básica nº 37/HAS e nº 36/DM (2013); porém, entanto a equipe não tenha disponibilizados esses protocolos, utilizará os já existentes atualmente na UBS, nº 15/HAS e nº 16/DM (2006).

Participarão da intervenção torno de 198 pessoas hipertensas e 49 pessoas diabéticas, de acordo com a estimativa do número total de hipertensos e diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da UBS, considerando que o território abrange uma população total de 1300 pessoas aproximadamente, com predominância a favor do sexo feminino.

É importante ressaltar que a duração inicialmente prevista foi reduzida em quatro semanas por reorganização do Calendário da Turma 5 do Curso de Especialização, pelo que o projeto deverá ser desenvolvido no período de 12 semanas.

### **2.3.1 Detalhamento das Ações**

## **REFERENTE À COBERTURA DO PROGRAMA**

AÇÃO: Cadastrar 50% dos usuários no programa de atenção de hipertensos e diabéticos.

Detalhamento da Ação: O cadastramento inicial de usuários hipertensos e diabéticos da área adstrita no programa será feito na segunda semana da intervenção, sendo que, na primeira semana da intervenção, o médico e a enfermeira capacitarão os ACS sobre a forma correta do cadastramento e sobre a importância de tal ação. Para o cadastramento dos hipertensos e diabéticos, será disponibilizado um modelo de formulário - baseado na ficha-espelho da UFPel - contendo todos os dados necessários para o cadastro dos usuários. Serão responsáveis do cadastramento os próprios ACS, que visitarão todos os domicílios das suas respectivas microáreas, em um processo de busca ativa de moradores hipertensos e/ou diabéticos. Além disso, para a organização do registro específico do programa, a enfermeira da equipe revisará o registro do HIPERDIA, identificando os usuários com hipertensão e/ou diabetes que vieram ao serviço nos últimos três meses, ao mesmo tempo em que localizará os prontuários destes para transcrever todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha-espelho. O cadastramento também acontecerá diariamente para os usuários hipertensos/diabéticos atendidos em consulta médica ou de enfermagem, sendo preenchidos os dados correspondentes da ficha-espelho, sob a responsabilidade do médico e da enfermeira.

## **REFERENTE AO MONITORAMENTO, ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO**

AÇÃO 1: Monitorar e acompanhar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no programa de atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento da Ação: Toda a quinta-feira, no turno da tarde até a finalização do expediente, será realizado o monitoramento da cobertura do programa de HAS/DM, com revisão dos dados das fichas-espelho e dos prontuários (se for preciso), para

digitação da planilha Excel fornecida pela UFPel e conferência dos números de atendimentos previstos. Nessa planilha eletrônica de coleta de dados é onde serão inseridos semanalmente, pelo próprio médico responsável do monitoramento, os usuários cadastrados no programa, sendo que ao final de cada mês serão consolidadas na planilha as informações coletadas na ficha-espelho.

AÇÃO 2: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento da Ação: Toda a quinta-feira, no turno da tarde até a finalização do expediente, será realizado o monitoramento do exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos, com revisão dos dados das fichas-espelho e dos prontuários (se for preciso), para digitação da planilha Excel fornecida pela UFPel, onde serão inseridos os dados semanalmente, pelo próprio médico responsável do monitoramento, sendo que ao final de cada mês serão consolidadas na planilha as informações coletadas.

AÇÃO 3: Monitorar e controlar os medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Detalhamento da Ação: O controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos, junto com a manutenção de registro das necessidades de medicamentos dos usuários cadastrados, será realizado semanalmente pela auxiliar da farmácia da unidade, que informará ao médico com periodicidade mensal na última reunião de equipe de cada mês. Em todo caso, o monitoramento do acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA será responsabilidade do médico, utilizando as informações proporcionadas pela própria auxiliar (livreta de notas/cadastro) e as contidas na folha-espelho, com o correspondente preenchimento da planilha eletrônica de coleta de dados, do mesmo jeito que nas outras ações de monitoramento da intervenção e com a mesma periodicidade. O problema, no caso dos medicamentos, é que a funcionária que está ao cargo da farmácia da unidade de saúde só trabalha em determinados dias da semana (não todos os dias nem todos os turnos) e não pertence à nossa equipe; é por isso que muitos usuários adquirem seus remédios nas duas farmácias do bairro ou de fora dele. Em consequência, o médico da equipe conversará com a funcionária e com o

diretor da unidade para chegar a algum acordo que garanta o cumprimento das ações relacionadas com o programa da Farmácia Popular/HIPERDIA.

AÇÃO 4: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas nos protocolos de HAS e DM (consultas em dia), como também a realização da busca ativa dos usuários faltosos.

Detalhamento da Ação: Toda a quinta-feira, no turno da tarde até a finalização do expediente, será realizado o monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas nos protocolos de HAS e DM (consultas em dia), com revisão das fichas-espelho e dos prontuários (se for preciso), sendo responsável do monitoramento o próprio médico da equipe, que na planilha eletrônica de coleta de dados inserirá semanalmente os dados relativos ao cumprimento da periodicidade das consultas, sendo que ao final de cada mês serão consolidadas na planilha as informações coletadas. No monitoramento também serão tidas em conta as informações apresentadas na reunião pelos ACS, já que todas as quintas-feiras devem dar conta daqueles usuários das suas respectivas microáreas que eles têm conhecimento de atrasos ou faltas.

AÇÃO 5: Monitorar os registros e manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento da Ação: Toda a quinta-feira, no turno da tarde até a finalização do expediente, será realizado o monitoramento da qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde, com revisão das fichas-espelho e dos prontuários (se for preciso), sendo responsável do monitoramento o próprio médico da equipe, que na planilha eletrônica de coleta de dados inserirá semanalmente os dados relativos à qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade, sendo que ao final de cada mês serão consolidadas na planilha as informações coletadas. Por outro lado, a enfermeira da equipe assume manter as informações do SIAB atualizadas, ao mesmo tempo em que vai ajudar na implantação da planilha/registro específico de acompanhamento, além de pactuar com a equipe o registro das informações. Porém, fica definido o médico como responsável pelo monitoramento dos registros.



AÇÃO 6: Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta, exame complementar e demais processos avaliativos de risco.

Detalhamento da Ação: A equipe devera-se reunir para organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, quanto ao atraso na realização de exame complementar, quanto a não realização de estratificação de risco, quanto a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e quanto ao estado de compensação da doença. Será responsável pela ação o médico da equipe, auxiliado pela enfermeira, sendo previsível que a reunião ocorra na segunda semana da intervenção, para nela discutir entre todos acerca da organização de um sistema de registro adequado a nossa realidade nessas questões acima sinaladas. Em todo caso, por enquanto continuará a situação atual, na que os próprios ACS verificam dia-a-dia as situações de usuários em atraso ou faltosos, sendo que todas as quintas-feiras, na reunião de equipe, dão conta dessas situações e ao final da reunião organizam as visitas domiciliares dos usuários de suas respectivas microáreas (faltosos ou com atrasos), sendo responsáveis de organizar a agenda para acolher aos provenientes dessas buscas domiciliares.

## **REFERENTE À QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

AÇÃO 1: Garantir e monitorar a realização de exames aos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados no programa.

Detalhamento da Ação: Instituir, como rotina de atendimento da equipe de saúde, a tomada da medida da pressão arterial (em todos os casos) e hemoglicoteste (se o glicômetro estiver disponível) de todas as pessoas adultas que comparecerem à unidade de saúde para algum atendimento, junto com a determinação do peso e da estatura, como também, em todas as visitas domiciliares de pessoas adultas. Esta ação será de responsabilidade dos técnicos de enfermagem da nossa equipe, sendo realizada durante toda a intervenção e sendo necessários os seguintes materiais: esfigmomanômetro, estetoscópio, manguito, báscula, equipamento de medição de

altura, fita métrica, glicômetro, tiras reativas, lancetas, álcool, gazas e ficha-espelho/caderno de acompanhamento.

AÇÃO 2: Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS/DM.

Detalhamento da Ação: Na verdade, o acolhimento deve acontecer com independência da intervenção, mas até o momento atual está funcionando de forma inadequada na nossa unidade, pelo que é necessário melhorar diversos aspectos relacionados com este tema. Assim, no caso dos hipertensos e diabéticos, sem prejuízo de agendar os usuários para consulta programada com a periodicidade sinalada no protocolo (bem como por critério médico, quando indicado), serão acolhidos no mesmo dia/turno aqueles usuários considerados de alto risco, como também os que apresentem processo agudo intercorrente, sendo responsáveis do acolhimento os respectivos ACS (ou bem a enfermeira, quando o usuário mora em uma microárea sem ACS).

AÇÃO 3: Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos) e para realização do hemoglicoteste (glicômetro, tiras reativas) na unidade de saúde, como também a versão atualizada impressa dos protocolos da HAS e DM.

Detalhamento da Ação: Inspeção de todo o material usado para a tomada da medida da pressão arterial, sendo que a inspeção precisará acontecer na primeira semana, para verificar se todo o material necessário está disponível, e sendo da responsabilidade da enfermeira da equipe. Também solicitar à Gestão Municipal, na primeira semana da intervenção e através do diretor da unidade, o fornecimento de glicômetro para realização do hemoglicoteste (que atualmente não temos na unidade), assim como a versão impressa dos protocolos atuais da HAS e DM do MS, sendo responsável pela solicitação do glicômetro e dos protocolos o próprio médico da equipe.

AÇÃO 4: Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa (incluindo uso adequado do manguito), e também para

realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento da Ação: A enfermeira da equipe será a encarregada e responsável de capacitar na própria unidade aos técnicos de enfermagem, com a finalidade de fazer uma verificação adequada e criteriosa da pressão arterial (em acordo com o protocolo do MS) e também para a realização adequada do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial alta sustentada (maior que 135/80 mmHg). Serão utilizados como materiais adicionais os próprios protocolos do MS, sendo que a capacitação ocorrerá na primeira semana da intervenção, em horário estabelecido pela própria enfermeira.

AÇÃO 5: Definir atribuições e capacitar os profissionais de acordo com os protocolos de HAS e DM adotados pela unidade de saúde, estabelecendo periodicidade para atualização em HAS e DM dos profissionais.

Detalhamento da Ação: A definição das atribuições de cada profissional na ação programática em geral, como no próprio exame clínico de usuários, será realizada no início da intervenção (na primeira semana), sendo da responsabilidade conjunta do médico e da enfermeira; em todo caso, o estabelecimento do papel de cada membro da equipe será feito de forma criteriosa (atendendo basicamente à categoria profissional e às funções atuais de cada um dos membros na unidade). Além disso, será realizada uma capacitação inicial conjunta de toda a equipe para a realização do exame clínico apropriado do usuário hipertenso/diabético, após estejam definidas as atribuições de cada membro, sendo responsável por esta ação o médico da equipe, que pode estar auxiliado pela enfermeira. A equipe terá também reuniões de capacitação e formação continuada baseada nos princípios do SUS e em acordo com os protocolos do MS, com periodicidade mensal e priorizando a apresentação de casos clínicos da própria unidade de saúde, sendo responsáveis destas capacitações ambos profissionais (médico e enfermeira).

AÇÃO 6: Capacitar a equipe sobre a realização da estratificação de risco segundo o escore de Framingham e de lesões em órgãos alvo.

Detalhamento de Ação: Teremos uma capacitação inicial, e possivelmente também periódica da equipe, para realizar estratificação de risco (segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo), além de ressaltar a importância do registro desta avaliação, sendo esta ação da responsabilidade do médico. Igualmente teremos uma capacitação da equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis (alimentação saudável, exercício físico regular, etc.), sendo responsáveis por esta ação o médico e a enfermeira.

AÇÃO 7: Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento de Ação: Solicitaremos ao gestor municipal, através do diretor da unidade, na segunda semana da intervenção, o envio de medicamentos para o tratamento do tabagismo, sendo responsável por essa ação o próprio médico da equipe.

AÇÃO 8: Capacitar a equipe para educação em saúde, focando na avaliação e tratamento bucal, sobre práticas de alimentação saudável, sobre a promoção da prática de atividade física regular e sobre o tratamento de usuários tabagistas.

Detalhamento de Ação: Organizara-se uma capacitação da equipe para realizar a avaliação e tratamento bucal do usuário hipertenso e diabético, na segunda semana da intervenção, sendo responsável pela ação a dentista da unidade. Capacitaremos também a equipe de saúde sobre as práticas de alimentação saudável e sobre a promoção da prática de atividade física regular, como também para o tratamento de usuários tabagistas, na segunda semana da intervenção, sendo responsáveis por estas ações o médico e a enfermeira (exceto no caso do tratamento do tabagismo, que será responsabilidade direta do médico). Finalmente, consideraremos a organização de uma capacitação da equipe sobre metodologias de educação em saúde, ainda por determinar, sendo responsável a própria enfermeira da equipe.

## **REFERENTE AO ENGAJAMENTO PÚBLICO**

AÇÃO 1: Informar a comunidade sobre a existência do programa de atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, seus direitos enquanto usuários e as ações do programa.

Detalhamento da Ação: Colocaremos um painel informativo em lugar bem visível da unidade para informar aos usuários sobre a existência do programa de atenção à HAS/DM na unidade, e também confeccionaremos um folheto informativo para distribuir 200 exemplares na população da nossa área de abrangência, sendo que todo o relativo ao painel e aos folhetos será da responsabilidade compartilhada de toda a equipe, que participará com ideias para o seu desenho por computador na própria unidade ao início da intervenção; será o médico quem fará a solicitação de ajuda ao gestor municipal, através do diretor da unidade de saúde, para colocação do painel e impressão dos folhetos em número inicialmente de 200 exemplares. Também serão realizadas atividades de educação em saúde destinadas à comunidade (palestras, material impresso, etc.), informando da importância da medida da pressão arterial a partir dos 18 anos e orientando sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial alta sustentada (maior que 135/80 mmHg), como também acerca dos fatores de risco da hipertensão e diabetes (alimentação inadequada, falta de exercício físico, etc.), sendo responsável neste caso o próprio médico (auxiliado pela enfermeira da equipe). Além disso, teremos atividades periódicas (uma vez por mês) de educação em saúde destinadas à comunidade e à grupos de usuários (por meio de palestras, material impresso, etc.), informando sobre a importância de realização das consultas de HAS/DM, além de esclarecer aos portadores de hipertensão/diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas, sendo também responsável neste caso o próprio médico (auxiliado pela enfermeira da equipe).

AÇÃO 2: Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde, como também, mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.

Detalhamento da Ação: Contataremos ao início da intervenção com os agentes sociais e com as associações comunitárias do bairro (associações de moradores, igrejas, escolas, etc.) para buscar parcerias e reforçar a intersetorialidade nas ações

de promoção da saúde. Igualmente tentaremos mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização de atendimento adequado com dentista, que no momento atual é totalmente insatisfatório por falta clara de recursos pessoais. Serão responsáveis por estas ações os próprios ACS, com a participação do médico e da enfermeira (quando necessário).

## **REFERENTE À PROMOÇÃO DA SAÚDE e PREVENÇÃO DE DOENÇAS**

AÇÃO 1: Orientar sobre a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista e demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes usuários.

Detalhamento da Ação: Serão realizadas periodicamente atividades de educação em saúde, com a participação mensal da dentista da unidade, para orientar sobre a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista. Por outro lado, solicitaremos à Gestão Municipal na segunda semana da intervenção - através do diretor da unidade - um maior número de dentistas fazendo atendimento, já que um só dentista é claramente insuficiente para atender toda a população da área de abrangência.

AÇÃO 2: Orientar sobre a importância da orientação nutricional, realização de atividades físicas e riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos, como também demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas, e educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento da Ação: Realizaremos orientação nutricional e de atividade física regular aos hipertensos/diabéticos, como também acerca dos riscos do tabagismo aos hipertensos. Para isso, serão organizadas mensalmente palestras e outras atividades coletivas de educação em saúde sobre alimentação saudável (com lanches saudáveis), como também orientação de atividade física (por meio de caminhadas) e orientação acerca dos riscos do tabagismo; sendo responsáveis por estas ações/atividades o médico e a enfermeira da equipe. Igualmente solicitara-se ao gestor, na segunda semana da intervenção, um atendimento adequado nas áreas

de nutrição e educação física, bem por meio de parcerias institucionais ou bem através da criação de alguma vaga destas categorias na unidade de saúde, sendo responsável pela solicitação o próprio médico da equipe (através do diretor da unidade).

### 2.3.2 Indicadores

Relativo ao objetivo 1: Ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos em na área de abrangência.

**Meta 1:** Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência.

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

**Numerador:** Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Denominador:** Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 2:** Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência.

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

**Numerador:** Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Denominador:** Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Relativo ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

**Meta 3:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

**Indicador 3:** Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

**Numerador:** Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

**Meta 4:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabetes.

**Indicador 4:** Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

**Numerador:** Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

**Meta 5:** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 5:** Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Numerador:** Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

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

**Meta 6:** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 6:** Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Numerador:** Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

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



**Meta 7:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 7:** Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

**Numerador:** Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

**Denominador:** Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

**Meta 8:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 8:** Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

**Numerador:** Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

**Denominador:** Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

**Meta 9:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

**Indicador 9:** Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Numerador:** Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Denominador:** Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 10:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

**Indicador 10:** Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Numerador:** Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Denominador:** Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Relativo ao objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

**Meta 11:** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 11:** Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

**Numerador:** Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

**Meta 12:** Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 12:** Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

**Numerador:** Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

Relativo ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

**Meta 13:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 13:** Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

**Numerador:** Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

**Meta 14:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 14:** Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

**Numerador:** Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

Relativo ao objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

**Meta 15:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 15:** Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

**Numerador:** Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

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

**Meta 16:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 16:** Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

**Numerador:** Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

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

Relativo ao objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

**Meta 17:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

**Indicador 17:** Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

**Numerador:** Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

**Denominador:** Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 18:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

**Indicador 18:** Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

**Numerador:** Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

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

**Meta 19:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

**Indicador 19:** Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

**Denominador:** Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 20:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

**Indicador 20:** Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

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

**Meta 21:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

**Indicador 21:** Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

**Numerador:** Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

**Denominador:** Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 22:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

**Indicador 22:** Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

**Numerador:** Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

**Meta 23:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

**Indicador 23:** Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

**Numerador:** Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

**Denominador:** Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 24:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

**Indicador 24:** Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

**Numerador:** Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

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

### 2.3.3 Logística

Para a intervenção no Programa de Atenção a Hipertensos e Diabéticos em nossa unidade, utilizaremos os protocolos mais recentes dos Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde para HAS e para DM (CAB nº 37, Hipertensão Arterial Sistêmica, MS 2013, e CAB nº 36, Diabetes Mellitus, MS 2013); porém, enquanto a equipe não tenha disponibilizados esses protocolos, utilizará os já existentes atualmente na UBS (CAB nº 15, Hipertensão Arterial Sistêmica, MS 2006, e CAB nº 16, Diabetes Mellitus, MS 2006).

Igualmente, para levar adiante a intervenção, implantaremos uma planilha/registro de acompanhamento, que será a ficha-espelho (ANEXO B) disponibilizada pela UFPel, que fará parte do prontuário do usuário. Assim, o profissional que atender o usuário será o responsável por preencher a ficha-espelho, que será avaliada semanalmente pela enfermeira (junto com as dos demais usuários atendidos nessa semana) e uma vez ao mês em reunião de equipe (na última quinta-feira do mês).

Esta ficha específica contém todos os dados necessários para o cálculo dos indicadores, mas não prevê a coleta de informações sobre o acompanhamento de saúde bucal, pelo que a equipe estudará ao início da intervenção a possível implantação de um modelo de ficha complementar. Também, para solicitar a impressão das fichas-espelho necessárias, faremos contato já ao início da intervenção com o gestor municipal, sendo o médico da equipe o responsável de solicitar a entrevista através do diretor da nossa unidade, para assim dispor em breve prazo das 200 fichas-espelho que consideramos, em princípio, o número necessário para iniciar a intervenção e, posteriormente (se for o caso), solicitaremos da mesma forma a impressão de 100 fichas complementares, que serão anexadas às fichas-espelho.

Por outro lado, para iniciar a organização do registro específico do programa, a enfermeira da equipe revisará o registro do HIPERDIA, identificando os indivíduos com hipertensão e/ou diabetes que vieram ao serviço nos últimos três meses e localizará os prontuários destes para transcrever todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha-espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento, anexando as anotações que considere de interesse para o programa (como consultas em atraso, exames clínicos ou laboratoriais em atraso, etc.).

Já para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados (ANEXO C), também disponibilizada pela UFPel, onde serão inseridos semanalmente os hipertensos e diabéticos cadastrados (sob a responsabilidade do médico da equipe) e na que, ao final de cada mês, serão consolidadas as informações coletadas na ficha-espelho. Ainda assim, a enfermeira confeccionará uma relação nominativa simples de todos os usuários cadastrados, com indicação do número de prontuário e a condição de hipertenso e/ou diabético, ficando sempre uma cópia na direção da unidade, já que isso facilitará que qualquer membro da equipe possa acessar em todo momento aos prontuários (seja para procurar faltosos, atrasos em consultas ou provas laboratoriais, etc.).

A meta de cobertura da nossa ação programática é cadastrar 50% dos usuários no programa de atenção a hipertensos e diabéticos. Para isso, é preciso fazer um cadastramento inicial dos usuários na segunda semana da intervenção, sob a responsabilidade dos ACS, como também do médico e da enfermeira, em um formulário baseado na ficha-espelho. Além disso, a equipe vai colocar um painel informativo em lugar bem visível da unidade, já no primeiro dia da intervenção, para informar aos usuários sobre a existência do programa de atenção à HAS/DM, além de confeccionar um folheto informativo para distribuir 200 exemplares na primeira semana da intervenção entre os usuários da própria unidade e na população da área de abrangência, sob a responsabilidade de toda a equipe.

Também, será organizada uma rotina de atenção na UBS e em visita domiciliar (medida da pressão arterial de todas as pessoas adultas que comparecerem à unidade de saúde para algum atendimento, junto à determinação do peso, da estatura e avaliação clínica por entrevista), sob a responsabilidade dos técnicos de enfermagem e da supervisão da enfermeira da equipe. A enfermeira revisará o registro do HIPERDIA, identificando os indivíduos com hipertensão e/ou diabetes que vieram ao serviço nos últimos três meses, ao mesmo tempo em que localizará os seus prontuários para transcrever todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha-espelho. Além disso, o médico e a enfermeira irão cadastrando dia-a-dia (sob a sua própria responsabilidade) aqueles hipertensos/diabéticos atendidos em consulta médica ou de enfermagem respectivamente.

É importante ressaltar que o atendimento clínico dos hipertensos e diabéticos formará parte da rotina diária da unidade e da ação programática, sendo



que as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico dos usuários serão bem definidas na primeira semana da intervenção em acordo com os protocolos do MS, sendo da responsabilidade conjunta do médico e da enfermeira o estabelecimento do papel de cada membro da equipe de forma criteriosa (atendendo basicamente à categoria profissional e às funções atuais de cada um dos membros na unidade).

Em todo caso, os profissionais de saúde devem ter claro que o atendimento clínico pressupõe uma série de atividades (acolhimento, realização de todas as ações previstas no protocolo, realização das ações de promoção da saúde, registro adequado em ficha-espelho, mapeamento de risco, etc.). É por isso que o atendimento clínico dos hipertensos e diabéticos levará também sempre implícito uma orientação preventiva quanto aos riscos das doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão/diabetes, como também acerca da importância de ter as extremidades avaliadas periodicamente por um profissional de saúde (pés, pulsos e sensibilidade), sendo que, neste sentido, toda a segunda-feira, em horário de tarde, a enfermeira da equipe terá consulta de avaliação dos pés para usuários cadastrados no programa de HAS/DM que estão sendo acompanhados regularmente na unidade de saúde.

Toda a quinta-feira, no período da tarde, serão realizadas ações de monitoramento da cobertura do programa, junto às outras ações de monitoramento, com revisão das fichas-espelho e/ou dos prontuários (se for preciso), sendo assim que a enfermeira da equipe examinará semanalmente as fichas-espelho dos hipertensos/diabéticos, identificando aqueles que estão com algum atraso (consultas, exames clínicos ou laboratoriais, vacinas, etc.). Conseqüentemente, organizaremos as visitas domiciliares para buscar os usuários hipertensos e diabéticos faltosos, como também organizaremos a agenda para acolher os provenientes das buscas domiciliares. É assim que, nos dias seguintes a reunião semanal, os ACS farão busca ativa dos usuários em atraso, agendando já o usuário para horário de sua conveniência. Posteriormente, ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha-espelho serão avaliadas pelo médico (responsável do monitoramento da intervenção) e consolidadas pela digitação da planilha eletrônica de coleta de dados (em formato Excel) e conferência dos números de atendimentos previstos.

O acolhimento dos hipertensos e diabéticos que buscarem o serviço será realizado pelos ACS e, se nenhum deles estiver disponível, será feito diretamente pelo técnico de enfermagem que esteja fazendo atendimento na sala de preparo da unidade. Em todo caso, será priorizado o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco, com porta aberta do serviço para eles (ou seja, usuário que chegou na unidade é atendido no mesmo turno); igualmente, os usuários com problemas agudos também serão atendidos no mesmo dia/turno para agilizar o tratamento de intercorrências, sem necessidade de alterar a organização da agenda, já que serão priorizados nas consultas disponíveis para pronto atendimento.

O agendamento de consulta programada acontecerá com a periodicidade sinalada no protocolo ou bem por critério médico (quando indicado), sendo que os usuários que buscam a unidade só para renovação de rotina de receitas para o tratamento da hipertensão e/ou diabetes serão encaminhados para a enfermeira da equipe, devendo ser atendidos no dia em caso de que estejam sem medicamentos para continuar seu tratamento, com a advertência de que isso não pode gerar rotina. Já para o agendamento dos hipertensos/diabéticos provenientes da busca ativa, serão reservadas até 5 consultas por semana. Porém, quanto aos usuários de alto risco, já sairão no atendimento de rotina com retorno agendado para a próxima consulta, que será realizado pelo ACS da microárea onde mora o usuário e, no caso de microáreas sem ACS, pela própria enfermeira (sempre procurando a colaboração de todos os demais membros da equipe).

A capacitação da equipe sobre os protocolos do MS adotados para o nosso Programa (CAB de HAS e CAB de DM, 2006/2013) e sobre a verificação adequada e criteriosa da pressão arterial (em acordo com o protocolo do MS), como também sobre a realização adequada do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial alta sustentada (maior que 135/80 mmHg), ocorrerá na própria unidade e precisa acontecer no início da intervenção (na primeira semana), sendo que para isso serão reservadas as quatro horas do turno de tarde até o final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião da equipe numa quinta-feira. Cada membro da equipe estudará uma parte dos manuais do MS e exporá o conteúdo aos outros membros, com discussão final e resposta às perguntas formuladas.

Além disso, é preciso fazer treinamento de todos os profissionais quanto ao preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso/diabético e obter capacitação para o registro adequado dos

procedimentos clínicos em todas as consultas de HAS/DM, sendo também importante que a equipe seja capacitada para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso gratuito a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Já quanto à capacitação dos ACS para realização de busca ativa dos usuários faltosos, vai estar a cargo da enfermeira da equipe e precisa acontecer também no início da intervenção (já na primeira semana), já que a busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas formará parte da rotina diária da ação programática desde seu início.

Por último, se for necessária alguma reunião adicional para completar a capacitação em relação a diferentes aspectos do protocolo e outros aspectos contemplados no detalhamento de ações do projeto, será a enfermeira da equipe a que marcará a reunião para uma data e hora adequadas, ainda que também possam ter lugar mais capacitações em relação com os protocolos dentro do programa de formação continuada dos profissionais da unidade de saúde.

Dentre as ações de educação em saúde, tanto individual (no âmbito das consultas individuais) quanto coletiva (por meio de palestras, material impresso, lanches saudáveis, caminhadas, etc.) serão periodicamente; porém, a ação programática que vai ser implantada na nossa unidade não tem previsto, em princípio, a criação de grupos específicos, pelo que todos os hipertensos/diabéticos cadastrados vão formarem um só grupo, que se reunirá com uma periodicidade mínima mensal, podendo também participar os familiares e outras pessoas da comunidade interessadas em receber orientações saudáveis.

Nessas atividades coletivas devem ressaltar-se para os usuários e a comunidade os riscos das doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão, com informação clara da importância dos fatores de risco da hipertensão e diabetes (alimentação inadequada, falta de exercício físico, etc.). Nesse sentido, considerara-se a importância da orientação sobre as doenças, sobre o adequado controle de fatores de risco modificáveis (sobretudo, a importância da alimentação saudável e da prática de atividade física regular), sem esquecermos das orientações para hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Também informaremos aos usuários e a comunidade, por meio de palestras e material impresso, acerca de seus direitos em relação à manutenção de seus

registros de saúde e acesso a segunda via (se necessário), como também daremos orientação individual e coletiva quanto ao direito deles de ter acesso gratuito aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso.

O contato com o gestor municipal acontecerá na primeira semana da intervenção para apresentar-lhe o projeto e pedir-lhe disponibilidade de ajuda, solicitando em princípio a impressão de 200 fichas-espelho (que consideramos necessárias para o início da intervenção), como também do painel (para colocar na unidade) e dos folhetos informativos (para distribuir entre a população), além do fornecimento da versão impressa dos protocolos atuais da HAS e DM do MS. Igualmente solicitaremos o envio imediato de glicômetro para realização do hemoglicoteste (que atualmente não temos na unidade e consideramos imprescindível para o programa), e também garantias na agilidade dos resultados dos exames complementares preconizados, além de expor e pedir ao gestor alguma solução rápida ao problema do número insuficiente de dentistas na unidade. Quanto às outras necessidades (atendimento adequado nas áreas de nutrição e educação física, parcerias institucionais, fornecimento de meios informáticos, envio de medicamentos para o tratamento do tabagismo, etc.), tentaremos posteriormente outro contato com a gestão municipal no segundo mês da intervenção, sendo desejável que esses contatos foram uma vez por mês (se for possível).

A equipe de saúde vai tentar estabelecer um primeiro contato com as lideranças comunitárias, já na primeira semana da intervenção, para apresentar o projeto e esclarecer a importância do mesmo. Assim, contataremos com a associação de moradores do bairro, ao mesmo tempo em que vamos procurar também aos representantes da comunidade nas igrejas da área de abrangência, para falar sobre a importância da ação programática de HAS/DM e para solicitar apoio para a captação de usuários, como também para as demais estratégias que serão implementadas, buscando parcerias e reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.

A equipe deseja que esses contatos com a comunidade sejam mantidos com periodicidade mensal, para assim continuar fazendo ênfase na importância da realização das consultas de hipertensão/diabetes, com esclarecimento sobre a necessidade de priorização do atendimento de hipertensos e diabéticos, sem esquecermo-nos de mobilizar a comunidade para demandar junto ao gestor

municipal garantia da disponibilização de atendimento adequado com dentista (que no momento atual é claramente insatisfatório por falta de recursos pessoais).

### 2.3.4 Cronograma

Atividades	Semanas															
	0 1	0 2	0 3	0 4	0 5	0 6	0 7	0 8	0 9	1 0	1 1	1 2	1 3	1 4	1 5	1 6
Capacitação dos profissionais	X															
Capacitação dos ACS para busca ativa	X															
Definir o papel de cada profissional	X															
Cadastro dos usuários	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Contato com lideranças comunitárias	X				X				X				X			
Contato com a Gestão	X				X				X				X			
Atendimento clínico	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Atividades coletivas	X				X				X				X			
Busca dos faltosos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoramento da Intervenção	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Formação continuada e reuniões da equipe	X				X				X				X			

### 3. Relatório da intervenção

A intervenção na área programática de HAS/DM na UBS do Bairro Nordeste da cidade de Natal/RN, onde habitualmente desenvolvo as minhas atividades como médico da ESF no âmbito do Programa “Mais Médicos”, finalizou o passado dia 12 de abril de 2015, após de concluir antecipadamente o período inicialmente previsto, já que houve uma redução de quatro semanas por reorganização do Calendário da Turma 5 do Curso de Especialização.

Na verdade, em relação à ação programática escolhida como foco de intervenção, referida à atenção dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, considero que é uma das áreas mais necessitadas de investimentos e melhoras na UBS, além de ser provavelmente a de maior governabilidade e também de maior impacto na população.

Nesse sentido, é importante ressaltar que as doenças crônico-degenerativas têm assumido importância cada vez maior no elenco de ações programáticas típicas da Atenção Básica, isso em função da modificação da pirâmide populacional e do estilo de vida, que levam estas doenças até condições epidêmicas na população brasileira e, em geral, em todo o mundo.

Assim, quanto às doenças cardiovasculares, trata-se de patologias com altas taxas de prevalência e morbimortalidade, que afetam a uma grande parte da população e nas que estão implicados diversos fatores de risco, dentre eles a HAS e a DM, além de outros relacionados (como o tabagismo, as dislipidemias, etc.), sendo que todos eles são modificáveis total ou parcialmente (através do diagnóstico e tratamento precoces, das mudanças nos estilos de vida, da educação popular em saúde, das medidas legislativas, etc.).

No caso da HAS, trata-se de uma condição muito prevalente na população, que contribui para efeitos adversos à saúde de natureza grave (incluindo mortes prematuras, ataques cardíacos, insuficiência renal e acidente vascular cerebral). Já quanto à DM do tipo II, sua prevalência está aumentando, sendo importante

ressaltar que lidera como causa de graves problemas de saúde (cegueira, doença renal, amputação) e tem grande repercussão no aumento da mortalidade (sobretudo, por eventos cardiovasculares).

É por tudo isso que considero que a ação programática de atenção básica na área da HAS/DM é prioritária, sendo que os indicadores de cobertura na área de abrangência da minha UBS são baixos e os de qualidade necessitam ser melhorados. Além disso, a ação programática escolhida cumpre com os critérios exigidos pela Direção Pedagógica do Curso, quanto a que: 1) Vai ter continuidade no tempo (de forma indefinida, permanente); 2) Pode ser realizada e avaliada em um período curto (de 3 ou 4 meses); 3) Pode contemplar os quatro eixos do Curso (organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público, e qualificação da prática clínica); 4) Vai estar pautada nos princípios do SUS; e 5) É uma ação que precisa ser melhorada na unidade.

Ao partir disso, o Programa de Atenção ao Usuário Hipertenso e/ou Diabético na nossa UBS foi implantado no dia 12 de janeiro do ano atual, coincidindo com o início das obras de remodelação da estrutura física da unidade de saúde, obras que ainda continuam na atualidade, sendo assim que o problema mais importante que se apresentou como consequência dessa reforma estrutural foi a falta de espaço físico na unidade para o desenvolvimento das diversas ações da atenção básica de saúde (atendimento clínico, atividades coletivas, etc.), pelo que desde o início das obras tivemos que reduzir o número de dias de atendimento, o que sem dúvida interferiu no bom desenvolvimento da própria intervenção.

Por outro lado, devido à mudança da área de abrangência da UBS e das respectivas áreas adstritas a cada equipe, como consequência do processo de remapeamento feito pelo município, uma grande parte do território da minha área continua ainda desatendida (sem ACS e sem prontuários). Além disso, desde o começo da intervenção estou lidando com uma equipe bem desmotivada, que em princípio não era muito receptiva às mudanças na rotina diária de trabalho e, ainda hoje, sua implicação no programa, como também sua participação nas diversas ações do mesmo, continua sendo deficitária.

Enfim, todo esse panorama foi em geral o ambiente em que se desenvolveu a intervenção na UBS, com uma falta quase total de estrutura física e também de recursos pessoais, já que no meu caso não só as obras atrapalharam senão também a falta de equipe (já que só tivemos em ativo uma ACS).



Nessas circunstâncias, não foi fácil levar adiante o projeto de intervenção em acordo com os protocolos adotados e o cronograma marcado, mas ainda assim chegamos ao final da mesma, acreditando firmemente que esse caminho de treinamento inicial vai servir de base para dar continuidade ao programa implantado, sem esquecermo-nos da importância da constituição de vínculo com as instituições do território e a necessidade de fortalecer os laços na busca por um SUS melhor.

Obviamente, o projeto iniciado vai continuar com caráter definitivo e duração indeterminada, sendo necessário enfatizar que o fechamento atual da intervenção é apenas um ponto de avaliação para examinar os dados referentes a três meses, como também para fazer o balanço em relação ao que estava proposto inicialmente.

### **3.1 Ações previstas para a intervenção que foram desenvolvidas**

Dentre as ações previstas no projeto a serem desenvolvidas nesses três meses, temos a capacitação inicial da equipe e o estabelecimento das atribuições próprias de cada profissional, como também o atendimento clínico dos usuários hipertensos/diabéticos e o monitoramento semanal/mensal da intervenção. Foram todas elas realizadas integralmente, ainda que a equipe é consciente da necessidade de melhorar no futuro todas essas ações; já quanto às atividades coletivas de educação em saúde e de formação continuada dos profissionais, elas só foram desenvolvidas parcialmente, devido sobretudo à falta de espaço físico na UBS. Assim:

1) A capacitação inicial da equipe em relação aos protocolos adotados foi realizada já no começo da intervenção, sendo que nessa mesma reunião foram estabelecidas as atribuições de cada profissional na ação programática, em acordo com os protocolos do MS, atendendo basicamente à categoria e às funções habituais atualmente desenvolvidas por cada um. É já ao final da reunião teve lugar por parte da enfermeira uma breve capacitação das duas ACS presentes em relação à busca ativa de faltosos.

Por outro lado, a enfermeira da equipe também teve uma reunião na primeira semana com os dois técnicos/as de enfermagem acerca da verificação

adequada e criteriosa da pressão arterial (em acordo com o protocolo do MS), não assim do uso do glicômetro (que ainda atualmente não temos).

2) O atendimento clínico dentro do Programa de HAS/DM melhorou desde o início da intervenção, com mudanças importantes quanto aos diversos aspectos da atenção ao usuário hipertenso e/ou diabético, desde o próprio acolhimento e cadastramento dos indivíduos hipertensos/diabéticos da nossa área que chegam na unidade até a realização das diversas ações do programa previstas nos respectivos protocolos (registro adequado na ficha-espelho, promoção da saúde, mapeamento de risco em casos selecionados, etc.).

Ainda assim, o atendimento clínico continua com as deficiências iniciais próprias da falta de recursos (de pessoal qualificado, de mobiliário e instrumental adequados, etc.); mas, considerando essas deficiências como algo habitual no atual sistema brasileiro de saúde, podemos afirmar que o atendimento na unidade só foi atrapalhado pelas obras de reforma do posto, sendo que a população da área se mostrou - desde o começo - muito satisfeita da atenção agora recebida.

É importante ressaltar que, com posterioridade ao início da intervenção, a minha equipe passou a funcionar com só um técnico de enfermagem, como consequência da readaptação funcional de alguns funcionários às obras de reforma do posto. Igualmente quero ressaltar que a UBS tem atualmente só uma dentista (já que a outra profissional mudou-se por iniciativa própria para outra unidade) e, como consequência das obras, o consultório odontológico foi desmontado, pelo que o atendimento nessa área está sendo atualmente mínimo, limitando-se às recomendações de higiene bucal e consultas menores ou encaminhamentos (como assim me informou a própria dentista). Também outras áreas da unidade que passaram a ter menos tempo de atendimento são as de curativos e vacinas (incluídos injetáveis), que só têm atendimento pelas manhãs.

3) Já quanto às atividades coletivas de educação em saúde, foram poucas devido às obras de reforma da UBS. Ainda assim, cabe destacar que na 3ª da intervenção e sem contar com minha presença (por estar afastado do trabalho com atestado médico), a equipe teve uma reunião com os hipertensos e diabéticos da área de abrangência da UBS acerca da implantação do próprio programa, essa atividade já estava programada, mas não pude comparecer por problemas de saúde.

Igualmente, a equipe organizou com motivo da Páscoa, na quarta-feira da semana 11 da intervenção, um lanche educativo para hipertensos e diabéticos em

um bar próximo à unidade, sendo que pessoalmente fiquei muito satisfeito da nossa interação com o grupo, que também por sua parte mostrou seu agradecimento aos membros da equipe.

4) No que respeita à formação continuada dos profissionais como parte da rotina da equipe, tivemos os mesmos problemas de falta de disponibilidade horária específica como também de espaço físico na unidade. Ainda assim, além da capacitação inicial, a equipe teve na semana 3 da intervenção uma reunião para falar acerca da ação programática em geral e na semana 5 uma aula de formação continuada acerca da hipertensão arterial no idoso, que foi dirigida pela enfermeira da equipe, assistindo também à capacitação a técnica de enfermagem e duas ACS (uma delas pertencente à outra equipe), como também a própria dentista da unidade.

Igualmente, já no último dia da intervenção (na semana 12) tivemos uma aula de formação, na que também participou ativamente a dentista da unidade, junto com os demais membros presentes da nossa equipe (médico, enfermeira, técnica de enfermagem e dois ACS). Cada um de nós apresentou o tema da atenção ao usuário hipertenso e/ou diabético desde a sua perspectiva profissional e a sua própria experiência, sendo finalmente considerada a atividade como muito satisfatória por todos os presentes.

5) Por último, quanto ao monitoramento da intervenção, no último dia de trabalho de cada semana (normalmente em reunião da equipe ao final do expediente) é sempre feita a correspondente avaliação semanal das fichas-espelho preenchidas, para assim poder proceder à busca ativa de faltosos como também solicitar os exames laboratoriais dos usuários em atraso, etc. Além disso, após do monitoramento semanal/mensal da intervenção com digitação dos dados solicitados pela UFPEL, eu mesmo sou o que obviamente fecha a planilha de coleta de dados correspondente a cada semana/mês de intervenção.

### **3.2 Ações previstas para a intervenção que não foram desenvolvidas**

Todas as ações inicialmente previstas foram tidas em consideração, mas, analisando o trabalho desenvolvido pela equipe ao longo dos três meses de intervenção, nem todas as ações previstas no cronograma puderam ser realizadas,

já que em algumas as dificuldades foram maiores, sobretudo quando essas ações não só dependem dos membros da equipe, senão também da vontade de outras pessoas, como é o caso do contato com as lideranças comunitárias (que só foi desenvolvido de maneira muito parcial) e o relacionamento com a Gestão (que só foi possível estabelecer oficialmente na última semana da intervenção). Assim:

1) Quanto ao contato com as lideranças comunitárias para divulgar e solicitar seu apoio no desenvolvimento da ação programática, a equipe já tentou estabelecer um primeiro contato com a associação de moradores do bairro na primeira semana da intervenção, sendo assim, uma ACS (que mora desde faz muitos anos no bairro) contactou com a associação e eu falei com um usuário ligado a uma associação cultural da área, prometendo em um e outro caso divulgar e apoiar a ação na medida das suas possibilidades, mas finalmente não parece que se implicaram muito no assunto.

Além disso, a mesma ACS (a única em ativo durante toda a intervenção) também falou inicialmente do programa em sua Igreja e me consta que continuou com a divulgação através do contato com o Padre e os próprios crentes, como também divulgou ativamente a implantação do programa em toda a área de abrangência da UBS.

Igualmente, é preciso ressaltar que na tarde do último dia de intervenção (na semana 12), tivemos uma reunião informal com algumas pessoas ligadas a uma comissão em relação com o Conselho Local de Saúde, na que houve um intercâmbio de opiniões e de ideias, sendo predominantemente uma reunião informativa e de início de contato, sem outras implicações até agora desde o ponto de vista prático, mas acredito que pode ser um bom ponto de partida.

2) Já quanto ao relacionamento com a Gestão Municipal, foi solicitado no começo da intervenção um primeiro contato através da Diretoria da UBS, sendo naquele momento informada a equipe de que o Secretário de Saúde tinha demitido, pelo que o diretor da unidade autorizou, a impressão das fichas-espelho (em quantidade suficiente) e dos protocolos atuais da HAS/DM do MS (que ainda hoje não foram impressos), ficando as outras demandas aguardando a designação de um novo gestor.

Posteriormente tentamos contatar com a Gerência do Distrito, sendo que por último eu mesmo mandei um escrito para a diretora-gerente na quarta-feira da

semana 9 da intervenção, recebendo a contestação na última semana da intervenção (ou seja, na semana 12), acompanhada de 50 fichas-espelho impressas.

Igualmente, após de receber a contestação, a própria gerente contactou pessoalmente comigo para me informar de que o glicômetro (uma das principais demandas por ser imprescindível para o bom desenvolvimento do programa), como também outras melhoras, vai ser disponibilizado só depois do término das obras de reforma da unidade, pelo que a dia de hoje continuamos sem poder fazer uma avaliação rápida da glicemia capilar dos nossos usuários.

3) Por último, quanto às atividades coletivas de educação em saúde, é importante ressaltar que, devido às obras de remodelação da UBS, a equipe não teve - nos três meses que durou a intervenção - a suficiente disponibilidade horária específica para fazer reuniões e outras atividades que não fossem as relacionadas com o atendimento direto dos usuários agendados em cada turno, como tampouco teve espaço físico suficiente nos locais provisionais de trabalho nem local algum disponibilizado na comunidade para o desenvolvimento dessas atividades (ainda que se procurou sem sucesso). Foi assim que as atividades coletivas foram poucas, como já falei anteriormente quando das ações que foram desenvolvidas.

### **3.3 Dificuldades na coleta e sistematização de dados**

Quanto ao processo de coleta e sistematização de dados referentes à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculo dos indicadores, é necessário ressaltar que, na ausência atual de dados reais (devido à mudança relativamente recente da nossa área adstrita), estou a considerar - como base para a obtenção dos dados - uma estimativa da população atualmente dependente da nossa equipe, em acordo com a nossa própria realidade.

Assim, estou considerando na planilha da UFPEL só a população da nossa nova área adstrita que já era da área de abrangência da UBS antes da reterritorialização realizada pelo município, desconsiderando a população anexada pertencente a outro bairro limítrofe, já que até agora essa população não está tendo atendimento regularizado na nossa unidade nem temos dados populacionais da zona (provavelmente em torno de 1200 pessoas) como tampouco temos dados cadastrais (já que na área não tem até agora nenhum ACS nem há prontuários na nossa UBS das pessoas que lá moram).

Além disso, um problema que se apresentou ao longo dos três meses de intervenção foi o relacionado com o manejo das fichas-espelho a medida que foram aumentando em número, pelo que a equipe decidiu já na metade da intervenção marcar os prontuários e ir atualizando dia-a-dia a relação nominativa de hipertensos/diabéticos, ambas as ações com o objetivo de ter um controle mais rápido e eficaz das fichas-espelho, que ao ir aumentando em número, complicaram o seu manejo para o monitoramento dos dados coletados.

### **3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas**

Após da análise da intervenção ao longo desses três meses, podemos concluir que a incorporação de todas as ações previstas no projeto à rotina do serviço é teoricamente possível e com certeza que na prática vai ser viável progressivamente, sendo que alguns aspectos já estão funcionando bastante adequadamente (como capacitação da equipe, atendimento clínico, monitoramento, etc.) e sem dúvida serão melhorados quando a equipe passe a trabalhar a tempo completo em um ambiente adequado (uma vez que terminem as obras da unidade).

Já noutros aspectos, como são as atividades coletivas de educação em saúde e formação continuada dos profissionais, para que essa incorporação seja total e todo funcione adequadamente, só é preciso em princípio um maior esforço e coordenação dos profissionais da equipe. É importante aqui aclarar que até agora não foi fácil de conseguir essa incorporação nas condições atuais da unidade de saúde, mas sem dúvida que será possível quando as obras terminem.

Finalmente, outros aspectos importantes são os relativos à participação da comunidade e o relacionamento com a Gestão; no primeiro caso, através do contato com as lideranças comunitárias (associação de moradores, igrejas, conselho local de saúde, etc.) e, no segundo, através da Secretaria Municipal de Saúde (por meio da Diretoria da UBS e da Gerência do Distrito). Em um e em outro caso, foi já no final da intervenção que a equipe chegou a estabelecer um contato real, que possivelmente possa valer como ponto de partida; a partir disso a gente vai trabalhar para conseguir a participação da comunidade e o relacionamento com a Gestão (sendo que neste ponto eu mesmo vou acreditar nas promessas da Gerência de que tudo na UBS vai melhorar após da conclusão das obras de remodelação).

Já por último, para fechar o relatório, quero enfatizar, uma vez mais, que a intervenção está sendo incorporada atualmente à rotina da unidade, pelo que a equipe vai poder realizar mais adiante (quando terminem as obras) as ações que ficaram faltando, como também buscar adequadamente o engajamento público e melhorar a organização dos registros (para ter disponíveis todos os indicadores importantes relativos à ação programática).

Com certeza, as rotinas de trabalho na unidade no âmbito do programa vão ficar instauradas, dando assim continuidade à intervenção iniciada; é por isso que na última reunião da semana 12 mostrei meu agradecimento à equipe pela sua colaboração, mas deixei bem claro que o processo iniciado vai continuar e conseqüentemente as rotinas do programa também, lembrando para eles que o foco de intervenção é uma ação programática típica da Atenção Básica que segue um protocolo, tem registro próprio e também monitoramento regular.

## 4. Avaliação da intervenção

### 4.1 Resultados

A intervenção, cujo objetivo geral foi a melhoria da assistência a saúde de usuários hipertensos e diabéticos na unidade de saúde da família do Bairro Nordeste no município de Natal/RN, ocorreu ao longo de 12 semanas e, após da avaliação da mesma, temos os seguintes resultados:

**Relativo ao objetivo 1:** Ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos em na área de abrangência.

**Meta 1:** Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência.

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

A intervenção tratou da melhoria da atenção ao usuário hipertenso, sendo que na nossa área adstrita existe um número total estimado, de acordo com a planilha de coleta de dados da UFPel, de 198 hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território (população alvo da intervenção). Após de três meses desde a implantação do programa, a cobertura do mesmo para a nossa área, considerando como indicador de cobertura a proporção de hipertensos acompanhados pela nossa equipe, foi de 12,1% (24 usuários) no primeiro mês e de 21,7% (43 usuários) no segundo mês, chegando a ser no último mês da intervenção de 33,3% (66 usuários). Como podemos observar, a cobertura do programa de hipertensão foi em aumento progressivo desde o início da intervenção e continua aumentando atualmente, mas a equipe não conseguiu atingir a meta inicialmente proposta, isso devido basicamente à redução do tempo de atendimento diário/semanal por causa das obras de reforma da unidade de saúde.



É importante também ressaltar que o cadastramento inicial de usuários hipertensos da área adstrita, que devia ser feito na primeira semana, apenas foi realizado, por quanto a equipe só contava com uma ACS em ativo e, igualmente, o registro do HIPERDIA não posso ser verificado pela enfermeira, como estava previsto inicialmente, devido principalmente às obras de reforma da unidade e consequentemente à falta de acesso à rede informática. Ambas as circunstâncias atrasaram o cadastramento dos usuários até o momento de eles acessarem ao serviço por própria iniciativa na maioria dos casos; mas, ainda assim, o número de usuários cadastrados no programa vai a aumento, a pesar da falta de estrutura adequada (devido às obras do posto) e de recursos pessoais (já que só tivemos uma ACS em ativo).

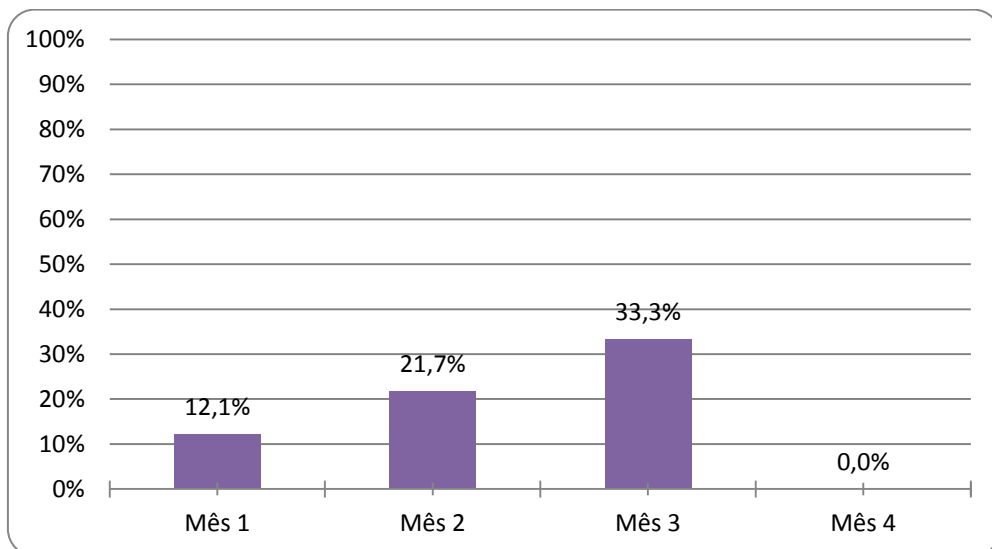


Figura 1: Gráfico indicativo da proporção de hipertensos acompanhados pela equipe no programa de HAS/DM na USF Bairro Nordeste, Natal/RN, 2015. Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

**Meta 2:** Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência.

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

A intervenção também tratou da melhoria da atenção ao usuário diabético, sendo que na nossa área adstrita existe um número total estimado, de acordo com a planilha de coleta de dados da UFPel, de 49 diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território (população alvo da intervenção). Após de três meses desde a implantação do programa, a cobertura do mesmo para a nossa área, considerando

como indicador de cobertura a proporção de diabéticos acompanhados pela nossa equipe, foi de 18,4% (9 usuários) no primeiro mês e de 34,7% (17 usuários) no segundo mês, chegando a ser no último mês de 49% (24 usuários), pelo que podemos considerar como atingida a meta inicialmente proposta. Por outro lado, como podemos observar, a cobertura do programa foi em aumento progressivo desde o início da intervenção e continua aumentando atualmente.

Como no caso dos hipertensos, é importante também aqui ressaltar que o cadastramento inicial de usuários diabéticos da área adstrita apenas foi realizado, por quanto a equipe só contava com uma ACS em ativo e, igualmente, o registro do HIPERDIA não posso ser verificado pela enfermeira no início da intervenção, devido principalmente às obras de reforma da unidade e à conseqüente falta de acesso à rede informática. Ambas as circunstâncias atrasaram o cadastramento dos usuários até o momento de eles acessarem ao serviço por própria iniciativa na maioria dos casos; mas, ainda assim, o número de usuários cadastrados no programa vai a aumento, a pesar da falta de estrutura adequada e de recursos pessoais.

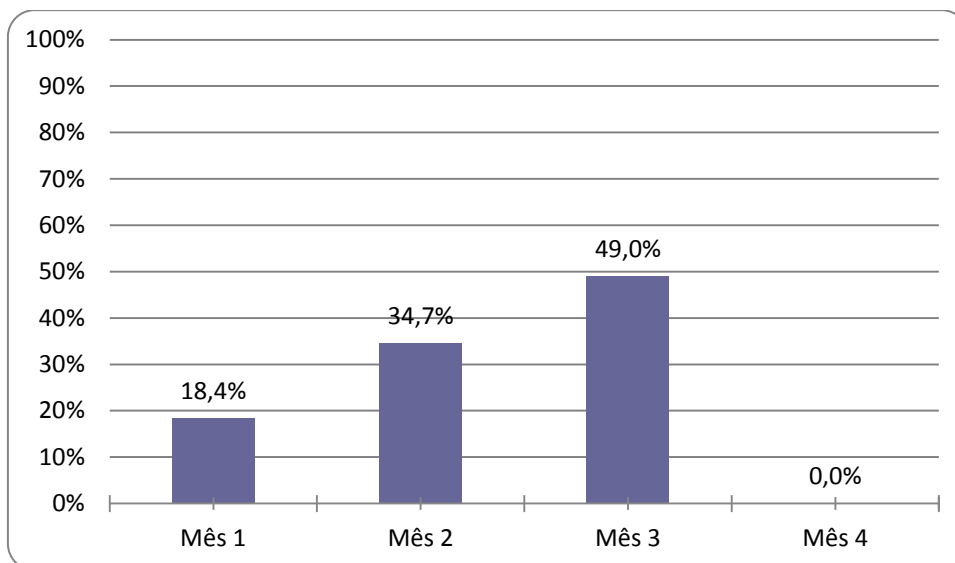


Figura 2: Gráfico indicativo da proporção de diabéticos acompanhados pela equipe no programa de HAS/DM na USF Bairro Nordeste. Natal/RN, 2015. Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

**Relativo ao objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

**Meta 3:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

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

Quanto à realização do exame clínico em dia de acordo com o protocolo do programa, podemos afirmar que foi bem adequado ao longo de toda a intervenção, sendo que a proporção de hipertensos com o exame clínico em dia foi de 87,5% (21 usuários) no primeiro mês, 93% (40 usuários) no segundo mês e, ao final dos três meses, foi de 95,5% (63 usuários), pelo que podemos considerar praticamente atingida a meta proposta.

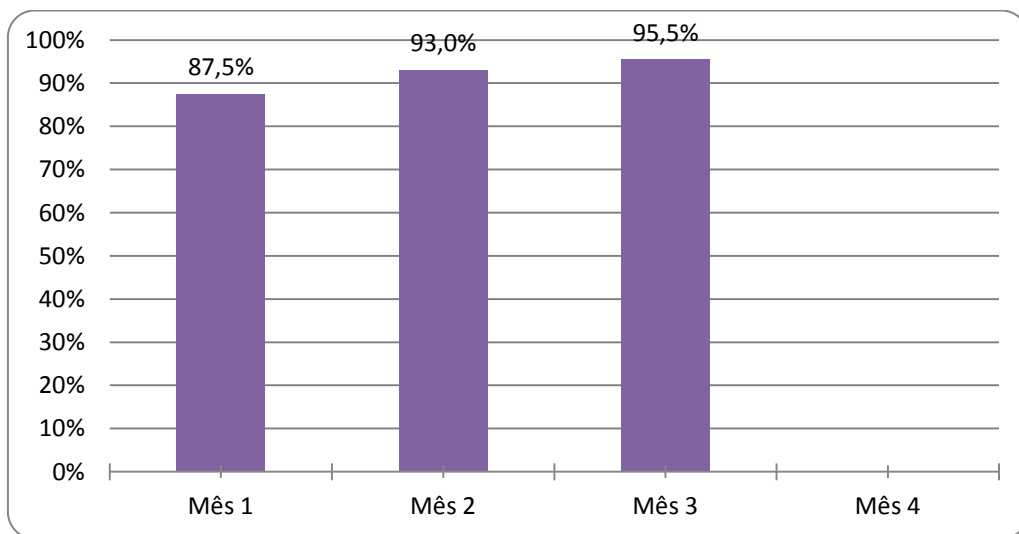


Figura 3: Gráfico indicativo da proporção de hipertensos no programa de HAS/DM na USF Bairro Nordeste com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. Natal/RN, 2015. Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

**Meta 4:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

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

Quanto à realização do exame clínico em dia de acordo com o protocolo do programa, podemos também afirmar que foi bem adequado ao longo de toda a intervenção, sendo que a proporção de usuários diabéticos com o exame clínico em dia foi de 77,8% (7 usuários) no primeiro mês, 100% (17 usuários) no segundo mês e 95,8% (23 usuários) ao final do terceiro mês, pelo que podemos considerar praticamente atingida a meta proposta.

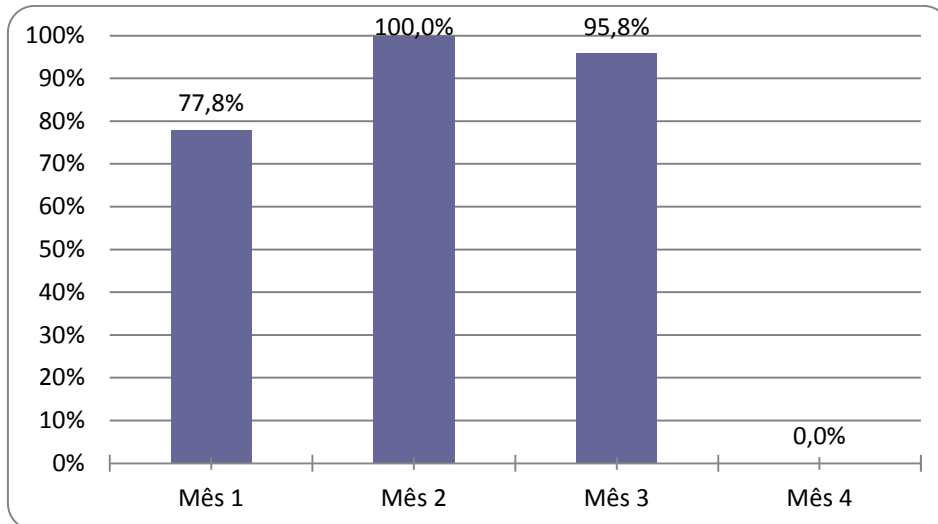


Figura 4: Gráfico indicativo da proporção de diabéticos no programa de HAS/DM na USF Bairro Nordeste com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. Natal/RN, 2015. Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

**Meta 5:** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

Quanto à proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, foi de 29,2% (7 usuários) no primeiro mês, 44,2% (19 usuários) no segundo mês e, no final da intervenção, foi de 48,5% (32 usuários), pelo que consideramos que a equipe não atingiu a meta proposta.

Porém, ainda que a porcentagem seja baixa, se consideramos a evolução progressiva do indicador ao longo de toda a intervenção e também a demora na obtenção dos resultados dos exames, podemos avaliar de forma parcialmente satisfatória os resultados obtidos, com a certeza de que vão melhorar nos próximos meses, após da finalização das obras de reforma da unidade de saúde.

É importante sinalar que, coincidindo com a última etapa da intervenção, foi suspensa a marcação de exames laboratoriais na UBS, como consequência do estado avançado das obras, que resultava incompatível com a realização dos exames na unidade de saúde e, igualmente, foi reduzida a marcação de provas

complementares em geral, por indisponibilidade do sistema informático da unidade, também devido às obras de reforma.

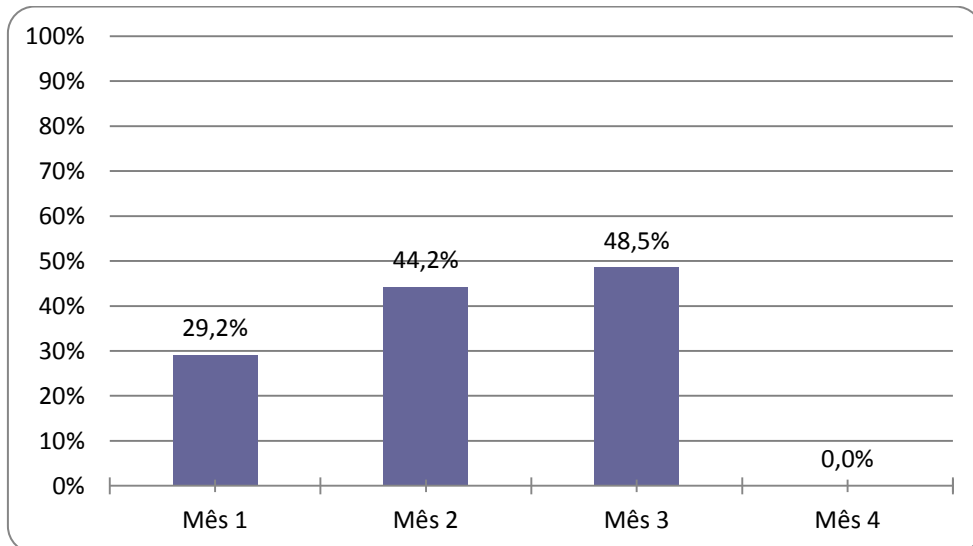


Figura 5: Gráfico indicativo da proporção de hipertensos no programa de HAS/DM na USF Bairro Nordeste com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Natal/RN, 2015. Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

**Meta 6:** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

Quanto à proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, foi de 22,2% (2 usuários) no primeiro mês, 58,8% (10 usuários) no segundo mês e 58,3% (14 usuários) no final da intervenção, pelo que consideramos que a equipe não atingiu a meta inicialmente proposta no projeto de intervenção.

Porém, ainda que a porcentagem seja baixa ao longo dos três meses, se consideramos a demora na obtenção dos resultados dos exames, como também a circunstância de que, coincidindo com a última etapa da intervenção, foi suspensa a marcação de exames laboratoriais na UBS e, igualmente, foi reduzida a marcação de provas complementares em geral, podemos avaliar de forma parcialmente satisfatória os resultados obtidos, com a certeza de que vão melhorar nos próximos

meses após da conclusão das obras do posto, sobretudo se a equipe ganha para então um glicômetro (como tem prometido a Gestão).

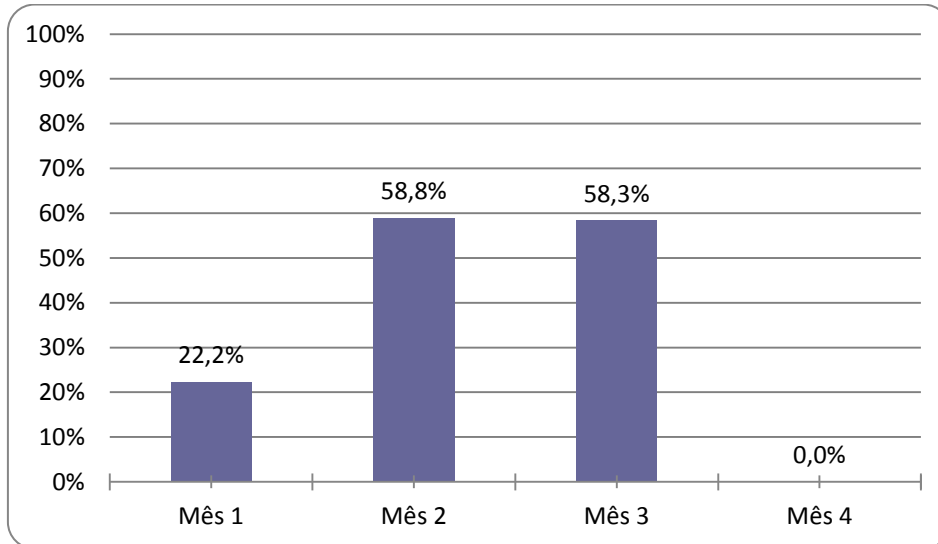


Figura 6: Gráfico indicativo da proporção de diabéticos no programa de HAS/DM na USF Bairro Nordeste com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Natal/RN, 2015. Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

**Meta 7:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Em relação com a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, essa forma de prescrição foi sempre superior a 90% ao longo dos três meses que durou a intervenção: 100% (23 usuários) no primeiro mês, 95,2% (40 usuários) no segundo mês e 93,8% (61 usuários) no final do terceiro mês, pelo que sem dúvida os resultados obtidos são satisfatórios para a equipe, que quase atingiu a meta inicialmente proposta.

Em geral, acredito que os bons resultados têm neste caso uma relação direta com a carência de recursos da população alvo, circunstância que obriga ao médico a prescrever medicamentos gratuitos (financiados pelo SUS) ou de baixo custo para os usuários, exceto naqueles em que o uso desses produtos resultou ineficaz e as condições econômicas do usuário permitem a utilização de outros disponíveis no mercado.

Desconsidero na avaliação dos resultados a pequena diminuição gradual na porcentagem de hipertensos com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular, já que devemos ter em conta o pequeno número de usuários cadastrados nos períodos iniciais, junto com o aumento progressivo da cobertura do programa ao longo de toda a intervenção.

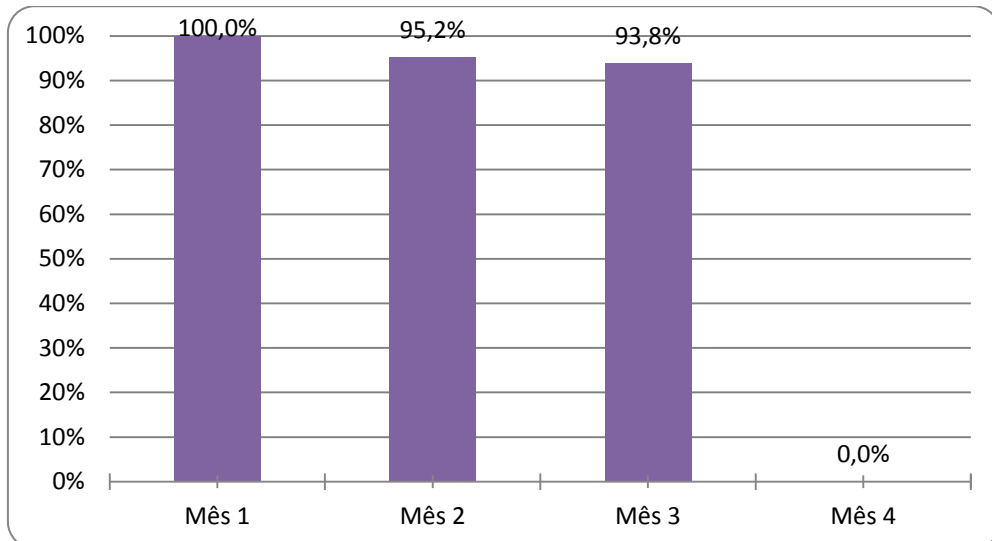


Figura 7: Gráfico indicativo da proporção de hipertensos no programa de HAS/DM na USF Bairro Nordeste com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada. Natal/RN, 2015. Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

**Meta 8:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Em relação com a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde, essa forma de prescrição foi também sempre superior a 90% ao longo dos três meses que durou a intervenção, pelo que sem dúvida os resultados obtidos são satisfatórios para a equipe, que quase atingiu a meta inicialmente proposta. No primeiro mês atingimos 100% das prescrições (9 usuários), no segundo mês 94,1% (16 usuários) e no terceiro mês 91,7% (22 usuários).

Igualmente, como no caso dos hipertensos, acredito que os bons resultados têm uma relação direta com a carência de recursos da população alvo, circunstância que obriga ao médico a prescrever medicamentos gratuitos (financiados pelo SUS) ou de baixo custo para os usuários, exceto naqueles em que o uso desses produtos resultou ineficaz e as condições econômicas do usuário permitem a utilização de outros disponíveis no mercado.

Desconsidero também aqui na avaliação dos resultados essa pequena diminuição gradual na porcentagem de diabéticos com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular, já que devemos ter em conta o pequeno número de usuários cadastrados nos períodos iniciais, junto com o aumento progressivo da cobertura do programa ao longo de toda a intervenção.

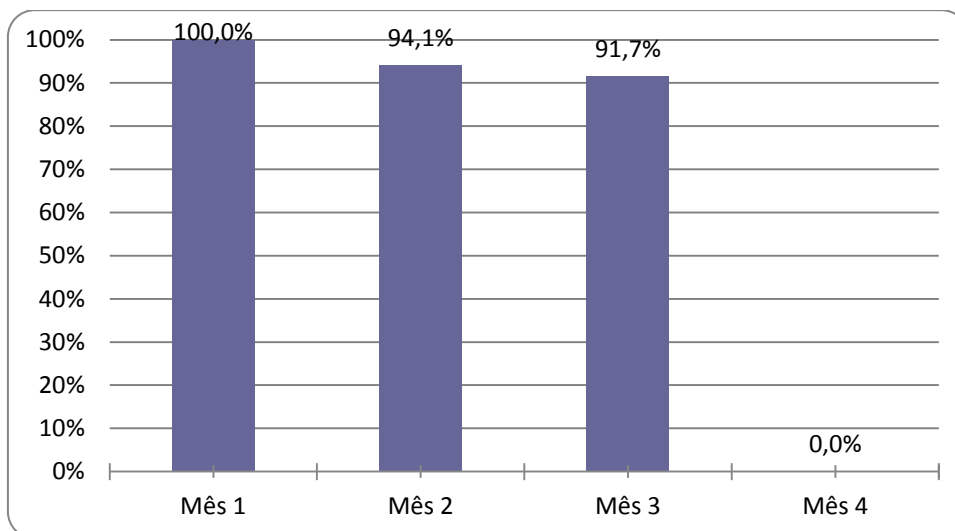


Figura 8: Gráfico indicativo da proporção de diabéticos no programa de HAS/DM na USF Bairro Nordeste com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada. Natal/RN, 2015. Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

**Meta 9:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

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

Quanto à proporção de usuários com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, os resultados obtidos nos hipertensos foram bem baixos



ao longo de toda a intervenção: 12,5% (3 usuários) no primeiro mês, 20,9% (9 usuários) no segundo mês e só 22,7% (15 usuários) ao final da mesma, pelo que é obvio que a equipe não conseguiu atingir a meta proposta.

Nesse sentido, é importante ressaltar aqui que a UBS esteve durante toda a intervenção sem atendimento odontológico, continuando assim no momento atual, devido a que a única dentista da unidade ficou sem local onde fazer os atendimentos, isso devido às obras de remodelação da unidade de saúde, pelo que a equipe chegou ao compromisso de orientar sobre higiene bucal e de avaliar a necessidade de tratamento odontológico só nos diabéticos e, no caso dos hipertensos, só em aqueles em que o clínico geral estimasse a necessidade urgente de orientação/avaliação odontológica.

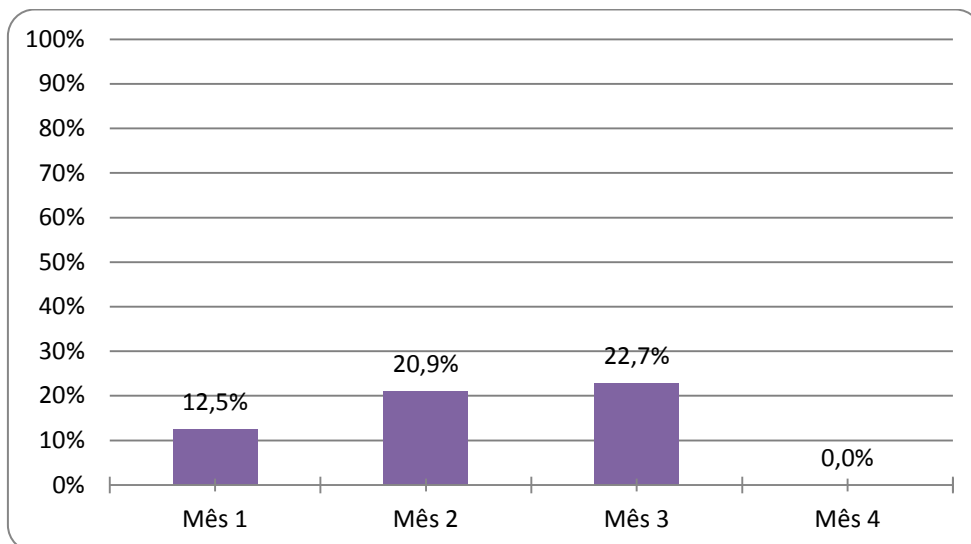


Figura 9: Gráfico indicativo da proporção de hipertensos no programa de HAS/DM na USF Bairro Nordeste com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Natal/RN, 2015. Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

**Meta 10:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

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

Já quanto à proporção de usuários diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, sendo 33,3% (3 usuários) no primeiro mês, 64,7% (11 usuários) no segundo mês, mas chegou à proporção de 66,7% (16

usuários) no final do terceiro mês, o que se pode interpretar como um resultado satisfatório neste grupo de usuários, ainda que seja melhorável no futuro no intuito de se aproximar à meta proposta, atualmente não alcançada.

Nesse sentido, é importante também ressaltar aqui que a UBS esteve durante toda a intervenção sem atendimento odontológico, continuando assim no momento atual, devido a que a única dentista da unidade ficou sem local onde fazer os atendimentos como consequência das obras.

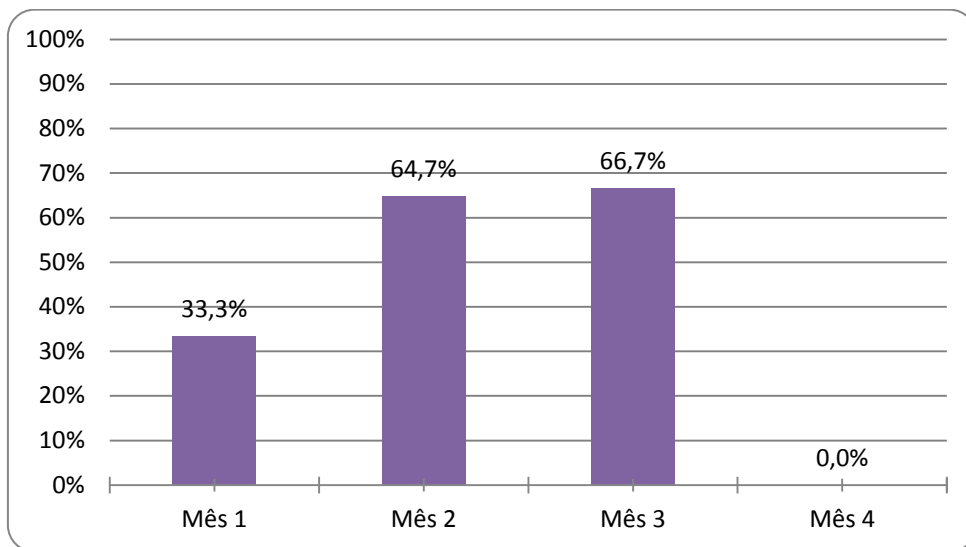


Figura 10: Gráfico indicativo da proporção de diabéticos no programa de HAS/DM na USF Bairro Nordeste com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Natal/RN, 2015. Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

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

**Meta 11:** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

A proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa foi de 100% (2 usuários) no primeiro mês, também 100% (2 usuários) no segundo mês e já de 50% (1 usuário) no final do terceiro mês. Ainda que não tenhamos atingido a meta proposta, considero este indicador como dificilmente avaliável após só de três meses de intervenção, além de que a equipe não tem atualmente ACS em número

suficiente para realizar a busca ativa em todas as microáreas; sem dúvida, a busca ativa será melhorada quando a equipe passe a contar com as três ACS que na verdade tem oficialmente (hoje só uma em ativo).

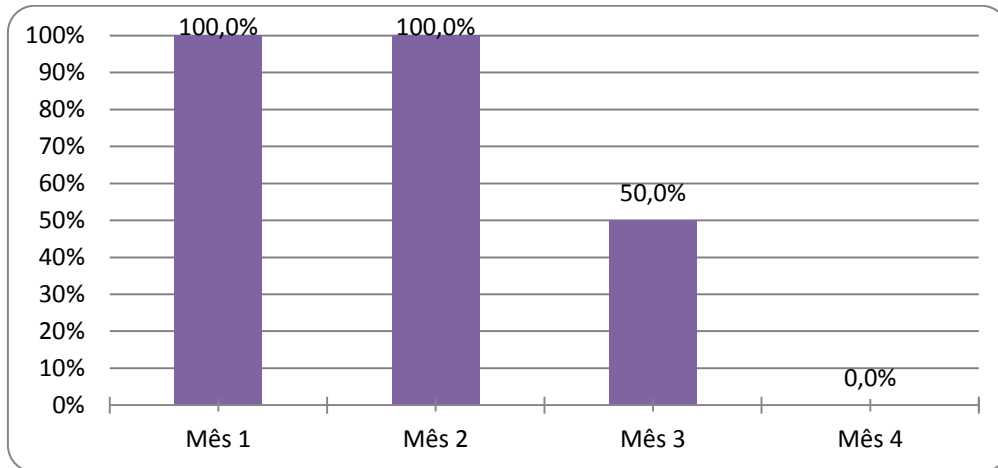


Figura 11: Gráfico indicativo da proporção de hipertensos no programa de HAS/DM na USF Bairro Nordeste faltosos às consultas com busca ativa. Natal/RN, 2015. Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

**Meta 12:** Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

A proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa sempre foi de 100% (1 usuário) ao longo de cada mês da intervenção; ou seja, a equipe atingiu a meta inicialmente proposta. Ainda assim, como já anteriormente apresentado no grupo de hipertensos, considero este indicador como dificilmente avaliável após três meses de intervenção apenas, além da ausência atual de ACS em número suficiente para realizar a busca ativa em todas as microáreas.

**Relativo ao objetivo 4:** Melhorar o registro das informações.

**Meta 13:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Quanto ao registro adequado na ficha de acompanhamento, foi de 100% dos hipertensos nos três meses da intervenção (24, 43 e 66 usuários em cada mês respectivamente), com preenchimento regular das fichas-espelho de todos os usuários cadastrados no programa, pelo que com certeza podemos considerar que a equipe atingiu a meta proposta.

O problema mais relevante que se apresentou, em relação com as fichas de acompanhamento, foi a dificuldade do seu manejo na monitorização semanal/mensal dos dados, à medida que foram aumentando em número, mas foi um problema que pelo momento foi solucionado, sendo o seu preenchimento uma atividade incorporada já definitivamente à rotina diária da equipe.

**Meta 14:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

O registro adequado na ficha de acompanhamento foi também de 100% no caso dos diabéticos durante os três meses da intervenção (9, 17 e 24 usuários em cada mês respectivamente), com preenchimento regular das fichas-espelho de todos os usuários cadastrados no programa, pelo que podemos considerar que a equipe atingiu a meta proposta.

Já quanto ao problema que se apresentou nos hipertensos, em relação com o manejo das fichas de acompanhamento, não chegou a se apresentar no caso dos diabéticos, ao se tratar de um número de usuários menor, mas foi adotada a mesma solução para evitar problemas no futuro, sendo assim o seu preenchimento uma atividade incorporada atualmente à rotina diária da equipe.

**Relativo ao objetivo 5:** Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

**Meta 15:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Em relação à estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, a proporção foi irregular nos hipertensos ao longo de toda a intervenção, sendo que no primeiro mês podemos considerar o indicador como inicialmente satisfatório (54,2%, 13 usuários), no segundo mês obtivemos 37,2% (16 usuários) e, 39,4% (26 usuários) ao final da intervenção, de modo que não atingimos a meta proposta.

Nesse sentido, acredito que, além das dificuldades para fazer a estratificação de risco por falta de capacitação da equipe (ainda que já no começo da intervenção tivéssemos uma aula de formação), a maior causa do mau resultado foi a falta de estrutura (com a consequente diminuição importante do tempo de atendimento diário/semanal) e de recursos (pessoais e materiais).

Sem dúvida, a equipe deverá fazer um esforço maior nos próximos meses, sendo necessário aumentar a sua capacitação através da formação continuada dos profissionais; mas tenho certeza de que a melhora de condições - quando finalizem as obras de reforma da unidade- será decisiva para trabalhar adequadamente em equipe e realizar assim a estratificação do risco cardiovascular em acordo com os protocolos adotados no projeto de intervenção.

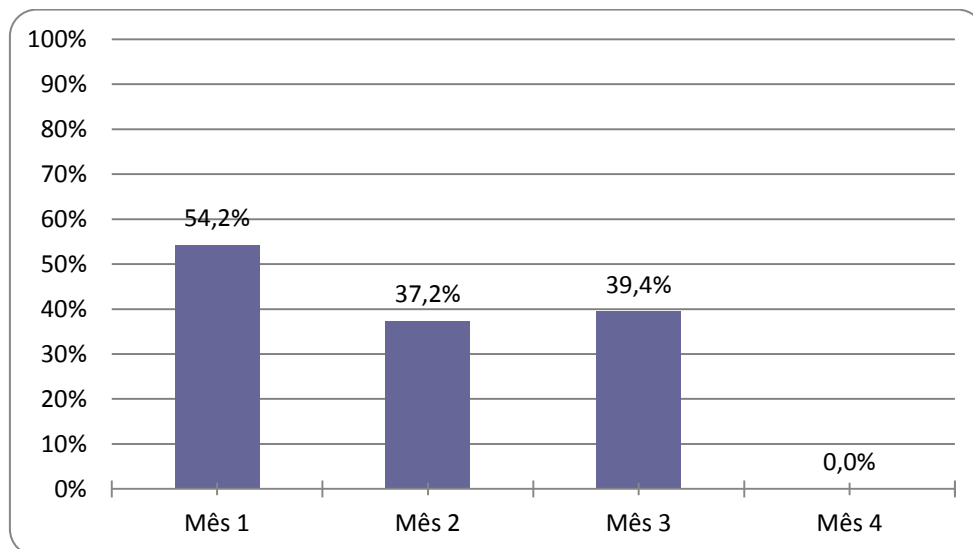


Figura 12: Gráfico indicativo da proporção de hipertensos no programa de HAS/DM na USF Bairro Nordeste com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. Natal/RN, 2015. Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

**Meta 16:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Em relação à estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, a proporção foi também irregular em usuários diabéticos ao longo de toda a intervenção, sendo que no primeiro mês podemos considerar o indicador como inicialmente satisfatório (44,4%, 4 usuários), no segundo mês atingimos 29,4% (5 usuários) e, 29,2% (7 usuários) ao final da intervenção.

Como já citado acima, acredito, igualmente, que, além das dificuldades para fazer a estratificação de risco por falta de capacitação da equipe, a maior causa do mau resultado foi a falta de estrutura (com a consequente diminuição do tempo de atendimento diário/semanal) e de recursos (pessoais e materiais).

Sem dúvida, a equipe deverá igualmente fazer um esforço maior nos próximos meses, sendo necessário aumentar a sua capacitação através da formação continuada dos profissionais; mas tenho certeza de que a melhora de condições da unidade de saúde será decisiva para trabalhar adequadamente e realizar assim a estratificação do risco cardiovascular em acordo com os protocolos adotados no projeto de intervenção.

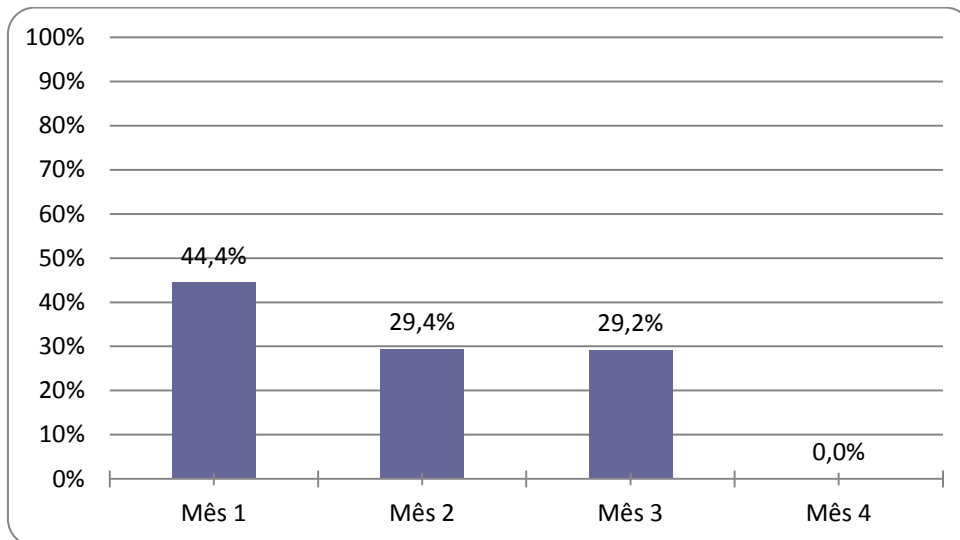


Figura 13: Gráfico indicativo da proporção de diabéticos no programa de HAS/DM na USF Bairro Nordeste com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. Natal/RN, 2015. Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

**Relativo ao objetivo 6:** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

**Meta 17:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

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

A meta inicialmente proposta foi atingida em cada um dos três meses que durou a intervenção, já que o indicador relativo à proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável foi de 100% nos três meses (24, 43 e 66 usuários em cada mês respectivamente).

**Meta 18:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

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

A meta inicialmente proposta foi também atingida no caso dos diabéticos em cada um dos três meses que durou a intervenção, já que o indicador relativo à proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável foi de 100% nos três meses (9, 17 e 24 usuários em cada mês respectivamente).

**Meta 19:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

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

A meta inicialmente proposta foi atingida em cada um dos três meses que durou a intervenção, já que o indicador relativo à proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física foi de 100% nos três meses (24, 43 e 66 usuários em cada mês respectivamente).

**Meta 20:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

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

Igualmente aqui a meta inicialmente proposta foi atingida em cada um dos três meses que durou a intervenção, já que o indicador relativo à proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física foi de 100% nos três meses (9, 17 e 24 usuários em cada mês respectivamente).

**Meta 21:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

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

Consideramos que a meta inicialmente proposta foi atingida, já que o indicador relativo à proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo foi de 100% (24 usuários) no primeiro mês e quase de 100% nos dois meses subsequentes: 97,7% (42 usuários) no segundo mês e 98,5% (65 usuários) no terceiro mês. Desconsideramos essa pequena variação nas porcentagens acima citadas, já que em números absolutos apenas representa um hipertenso e trata-se de um usuário acamado sem chance de fumar atualmente.

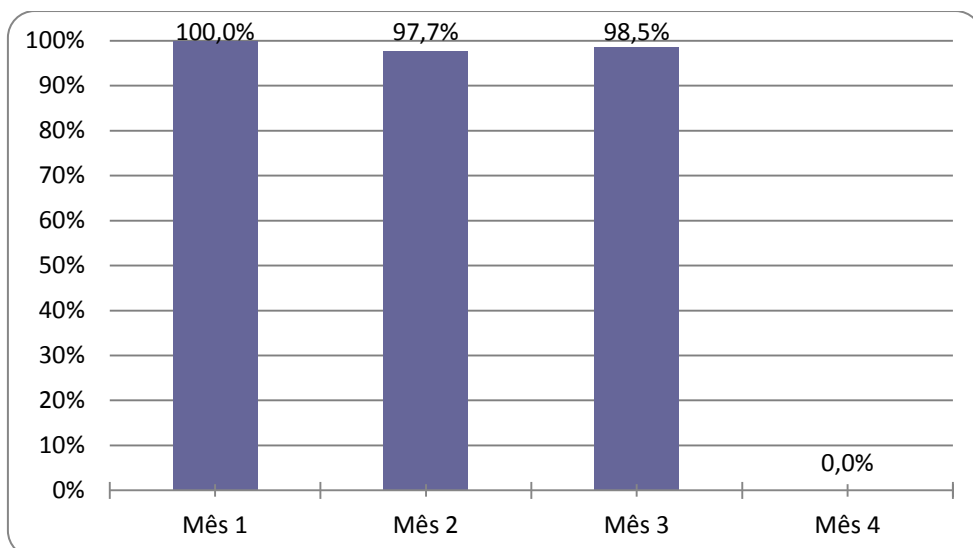


Figura 14: Gráfico indicativo da proporção de hipertensos no programa de HAS/DM na USF Bairro Nordeste com orientação sobre os riscos do tabagismo. Natal/RN, 2015. Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.



**Meta 22:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

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

Consideramos que a meta inicialmente proposta foi atingida ao longo de toda a intervenção, já que o indicador relativo à proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo foi de 100% nos três meses (9, 17 e 24 usuários em cada mês respectivamente).

**Meta 23:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

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

A meta proposta não foi atingida neste caso, por quanto os indicadores obtidos em relação com a orientação sobre higiene bucal são baixos ao longo de toda a intervenção, sendo 37,5% (9 usuários) no primeiro mês, 46,5% (20 usuários) no segundo mês e 51,5% (34 usuários) no final da intervenção.

Nesse sentido, volto a ressaltar que a UBS esteve durante toda a intervenção sem atendimento odontológico, pelo que a equipe chegou ao compromisso de orientar sobre higiene bucal e de avaliar a necessidade de tratamento odontológico só nos diabéticos e, no caso dos hipertensos, só em aqueles em que o clínico geral estimasse a necessidade urgente de orientação/avaliação odontológica. Também destaco que a proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal vai a aumento progressivo, como se pode observar no gráfico abaixo.

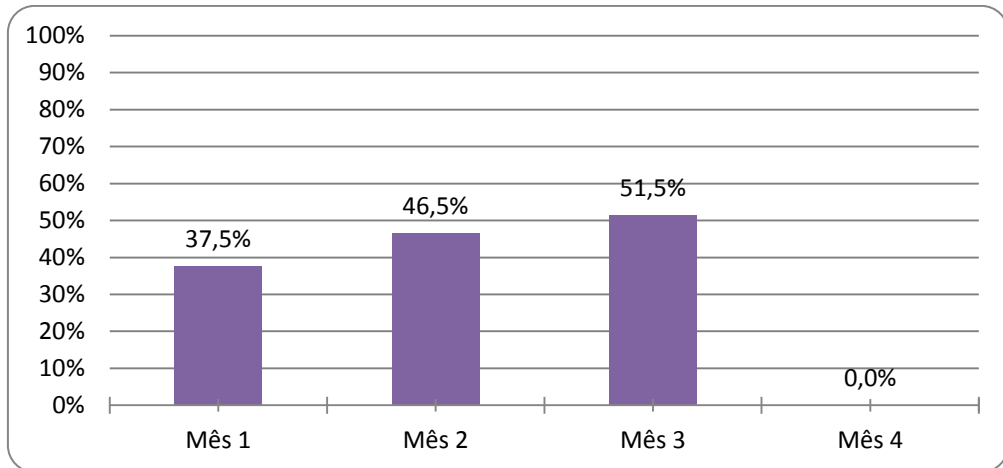


Figura 15: Gráfico indicativo da proporção de hipertensos no programa de HAS/DM na USF Bairro Nordeste com orientação sobre higiene bucal. Natal/RN, 2015. Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

**Meta 24:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

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

Consideramos que a meta inicialmente proposta foi atingida ao longo de toda a intervenção, já que o indicador relativo à proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal foi de 100% nos três meses computados (9, 17 e 24 usuários em cada mês respectivamente).

## 4.2 Discussão

Ainda que a ação programática coincidissem na minha UBS com as obras de reforma da estrutura do imóvel, fato que interferiu com o bom desenvolvimento da mesma e obviamente repercutiu nos resultados obtidos, podemos afirmar com toda certeza que a intervenção foi decisiva para a ampliação real da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos da área, como também para a implementação do registro adequado dos usuários cadastrados e a qualificação da atenção, com moderado destaque para o exame dos pés no caso dos diabéticos (realizado pela enfermeira da equipe) e para a classificação de risco dos usuários de ambos os grupos, sendo que na prática essas atividades apenas não eram anteriormente realizadas em nenhum usuário até a implantação do programa.

Assim, eu considero que a ação programática teve resultados muito interessantes para a equipe, já que exigiu a capacitação de todos os profissionais de acordo com os protocolos adotados, para assim seguir as recomendações do MS relativas ao rastreamento da hipertensão arterial e da diabetes mellitus, como também quanto ao diagnóstico e tratamento, além do próprio monitoramento.

Obviamente, essa atividade de capacitação profissional revistou em profundidade os protocolos e aportou conhecimentos protocolados para cada um dos membros da equipe, o que promoveu a satisfação dos próprios profissionais, que passaram após da capacitação a ter um conhecimento em geral mais adequado que antes para realizar as diversas ações do programa em acordo com o respectivo protocolo de atuação.

É assim que, em linhas gerais, as atribuições de cada um dos membros da equipe foram estabelecidas em acordo com as suas próprias funções correspondentes a sua respectiva categoria profissional, mas foi necessário adequar essas funções a nossa realidade atual, porém, como consequência das obras do posto, não sempre foi possível seguir o esquema de atribuições previsto inicialmente, o que acabou tendo impacto também em outras atividades no serviço, como por exemplo, nas atividades relacionadas com a enfermagem (aplicação de injetáveis e vacinas, ou curativos) e com o acolhimento dos usuários na recepção da unidade.

Por outro lado, a intervenção promoveu o trabalho integrado de toda a equipe (médico, enfermeira, técnicos de enfermagem e ACS) e, ainda que a participação de alguns membros seja sendo deficitária, acredito que estamos no bom caminho para trabalhar realmente em equipe.

Na realidade, a ação programática também foi muito importante para o serviço, já que viabilizou a atenção a um maior número de usuários da área de abrangência da UBS e facilitou a revisão das atribuições da equipe, sendo que antes da intervenção as atividades de atenção a HAS/DM eram concentradas no médico da equipe e agora são compartilhadas por todos os membros, cada um nos aspectos próprios correspondentes as suas atribuições.

Além disso, a melhoria do registro através do preenchimento regular das fichas-espelho, como também o agendamento priorizado dos hipertensos e diabéticos, viabilizou certa otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. Também, a classificação de risco dos hipertensos e diabéticos, ainda

que só fosse realizada parcialmente, ajudou bastante para apoiar a priorização do atendimento dos usuários em situação de risco.

Porém, apesar da ampliação da cobertura do programa de atenção a HAS/DM, ainda temos na nossa área muitos hipertensos e diabéticos sem cobertura. Além disso, o impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade em geral, já que muitos dos seus membros ainda desconhecem a existência da ação programática, devido basicamente à falta de informação como consequência das obras de remodelação da unidade.

Contudo, os usuários hipertensos e diabéticos cadastrados no programa demonstram satisfação com a prioridade no atendimento e com a melhoria da atenção recebida. O problema é que essa prioridade gera certo grau de insatisfação na sala de espera entre as outras pessoas que desconhecem o motivo dessa prioridade.

Também é obvio que, após dos três meses que durou a intervenção, a equipe tem já certo treinamento que aportou experiência no desenvolvimento das diversas ações do programa. Assim, acredito que a intervenção poderia ter sido facilitada no seu início se desde a análise situacional eu tivesse conversado e discutido com a minha equipe acerca das atividades que eu vinha desenvolvendo.

Todavia, provavelmente o que mais faltou na nossa intervenção foi a articulação da equipe com a comunidade para informar adequadamente acerca da implantação do programa e explicitar os critérios para a priorização da atenção, como também discutir a melhor maneira de implementar isto e alguns outros aspectos do próprio programa.

Também é importante ressaltar, que faltou uma integração mais real e completa da equipe para levar adiante o programa com melhores resultados, mas agora que estamos no fim do projeto, percebo que a equipe está já um pouco mais integrada e, com a incorporação da intervenção à rotina do serviço, teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas.

A ação programática da HAS/DM já está sendo incorporada à rotina do serviço, mas a equipe é consciente de que tem que fazer melhorias para obter bons resultados. De modo que, é preciso informar melhor à comunidade em relação com o programa em geral e, sobretudo, acerca da necessidade de priorização da atenção dos usuários hipertensos e diabéticos, em especial daqueles considerados de alto

risco.

Contudo, merece atenção e cuidado por parte da equipe o preenchimento de algumas informações nas folhas de registro, uma vez que - essa falta - pode dificultar na coleta de dados necessários para a obtenção de alguns indicadores. Temos ciência da necessidade e importância dessa conscientização para toda a equipe, de maneira que a colaboração de todos os seus membros no preenchimento dos dados solicitados nas fichas-espelho torna-se imprescindível. Assim, necessitamos que todos preencham e anotem as informações dos usuários nos prontuários, com revisão/monitoramento periódico dos dados coletados, para adequar assim - de acordo com o protocolo - todos os hipertensos e diabéticos cadastrados no programa.

Agora a equipe está aguardando a finalização das obras de reforma da unidade de saúde para recuperar o atendimento normal e poder fazer todas as atividades próprias da atenção básica de saúde, sendo - a partir desse momento - que a equipe estará em condições de trabalhar adequadamente para abordar todas as ações próprias da ação programática.

É assim que, na medida das nossas possibilidades atuais, continuaremos ampliando a cobertura do programa nos dois grupos de usuários pertencentes à população alvo da intervenção, já que a partir de agora vamos contar com as três ACS que oficialmente tem a equipe (lembro aqui que durante toda a intervenção só tivemos uma ACS em ativo). Conforme a disponibilidade dos ACS para as novas microáreas resultantes da reterritorialização realizada pela gestão municipal, investiremos na ampliação de cobertura dos hipertensos e diabéticos dessa área.

E já para terminar, tomando o atual projeto de intervenção como modelo e em acordo com as necessidades de saúde mais prioritárias na área de abrangência da UBS, a equipe avaliará a possibilidade de implementar progressivamente outros programas da atenção básica (como, por exemplo, o pré-natal ou a prevenção do câncer de colo do útero e de mama).

## 5. Relatório da intervenção para gestores

A/C da Secretaria Municipal de Saúde de Natal.

O presente relatório tem como objetivo apresentar os resultados da intervenção realizada durante 12 semanas na UBS do Bairro Nordeste, de 12 de janeiro de 2015 a 12 de abril de 2015, vinculada ao Curso de Especialização em Saúde da Família da UFPel e que já apresentou ganhos para a comunidade.

O foco do trabalho foi o programa de atenção a hipertensos e diabéticos; porém, a escolha da hipertensão e da diabetes como foco da intervenção não foi aleatória, já que essa escolha considerou as condições de risco que podem gerar o aumento da mortalidade. Além disso, a hipertensão e a diabetes estão frequentemente associadas a outros fatores de risco, como o tabagismo ou as dislipidemias (entre outros), sendo que todos eles aumentam de forma notável o risco cardiovascular, particularmente nos indivíduos que apresentam alguma dessas associações.

Contudo, todos esses fatores, em geral, são modificáveis através do diagnóstico e tratamento precoces, como também através das mudanças nos estilos de vida e outras ações (como a educação em saúde ou medidas legislativas, por exemplo). É por tudo isso que o programa de atenção básica na área da hipertensão e diabetes é prioritário, já que através dele estamos atuando sobre diversos fatores de risco da população, todos eles relacionados com o aumento da mortalidade cardiovascular.

A partir disso, o programa de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos foi implantado na nossa unidade para fazer frente a essas necessidades de atendimento prioritário dos usuários de ambos os grupos e atualmente está sendo incorporado à rotina do serviço de forma satisfatória após de três meses de intervenção, sendo intenção da equipe que ele possa ter continuidade no tempo de forma definitiva e permanente, com vistas a cumprir com o que não foi realizado durante essas 12 semanas, procurando sempre que esteja pautado nos princípios do SUS.

Assim, ao longo desses primeiros três meses, todas as ações inicialmente

previstas no projeto de intervenção foram consideradas, mas analisando o trabalho desenvolvido pela equipe até agora, nem todas elas puderam ser realizadas (total ou parcialmente), sobretudo, pelo fato de que a intervenção coincidiu com as obras de reforma da unidade de saúde, que no momento atual está quase pronta para recomeçar o atendimento em condições de normalidade.

Porém, temos que alguns aspectos do programa já funcionam adequadamente, como é o caso do atendimento clínico, que agora é priorizado de acordo com o risco dos usuários e está baseado na aplicação dos protocolos do Ministério da Saúde, com registro adequado nos prontuários e nas fichas individuais de coleta de dados (fichas-espelho).

Nesse sentido, o atendimento clínico melhorou de forma notável desde o início da intervenção, com mudanças importantes quanto aos diversos aspectos da atenção ao usuário hipertenso e/ou diabético, desde o acolhimento e cadastramento daqueles que chegam na unidade para ser atendidos por qualquer causa, até a realização das diversas ações do programa previstas nos respectivos protocolos (registro adequado, avaliação de risco, priorização no atendimento, busca de faltosos, exames em dia, farmácia popular, promoção de saúde, etc.).

Já em relação às atividades coletivas de educação em saúde, além de um maior esforço de coordenação dos profissionais da equipe, necessitamos de uma maior participação da comunidade, como também na organização e no desenvolvimento das atividades de promoção da saúde, neste caso com ajuda institucional do próprio município (se for necessário), através de diversas ações educativas (palestras, lanches educativos, caminhadas, etc.), mantendo sempre um canal de comunicação da equipe com as lideranças comunitárias para abordar os diversos aspectos do programa (sobretudo, no referente à promoção da saúde).

É importante ressaltar que a maioria das atividades do programa não eram realizadas antes do início da intervenção, ou eram realizadas só parcialmente e só por algum dos profissionais trabalhando de forma individual (não em equipe), sendo até esse momento sempre feitas de forma desorganizada e não protocolada. É por isso que agora estamos em condições de afirmar que a comunidade ganhou muito no atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos.

Mesmo com todas as dificuldades apresentadas, sobretudo, como consequência das obras de remodelação do posto de saúde, os resultados da intervenção foram satisfatórios quanto ao objetivo geral de obter uma melhoria da

atenção aos hipertensos e diabéticos da nossa área de abrangência, como em geral para os diversos objetivos específicos da própria intervenção (cobertura do programa, qualificação da atenção, adesão dos usuários, registro das informações, mapeamento de risco e promoção de saúde).

Assim, temos que - em três meses - nossa cobertura ampliou de 24 para 66 usuários hipertensos acompanhados pela equipe (33,3%) e de 9 para 24 diabéticos também acompanhados (49%), sendo que a meta proposta era para ambos os grupos de 50%. Além disso, tivemos uma melhoria notável do registro das informações (atingindo a meta de 100%), como também no relativo às orientações de promoção de saúde (onde atingimos igualmente a meta de 100% em quase todas as ações). Não menos satisfatórios foram outros resultados, como os referentes ao exame clínico apropriado (em mais de 95% dos usuários) ou a prescrição de medicamentos da farmácia popular (em mais de 90% dos usuários).

Porém, a equipe precisa de apoio e recursos, sendo necessário o estabelecimento de um canal de comunicação permanente com os representantes da saúde municipal, sem esquecermos da necessidade imediata da equipe em dispor de um número adequado de ACS (para atuar nas novas microáreas anexadas após da reterritorialização da nossa área de abrangência) e outras necessidades (como disponibilizar uma dentista a mais na unidade, suporte informático de apoio, equipamentos e material clínico, etc.).

Por fim, destaco que estamos trabalhando atualmente de forma mais objetiva em prol da saúde da população da nossa área, sendo que o foco de intervenção é uma ação programática típica da atenção básica, que segue um protocolo e tem registro próprio (como também monitoramento regular); mas, como já falei anteriormente, necessitamos de apoio institucional e de ajuda permanente da gestão, para que este e outros possíveis futuros programas da atenção básica cheguem a ter sucesso, já que não podemos esquecer o importante papel que os gestores possuem na organização dos serviços de saúde, colaborando assim para a constituição do SUS, ao mesmo tempo em que cumprem com os seus deveres na condução da saúde municipal.

ATT, Jesús Grande Estévez, médico da ESF Bairro Nordeste.

Natal, 19 de maio de 2015.



## 6. Relatório da intervenção para a comunidade

À comunidade da “área verde” do Bairro Nordeste, viemos informar que a intervenção realizada de 12 de janeiro de 2015 a 12 de abril de 2015, durante 12 semanas, foi feita no âmbito do programa de atenção a hipertensos e diabéticos, em vinculação às atividades do Programa “Mais Médicos”, e apresentou ganhos para a comunidade.

A escolha da hipertensão e da diabetes como foco da intervenção não foi aleatória, já que é uma das áreas mais necessitadas de melhorias na unidade e é uma população que merece atenção direcionada. Essa escolha considerou que as condições de risco podem gerar o aumento da mortalidade, que é necessário uma atenção direcionada à qualidade da atenção e, por fim, que a UBS possui baixos indicadores de cobertura.

Pelas consequências importantes das possíveis complicações da hipertensão e diabetes para a saúde dos usuários e, pelos fatores de risco sempre presentes no cotidiano da população (por exemplo: tabagismo, sobrepeso, falta de exercícios físicos e alimentação não saudável) o programa é prioritário. A partir disso, o programa foi implantado na nossa unidade e está sendo incorporado à rotina do serviço de forma satisfatória após de três meses de intervenção, acontecendo de forma permanente.

Ao longo desses primeiros três meses, adequamos o atendimento clínico, que agora é priorizado de acordo com o critério de risco dos usuários e está baseado na aplicação dos protocolos do Ministério da Saúde, com registro adequado nos prontuários e nas fichas individuais de coleta de dados. Além disso, esse atendimento melhorou muito desde o início da intervenção, com mudanças importantes em relação ao acolhimento e cadastramento daqueles que chegam na unidade para ser atendidos por qualquer causa, até a realização das diversas ações do programa previstas nos respectivos protocolos (registro adequado, avaliação de risco, priorização no atendimento, busca de faltosos, exames em dia, farmácia popular, promoção de saúde, etc.).

Nas atividades coletivas de educação em saúde, melhoramos a atenção prestada, porém ainda precisamos de um maior esforço de coordenação dos

profissionais da equipe e de uma maior participação da comunidade, como também de uma melhor organização e desenvolvimento das atividades de promoção da saúde (através de palestras, lanches educativos, caminhadas, etc.), mantendo um canal permanente de comunicação da equipe com as lideranças comunitárias.

Entendemos as nossas limitações durante a intervenção, mas buscaremos melhorar esses aspectos daqui por diante, já que algumas ações previstas, ainda não acontecem rotineiramente no serviço, principalmente pelas reformas na estrutura física da UBS. Lembramos que essas ações não eram realizadas antes da intervenção, de modo que já houve ganhos para a comunidade, mesmo com todas as dificuldades apresentadas, pois nossa cobertura ampliou de 24 para 66 usuários hipertensos acompanhados e de 9 para 24 diabéticos acompanhados pela equipe, além da qualificação da atenção durante às consultas, orientações, promoção de saúde, acolhimento e outras ações realizadas pela equipe que melhoraram o atendimento da UBS.

Por fim, queremos agradecer à população pela compreensão e deixar claro que continuaremos trabalhando para melhorar a atenção prestada aos usuários e ampliar, ainda mais, a cobertura do programa na comunidade, ao mesmo tempo em que também queremos enfatizar que a comunidade pode contribuir com o nosso Serviço para que a assistência à saúde caminhe na direção certa.

## **7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem**

Quando começou o curso de especialização, minhas expectativas eram ótimas, uma vez que eu acreditava que seria uma experiência muito enriquecedora profissionalmente e também pessoalmente, no sentido de aperfeiçoar os meus conhecimentos de saúde da família, além de trocar experiências e esclarecer dúvidas, todo com o objetivo de melhorar a qualidade da nossa atenção médica e construir juntos um SUS de maior qualidade, contribuindo na melhoria do estado de saúde da população brasileira.

Agora que o curso está na reta final, posso afirmar que essas expectativas iniciais foram cumpridas e o esforço continuado ao longo de tantos meses valeu a pena, pelo que estou realmente satisfeito da minha participação. É, sobretudo agora, após a avaliação da intervenção e de juntar os principais documentos do TCC, que estou compreendendo o nexo de união das diversas tarefas semanais realizadas, também estou vendo com clareza que as atividades desenvolvidas ao longo do curso foram muito importantes para fazer a análise situacional da minha Unidade e para a escolha da hipertensão/diabetes como foco de intervenção, como para o próprio desenvolvimento da mesma.

É óbvio que as obras de reforma do meu posto de saúde, como também a falta de recursos e a falta de estímulo de uma equipe inicialmente desmotivada, não ajudaram muito no desenvolvimento pleno das diversas atividades do curso e da própria intervenção; mas, com certeza, o balanço está sendo positivo para mim (na minha prática profissional como médico de família), para a minha equipe (que está agora mais motivada e funcionando melhor) e para a população (cuja atenção de saúde começou a melhorar em cobertura e qualidade).

Na verdade, as rotinas implantadas continuam com toda normalidade no dia-a-dia da nossa equipe; a ação programática iniciada continua. É assim que considero um grande ganho a implementação do registro adequado através das correspondentes fichas-espelho (já parte integrante e indispensável do prontuário dos nossos usuários hipertensos e/ou diabéticos), como também considero bem

relevante o monitoramento periódico de todas as atividades realizadas pela equipe (o que permite avaliar a qualidade da atenção prestada).

Por outro lado, o curso de especialização me ajudou a reforçar os meus conhecimentos clínicos e de saúde coletiva através do estudo teórico-prático, por meio das provas de avaliação realizadas e dos diversos casos clínicos apresentados ao longo do curso. Além disso, também me ajudou a conhecer melhor o funcionamento das equipes de atenção básica e da estratégia da saúde da família, sendo assim - atualmente - estou em ótimas condições de fazer uma análise crítica acerca das necessidades de recursos e de estrutura para o bom funcionamento da nossa equipe e até da própria Unidade.

Enfim, me sinto bem satisfeito do processo de aprendizagem e do método pedagógico do curso, como também muito satisfeito de poder contribuir na melhoria da saúde da população brasileira através da intervenção (parte essencial do curso de especialização).

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2006a. 58p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_basica15.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica15.pdf)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília, 2006b. 64p. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcad16.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad16.pdf)>.

IBGE. **Censo demográfico 2010**. Brasil, 2012. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=2408102>>.

## NOTA

Os Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde, acima citados, foram atualizados no ano 2013, estando disponíveis em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes>>.

A equipe não tem ainda a versão impressa atualizada dos mesmos, pelo que continua usando atualmente como referências os cadernos e protocolos do Ministério da Saúde do ano 2006.

## **Anexos**

**Anexo A - Documento do comitê de ética**

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

---

OF. 15/12  
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Srª  
Profª Ana Cláudia Gastal Fassa

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

Prezada Pesquisadora;

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

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





### Anexo C - Planilha de coleta de dados

Planilha de coleta de dados (HAS e DM).xls [Modo de compatibilidade]

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 19 20 21 22 23 24 25 26 27

Digite apenas nas células em VERDE.

Número total de <b>hipertensos</b> com 20 anos ou mais residentes na territorialidade (área de abrangência da UBS)		Considerar o total de hipertensos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao hipertensa na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento da SIAB ou, ando não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providenciar sua atualização.
Número total de <b>diabéticos</b> com 20 anos ou mais residentes na territorialidade (área de abrangência da UBS)		Considerar 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 da SIAB ou, ando não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providenciar sua atualização.

HIPERTENSOS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	OBSERVAÇÕES
Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao hipertensa em cada mês de intervenção					
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 de intervenção					Considerar as pessoas que são <b>APENAS DIABÉTICOS</b> residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao diabético.

\*Estimativa no território

População total		Digite a <b>população total</b> nesta célula de acordo com sua realidade e as estimativas serão calculadas automaticamente. Utilize este número e você não precisa de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para a célula dar indicadores.
-----------------	--	--

Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais (67% da po	0
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais <b>HIPERTENSOS (22,7%) (VIGITEL, 2011)</b>	0
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais <b>DIABÉTICOS (5,6%) (VIGITEL, 2011)</b>	0

Estimize a número total estimada de **hipertensos** com 20 anos ou mais residentes na territorialidade. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-la na célula C5.  
 Estimize a número total estimada de **diabéticos** com 20 anos ou mais residentes na territorialidade. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-la na célula C6.

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

Planilha de coleta de dados (HAS e DM).xls [Modo de compatibilidade]

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1

Dados para Coleta	Número de paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertensa?	O paciente é diabético?	O paciente está com a doença crônica em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com a doença crônica em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com a doença crônica em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com a doença crônica em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com a doença crônica em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com a doença crônica em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com a doença crônica em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com a doença crônica em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com a doença crônica em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com a doença crônica em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com a doença crônica em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com a doença crônica em dia de acordo com o protocolo?
Orientação de proximidade	de 1 a 10	Nome	Em anos	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim
1	1																
2	2																
3	3																
4	4																
5	5																
6	6																
7	7																
8	8																
9	9																
10	10																
11	11																
12	12																
13	13																
14	14																
15	15																
16	16																
17	17																
18	18																
19	19																
20	20																
21	21																
22	22																
23	23																
24	24																
25	25																
26	26																
27	27																

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

## Anexo D - Hipertensão e Diabetes (Evite os inimigos da boa saúde)

### Hipertensão

A hipertensão ocorre quando a pressão que o sangue exerce sobre os vasos sanguíneos permanece acima do normal.

#### Por que ela ocorre?

Na maioria das vezes a hipertensão não tem uma causa específica, sendo resultado de vários fatores. O excesso de sal na dieta parece contribuir para o desenvolvimento da hipertensão.

#### O que pode acontecer com quem é hipertenso?

A pressão alta é uma doença traiçoeira, pois geralmente não apresenta sintomas. A pressão descontrolada pode resultar em problemas como derrame, infarto e insuficiência renal, os quais podem prejudicar muito a qualidade de vida e até levar à morte.

#### Como é o tratamento da hipertensão?

Em casos leves, apenas alterações dos hábitos de vida já são suficientes para controlar a pressão. Entretanto, muitos pacientes necessitam utilizar medicamentos por tempo indefinido.



### Diabetes Tipo 2

O diabetes melito ocorre quando os níveis de açúcar no sangue (glicemia) permanecem elevados.

#### Por que o diabetes ocorre?

O diabetes melito tipo 2 é mais comum em adultos. Sua causa ainda não é conhecida, porém é frequente em obesos e sofre influência de fatores genéticos.

#### O que pode acontecer se o diabetes não for controlado?

A falta de controle do açúcar no sangue é extremamente prejudicial, podendo causar cegueira, doenças nos rins, amputação de membros, infecções, formigamento e perda de sensibilidade nos pés e mãos.

#### Como é o tratamento?

O tratamento visa regularizar os níveis de açúcar no sangue e geralmente é feito com comprimidos ou injeções de insulina. Boa alimentação e prática de exercícios físicos também fazem parte do tratamento.



## Anexo E - Hipertensão e Diabetes (Prevenção)

### Prevenção

#### Como prevenir a hipertensão?

A prevenção é feita através da adoção de um estilo de vida saudável: prática diária de atividades físicas (com a supervisão de um médico) e alimentação adequada, ou seja, rica em frutas, legumes e verduras e com baixos teores de sal, gorduras, frituras e açúcar.

#### Como prevenir o diabetes tipo 2?

Mantendo o peso dentro dos limites ideais, evitando o consumo de álcool, gorduras, frituras e açúcar e praticando exercícios físicos regularmente.



### ORIENTAÇÃO

#### peça orientação ao farmacêutico:

Pessoas acima do peso têm maiores chances de desenvolver doenças crônicas como hipertensão e diabetes. Essas doenças precisam ser evitadas todos os dias através de hábitos saudáveis.

Medicamentos para hipertensão e diabetes devem ser utilizados nos horários corretos. Seu uso irregular prejudica o tratamento.

Não use remédios caseiros para hipertensão ou diabetes pois eles não ajudam no tratamento e ainda podem prejudicar a ação dos medicamentos.

Procure assistência à saúde periodicamente, muitas pessoas têm hipertensão e diabetes e não sabem.

Monitore seu tratamento em casa e através de visitas regulares ao médico e ao farmacêutico.



Material Informativo CIM/CRF-PR  
Hipertensão e Diabetes

## Hipertensão e Diabetes

Informativo  
**CIM**  
CRF-PR  
Ano 2011



ORIENTAÇÕES FARMACÊUTICAS



## Anexo F - Hipertensão, você sabia?

### VOCÊ SABIA?

#### A hipertensão arterial sistêmica (HAS):

- é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA).

- tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerado um dos principais fatores de risco modificáveis, e um dos mais importantes problemas de saúde pública.

Os índices de mortalidade por **doença cardiovascular (DCV)** aumentam progressivamente com a elevação da pressão arterial. Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) acima de 30%.



O **excesso de sal** pode causar vários problemas de saúde como pressão alta, doenças nos rins e no coração.

A elevação da pressão arterial muitas vezes está relacionada à ingestão excessiva de sódio.

O **sódio** é um elemento mineral que compõe quase a metade

(40%) do sal. As principais fontes de consumo de sódio são: o sal e os alimentos prontos para o consumo (que possuem sal adicionado como ingrediente além de aditivos alimentares contendo sódio em sua composição).

O **consumo diário de sódio recomendado** pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é de 2000 mg, o que equivale a **5g** de sal por dia (1 colher de chá), no entanto, as pesquisas atuais relatam que no Brasil o consumo diário de sal por pessoa é aproximadamente 12 gramas.

Em populações com dieta pobre em sal, como os índios brasileiros Yanomami, não foram encontrados casos de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

As **principais recomendações** não-medicamentosas para prevenção primária da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) são:

atividades físicas,

alimentação saudável,

combate ao tabagismo,

ingestão controlada de sódio.

**Hábitos saudáveis** de vida devem ser adotados desde a infância e adolescência, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos.

Uma forma de reduzir o sódio é diminuir a quantidade de sal adicionada aos alimentos servidos.



Uma parceria entre o setor produtivo, representado por associações brasileiras de indústrias de alimentos e o Ministério da Saúde, possibilitou estabelecer metas nacionais para a redução do teor de sódio em alimentos processados no Brasil.

Em 7 de abril de 2011, foi assinado um acordo com a indústria para a redução do sal em massas, macarrão instantâneo e pão. Em breve, novos grupos de alimentos serão também incluídos nesse esforço de redução do teor de sódio em alimentos processados. Esse acordo significa um avanço para a **saúde pública brasileira**.



Quando for consumir, **alimentos industrializados** selecione através da **Tabela de Informação Nutricional** contida no rótulo aquele que possui o menor teor de sódio em sua composição.

## Anexo G - O que é a diabetes?

### Diabetes

A diabetes é uma doença crónica, que ocorre quando os níveis de açúcar no sangue estão aumentados.

Este aumento resulta de alterações no funcionamento do pâncreas que é responsável pela produção de insulina.

→ **Diabetes Tipo 2:** Corresponde ao tipo de diabetes mais frequente e está associado a um defeito da ação da insulina (insulinorresistência).

Segundo a DGS— Norma 002 / 2011 adapta os seguintes critérios para diagnosticar a Diabetes:

- Quantidade de açúcar no sangue (glicemia) de Jejum:  $\geq 126$  mg/dl;
- 2 Horas após a refeição  $< 140$  mg/dl;
- Valor ocasional de glicemia  $\geq 200$  mg/dl, acompanhado de sintomas:
  - HAIC  $\geq 6.5\%$ ;



#### Principais sinais e Sintomas:

- Aumento do volume urinário;
- Sede aumentada e aumento de ingestão de líquidos;
- Apetite aumentado;

#### Outros sintomas importantes incluem:

- Perda de peso;
- Visão turva;

#### Risco de desenvolvimento de Diabetes :

- Excesso de peso (IMC  $\geq 25$ ) e obesidade (IMC  $\geq 30$ );
- Obesidade central ou visceral, H  $\geq 94$ cm e M  $\geq 80$ cm;
- Idade  $\geq 45$  anos se europeus e  $< 35$  anos se de outra origem / região do mundo;
- História familiar de diabetes, em 1º grau;
- Diabetes Gestacional;
- Hipertensão arterial;
- Alteração do níveis de gordura no sangue (dislipidemia);
- Anomalia da quantidade de açúcar no sangue (glicemia) em jejum e tolerância diminuída à glicose;

## Anexo H - O que fazer para evitar a diabetes?

### O que deve fazer para evitar a Diabetes:

- Controle o seu peso, de forma a atingir o seu peso ideal;
- Pratique exercício físico ( caminhadas, praticar ginástica de manutenção, piscina);
- Tenha uma alimentação equilibrada;
- Reduza os açúcares, as gorduras principalmente de origem animal, o sal, redução dos hidratos de carbono (arroz, batata, massa, cereais, pão);
- Ingira cerca 1,5l de água por dia.



Escolha e associe os alimentos que deverão fazer parte da sua alimentação diária.



Como calcular o seu IMC (Índice de Massa Corporal)?

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (Kg)}}{[(\text{Altura})]^2}$$

É a forma mais comum para determinar se o seu peso encontra-se baixo, no intervalo ou acima dos valores normais, através de uma relação com a altura.