

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**Universidade Aberta do SUS UNA/SUS**  
**Departamento de Medicina Social**  
**Programa de Especialização em Saúde da Família**



**Trabalho de conclusão de curso**

**Melhoria da Atenção à Saúde dos Portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica  
e de Diabetes Mellitus da Unidade Básica de Saúde Melancias, São Francisco  
do Piauí-PI**

**Vanessa Feitosa Quaresma de Carvalho**

Pelotas, 2015

**Vanessa Feitosa Quaresma de Carvalho**

**Melhoria da Atenção à Saúde dos Portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e de Diabetes Mellitus da Unidade Básica de Saúde Melancias, São Francisco do Piauí-PI**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

**Orientadora:** Patrícia Osório Guerreiro

Pelotas, 2015

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

C331m Carvalho, Vanessa Feitosa Quaresma de

Melhoria da atenção à saúde dos portadores de hipertensão arterial sistêmica e de diabetes mellitus da UNIDADE Básica de Saúde Melancias, São Francisco do Piauí-PI / Vanessa Feitosa Quaresma de Carvalho; Patricia Osório Guerreiro, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

99 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. Guerreiro, Patricia Osório, orient. II. Título

CDD : 362.14

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

## **DEDICATÓRIA**

À população de Melancias e demais localidades da área, este trabalho foi concluído graças à sua participação.

## **AGRADECIMENTOS**

À equipe de gestores e profissionais de saúde no PS de Melancias em São Francisco do Piauí, o envolvimento e a contribuição de cada um deles foi muito importante neste projeto.

À UFPel pelo suporte e apoio, em especial aos profissionais diretamente envolvidos com minha orientação.

*“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém  
ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.”*

Arthur Schop

## Lista de Figuras

Figura 1 – Unidade de saúde de Melancias.....	28
Figura 2 – Reuniões de equipe.....	52
Figura 3 – Grupo educativo na unidade de saúde.....	54
Figura 4 – Visitas domiciliares.....	55
Figura 5 – Mutirão na localidade Queimadas.....	56
Figura 6 – Mutirão na localidade Pé-do-Morro.....	57

## Lista de Gráficos

Gráfico 1 – Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.....	63
Gráfico 2 – Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.....	63
Gráfico 3 – Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo .....	64
Gráfico 4 – Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo .....	65
Gráfico 5 – Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo .....	66
Gráfico 6 – Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo .....	66
Gráfico 7 – Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada .....	67
Gráfico 8 – Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada .....	67
Gráfico 9 – Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico .....	69
Gráfico 10 – Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico .....	69
Gráfico 11 – Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa ...	70
Gráfico 12 – Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa .....	70
Gráfico 13 – Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento .....	71
Gráfico 14 – Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento .....	72
Gráfico 15 – Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia .....	73
Gráfico 16 – Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia .....	73



Gráfico 17 – Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável .....	74
Gráfico 18 – Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável .....	74
Gráfico 19 – Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular .....	75
Gráfico 20 – Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular .....	76
Gráfico 21 – Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo .....	77
Gráfico 22 – Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo .....	77
Gráfico 23 – Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal .....	78
Gráfico 24 – Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.....	79

### **Lista de Abreviaturas/Siglas**

ACS – Agente Comunitário de Saúde

DM – Diabetes Mellitus

ESF – Estratégia Saúde da Família

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

MS - Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PROVAB – Programa de Valorização da Atenção Básica

PS – Posto de Saúde

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

UBS – Unidade Básica de Saúde

## Sumário

Apresentação .....	12
1 Análise Situacional .....	13
1.1 Texto inicial: “qual a situação da ESF/APS em seu serviço? .....	13
1.2 Relatório da análise situacional .....	15
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o relatório .....	28
2 Análise estratégica .....	30
2.1 Justificativa .....	30
2.2 Objetivos e Metas .....	31
2.3 Metodologia .....	33
2.3.1 Ações .....	35
2.3.2 Indicadores .....	43
2.3.3 Logística .....	48
2.3.4 Cronograma .....	52
3 Relatório da Intervenção .....	53
3.1 Ações desenvolvidas na intervenção – facilidades e dificuldades .....	53
3.2 Ações previstas que não foram realizadas - fragilidades e dificuldades .....	59
3.3 Coleta e sistematização dos dados .....	60
3.4 Viabilidade de incorporação das ações na rotina da unidade .....	60
4 Avaliação da Intervenção .....	63
4.1 Resultados .....	63
4.2 Discussão .....	80
4.3 Relatório da intervenção para gestores .....	83
4.4 Relatório da intervenção para comunidade.....	86
5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem .....	89
Referências .....	91
Anexos .....	92

## Resumo

CARVALHO, Vanessa Feitosa Quaresma. **Melhoria da atenção à saúde dos portadores de hipertensão arterial sistêmica e de diabetes mellitus da unidade básica de saúde Melancias, São Francisco do Piauí, PI.** 2015. 99f. Trabalho acadêmico – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM) são patologias com alta prevalência na população brasileira e são sensíveis às ações de controle na atenção primária à saúde. O diagnóstico precoce e tratamento destas doenças pode reduzir o risco de complicações que acarretam alta morbimortalidade, como infarto do miocárdio, acidente vascular encefálico e insuficiência renal por exemplo. Entre 11 de agosto e 30 de outubro de 2014 foi realizado um projeto de intervenção no Posto de Saúde de Melancias em São Francisco do Piauí-PI a fim de melhorar a atenção à saúde dos portadores de HAS e DM da área. Foi planejado levantamento de prontuários, atualização cadastral, capacitação da equipe e mutirões de rastreamento, atendimento clínico e educação em saúde nas diferentes localidades da área, que possui 1463 habitantes residentes em cerca de 40 comunidades rurais. Além disso, foram implantados cartões e fichas-espelho para registro e monitoramento do programa e programadas visitas domiciliares e busca ativa aos faltosos. Como resultados, foi possível ampliar a cobertura de atenção à saúde destes usuários em 34%, com aumento de 47% para 81% do programa de HAS e de 31% para 65% do programa de DM. Quanto aos indicadores de qualidade, foi possível avaliar individualmente 94% dos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa garantindo atualização do exame clínico, registro adequado na ficha de acompanhamento, avaliação da necessidade de atendimento odontológico e solicitação dos exames complementares necessários para todos estes. Ao término da intervenção havia 62% dos pacientes com exames complementares em dia, foi calculado o risco cardiovascular de 70% dos hipertensos e de 100% dos diabéticos, foi oferecida busca ativa para 100% dos pacientes faltosos e foi priorizada a prescrição das medicações disponíveis na farmácia da unidade para todos os pacientes avaliados, sendo possível manter seu uso exclusivo em 90% dos hipertensos e em 87,5% dos diabéticos. As ações educativas sobre higiene bucal, alimentação saudável, prática de atividade física e controle do tabagismo alcançaram 94% do total de HAS e DM cadastrados. Este trabalho permitiu uma melhoria importante na atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos do PS de Melancias e mostrou que o planejamento de ações multiprofissionais adaptadas à realidade sociocultural da população permite um cuidado mais completo e de melhor qualidade.

**Palavras Chave:** Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

## **Apresentação**

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas. O trabalho foi constituído por uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde de hipertensos e diabéticos da Unidade de Saúde de Melancias do município de São Francisco do Piauí-PI. O volume está organizado em cinco unidades de trabalho sequenciais e interligadas. Na primeira parte observamos a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas durante a unidade 3 do curso. Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4. Na quinta e última parte a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho. O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês de março de 2014, quando começaram a serem postadas as primeiras tarefas; sua finalização ocorreu no mês de fevereiro de 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

## 1 ANÁLISE SITUACIONAL

### 1.1 Texto inicial: "qual a situação da ESF/APS em seu serviço?"

Estou atuando como médica em uma Unidade de Saúde da Família composta apenas por uma equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Trabalho com um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, um odontólogo, uma auxiliar de consultório dentário e cinco agentes comunitários de saúde. Contamos com atendimentos do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com psicóloga, nutricionista e fisioterapeuta. A unidade está situada na localidade Melancias, na zona rural do município de São Francisco do Piauí e abrange uma área de cerca de 40 pequenas comunidades afastadas entre si por estradas de difícil acesso, principalmente em épocas chuvosas. A comunicação é muito precária, não havendo telefone ou internet na unidade de saúde.

A estrutura física da USF é relativamente adequada, dispomos de um consultório médico, um consultório odontológico, um consultório de enfermagem, um consultório para o NASF, uma sala de procedimentos, farmácia, copa, recepção e dois banheiros. A sala de vacinação está desativada devido às frequentes quedas de energia elétrica no local, as vacinas são oferecidas na sede do município. É possível realizar coleta para citologia oncótica, curativos, pequenas suturas e medicações injetáveis na unidade, atendendo a pequenas urgências; no entanto, não dispomos de oxigênio, desfibrilador ou kit de intubação no local.

Grande parte da população da área trabalha com agricultura de subsistência e encontra dificuldades de transporte, não só para a USF como também para a sede do município e municípios vizinhos quando há necessidade de exames ou

atendimentos especializados. Alguns exames básicos são coletados na sede do município, mas os atendimentos especializados e muitos exames são disponibilizados apenas em outros municípios ou mesmo na capital do estado, o que dificulta a aderência da população. Na região não há coleta de lixo, nem rede de esgotos. O atendimento na USF é feito por agendamento livre com médica, enfermeiro e odontologia. Contamos com uma auxiliar responsável por estes agendamentos no balcão. Os atendimentos com a equipe do NASF são agendados após encaminhamento e discussão dos casos em reunião de equipe.

Minha agenda engloba consultas de pré-natal, puericultura, clínica geral, hipertensão arterial, diabetes e outras doenças crônicas, mas reservo um tempo considerável para a demanda espontânea diariamente, uma vez que muitos pacientes se deslocam grandes distâncias em busca de atendimento diante de condições agudas. Além disso, muitos usuários não possuem meios próprios de transporte e dependem de terceiros. Não há serviços de pronto-atendimento no município, existe apenas um hospital de pequeno porte com alguns leitos. Qualquer usuário que chega à USF recebe acolhimento com orientações e conduta segundo o caso específico, sendo direcionado ao agendamento ou atendimento no mesmo dia de acordo com condições clínicas e/ou sociais. Todos os profissionais da unidade participam do acolhimento comunicando-se com os demais conforme cada caso para condução adequada.

Em situações de urgência o atendimento é sempre realizado de imediato, com condução do caso de acordo com a necessidade. Como já descrito, a unidade possui recursos para atender pequenas urgências, e, se necessário, existe ambulância do SAMU na sede do município. Por falta de um telefone na USF, é preciso que um profissional se desloque para acionar o serviço móvel de urgência, o que gera um atraso significativo. Na agenda, há um período por semana reservado para realização de visitas domiciliares aos pacientes acamados ou com alguma vulnerabilidade discutida em reunião de equipe, um período por semana para realização de grupos educativos; um período por semana para atendimento com a equipe em localidades afastadas; e os demais períodos para atendimento na USF conforme já descrito.

As ações educativas ainda precisam ser ampliadas e aproximadas de outras localidades mais distantes para ampliar o acesso. Percebi que o maior número de pacientes em acompanhamento por HAS e DM, por exemplo, é encontrado nas

proximidades da USF. A população da área é receptiva às ações da equipe de saúde e participa dos planejamentos, principalmente através dos agentes de saúde. Quando preciso, as comunidades se mobilizam encontrando locais para receber a equipe, como escolas ou mesmo casas.

As medicações básicas são fornecidas na farmácia da USF pela técnica de enfermagem conforme prescrição. Mas, para aumentar a adesão aos tratamentos, nossa equipe também leva parte dos medicamentos para distribuir nas localidades mais distantes durante as ações programadas. O abastecimento da farmácia é relativamente bom, mas ainda existem algumas medicações em quantidade insuficiente e outras que deveriam ser substituídas. Toda a equipe tem se mostrado participativa. Estamos aos poucos melhorando os registros na unidade e ampliando as ações educativas.

## **1.2 Relatório da análise situacional**

São Francisco do Piauí-PI possui 5.570 habitantes, todos atendidos por uma das três equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) do município. A Equipe 1 (PS de São Francisco) possui 2.234 usuários cadastrados no Posto de Saúde (PS) da cidade; a equipe 2 (PS de Melancias) tem 1.463 pessoas cadastradas em área rural; e a equipe 3 (PS de Serrinha) também atende em área rural com 1.873 usuários. Uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) dá suporte às três equipes de saúde da família do município, este núcleo é composto por uma psicóloga, duas nutricionistas e duas fisioterapeutas. Na cidade de São Francisco do Piauí funciona um Centro de Referência de Assistência Social e um Conselho Tutelar. Um hospital de pequeno porte funciona na sede do município com um médico(a) e um técnico(a) de enfermagem sob regime de plantão para atender a pequenas urgências e internações, mas não possui suporte laboratorial ou atendimento cirúrgico. Quanto ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), existem duas ambulâncias básicas no hospital do município com funcionamento adequado.

Não há serviços de atenção médica especializada, laboratórios de análises clínicas, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) ou Unidade Básica de Saúde (UBS) com modelo tradicional no município. Os atendimentos em pediatria,



ginecologia, psiquiatra e outras especialidades são agendados na secretaria municipal de saúde e disponibilizados em outras cidades como Floriano-PI – localizado a cerca de 100 km de distância, ou mesmo na capital do estado que se localiza a mais de 300 km da região. Os exames complementares também são agendados na secretaria de saúde e muitos deles precisam ser coletados no laboratório de Floriano, como TSH, PSA, urocultura e hemoglobina glicada, por exemplo. Todos os exames de imagem são disponibilizados apenas em outras cidades, exigindo deslocamento dos usuários. Apenas alguns exames laboratoriais como hemograma, urina 1 e glicemia de jejum são coletados no hospital municipal e enviados para análise laboratorial.

Foi realizada uma análise situacional no PS de Melancias PSF – CNES 6557295. Esta UBS foi construída recentemente e segue o modelo de saúde da família, possui uma equipe de ESF composta por uma médica, um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, uma cirurgiã-dentista, uma auxiliar de consultório dentário e cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A área de abrangência é de cerca de 40 comunidades da área rural do município, separadas por estradas de difícil acesso e que chegam a distar até 20 km do posto de saúde de Melancias. Todos os atendimentos são vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e a unidade não está ligada a nenhuma instituição de ensino. Não existem serviços de saúde particulares no município.

A estrutura física da UBS é relativamente adequada. A sala de espera tem capacidade para aproximadamente quinze pessoas. Na recepção é feito o agendamento de consultas e os prontuários familiares são separados por microáreas. Os quatro consultórios da unidade possuem maca, mesa, cadeiras para um paciente com acompanhante, pia e materiais básicos para atendimento médico, de enfermagem, odontológico e do NASF. Uma das macas é adaptada para exame ginecológico e os ambientes da unidade permitem privacidade para os usuários. As janelas são de vidro e de localização alta, o piso é de cerâmica e há boa ventilação. Não há negatoscópio nem cilindro de oxigênio na unidade, e as torneiras são fechadas apenas manualmente. Não há sala de gerência, expurgo ou escovário. Existe uma copa com fogão e geladeira, mas sem mesa ou microondas, e uma pequena área para armazenamento dos materiais de limpeza.

Para os portadores de deficiências físicas foi projetada uma rampa de acesso na entrada do posto, há uma cadeira de rodas na recepção e não existem

escadas, degraus ou tapetes no interior da unidade que dificultem sua locomoção. Os dois banheiros de usuários são devidamente sinalizados e adaptados para o acesso de cadeirantes, sendo um para uso masculino e outro para uso feminino. Mas, apesar de uma estrutura adequada às limitações físicas dos usuários na unidade, existem problemas de acesso por questões sociais, como a dificuldade de transporte das localidades mais afastadas para o posto de saúde.

Os medicamentos básicos são armazenados na farmácia da unidade e distribuídos pela técnica de enfermagem mediante prescrição atualizada, não há profissional farmacêutico na unidade. Os procedimentos como inalação, pequenas suturas, aplicação de medicações injetáveis, terapia de reidratação oral e observação de pacientes são realizados em espaço próprio. A sala de manejo das lesões potencialmente contaminadas é separada. A esterilização de materiais é centralizada, uma sala da unidade é utilizada para acomodar o material que será esterilizado na sede. A sala de vacinas está desativada devido às frequentes quedas de energia no local, a vacinação é disponibilizada no hospital municipal e algumas campanhas pontuais são programadas na área. O lixo da unidade é armazenado em abrigo na área externa da mesma e é recolhido pela equipe de vigilância sanitária para destinação. Ainda não existe sistema de coleta de lixo domiciliar nas comunidades.

Não há telefone disponível na unidade de saúde, assim como não há computador em funcionamento ou acesso à internet, e não há sinal para telefonia móvel na comunidade. Isto dificulta muito a comunicação, inclusive para acionar o serviço móvel de urgência. Este problema pode ser resolvido com a instalação de telefone, computador e internet no local, medidas estas possíveis e já propostas para a gestão do município. No momento, os registros e agendamentos são feitos em livros e fichas e é necessário procurar telefones de casas próximas da unidade em situações de emergência.

Em todas as ações programáticas da unidade de saúde o protocolo seguido é do Ministério da Saúde, priorizando a última publicação. Os profissionais têm suas atribuições específicas, mas o trabalho em equipe está sendo estimulado através de reuniões de equipe que passaram a acontecer semanalmente na unidade de saúde e quinzenalmente com os agentes comunitários de saúde devido ao fato de eles residirem em localidades afastadas, nas suas respectivas micro áreas de atuação. As reuniões envolvem discussão de casos, avaliação de processos de trabalho,

capacitação da equipe, orientações éticas, análise de indicadores e planejamento de ações, mas estes processos de trabalho ainda não englobam com qualidade as necessidades da área e precisam ser ampliados. O levantamento, registro e monitoramento de ações prioritárias como pré-natal, HAS e DM, saúde do idoso, puericultura, e de outros grupos específicos ainda é deficiente.

Na UBS, os atendimentos do NASF são agendados após encaminhamento dos casos. Já os atendimentos com médica, enfermeiro e cirurgião-dentista são marcados pelos usuários segundo a programação da agenda de cada profissional. A agenda engloba pré-natal, puericultura, HAS/DM, entre outros. As consultas em clínica geral também são agendadas, mas é reservado um tempo considerável para a demanda espontânea diariamente, uma vez que muitos pacientes encontram dificuldades com transporte e percorrem grandes distâncias em busca de atendimento diante de condições agudas. Não há serviços de pronto-atendimento na região.

Todos os profissionais da equipe de saúde realizam visitas domiciliares conforme necessidades e vulnerabilidades discutidas em reunião de equipe, mas a análise dos pacientes com estas necessidades ainda é deficiente, sem registro adequado dos pacientes acamados. Nas visitas são realizados, por exemplo, atendimento a solicitações em situações de urgência, consultas programadas, vacinação a pacientes acamados, orientações gerais e sobre cuidados com doentes crônicos, suporte psicológico a famílias com essas necessidades, fisioterapia para acamados, curativos, suporte nutricional, entre outras atividades conforme cada caso. Uma exceção é feita ao atendimento odontológico que geralmente ocorre nas unidades de saúde por características próprias dos equipamentos necessários.

Semanalmente são programados atendimentos e outras atividades em escolas ou casas de localidades afastadas para ampliar o acesso da população. A comunidade Golfos - microárea de Melancias - se localiza a cerca de 20 km da UBS de referência em Melancias e possui um número considerável de famílias em relação às outras comunidades da área, por isso foi construída uma pequena unidade de saúde em Golfos para receber os atendimentos da equipe, inclusive odontológicos. Para oferecer um cuidado mais completo nestes locais, são levados equipamentos básicos como tensiômetro, fita métrica, termômetro e glicosímetro. Geralmente são realizadas consultas clínicas, distribuição de medicações conforme prescrição e alguns procedimentos. Algumas atividades educativas e de

rastreamento também são programadas, mas estas ações são apenas oportunas e ainda estão deficientes. Não há nenhum grupo educativo fixo na unidade de saúde.

A comunicação entre a atenção primária e os outros níveis de atenção ocorre através de relatório por escrito, mas, às vezes, este mecanismo é falho e existe apenas o relato do usuário, que nem sempre compreende bem o próprio quadro. É necessário que esta comunicação entre as equipes de saúde dos diferentes níveis de atenção funcione melhor, ao referenciar certo usuário para atendimento especializado ou hospitalar é importante que o médico da atenção primária descreva o quadro clínico, exame físico, comorbidades, hipóteses diagnósticas, exames e medicações já em uso detalhadamente e que receba dos demais níveis de atenção uma resposta adequada sobre procedimentos e terapêuticas propostas, plano de cuidado e todas as outras informações pertinentes para continuidade do cuidado de forma mais completa. A ficha de referência e contra referência é uma alternativa, mas esta ficha ao ser transportada por pacientes e familiares pode ferir princípios de sigilo e pode ser falha. O ideal seria um sistema de prontuário eletrônico unificado com fornecimento em tempo real de dados tão completos quanto possíveis acerca de cada paciente, melhorando o cuidado. Mas isto ainda parece ser uma realidade distante de uma UBS que ainda não dispõe nem mesmo de telefone, é mais um desafio. Apesar das dificuldades, no geral, há um bom suporte de outros níveis de atenção, e os pacientes sempre mantêm o vínculo concomitante com a ESF, sendo acompanhados longitudinalmente no posto de saúde.

As notificações de agravos são adequadamente realizadas na UBS. O gerenciamento de insumos é feito através de solicitação direta pela equipe de saúde ao coordenador da atenção básica e/ou secretaria de saúde, ainda existem algumas deficiências nesse processo, mas tem melhorado. O município oferece algumas atividades pontuais de qualificação profissional, como treinamentos para transformação de práticas e atualizações técnicas.

Segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) de março de 2014, estão cadastradas 1.463 pessoas e 416 famílias na área. O recadastramento dos usuários através do sistema E-SUS está em processo na unidade e é uma forma de atualização destes dados. Este número está abaixo do recomendado para uma equipe ESF de modo geral, mas é relativamente adequado para a região uma vez que a área de abrangência da unidade engloba cerca de 40

localidades da zona rural afastadas entre si e de difícil acesso, com certo nível de vulnerabilidade social e necessitando de um maior tempo para deslocamento em ações e visitas domiciliares.

A distribuição por sexo na área é relativamente igualitária com 741 homens e 722 mulheres. A distribuição por idade é próxima do estimado no caderno de ações programáticas, mas com algumas particularidades. Em março de 2014 havia 18 menores de 1 ano (esperados 22); 43 menores de 5 anos (esperados 44); 246 pessoas de 5 a 14 anos (esperadas 273); 946 pessoas de 15 a 59 anos (esperadas 917); 228 maiores de 60 anos (esperados 156); e 971 pessoas com 20 anos ou mais (esperados 931). Estes dados foram obtidos em parte do SIAB e parte de registros na unidade de saúde.

O acolhimento à demanda espontânea é feito por todos os profissionais da unidade e é uma importante ferramenta para fortalecimento do vínculo entre a população e a equipe de saúde. Sua importância é discutida em reuniões de equipe, sendo reforçados, por exemplo, os sinais de alerta que merecem maior atenção e rapidez no atendimento. Dessas reuniões participam todos os profissionais que trabalham na unidade. Em situações de urgência e emergência o atendimento é sempre realizado de imediato. Priorizar pacientes em situações de urgência ou com vulnerabilidades sociais é uma forma de equidade.

Qualquer usuário que chega à UBS recebe acolhimento pelo primeiro profissional com quem tenha contato, geralmente a recepcionista ou a técnica de enfermagem. Havendo demanda específica, o usuário é direcionado ao respectivo setor (farmácia, consultas agendadas, curativos, entre outros). Nos casos em que o usuário deseja atendimento de imediato, cada caso é avaliado e geralmente a técnica de enfermagem realiza a primeira escuta oferecendo orientações iniciais e discutindo o caso com outros membros da equipe para condução do mesmo. Havendo necessidade clínica e/ou vulnerabilidade social é decidido pelo atendimento médico e/ou de enfermagem e/ou com profissionais do NASF e/ou odontológico no mesmo turno ou de imediato conforme a necessidade. Cada profissional pode oferecer suporte inicial conforme suas atribuições a fim de promover conforto ao paciente. A comunicação entre os diferentes membros da equipe favorece o melhor direcionamento possível de cada caso.

Segundo dados do SIAB e relatório dos agentes comunitários de saúde, em março de 2014 havia cinco crianças de 0 a 3 meses e 29 dias de vida, estando

quatro delas em aleitamento materno exclusivo e uma delas em aleitamento misto; um total de 18 crianças menores de um ano de idade (82% do estimado) e 28 crianças menores de 2 anos de idade, estando todas com vacinação em dia. O número encontrado está um pouco abaixo do esperado para a população da área, mas a equipe acredita que todas as crianças da região são acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família. Pode estar havendo redução da taxa de natalidade da área. Não há desnutrição nesta faixa etária e não houve nenhum óbito em 2014. De modo geral os indicadores de saúde são bons, mas o acompanhamento destas crianças na unidade de saúde ainda pode ser melhorado.

A puericultura geralmente é iniciada na primeira semana de vida da criança através de uma visita domiciliar pelo enfermeiro da equipe com avaliação geral do recém-nascido e reforço ao aleitamento materno exclusivo. Nesta ocasião é agendada uma consulta médica na UBS para o primeiro mês de vida, quando as mães comparecem com resultado do teste do pezinho e triagem auditiva. As consultas de puericultura são alternadas entre médica e enfermeiro, a criança deve receber uma avaliação global com diagnóstico alimentar, nutricional, de desenvolvimento e vacinal, sempre reforçando orientações e esclarecendo dúvidas. Após cada consulta, é orientado o retorno regular para acompanhamento de rotina aos 2, 4, 6, 9, 12, 18 e 24 meses de vida, e anual após este período. As crianças com necessidades especiais devem ter um acompanhamento mais frequente.

De forma geral todas as mães participam do atendimento na primeira semana e primeiro mês de vida da criança, mas após esta idade o serviço de saúde costuma ser procurado apenas diante de condições agudas como dermatite, diarreia ou infecção de vias aéreas por exemplo. Não foi possível obter dados referentes ao número de crianças com consultas em dia ou em atraso devido a um sistema de agendamentos e registros deficiente, a busca ativa nesta faixa etária não ocorre adequadamente. Segundo registros do SIAB são realizadas em média 10 consultas de puericultura ao mês, mas não há controle adequado sobre as crianças que comparecem ou faltam à puericultura.

Para melhorar as questões deficientes é importante oferecer um atendimento completo em puericultura mesmo nas consultas realizadas por demanda espontânea. Além disso, é importante ampliar as atividades em grupo com temáticas diversas como vacinação, suplementação de ferro, nutrição, situações de alerta em saúde e prevenção de acidentes. Além disso, é possível reforçar a

importância da puericultura e a frequência das consultas, além de criar e atualizar registros específicos na unidade de saúde.

A atenção adequada e organizada ao pré-natal é importante para redução de riscos neste ciclo tão delicado da vida. Na área de abrangência do PS de Melancias há uma boa aderência ao pré-natal. Os registros são feitos no prontuário clínico, no cartão da gestante, no sistema de informações do pré-natal e em um livro próprio na UBS destinado a anotações sobre pré-natal e puerpério.

Em março de 2014 havia 10 gestantes em acompanhamento na unidade de saúde, o que corresponde a 46% do esperado para a população da área (21). Como característica da região, muitas mulheres jovens se submeteram a laqueadura tubária como método contraceptivo, outras emigraram para área urbana, e a taxa de fecundidade tem diminuído. Havia apenas 464 mulheres em idade fértil cadastradas na área em março de 2014 quando foram estimadas 477. Ao longo do tempo o planejamento familiar tem sido mais discutido na área e atualmente são oferecidas outras opções contraceptivas, como anticoncepcionais por via oral e injetável. Estes pontos podem justificar, em parte, o número de gestantes abaixo do esperado.

A maioria das mulheres inicia o acompanhamento pré-natal ainda no 1º trimestre de gestação (8 de 10 gestantes no referido mês), havendo tempo oportuno para realização de todos os exames pertinentes ao pré-natal, e praticamente 100% delas realiza um número adequado de consultas, havendo uma boa aderência às consultas, aos grupos educativos e às recomendações. Nove das dez gestantes haviam passado por consulta no último mês e todas receberam visita dos agentes comunitários de saúde, quando é sempre reforçado o comparecimento ao pré-natal. A suplementação de ferro, a atualização vacinal e o reforço ao aleitamento materno exclusivo são sempre realizados. Em cada consulta de pré-natal é agendado o próximo retorno, alternando entre médica e enfermeiro. Os encaminhamentos ao NASF são reservados para situações que demandem uma maior atenção, as orientações nutricionais básicas e o apoio psicológico de rotina são realizados nas consultas regulares de pré-natal, incentivando sempre hábitos de vida saudáveis e suporte emocional para a gravidez. Um aspecto que deve ser melhorado na área é o monitoramento das gestantes faltosas e busca ativa em tempo oportuno.

A cobertura do puerpério foi de 77%. Algumas justificativas para este dado podem ser a possível redução da taxa de natalidade e o menor número de mulheres em idade fértil na área como já comentado. Após o nascimento de uma criança é

programada uma visita domiciliar pelo enfermeiro na primeira semana para avaliação da mãe e do recém-nascido, com incentivo ao aleitamento materno exclusivo e orientações quanto aos cuidados gerais e com a ferida operatória se for o caso. Nesta visita é agendada uma consulta médica de puerpério na unidade de saúde, geralmente aos 30 dias de pós-parto, não ultrapassando o 42º dia.

Durante a consulta de puerpério é reforçado o planejamento familiar e os métodos contraceptivos, são esclarecidas as dúvidas e reavaliadas as condições de parto com atendimento clínico completo.

Ainda existem alguns problemas, como a falta de uma referência para encaminhamento ao pré-natal de alto risco. Outra questão importante é que há uma proporção considerável de gestantes adolescentes com gravidez não planejada. As atividades em grupo e de busca ativa também precisam ser melhoradas.

Em relação ao câncer de colo do útero, a cobertura não pôde ser adequadamente avaliada por falta de registros apropriados na unidade de saúde. Foi estimado um total de 355 mulheres entre 25 e 64 anos de idade na área, mas em livro próprio da unidade havia apenas 19 registros de coleta de citologia oncótica no período de 06 de agosto de 2013 a 05 de fevereiro de 2014. O registro específico para os resultados do exame preventivo foi criado a partir desta análise, os resultados eram anotados apenas no prontuário clínico e com falhas.

Como prevenção primária está sendo realizada a educação sexual nas escolas e a campanha de vacinação contra o HPV na área. Como prevenção secundária, é oferecida a coleta de citologia oncótica uma vez por semana na unidade de saúde com demanda livre. As mulheres atendidas em consultas médicas e de enfermagem são orientadas sobre a importância do exame preventivo e encaminhadas para a coleta quando necessário, conforme recomendações do Ministério da Saúde. No entanto, ainda não há um controle rigoroso da periodicidade deste exame entre as usuárias.

Para tentar melhorar a cobertura desta ação foi programado um mutirão em abril de 2014 com coleta de citologia oncótica na unidade de saúde, priorizando as mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com o último exame realizado há mais de 2 anos, elas foram convidadas pelos agentes comunitários de saúde e houve uma boa aderência. Mas a ação precisa ser continuada, é importante manter um registro específico na unidade de saúde com relação nominal das mulheres da área, data da coleta do exame de cada uma delas e anotação dos resultados dos exames



recebidos. A avaliação periódica deste arquivo permitiria a busca ativa das mulheres com atraso na coleta ou alteração dos resultados. No momento, não há nenhuma mulher com diagnóstico de lesões precursoras do câncer de colo do útero em acompanhamento na unidade. As alterações de microbiologia são avaliadas e tratadas conforme a necessidade.

Em relação ao câncer de mama, considero que as ações preventivas ainda estão deficientes na área. Durante as consultas médicas e de enfermagem é realizado o exame clínico das mamas, avaliação dos fatores de risco e solicitação de mamografia segundo as recomendações do Ministério da Saúde. Mas este rastreamento é falho e muitas mulheres na faixa etária de risco podem não passar por atendimento em tempo oportuno. A cobertura do programa não pôde ser avaliada por falta de registros, as mamografias solicitadas e avaliadas são anotadas apenas em prontuário clínico. As mulheres com exames alterados recebem conduta específica com complementação da mamografia ou encaminhamento a serviços especializados e são orientadas sobre o quadro e sobre a importância do retorno para seguimento na unidade. No entanto, não há um registro específico destes casos para melhor monitoramento.

Para melhorar a cobertura da prevenção do câncer de mama é preciso convidar as mulheres para ações coletivas de orientação, avaliação dos fatores de risco e exame clínico das mamas, assim como atualização da requisição de mamografia quando indicada. Com esta finalidade foi programado um mutirão na unidade de saúde no início de 2014, cerca de 50 mulheres entre 40 e 70 anos de idade compareceram e muitas delas nunca haviam realizado mamografia. Infelizmente os exames solicitados durante o mutirão não foram realizados por problemas de organização, e as mulheres foram novamente convidadas para avaliação. Os resultados das mamografias podem ser anotados em livro próprio na unidade para um melhor acompanhamento dos casos alterados e da periodicidade de sua realização. Diante de lesões precursoras do câncer o atendimento em outros níveis de atenção é disponibilizado com tempo adequado.

O número de pacientes portadores de HAS e DM na área está muito abaixo do estimado no caderno de ações programáticas. Há 26 portadores de DM na área entre 971 pessoas maiores de 20 anos, o que dá apenas 2,68% de prevalência. Foi estimado um total de 84 pessoas com 20 anos ou mais com diabetes, indicando cobertura de apenas 31% do programa. Há 138 hipertensos entre 971 pessoas

maiores de 20 anos, o que dá apenas 14,21% de prevalência. Foi estimado um total de 293 pessoas com 20 anos ou mais com HAS, indicando uma cobertura de apenas 47% do programa. Este dado é preocupante, uma vez que pode significar um rastreamento inadequado dessas patologias na região e sub-diagnóstico. A HAS e o DM são doenças crônicas, com alta prevalência e cujo tratamento pode reduzir o risco de complicações agudas e crônicas, como doenças cardiovasculares, perda visual, nefropatia, internações hospitalares, entre outras.

No entanto, o rastreamento preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) é feito basicamente durante atendimentos agendados e apresenta falhas. Muitos usuários moram em localidades afastadas da unidade de saúde e com poucos recursos de transporte, tendo dificuldades para agendar e participar de consultas de rotina e não existe um controle adequado das consultas em atraso ou dos exames realizados. É perceptível que o maior número de pessoas em acompanhamento para HAS e DM na área reside próximo à unidade de saúde. Em uma das microáreas mais afastadas da unidade existe apenas 01 portador de DM em acompanhamento.

As consultas em HAS e DM são alternadas entre médica e enfermeiro e o retorno é solicitado de acordo com o risco cardiovascular de cada um, porém, poucos pacientes da área retornam com a periodicidade adequada. As principais medicações para controle da HAS e DM são disponibilizadas na unidade de saúde ou em localidades afastadas durante atendimentos programados pela equipe, mas a reposição do estoque na farmácia da unidade ainda possui falhas. As atividades educativas sobre alimentação saudável, prática de atividade física, riscos do alcoolismo e tabagismo e cuidados com HAS e DM são fundamentais no manejo deste grupo de risco, mas ainda são muito deficientes na área, não havendo nenhum grupo educativo regular com estes temas na unidade de saúde. Também não há um sistema eficiente de controle e busca ativa aos faltosos. Os registros em prontuários são muito precários, de modo geral, não existem anotações adequadas do quadro clínico e tratamento dos pacientes, dos exames laboratoriais prévios ou das aferições de PA e glicemia na unidade de saúde.

Existem algumas dificuldades no acompanhamento da HAS e DM na área. Depois de solicitada, a glicemia capilar precisa ser agendada e coletada na sede do município; o TTGO 75g e a hemoglobina glicada precisam ser agendados na sede do município e coletados em outra cidade; as consultas especializadas em

angiologia, nefrologia, cardiologia e endocrinologia são disponibilizadas apenas em outros municípios ou mesmo na capital do estado, o que dificulta o acompanhamento para uma população com vulnerabilidade social. A insulina NPH ou regular e as seringas são fornecidas na sede do município, mas alguns pacientes insulino dependentes não realizam adequadamente o monitoramento de glicemia capilar em domicílio referindo dificuldades para comprar o glicosímetro ou as fitas. Na unidade de saúde é possível aferir a glicemia capilar, mas apenas no horário de funcionamento da unidade, às vezes faltam insumos e os usuários de localidades afastadas não costumam ir ao posto apenas com esta finalidade.

Na área de abrangência da ESF há um total de 228 pessoas acima de 60 anos de idade, número maior do que o estimado para a população da área (156). Este maior percentual de idosos em relação aos demais habitantes pode ser explicado pelo envelhecimento da população; por melhorias das condições de vida e saúde; pela possível redução da taxa de natalidade; e pela emigração de jovens da área rural para cidades. 246 pessoas entre 5 e 14 anos de idade estão cadastradas na área, foram estimadas 273. Os idosos que cresceram no local trabalhando com agricultura de subsistência em geral se aposentam e permanecem em suas localidades de origem.

A saúde do idoso deve ser prioridade na atenção primária à saúde, esta população apresenta redução natural de capacidades funcionais e maior prevalência de doenças crônicas. Não existem registros específicos na unidade de saúde em relação à saúde do idoso, o atendimento para este grupo é feito basicamente por agendamento e livre demanda. Durante os atendimentos é necessário avaliar a capacidade de locomoção, visão, audição, autocuidado, interação com a família ou cuidadores, sinais de depressão, vacinação, presença de comorbidades e alterações clínicas. Também é possível manter um cuidado multiprofissional na unidade quando necessário. Mas o contato do serviço de saúde com os idosos apenas através de consultas é insuficiente para o cuidado a este grupo de risco. Não há nenhum grupo educativo regular voltado para esta população, sendo programadas apenas algumas ações pontuais, assim como não há levantamento dos idosos acamados. Para melhorar a qualidade do programa seria importante a busca ativa para ações educativas e de avaliação global (funcional, nutricional, social, clínica e psicológica), com atualização vacinal e das cadernetas de saúde do idoso.

O atendimento odontológico está sendo realizado semanalmente na UBS Melancias e no posto de saúde da localidade Golfos, com oito procedimentos por turno. Foi proposta a reserva de algumas vagas na agenda odontológica para agendamento de grupos específicos como HAS, DM, gestantes e puericultura, mas a maioria das vagas é destinada à demanda livre. Os registros em saúde bucal eram precários, mas também estão melhorando aos poucos. Segundo dados do SIAB, houve 25 atendimentos registrados como primeira consulta odontológica em janeiro de 2014 e 9 registrados em fevereiro; houve 1 atendimento de urgência em janeiro de 2014 e 2 em fevereiro; e houve 2 tratamentos concluídos em fevereiro de 2014. Considerando o mês de janeiro de 2014, 26 procedimentos correspondem a 0,2% como média de procedimentos por habitante por mês, número abaixo do mínimo recomendado pelo Ministério da Saúde que é de 0,4%. Segundo os registros, as consultas programáticas são a maioria em relação aos atendimentos de urgência.

Os grupos educativos em saúde bucal se concentram basicamente nas ações do Programa Saúde na Escola, não havendo de modo geral ações programadas para outros grupos populacionais. Existe um grande número de usuários com alterações da saúde bucal, principalmente desencadeadas por falta de cuidados básicos com a higiene bucal. É importante ampliar os atendimentos, registros e ações educativas em saúde bucal na área, a equipe odontológica mostrou-se disposta a programar grupos educativos e melhorar estes pontos. No momento são realizadas avaliações clínicas, restaurações, extrações e limpeza na unidade básica. O serviço de próteses era oferecido na sede do município e passou a ser disponibilizado também em Melancias.

O papel dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) é muito importante no funcionamento da Estratégia Saúde da Família do PS de Melancias, principalmente por ampliar o vínculo entre a unidade de saúde e a comunidade em uma área com tantas dificuldades de transporte e comunicação. Os ACSs trazem informações sobre eventos novos, acompanhamentos e necessidades de saúde das famílias e levam para a população a programação de visitas domiciliares, grupos educativos e atendimentos programados. Mas o contato dos demais profissionais com os agentes de saúde é relativamente reduzido, são programadas apenas 2 reuniões mensais regulares devido à distância das suas microáreas para a unidade de saúde e alguns deles não possuem telefone. É importante avaliar formas de ampliar este contato.



Figura 1 – Unidade de Saúde de Melancias

Fonte: Portal 180º

### 1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o relatório

De modo geral, as ações da atenção primária estão melhorando na unidade de saúde. Os registros de atendimentos, história clínica, exame físico, condutas, procedimentos e resultados de exames laboratoriais nos prontuários foram precários durante o funcionamento da unidade, com melhoras graduais. O agendamento praticamente não existia, os pacientes eram atendidos no mesmo dia da procura e muitas vezes de forma fragmentada, direcionada à queixa. As fichas de atendimento eram individuais e muitos atendimentos não eram registrados. Em 2014 foram implantados os prontuários familiares, que permitem uma visão mais ampla dos indivíduos no seu contexto familiar, o agendamento das consultas está sendo implantado aos poucos.

O rastreamento organizado e o seguimento adequado da HAS e DM, do câncer de colo do útero e do câncer de mama na área demandam tempo e organização, mas contribuiriam muito para a cobertura e efetividade destes programas. É importante buscar as mudanças necessárias para um melhor cuidado em saúde, com atenção aos grupos prioritários, inclusive os portadores de deficiências e limitações que precisam de acompanhamento domiciliar. As ações do PS de Melancias em pré-natal e puerpério, puericultura e saúde do idoso melhorariam muito com um maior monitoramento.

Este relatório foi produzido após análise direcionada dos indicadores de saúde de cada uma das ações programáticas e foi baseado em manuais técnicos e

questionários sobre a unidade de saúde e a equipe de ESF e do NASF. Comparado a uma avaliação inicial feita sem fundamentação, este relatório final mostrou-se mais completo e com uma análise mais aprofundada e ampliada dos pontos envolvidos, revelando aspectos importantes que não haviam sido percebidos em um primeiro momento.

## **2 ANÁLISE ESTRATÉGICA - PROJETO DE INTERVENÇÃO**

### **2.1 Justificativa**

O Brasil tem passado por um processo de transição epidemiológica. A mortalidade por doenças infecciosas tem reduzido nas últimas décadas enquanto que a morbimortalidade por doenças degenerativas tem aumentado consideravelmente. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) são doenças crônicas com alta prevalência no Brasil e são fatores de risco para doenças do sistema cardiocirculatório, como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, doença arterial obstrutiva periférica, retinopatia diabética, nefropatia, entre outras complicações, que podem deixar sequelas incapacitantes ou mesmo levar a óbito. No Brasil, a principal causa de mortalidade atualmente é representada pelas doenças do aparelho circulatório. Por isso, emerge a necessidade de melhorar a qualidade da atenção e o diagnóstico aos portadores destas patologias. A atenção primária é a principal porta de entrada destes pacientes no sistema de saúde e deve estabelecer estratégias que contribuam para o controle da HAS e DM, a fim de reduzir complicações e sequelas.

No PS de Melancias, a única equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) é composta por uma médica, um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, um cirurgião-dentista, uma auxiliar de consultório dentário e cinco agentes comunitários de saúde, e recebe apoio de uma equipe NASF, com nutricionista, psicóloga e fisioterapeuta. A unidade possui 1.463 pessoas cadastradas em área rural e a maior parte desta população trabalha com agricultura de subsistência ou depende de programas sociais. A área de abrangência da equipe de ESF envolve cerca de 40

localidades diferentes em área rural, sendo muitas delas afastadas da unidade de saúde com até 20 km de distância e com poucos recursos de transporte. Apesar de existir uma boa estrutura na unidade de saúde, existe uma importante dificuldade de acesso da população.

Como descrito no relatório de análise situacional, a cobertura do programa de HAS e DM está muito baixa na área, com uma prevalência de 2,68% para DM e 14,21% para HAS, o que corresponde a apenas 31% de cobertura do programa para DM e 47% para HAS de acordo com o estimado pelo caderno de ações programáticas. Este dado pode significar um rastreamento inadequado dessas patologias com portadores ainda sem diagnóstico, ou mesmo pacientes já diagnosticados sem cadastro e sem acompanhamento adequado pela Estratégia Saúde da Família. Notamos que a cobertura do programa é menor nas localidades mais afastadas de unidade de saúde, provavelmente devido às dificuldades de transporte e de comunicação existentes. Além da baixa cobertura, a qualidade do programa também está insatisfatória, não havendo registros adequados na unidade de saúde, agendamento correto, busca ativa ou atividades educativas fixas voltadas para este grupo de risco.

Por isso é importante o planejamento de uma intervenção bem fundamentada na atenção à HAS e ao DM para contornar as dificuldades existentes no PS de Melancias, podendo-se programar ações nas diferentes localidades para ampliar o acesso da população e oferecer educação em saúde, rastreamento, estratificação do risco cardiovascular, avaliação clínica e monitoramento dos portadores dessas patologias. Diante das características da região, espera-se ampliar em 30% a cobertura do programa na área. Esta é uma importante questão de saúde pública e merece ser priorizada na atenção primária à saúde uma vez que as ações de rastreamento e controle destas doenças refletem no desenvolvimento de complicações, inclusive letais, tendo grande impacto na morbimortalidade, nos custos com hospitalizações e na qualidade de vida deste grupo populacional.

## **2.2 Objetivos**

### **Objetivo geral:**



Melhorar a atenção à saúde dos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus da unidade de saúde da família de Melancias, em São Francisco do Piauí-PI.

**Objetivos específicos:**

Objetivo 1 - Ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos.

**Metas:**

1.1 Cadastrar 67% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde;

1.2 Cadastrar 51% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 2 - Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

**Metas:**

2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos;

2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos;

2.3 Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde;

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

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

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

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

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

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

**Metas:**

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

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

Objetivo 4 - Melhorar o registro das informações

**Metas:**

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

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

Objetivo 5 - Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Metas:

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

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

Objetivo 6 - Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Metas:

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

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

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

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

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

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

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

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

## **2.3 Metodologia**

O projeto de intervenção foi programado para o período de 11 de agosto a 30 de outubro de 2014. Este trabalho envolve toda a equipe de saúde da unidade. O

cadastro dos hipertensos e dos diabéticos da área no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus de Melancias será feito através de dados do SIAB, levantamento de prontuários e avaliação das fichas A.

Como instrumento de coleta de dados serão preenchidas fichas-espelho com informações referentes aos exames complementares, dados clínicos e agendamento de consultas (médica, de enfermagem, de odontologia, ou com profissionais do NASF). Estas fichas serão revisadas periodicamente e viabilizarão perceber situações de alerta, sendo possível monitorar: a qualidade dos registros sobre hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde; a estratificação de risco; a realização de consultas periódicas dos hipertensos e dos diabéticos com os profissionais da equipe e a oferta de orientação nutricional, de orientação para atividade física regular e de orientação sobre riscos do tabagismo.

A equipe será capacitada através do estudo dos protocolos e troca de conhecimentos em reunião para manter os registros atualizados, para a realização de exame clínico apropriado, para o cadastramento de hipertensos e de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde, para verificação correta da pressão arterial, para realizar estratificação de risco, para avaliar a saúde bucal e para promover estratégias de controle dos fatores de risco modificáveis, de acordo com as atribuições de cada membro da equipe. Também serão discutidas metodologias de educação em saúde e estratégias para uma escuta humanizada, com identificação de situações prioritárias.

Para a implantação do projeto será solicitado à gestão do município apoio quanto ao transporte para a equipe de saúde, atenção aos estoques de medicamentos da farmácia básica, impressão das fichas necessárias e da versão atualizada dos protocolos adotados, além de materiais adequados como esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica, glicosímetro, lancetas e fitas reagentes. Também será solicitada agilidade na realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Serão programadas ações coletivas nas diferentes localidades da área para rastreamento de HAS e DM e mutirões para avaliação global dos portadores de HAS e DM. Também serão criados grupos para orientação alimentar, para incentivo à prática de atividade física, para orientação em saúde bucal, para cuidados em HAS e DM, e um grupo de atenção ao tabagismo. Além disso, haverá uma programação de visitas domiciliares e busca ativa para acamados e faltosos. As ações propostas

para esta intervenção serão descritas a seguir de acordo com cada eixo pedagógico e serão direcionadas para os usuários residentes na área de abrangência da equipe de ESF do PS de Melancias em São Francisco do Piauí.

### 2.3.1 Metas e ações

- Em relação à cobertura:

Objetivo 1 - Ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos.

Metas:

1.1 Cadastrar 77% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde;

1.2 Cadastrar 61% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Ações:

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PROGRAMA

1.1 Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde: Através da criação de fichas-espelho para revisão periódica dos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

1.2 Ampliar o cadastro dos hipertensos e dos diabéticos da área e garantir seu registro no Programa: Através de avaliação dos prontuários clínicos, fichas A e dados do SIAB e através de mutirões de rastreamento e avaliação em busca dos portadores de HAS e DM atualizando seus cadastros no sistema e registro no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus.

1.3 Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS e de diabetes: Através de reuniões de equipe com discussão de estratégias para um melhor acolhimento e capacitação da equipe para reconhecer situações prioritárias; Reserva de vagas para portadores de HAS e DM na agenda médica, de enfermagem e da odontologia; E fluxo de acolhimento para demanda espontânea conforme cada caso.

1.4 Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde: Solicitar à gestão que mantenha estes materiais e que haja um sistema adequado de reposição dos mesmos quando necessário.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

1.5 Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde; A importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente; A importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg; E os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes: Através de educação em saúde em ações coletivas de orientação e rastreamento em HAS e DM.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

1.6 Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde; Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg: : Através de reuniões de equipe.

- Em relação à Qualidade:

Objetivo 2 - Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Metas:

2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos;

2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos;

2.3 Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde;

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

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

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

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

2.1 Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e dos diabéticos; Monitorar o número de hipertensos e de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde e com a periodicidade recomendada: Através de avaliação dos prontuários clínicos e dos últimos exames levados pelos pacientes durante os mutirões programados. Os dados coletados serão registrados em um cartão de acompanhamento do hipertenso e diabético e em um cartão-espelho para controle e avaliação periódica na unidade de saúde.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

2.2 Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e dos pacientes diabéticos; Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde: Através de reuniões de equipe.

2.3 Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde; Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo: Através de solicitação em reunião com a gestão municipal.

2.4 Garantir a solicitação dos exames complementares; Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados: Atualizar a solicitação dos exames laboratoriais para os pacientes durante os mutirões de avaliação do hipertenso e diabético, de acordo com o protocolo adotado. Estabelecer revisão periódica dos cartões-espelho na unidade de saúde para detecção de atrasos.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

2.5 Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente; Orientar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade e a periodicidade de realização de exames complementares: Através de mutirões de educação em saúde programados nas diferentes localidades para ampliar o acesso da população.

2.6 Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado e para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares: Através de reuniões de equipe.

- Quanto à adesão:

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

Metas:

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

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

#### Ações

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

3.1 Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia): Através de avaliação e registro da data das últimas consultas no cartão de acompanhamento e no cartão-espelho do hipertenso e do diabético. A avaliação será feita durante os mutirões por pesquisa aos prontuários clínicos e por perguntas diretas aos pacientes. As próximas consultas necessárias serão agendadas nos cartões e o cumprimento das mesmas será monitorado através de avaliação periódica dos cartões-espelho ou faltas registradas no livro de agendamento das consultas (médica, de enfermagem, de odontologia, ou com profissionais do NASF).

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

3.2 Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos: Levantamento dos faltosos e acamados para programação de visita domiciliar. Devido à distância das comunidades, serão programadas visitas em uma microárea de cada vez.

3.3 Organizar a agenda para acolher os hipertensos e os diabéticos provenientes das buscas domiciliares: Através da reserva de 5 vagas por semana na agenda médica, 5 vagas por semana na agenda de enfermagem e 4 vagas na agenda do cirurgião-dentista para os portadores de HAS e DM.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

3.4 Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas; Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e de dos portadores de diabetes; Esclarecer aos portadores de hipertensão e de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a



realização das consultas: Através dos mutirões de educação em saúde e rastreamento da HAS e do DM.

### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

3.5 Treinar os ACS para a orientação de hipertensos e de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade: Através de reuniões de equipe.

- Quanto aos registros:

Objetivo 4 - Melhorar o registro das informações

Metas:

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

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

Ações:

### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

4.1 Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e de diabéticos acompanhados na unidade de saúde: Através de avaliação dos prontuários clínicos, fichas A e dados do SIAB.

### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

4.2 Manter as informações do SIAB atualizadas; Pactuar com a equipe o registro das informações; Definir os responsáveis pelo monitoramento dos registros: Através de atualização dos dados levantados durante o projeto de intervenção e capacitação da equipe em reuniões para continuidade do preenchimento correto de dados.

4.3 Implantar registro específico de acompanhamento; Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença: Serão implantados os cartões-espelho de acompanhamento do hipertenso e diabético para registro de todas estas informações de forma longitudinal. A avaliação periódica destes cartões permite detectar situações de alerta.

### ENGAJAMENTO PÚBLICO

4.4 Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário: Orientações durante os mutirões de educação em saúde e rastreamento de HAS e DM.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

4.5 Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e do diabético e para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas: Através de reuniões de equipe.

- Quanto à avaliação de risco:

Objetivo 5 - Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Metas:

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

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

Ações:

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

5.1 Monitorar o número de pacientes hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano: Avaliação de risco durante os mutirões com registro e monitoramento através dos prontuários clínicos e dos cartões de acompanhamento e cartões-espelho do hipertenso e diabético.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

5.2 Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco; Organizar a agenda para o atendimento desta demanda: Determinação de uma periodicidade maior de consultas conforme o risco de cada paciente.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

5.3 Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular; Esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação): Através dos mutirões de educação em saúde.

## QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

5.4 Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés em diabéticos; Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação; Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis: Através de reuniões de equipe.

- Quanto à promoção da saúde:

Objetivo 6 - Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Metas:

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

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

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

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

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

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

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

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

Ações:

### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

6.1 Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e dos diabéticos com o dentista; Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e aos diabéticos; Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e aos diabéticos; Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos: Orientações sobre estes

temas durante os mutirões e criação de grupos fixos na unidade de saúde sobre atividade física, alimentação saudável e saúde bucal.

### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

6.2 Organizar a agenda da atenção a saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e diabético; Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico: Disponibilização de 4 vagas por semana na agenda do cirurgião-dentista para portadores de HAS e DM. Organização da periodicidade e prioridade de atendimento conforme o risco de cada paciente.

6.3 Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável com nutricionista da equipe NASF: Grupo fixo mensal na unidade de saúde para orientação e acompanhamento alimentar.

6.4 Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física com fisioterapeuta do NASF: Grupo fixo mensal na unidade de saúde para orientação em atividade física.

6.5 Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo": Criação de um grupo de atenção ao tabagismo e reunião com a gestão para solicitar a compra dos medicamentos.

### ENGAJAMENTO PÚBLICO

6.6 Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde: Comunicação com representantes das comunidades para discussão da programação e locais de realização das ações intersetoriais durante o projeto de intervenção e na continuidade do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes.

6.7 Orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável; a importância da prática de atividade física regular e a existência de tratamento para abandonar o tabagismo: Durante mutirões, atendimentos, visitas domiciliares e grupos educativos.

### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

6.8 Capacitar a equipe sobre a avaliação e tratamento bucal do paciente hipertenso e do paciente diabético; sobre a promoção da prática de atividade física regular; sobre o tratamento de pacientes tabagistas sobre práticas de alimentação saudável e sobre metodologias de educação em saúde: Através de reuniões de equipe.

### 2.3.2 Indicadores

Objetivo 1 - Ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos.

Metas:

1.1 Cadastrar 67% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde;

1.2 Cadastrar 51% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicadores:

1.1 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.

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

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

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

Objetivo 2 - Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Metas:

2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos;

2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos;

2.3 Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde;

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

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

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

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

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

Indicadores:

2.1 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.

2.2 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.

2.3 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.

2.4 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.

2.5 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.

2.6 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.

2.7 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.

2.8 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.

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

Metas:

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

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

Indicadores:

3.1 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.

3.2 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.

Objetivo 4 - Melhorar o registro das informações

Metas:

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

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

Indicadores:

4.1 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.

4.2 Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

Objetivo 5 - Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Metas:

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

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

Indicadores:

5.1 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.

5.2 Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Objetivo 6 - Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Metas:



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

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

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

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

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

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

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

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

Indicadores:

6.1 Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

6.2 Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

6.7 Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

6.8 Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **2.3.3 Logística**

Os protocolos escolhidos para direcionar o projeto de intervenção no programa de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus foram os manuais técnicos do Ministério da Saúde (MS) 2013 números 36 e 37. Para registro e controle de dados dos pacientes será utilizada uma ficha espelho do cartão de acompanhamento de HAS e DM que serão preenchidos pela médica e enfermeiro da equipe durante atendimento clínico, neste cartão há informações sobre medicações em uso, exames complementares periódicos, prática de atividade física e alimentação, programação dos atendimentos na unidade de saúde e avaliação do risco cardiovascular. Para monitoramento da intervenção será utilizada uma planilha eletrônica atualizada semanalmente pela médica da equipe com dados coletados nas fichas-espelho.

No início da intervenção serão realizadas reuniões de equipe entre os profissionais da ESF (médica, enfermeiro, técnica de enfermagem e agentes comunitários de saúde) com levantamento dos portadores de HAS e DM da área através das fichas A, dos dados do SIAB e da revisão de prontuários, atualizando os cadastros. O tempo das reuniões de equipe será ampliado, sendo destinados 30 minutos para temas habituais e 1 hora para capacitação da equipe com trocas de conhecimentos entre os profissionais, estudo dos protocolos do ministério da saúde, e discussão sobre o acolhimento e a manutenção de registros adequados. Além disso, os ACS serão capacitados para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde e a equipe será treinada para verificação da pressão arterial de forma criteriosa e realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg.

A seguir, para concluir as demais ações previstas no projeto de intervenção, serão programados mutirões semanais em diferentes localidades da área a fim de ampliar o acesso da população, uma vez que existe baixa aderência às ações na unidade básica de saúde devido à distância e dificuldade de transporte. Estes mutirões são ações programadas para atendimento clínico e educação em saúde nas diferentes localidades da área, com participação da médica, enfermeiro, técnica de enfermagem e agente comunitário de saúde. Eles serão realizados em escolas ou casas conforme discussão prévia dos agentes comunitários de saúde com lideranças locais para decisão da melhor data e local.

As comunidades que receberão as ações foram escolhidas de acordo com o número de famílias e a localização. Foram escolhidas as 18 localidades maiores da área, conforme discussão com os agentes comunitários de saúde, mas os moradores de localidades vizinhas também foram convidados para as ações em curtas distâncias, sendo possível a participação de todos. Os agentes de saúde convidaram individualmente todas as famílias da área durante suas visitas domiciliares de rotina para participarem do mutirão programado mais próximo da sua residência durante o projeto de intervenção.

Durante os mutirões os hipertensos e diabéticos receberão orientações gerais sobre estas patologias, a importância do seu controle, os fatores de risco e possíveis complicações associadas, além de orientação nutricional e para a prática de atividade física, atualização e entrega dos cartões de acompanhamento do HAS e DM e preenchimento das fichas espelho para seguimento na unidade de saúde,

além de avaliação do risco cardiovascular, aferição de PA, peso, estatura, IMC e glicemia capilar, monitoramento da periodicidade de consultas e agendamento da próxima consulta para cada um deles no cartão de acompanhamento conforme necessidade especificamente para este programa no cronograma de atendimento dos profissionais da ESF.

Os insumos necessários para estas ações foram solicitados à gestão municipal, glicosímetro com fitas e lancetas, manguitos e fita métrica, impressão dos protocolos para a unidade de saúde e cartões e fichas-espelho impressos na unidade de saúde. A gestão municipal disponibilizou um carro com motorista para transporte da equipe de saúde até o PS de Melancias e as localidades afastadas durante o período de trabalho, desta forma foi possível o deslocamento adequado da equipe durante os mutirões. Os exames complementares dos pacientes serão avaliados, atualizados e registrados nas fichas de acompanhamento e fichas-espelho, os pacientes serão orientados sobre a importância de cada um deles e a periodicidade recomendada, e será solicitada à gestão maior agilidade no seu agendamento. Os hipertensos e diabéticos acamados receberão visita domiciliar durante a intervenção, e os faltosos receberão busca ativa programada durante as reuniões de equipe.

Paralelamente ao projeto voltado para os hipertensos e diabéticos já diagnosticados, pretende-se ampliar a cobertura com diagnóstico de casos assintomáticos através de ações de rastreamento para a população em geral onde será aferida a pressão arterial dos maiores de 18 anos e serão avaliados os fatores de risco que justifiquem o rastreamento para DM conforme os protocolos do MS 2013 já citados. Nestas ações serão oferecidas orientações gerais sobre estas patologias e a importância de controlar seus fatores de risco, incentivando hábitos de vida saudáveis e informando a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Para melhorar o controle na farmácia da unidade será criado um livro de registro dos medicamentos entregues, dessa forma será possível avaliar as necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde e controlar o estoque de forma eficaz. A verificação da data de validade deve ser feita no ato da entrega de cada medicamento pela técnica de enfermagem. Semanalmente o estoque de medicamentos da farmácia será avaliado e organizado pelo enfermeiro da equipe na unidade. Durante os mutirões, a médica

avaliará o esquema terapêutico de cada paciente buscando aperfeiçoar o tratamento e priorizar a prescrição de medicações disponíveis na farmácia da unidade, além de orientar a população sobre seus direitos em relação a exames, consultas e acesso aos medicamentos da unidade básica e Farmácia Popular.

Em relação à saúde bucal, a população geral receberá orientações sobre higiene bucal, sinais de alerta e importância do cuidado durante os mutirões programados para rastreamento de HAS e DM. Os portadores de HAS e DM receberão orientações e avaliação da saúde bucal durante os mutirões do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus e serão encaminhados para atendimento odontológico na unidade de saúde quando necessário. Serão disponibilizadas 4 vagas por semana na agenda do cirurgião-dentista para receber estes encaminhamentos e dar continuidade ao tratamento.

Todas as ações propostas neste projeto de intervenção deverão ser integradas à prática diária da unidade de saúde a fim de manter um programa de atenção aos hipertensos e diabéticos de qualidade na área. Para isto, foi pactuado com a equipe de saúde que será mantido o número de vagas reservadas na agenda médica e de enfermagem para o agendamento regular de consultas de rotina a hipertensos e diabéticos. Também será mantida a atualização dos cartões do hipertenso e diabético com as suas fichas-espelho em cada atendimento assim como o seu preenchimento para todos os casos novos. Os grupos educativos serão mantidos mensalmente na unidade de saúde e serão reservados dois turnos de atendimento na agenda médica e de enfermagem para realização de ações programáticas nas localidades afastadas, como continuidade dos mutirões.



### 3. RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

#### 3.1 Ações desenvolvidas na intervenção – facilidades e dificuldades

Entre 11 de agosto e 30 de outubro de 2014 foi realizado um projeto de intervenção a fim de melhorar a atenção à saúde dos portadores de HAS e DM da área de abrangência do PS de Melancias, em São Francisco do Piauí-PI.

Foram programadas reuniões de equipe periódicas entre médica, enfermeiro, técnica de enfermagem e os cinco agentes comunitários de saúde da área para estudo dos manuais técnicos do Ministério da Saúde 2013 números 36 e 37 com capacitação da equipe e troca de conhecimentos entre os profissionais. Também foi pactuado buscar alternativas para melhorar o acolhimento e foram discutidas as propostas e ações previstas no programa de intervenção em HAS e DM, conversando sobre programações, dificuldades e importância das ações.



Figura 2 – Reuniões de equipe

Foram levantados e incluídos no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus do PS de Melancias todos os pacientes portadores de HAS e DM cadastrados no SIAB e com fichas A preenchidas. Além disso, foram avaliados os prontuários clínicos na unidade de saúde em busca de possíveis portadores de HAS e DM ainda sem o devido cadastro. Os pacientes com registro de uso de medicações para controle de HAS ou DM ou com valores anormais da pressão arterial ou da glicemia em prontuário foram convocados através dos agentes de saúde para confirmação diagnóstica durante os mutirões mais próximos às suas residências.

Os Agentes Comunitários de Saúde receberam o cronograma de mutirões programados nas diferentes localidades. Os locais para realização das ações foram escolhidos após discussão com as lideranças de cada comunidade. Nas localidades que possuem escolas, elas foram o local escolhido. Em cada uma das demais localidades foi oferecida uma casa em acordo entre o dono da residência e a comunidade. Nas localidades menores, com pequeno número de famílias, foi optado por visitas domiciliares. Todos os pacientes já cadastrados como portadores de HAS ou DM também foram convidados individualmente pelos agentes de saúde para as ações programadas, e todos os adultos da área para as ações de rastreamento.

Na unidade de saúde foram reservadas semanalmente cinco vagas para atendimento médico e cinco vagas para atendimento de enfermagem a hipertensos e diabéticos. Foi solicitado ao agente comunitário de saúde de cada microárea o envio de dados para o cadastro no SIAB dos casos novos diagnosticados durante as ações. No município, este cadastro é feito por profissional específico na secretaria de saúde, pois não há computador na UBS Melancias.

Foi realizada discussão do projeto de intervenção com cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal e NASF (psicóloga, nutricionista e fisioterapeuta). Eles se dispuseram a participar das ações propostas e reservar vagas nas suas agendas para atendimento aos hipertensos e diabéticos encaminhados. A adesão dos hipertensos e diabéticos aos atendimentos de saúde bucal e do NASF ainda não é totalmente adequada, devido às distâncias das suas residências até a unidade de saúde, às dificuldades de transporte e outras dificuldades referidas, muitos deles não comparecem aos atendimentos ou grupos, buscando a unidade apenas diante de situações agudas.



Foi proposto manter grupos educativos na unidade sobre higiene bucal com cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal, alimentação saudável com nutricionista, controle do uso de álcool e cigarro com psicóloga e sobre incentivo à prática de atividade física com fisioterapeuta. Durante a intervenção foram iniciadas as ações educativas, mas ainda com baixa adesão, possivelmente pelos motivos acima relatados. Os profissionais estão mantendo contato com os agentes comunitários de saúde a fim de se comunicar com a população e avaliar estratégias para aumento da adesão e continuidade das ações iniciadas.



Figura 3 – Grupo educativo na unidade de saúde

O foco deste projeto foi a programação de ações em localidades afastadas da unidade de saúde para ampliar o acesso da população e melhorar os mecanismos de busca ativa. A UBS Melancias abrange uma área rural com estradas de difícil acesso e escassez de transporte. Os mutirões programados foram realizados nas localidades:

Melancias – Na UBS Melancias, a 12 km da sede do município.

Jatobá – Na casa de um morador, a 6 km de Melancias.

Golfos – Pequena unidade de saúde, a 18 km de Melancias.

Pindova e Queimadas – Na escola, a 13 km de Melancias.

Malhada Grande – Na casa de um morador, a 20 km de Melancias.

Pé-do-Morro – Na escola, a 14 km de Melancias.

Pobre – Na escola, a 4 km de Melancias.

Jenipapeiro – Na casa de um morador, 10 km de Melancias.

Cantinho – Na casa de um morador, a 5 km de Melancias.

Campo Alto – Na casa de um morador, a 18 km de Melancias e a 6 km da sede do município.

Lagoa do Barro – Na casa de um morador, a 16 km de Melancias e 4 km da sede do município.

Visitas domiciliares como busca ativa aos hipertensos e diabéticos foram realizadas nas localidades acima e também em localidades menores, como:

Retiro (a 12 km de Melancias)

Baixa Velha (a 5 km de Melancias)

Caraíbas (a 10 km de Melancias)

Tinguis (a 10 km de Melancias)

Jurema Preta (a 10 km de Melancias)

Gado Velhaco (a 20 km de Melancias)

Branca (a 6 km de Melancias)



Figura 4 – Visitas domiciliares

Em todos os mutirões houve participação da médica da equipe acompanhada alternadamente por outros membros da equipe, estando a técnica de enfermagem e o agente comunitário de saúde quase sempre presentes. No geral, a adesão da população às ações foi alta, os pacientes faltosos e sem acompanhamento regular na unidade de saúde receberam um novo convite para consulta agendada ou programação de visita domiciliar como mecanismo de busca ativa. Como motivos de falta foram relatados pelos agentes de saúde que os pacientes alegam dificuldade de locomoção devido à distância entre o local da ação e algumas residências, trabalho ou viagem. Paralelamente aos mutirões

direcionados aos portadores de HAS e DM foi feito o rastreamento em adultos assintomáticos.



Figura 5 – Mutirão na localidade Queimadas

Em todas as ações, inicialmente foram realizadas orientações em grupo sobre as patologias, seus fatores de risco e a importância do seu controle para evitar complicações, sobre saúde bucal, alimentação saudável, atividade física adaptada para as necessidades de cada um e sobre os riscos do tabagismo, cuidados com os pés e administração correta de insulina. A linguagem utilizada foi adaptada ao nível cultural da população e todas as dúvidas manifestadas foram ouvidas e esclarecidas.

Cada paciente recebeu avaliação clínica individualizada global com exame físico completo, aferição de pressão arterial, exame dos pés e atendimento a queixas em geral. Foi solicitado um par de calçados adaptados para cada um dos portadores de DM. Todos os pacientes receberam agendamento das próximas consultas de rotina necessárias (acompanhamento médico/enfermagem, saúde bucal ou grupos com nutricionista, psicóloga ou fisioterapeuta).



Figura 6 – Mutirão na localidade Pé-do-Morro

Sobre a farmácia da unidade, foi realizada uma avaliação e controle de estoque dos medicamentos onde se notou que a maioria das medicações de uso crônico estava presente, mas não havia todas as apresentações disponíveis, por exemplo, não havia enalapril de 10mg, apenas de 20mg e não havia metformina de 500mg, apenas de 850mg. Sinvastatina e AAS que são medicações utilizadas para dislipidemia e alto risco cardiovascular respectivamente possuem um estoque insuficiente na unidade de saúde e estão frequentemente em falta.

Para controle de HAS e DM existe uma boa variedade de medicamentos, sendo disponibilizados na unidade captopril, enalapril, nifedipino, anlodipino, losartan, hidroclorotiazida, propranolol, atenolol, furosemida, espironolactona, metildopa, metformina e glibenclamida. Foi discutida a introdução de gliclazida e carvedilol nesta lista, a insulina é distribuída na sede do município. De modo geral, a farmácia da unidade é capaz de suprir a maior parte das necessidades da área.

Como não há farmacêutico na unidade de saúde, a técnica de enfermagem é a principal responsável pela entrega das medicações segundo prescrição e controle do estoque. Em reunião foi discutida e reforçada a importância de verificar continuamente as datas de validade das medicações e organizar os novos medicamentos de acordo com estes prazos de validade, assim como a importância do registro no livro criado para a farmácia. Esta avaliação a cerca dos estoques de medicamentos foi discutida com a gestão municipal, que se dispôs a providenciar os ajustes necessários.

A população referiu ter gostado das orientações recebidas, principalmente em relação à acessibilidade, e mostraram interesse no próprio cuidado. Como particularidades, percebo que as ações programadas em localidades afastadas levam pessoas de várias idades em busca de atendimento, não só interessados no cuidado à hipertensão e diabetes. Geralmente, enquanto o enfermeiro da equipe iniciava as orientações gerais em grupo propostas para a intervenção e a técnica de enfermagem procedia à aferição de PA e de medidas antropométricas, foram realizados alguns atendimentos médicos a pacientes com queixas agudas, para depois oferecer atendimento individual ao público alvo da ação. Foi levada uma caixa com medicamentos básicos da farmácia da unidade de saúde para distribuir mediante prescrição em todas as ações.

### **3.2 Ações previstas que não foram realizadas - fragilidades e dificuldades**

Como dificuldades encontradas, havia poucas fitas para aferição da glicemia capilar na unidade de saúde, por isso, este teste foi priorizado para os portadores de DM ou pacientes com maior risco. Em relação ao tabagismo, as medicações não são oferecidas gratuitamente no município e o preço do tratamento limita a adesão de muitos usuários desta área. Este ponto foi discutido com a gestão e foi explicado que um programa de controle do tabagismo já funcionou no município, mas foi desativado por questões burocráticas. O gestor municipal afirmou estar regularizando estas questões para que o programa volte a funcionar efetivamente no município com disponibilização das medicações para os tabagistas com esta necessidade. A triagem e orientações sobre o tabagismo foi realizada durante os mutirões e consultas, com incentivo à suspensão do mesmo e encaminhamento ao grupo educativo para acompanhamento mais regular.

Todos os exames complementares necessários para cada paciente foram solicitados durante a intervenção, no entanto, não foi possível receber todos os resultados devido ao tempo entre agendamento, realização e retorno dos pacientes com estes exames. Nenhum paciente havia realizado fundo de olho ou pesquisa de microalbuminúria na área. O escore de Framingham não foi calculado para alguns pacientes por necessidade do lipidograma para tal. Devido às distâncias, tempo e condições do transporte da equipe e dos locais de trabalho não foi realizada a

aferição de peso e estatura para todos os pacientes, mas oferecemos orientações sobre o tema e avaliação indireta.

### **3.3 Coleta e sistematização dos dados**

Durante as reuniões de equipe foi reforçada a importância da manutenção de registros adequados em todos os setores do serviço, e foi pactuado o papel de cada profissional para garantir o preenchimento dos prontuários, das fichas-espelho, das fichas do E-SUS, do livro de visitas domiciliares, do livro de agendamentos e do livro de distribuição de medicamentos na farmácia da unidade.

Em cada mutirão ou consulta foram entregues os cartões de acompanhamento do hipertenso e diabético com preenchimento das fichas-espelho para seguimento na unidade de saúde. Este preenchimento das fichas-espelho foi realizado durante atendimento clínico individual de cada paciente, sendo registrada a identificação do paciente, o endereço, as comorbidades, as medicações em uso, os últimos exames realizados, o uso de cigarro, a avaliação do risco cardiovascular, as datas das consultas com os diferentes profissionais da equipe e as medidas de pressão arterial, peso, altura, índice de massa corpórea, glicemia capilar e circunferência abdominal.

A intervenção foi monitorada através do registro de informações em uma planilha eletrônica de coleta de dados (anexo III). Semanalmente a médica da equipe atualizava esta planilha com as informações das fichas-espelho preenchidas durante os atendimentos e ações. Como resultado, esta planilha evidenciou uma evolução regular dos indicadores de saúde à medida que as ações do projeto de intervenção ocorriam, com aumento considerável na cobertura do programa e indicadores relativamente bons de qualidade, melhores que os anteriores à intervenção.

### **3.4 Viabilidade de incorporação das ações na rotina da unidade**

As ações propostas e iniciadas através deste projeto de intervenção foram integradas à prática diária da unidade de saúde e terão continuidade a fim de manter um programa de qualidade para atenção à saúde do hipertenso e diabético. Os

atendimentos aos portadores de HAS e DM passarão a ser agendados na unidade, havendo 5 vagas destinadas na agenda da médica, 5 do enfermeiro e 4 do cirurgião-dentista para este grupo de risco, desta forma é possível garantir a longitudinalidade do cuidado e monitorar a frequência das consultas dos pacientes, pois diante de faltas à consulta agendada poderemos acionar mecanismos de busca ativa. Também haverá um período reservado na agenda para realização de visitas domiciliares para os pacientes acamados.

Os grupos educativos também deverão ser mantidos mensalmente na unidade de saúde, sendo pactuado o grupo de apoio ao uso de álcool e tabagismo com a psicóloga do NASF, o grupo de alimentação saudável e controle do peso com a nutricionista, o grupo de educação em saúde bucal com cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal, o grupo de cuidados em HAS e DM com o enfermeiro da equipe e o grupo de incentivo à prática de atividade física com a fisioterapeuta do NASF, o médico da equipe deve interagir com os grupos conforme necessidade eles podem ser oferecidos de forma multiprofissional.

Os encaminhamentos para profissionais do NASF serão feitos em consultas clínicas conforme a necessidade de cada um. Os registros em prontuários serão mantidos por todos os profissionais da equipe que prestam atendimento na unidade. o rastreamento oportuno de HAS e DM durante as consultas e a aferição de PA pela técnica de enfermagem na UBS será mantido. Os cartões de acompanhamento do HAS/DM e as fichas espelho deverão ser repostos pela gestão. O enfermeiro da equipe será responsável pelo controle de estoque dos medicamentos na farmácia da unidade semanalmente. A discussão de casos em reunião de equipe e o atendimento clínico completo também devem ser continuados diariamente, como pregam os protocolos e preceitos da boa prática em saúde, será mantido um período de 1 hora por dia para reunião de equipe, com participação de todos os profissionais presentes na unidade.

A equipe está realizando atendimentos rotineiramente na UBS Melancias, quinzenalmente na UBS Golfos, mensalmente na localidade Queimadas, mensalmente na localidade Malhada Grande e semanalmente visitas domiciliares conforme necessidades. Estas são as mais povoadas comunidades da área e esta programação será mantida após a intervenção. Também será disponibilizado um turno por semana na agenda médica e de enfermagem para realização de ações programáticas nas localidades afastadas como continuidade dos mutirões. A

programação das comunidades escolhidas e dos locais de atendimento em cada uma delas será feita mensalmente em reunião de equipe conforme as necessidades de cada uma e os moradores serão avisados pelos agentes de saúde durante suas visitas domiciliares.



## 4 AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

### 4.1 Resultados

A planilha de coleta de dados utilizada para monitorizar a intervenção na área demonstrou resultados satisfatórios. O objetivo geral de melhorar a atenção à saúde dos portadores de HAS e DM na área de abrangência da ESF do OS de Melancias foi atingido. Além de um aumento considerável na cobertura do programa foi possível obter bons indicadores de qualidade, próximos às metas propostas. Os indicadores obtidos estão descritos mais detalhadamente a seguir.

**Objetivo 1** - Ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos.

Metas:

1.1 Cadastrar 77% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde;

1.2 Cadastrar 61% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicadores:

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

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

Antes do projeto de intervenção, em março de 2014, havia 138 portadores de HAS e 26 portadores de DM da área cadastrados no SIAB, quando o esperado era de 223 hipertensos e 55 diabéticos de acordo com a população da área. Estes valores representavam, portanto, apenas 47% de cobertura em relação à hipertensão e 31% de cobertura em relação à DM. Uma das metas do programa foi ampliar em 30% esta cobertura, para que 77% dos hipertensos e 61% diabéticos

pudessem ser diagnosticados e cadastrados no programa. O ideal é que esta cobertura se aproxime de 100%, mas, diante das dificuldades de acesso e comunicação da área e do curto período de tempo do projeto de intervenção, foi proposto este aumento em 30% como uma meta mais viável. Após 3 meses de intervenção, o número de hipertensos cadastrados na área aumentou para 181, o que representa uma cobertura de 81% do esperado (gráfico 1) e portanto um aumento de 34% em relação à cobertura anterior. Também após 3 meses de intervenção, o número de diabéticos cadastrados na área aumentou para 36, o que representa uma cobertura de 65% do esperado (Gráfico 2) e, portanto, um aumento de 34% em relação à cobertura anterior. Esta meta de ampliação da cobertura foi adequadamente atingida e todos os pacientes identificados como portadores de HAS ou DM foram incluídos no Programa de Atenção à HAS e DM da UBS Melancias.

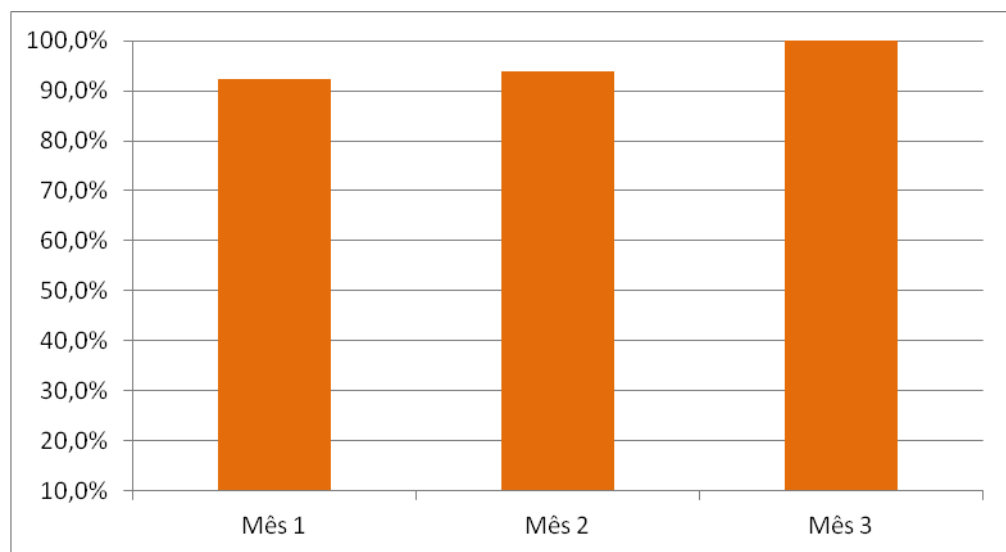


Gráfico 1 – Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde

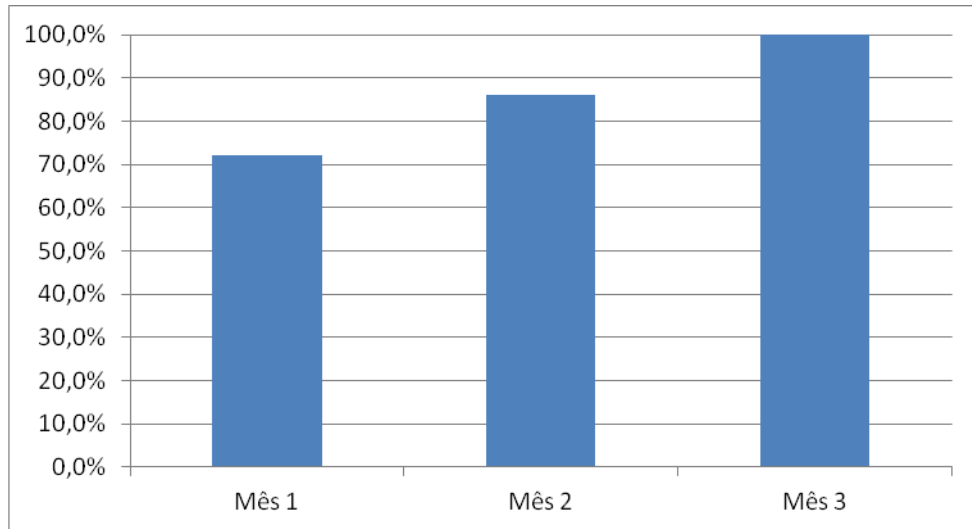


Gráfico 2 - Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde

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

Metas:

2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos;

2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos;

Indicadores:

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

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

Entre os pacientes cadastrados no programa, foram avaliados individualmente 170 portadores de HAS e 34 portadores de DM durante as ações do projeto, em torno de 94% do total de pacientes inscritos no programa (Gráfico 3). Estes números demonstram uma boa adesão da população da área às ações, apenas 11 portadores de HAS e 2 portadores de DM não foram avaliados durante estes 3 meses de intervenção (Gráfico 4).

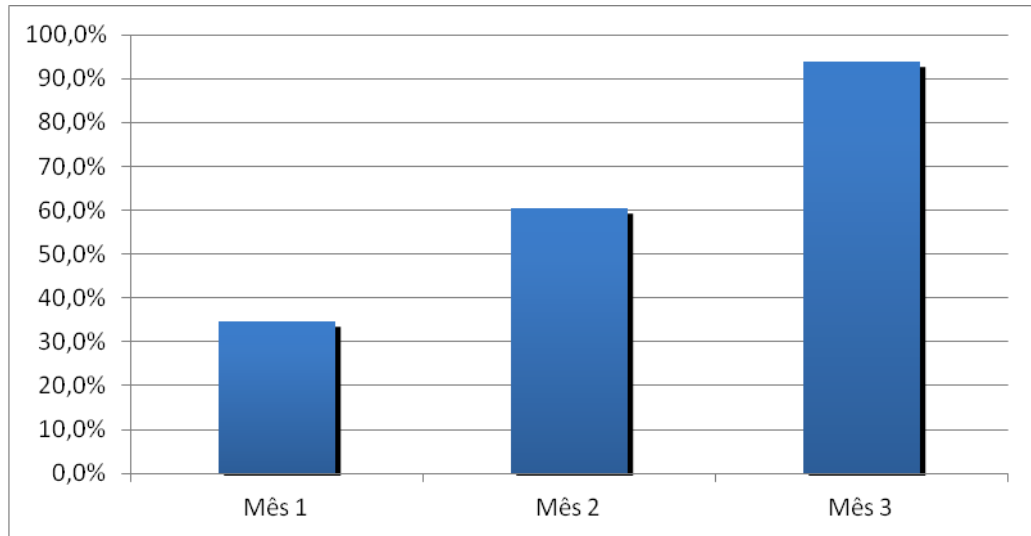


Gráfico 3 - Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

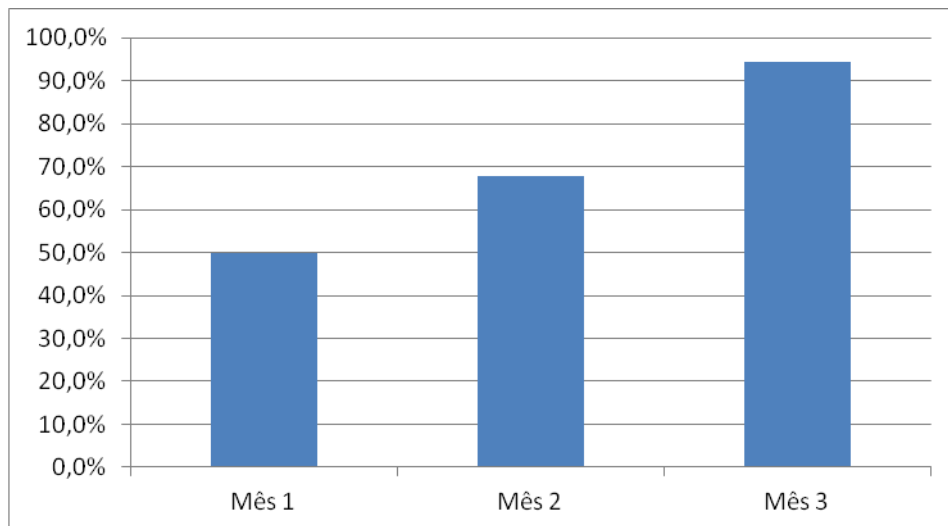


Gráfico 4 - Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

#### Metas:

2.3 Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde;

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

#### Indicadores:

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

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

Os exames complementares foram solicitados em todos os casos em que havia necessidade, as requisições destes exames foram atualizadas nos 94% dos pacientes atendidos durante a intervenção. No entanto, foram avaliados efetivamente os resultados de exames de apenas 62% deles. Isto se deve ao tempo necessário entre solicitação, agendamento, coleta, recebimento dos resultados e agendamento da consulta de retorno para avaliação destes resultados, a tendência é que este número aumente nas próximas semanas, também como continuidade das ações do projeto (Gráficos 5 e 6).

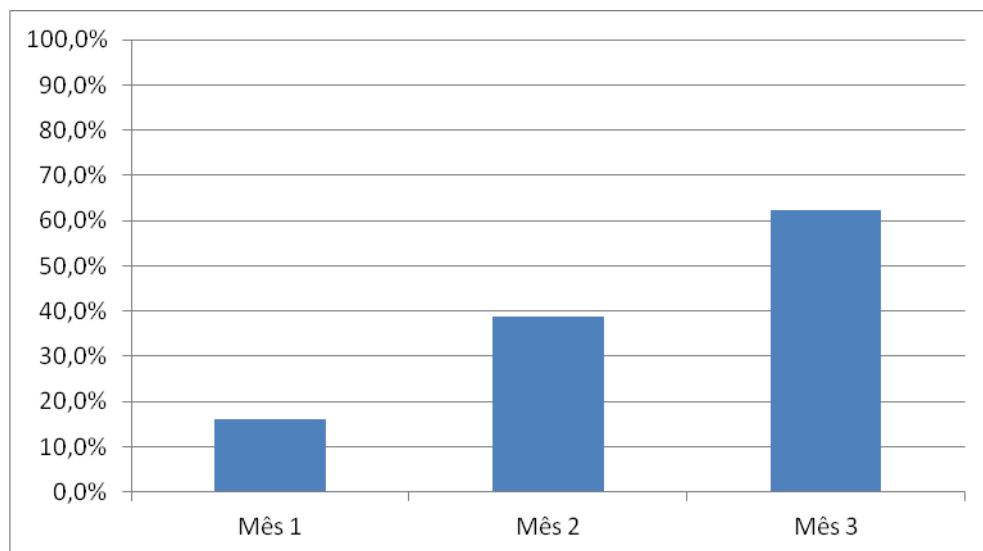


Gráfico 5 - Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

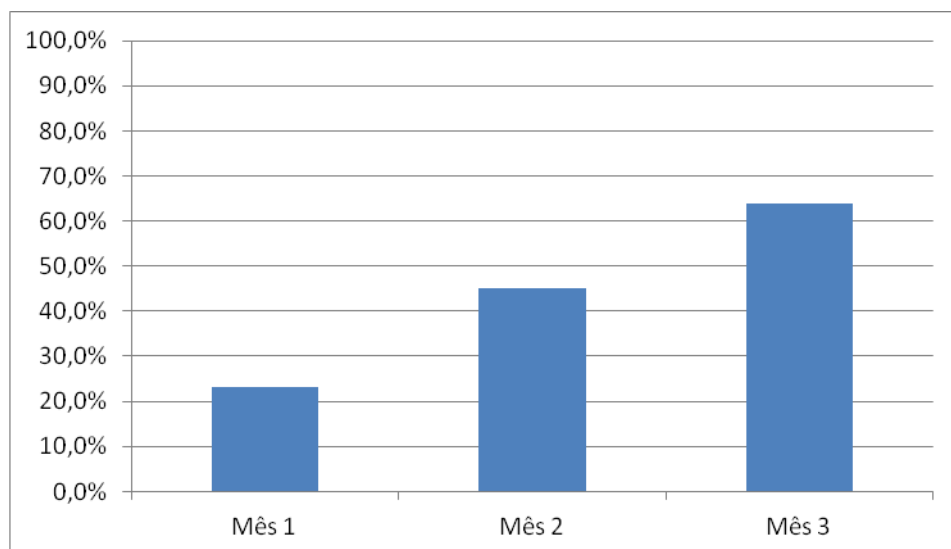


Gráfico 6 - Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Em relação ao tratamento da HAS e DM, na estratégia saúde da família foi priorizada a prescrição de medicações disponíveis na farmácia da unidade de saúde sempre que possível para os pacientes. No entanto, há 10% dos hipertensos e 12,5% dos diabéticos da área que utilizam outros medicamentos por recomendação de especialista ou particularidades do caso. O indicador mostra que 90% dos hipertensos (Gráfico 7) e 87,5% dos diabéticos (Gráfico 8) estão em uso exclusivo de medicações da farmácia básica da unidade. Todos os indicadores avaliados apresentaram evolução estável ao longo dos 3 meses de intervenção.

Metas:

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

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

Indicadores:

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

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

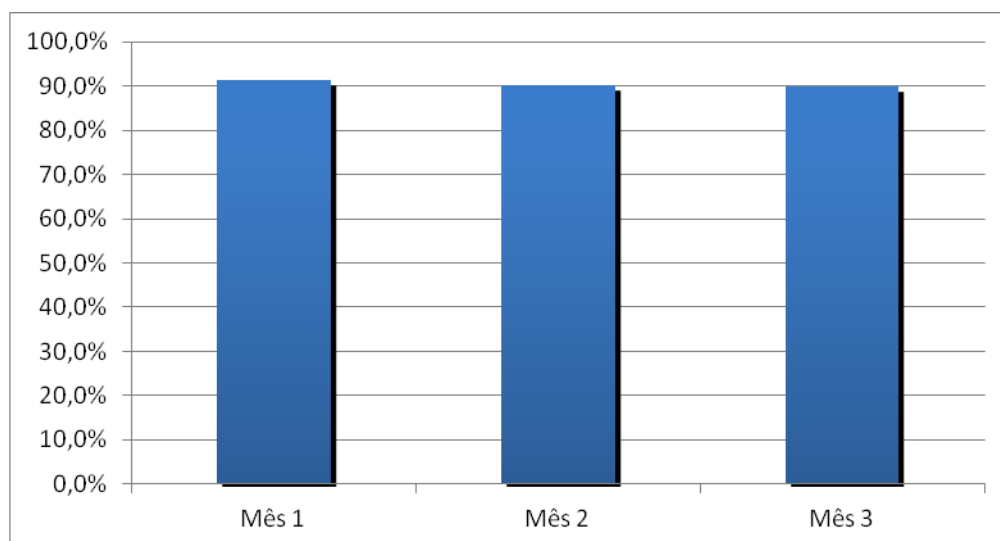


Gráfico 7 - Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

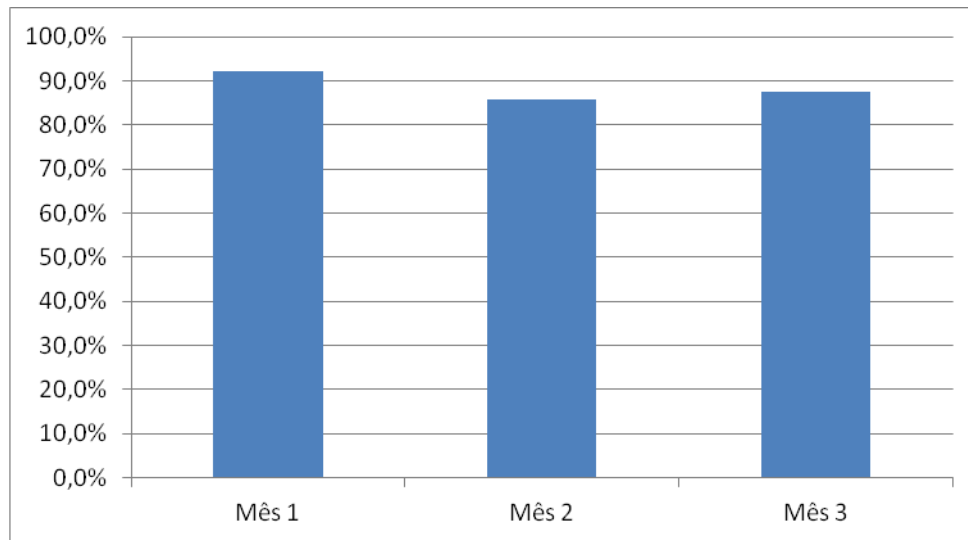


Gráfico 8 - Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

#### Metas:

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

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

#### Indicadores:

2.7 Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

2.8 Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

A necessidade de atendimento odontológico e o seu devido encaminhamento também foi oferecido a todos os hipertensos e diabéticos que participaram deste projeto de intervenção, ou seja, 94% do total de cadastrados. Todos os pacientes avaliados durante este projeto de intervenção receberam exame clínico completo, registro adequado nas fichas de acompanhamento, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, revisão do tratamento com priorização dos medicamentos fornecidos na farmácia da unidade, e educação em saúde, sendo priorizadas as orientações sobre higiene bucal, alimentação saudável, atividade física regular e riscos do tabagismo. O alcance destas ações foi de 94% dos pacientes, ou seja, todos os pacientes que participaram das atividades oferecidas durante a intervenção. O ideal seria oferecer estas ações a 100% dos pacientes, no

entanto, devido as dificuldade de transporte e comunicação da área, 6% deles (11 hipertensos e 2 diabéticos) deixaram de ser avaliados no decorrer destes 3 meses de intervenção (Gráficos 9 e 10).

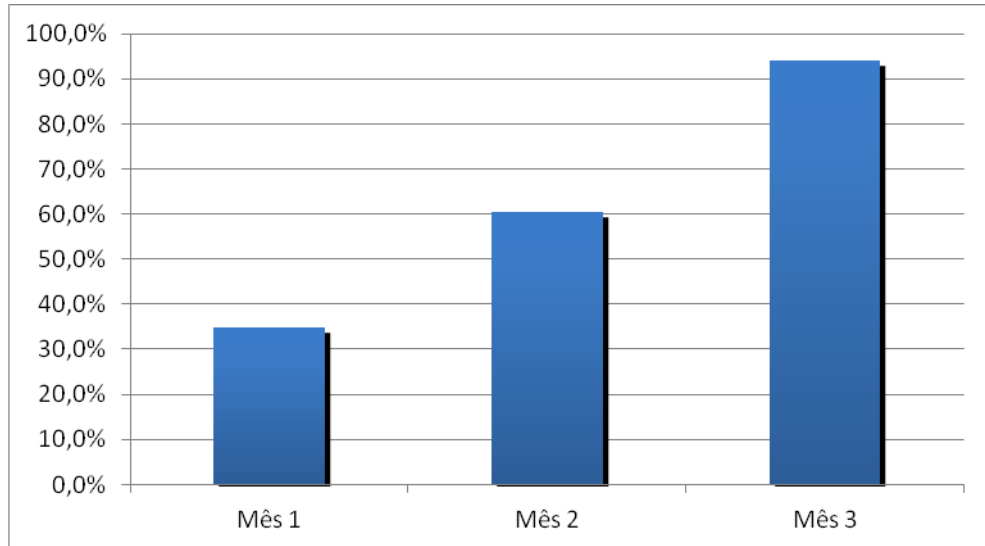


Gráfico 9 - Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

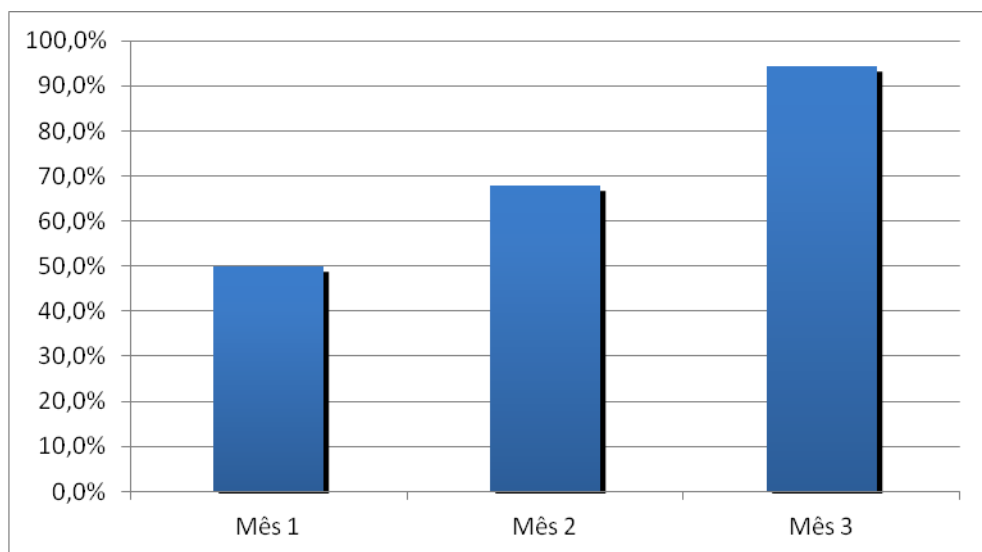


Gráfico 10 - Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

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

#### **Metas:**

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

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



Indicadores:

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

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

Foi realizada busca ativa a 100% dos pacientes faltosos durante a intervenção conforme o proposto. Todos os pacientes identificados como portadores de HAS ou DM e cadastrados no programa receberam visita dos agentes comunitários de saúde orientando a participação em atendimento clínico e atividades educativas programadas na unidade de saúde ou nas localidades mais próximas das suas residências. Os pacientes identificados como acamados receberam atendimento domiciliar. Os pacientes que foram convocados para atendimento e não compareceram durante os 3 meses de intervenção, serão avaliados como continuidade das ações propostas por este projeto de intervenção na unidade de saúde, eles já foram novamente convidados pelos agentes comunitários de saúde como mecanismo de busca ativa (Gráficos 11 e 12).

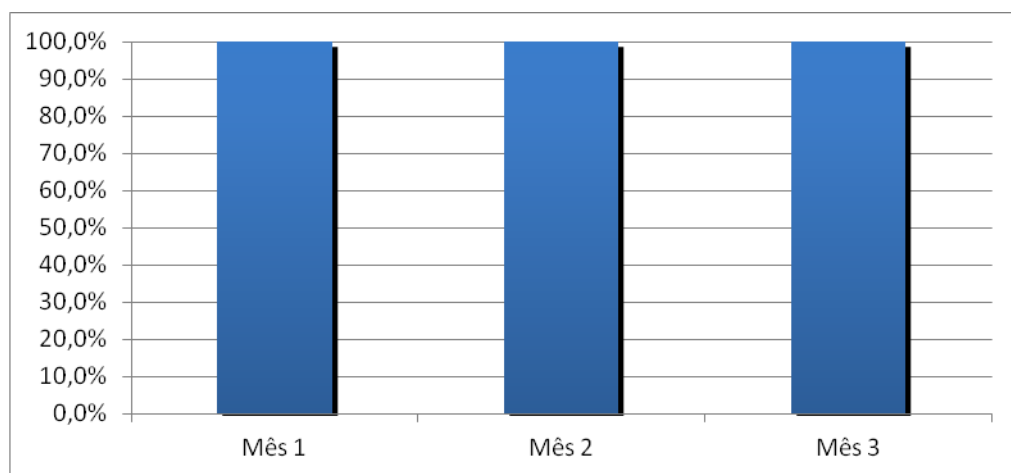


Gráfico 11 - Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa

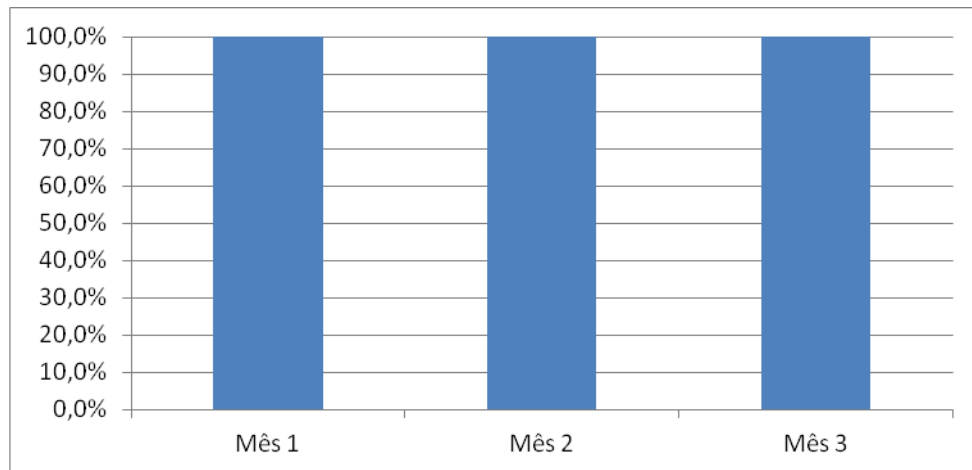


Gráfico 12 - Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa

#### Objetivo 4 - Melhorar o registro das informações

##### Metas:

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

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

##### Indicadores:

4.1 Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

4.2 Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Foram preenchidos os registros de acompanhamento e as fichas-espelho de todos os pacientes que foram avaliados durante os 3 meses do projeto de intervenção. A melhora deste indicador foi gradual. Antes deste trabalho, os registros não eram feitos adequadamente na unidade de saúde. Não havia anotações claras em prontuários sobre os tratamentos ou exames realizados, por exemplo, e não havia um sistema de coleta de dados específico para o programa de atenção à saúde do hipertenso e diabético. A implantação das fichas-espelho representou uma melhoria na forma de registro (Gráficos 13 e 14).

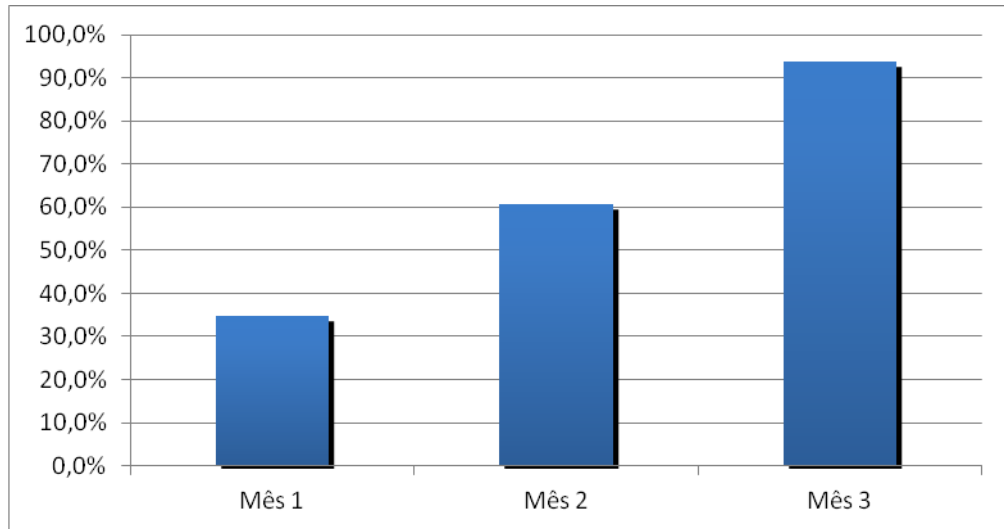


Gráfico 13 - Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento

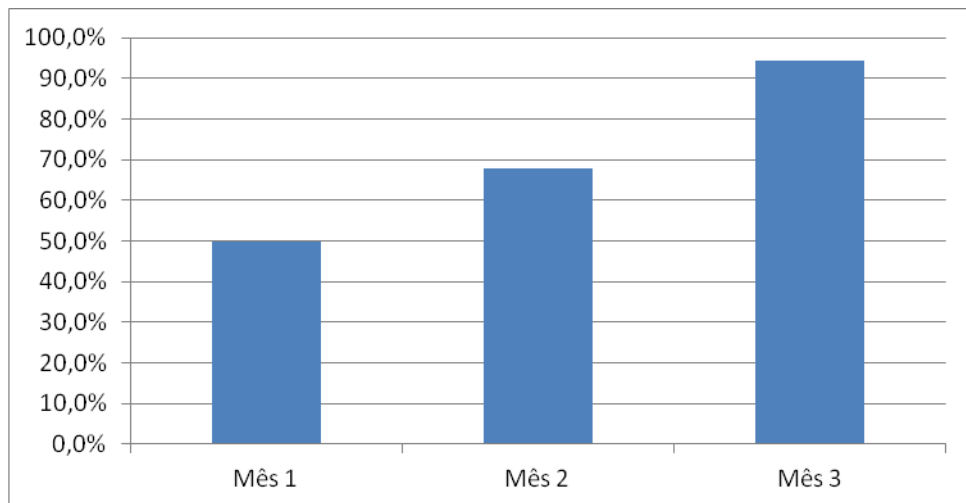


Gráfico 14 - Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento

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

Metas:

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

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

Indicadores:

5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

5.2 Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

A estratificação do risco cardiovascular foi realizada com base nas recomendações dos protocolos adotados para o programa (Cadernos da Atenção Básica números 36 e 37 – Ministério da Saúde, 2013). Segundo protocolo, os pacientes com apenas um fator de risco menor possuem baixo risco cardiovascular, os pacientes com qualquer fator de risco maior possuem alto risco cardiovascular e para pacientes com mais de um fator de risco menor é necessário calcular do escore de risco de Framingham que avalia sexo, idade, tabagismo, pressão arterial, colesterol total e HDL. Por não haver os resultados do lipidograma disponíveis para todos os pacientes, o risco cardiovascular foi avaliado em apenas 70% dos pacientes hipertensos (Gráfico 15). 100% dos portadores de diabetes mellitus foram considerados como pacientes de alto risco cardiovascular (Gráfico 16).

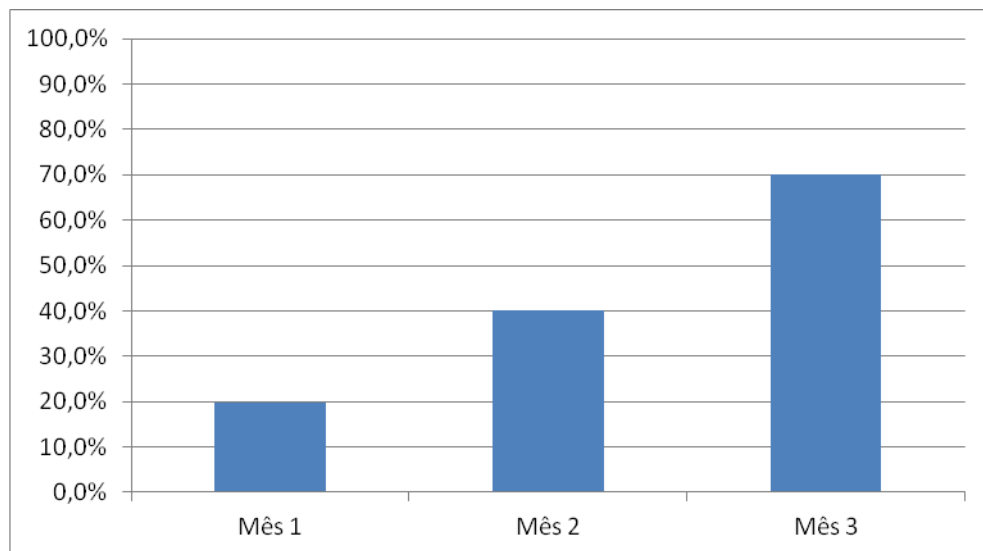


Gráfico 15 - Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

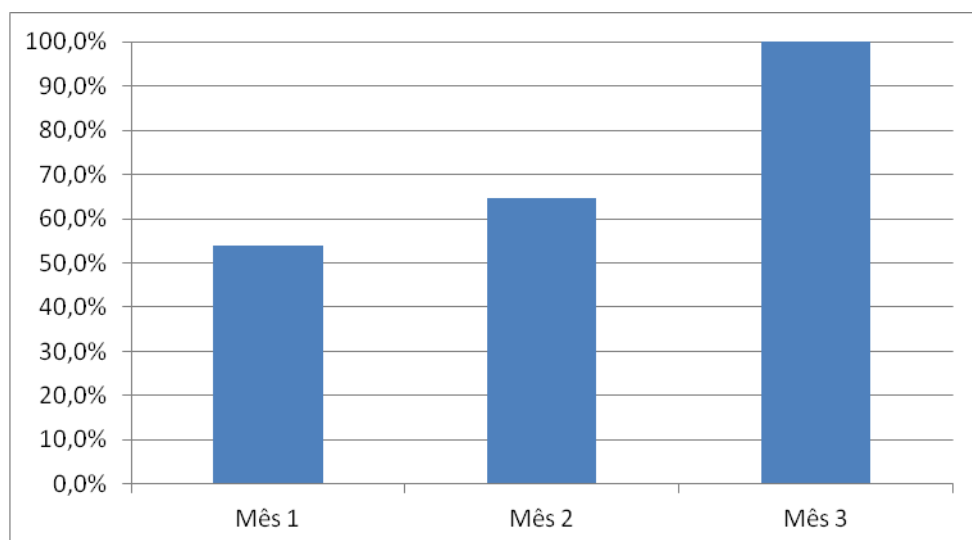


Gráfico 16 - Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

### **Objetivo 6 - Promover a saúde de hipertensos e diabéticos**

Metas:

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

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

Indicadores:

6.1 Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

6.2 Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Durante os atendimentos clínicos, a alimentação saudável foi estimulada para todos os pacientes. Seus hábitos alimentares foram avaliados, e de acordo com a necessidade de cada um deles foram propostas mudanças de acordo com seu padrão sociocultural. Além disso, durante os mutirões nas diferentes localidades foi abordada a educação nutricional, com orientações e esclarecimento de dúvidas sobre alimentação saudável em grupos. Destas ações participaram 94% dos hipertensos e diabéticos, além de outros moradores da área que compareceram aos mutirões (Gráficos 17 e 18).

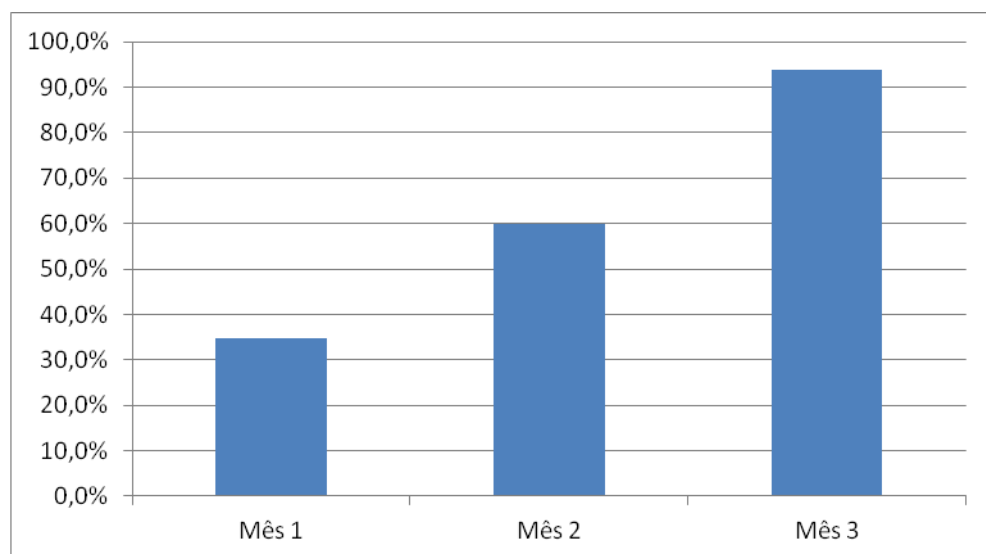


Gráfico 17 - Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

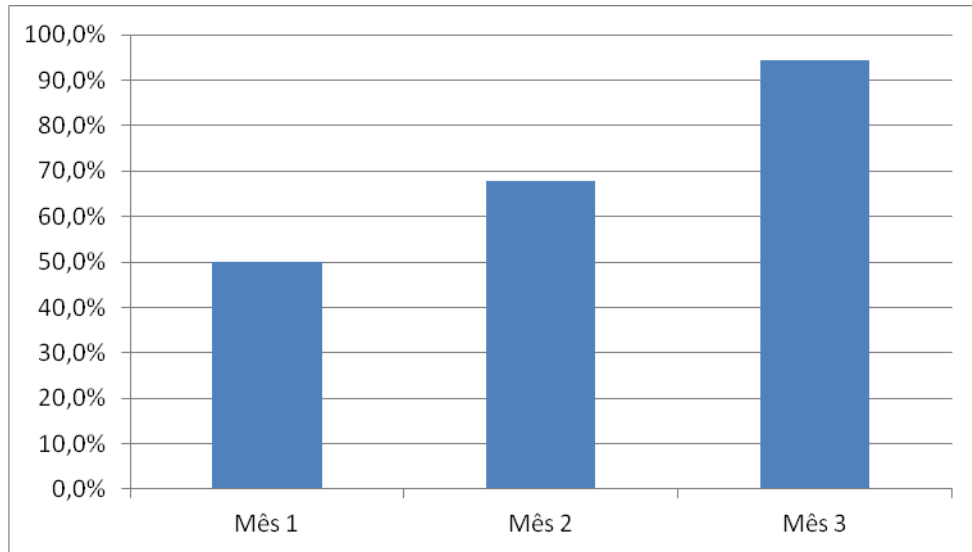


Gráfico 18 - Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

#### Metas:

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

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

#### Indicadores:

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

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

A prática de atividade física regular foi estimulada em todos os mutirões que a equipe de saúde organizou. Foram orientadas práticas possíveis de um modo geral, e foram reforçadas as particularidades de cada pessoa, orientando limitações de acordo com a idade ou condição clínica de cada um. Eles foram avaliados individualmente durante as consultas clínicas e receberam uma recomendação de atividade física mais individualizada. De modo geral, este tema foi trabalhado com todos os 94% de pacientes hipertensos e diabéticos que foram avaliados nestes 3 meses (Gráficos 19 e 20).

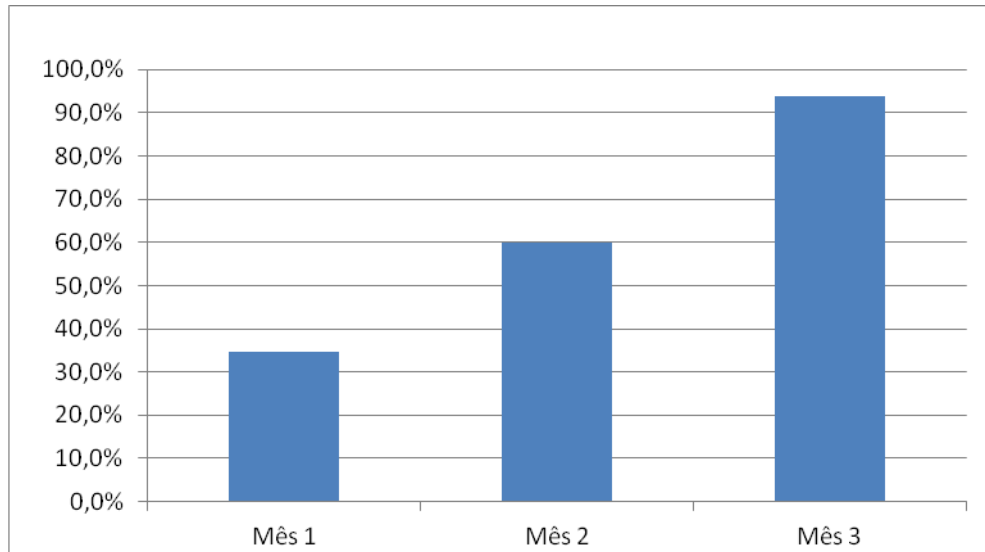


Gráfico 19 - Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular

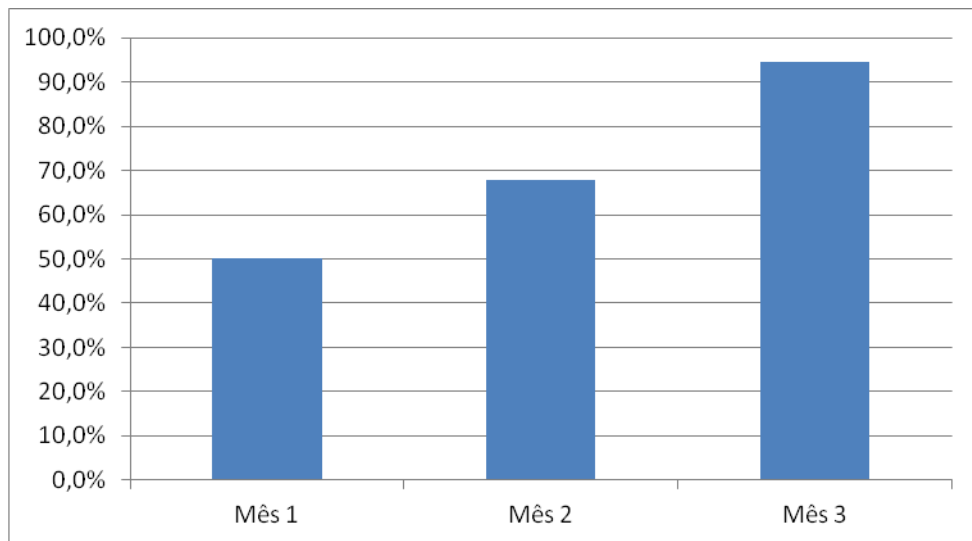


Gráfico 20 - Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular

**Metas:**

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

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

**Indicadores:**

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

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

O tabagismo é um tema muito relevante na atenção primária diante dos riscos que oferece à saúde e da possibilidade de intervenção na atenção básica para seu abandono. Em todos os mutirões programados a equipe de saúde reforçou os riscos do tabagismo e o trabalho da ESF para auxiliar na sua suspensão. Os pacientes tabagistas foram convidados a participar de um grupo de apoio ao uso de álcool e cigarro na unidade de saúde para que fossem acompanhados de forma adequada. Nas consultas este tema também foi abordado. As orientações foram feitas para todos os hipertensos e diabéticos avaliados durante esta intervenção (94%) e para outros moradores da área que participaram dos mutirões de atendimento ou rastreamento (Gráficos 21 e 22).

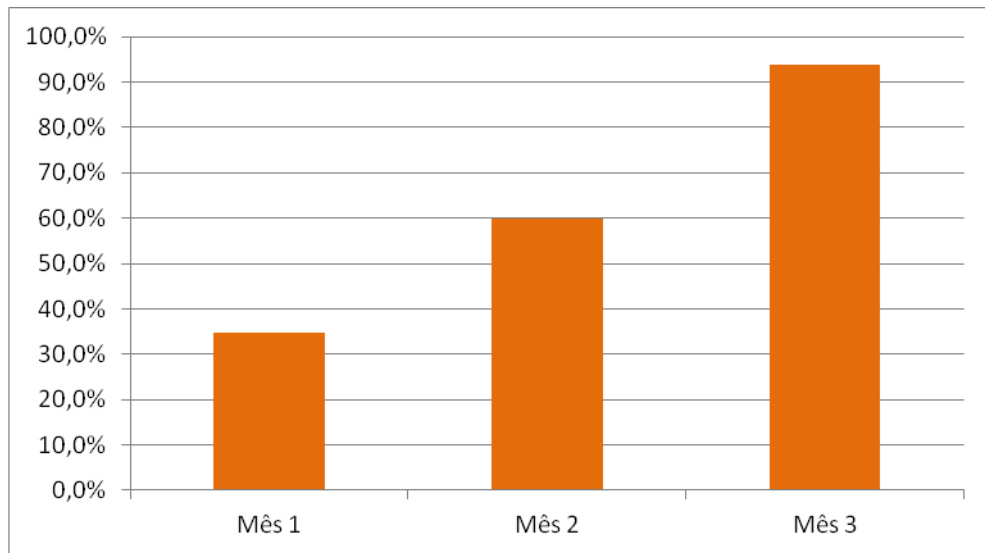


Gráfico 21 - Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

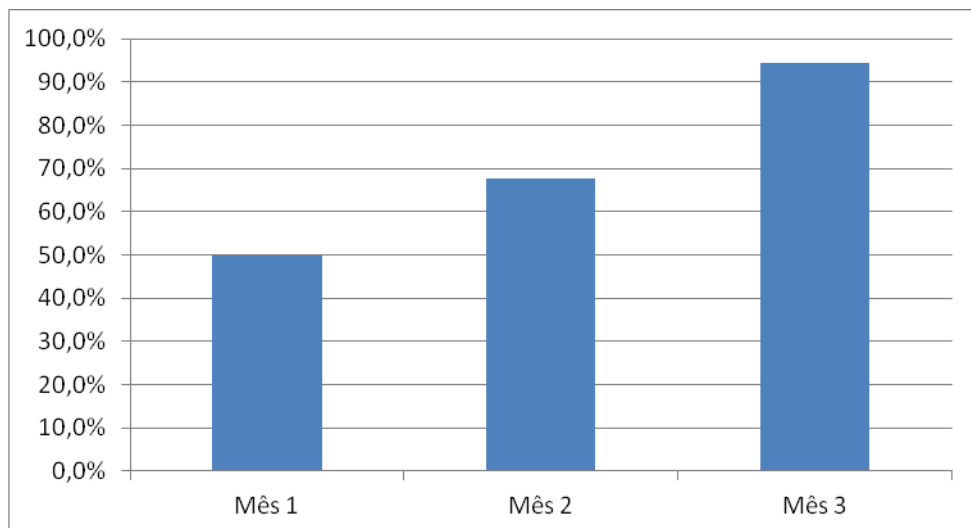




Gráfico 22 - Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

### Metas

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

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

### Indicadores:

6.7 Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

6.8 Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Durante os mutirões e atendimentos a equipe também reforçou a importância da saúde bucal. Foi orientada a técnica correta para higiene bucal, os alimentos e hábitos de maior risco para a formação de cáries e o impacto positivo do cuidado adequado com a saúde dentária. Estas ações foram oferecidas a todos os participantes dos mutirões em grupo, dos quais participaram 94% dos hipertensos e diabéticos, além de outros grupos populacionais. Para todas estas ações educativas, foi considerado o alcance aos pacientes que foram avaliados de algum modo durante este período de três meses. Não foi considerado que os pacientes faltosos já houvessem recebido estas orientações em saúde bucal, alimentação saudável ou atividade física por falta de registros na unidade de saúde que as comprovassem (Gráficos 23 e 24).

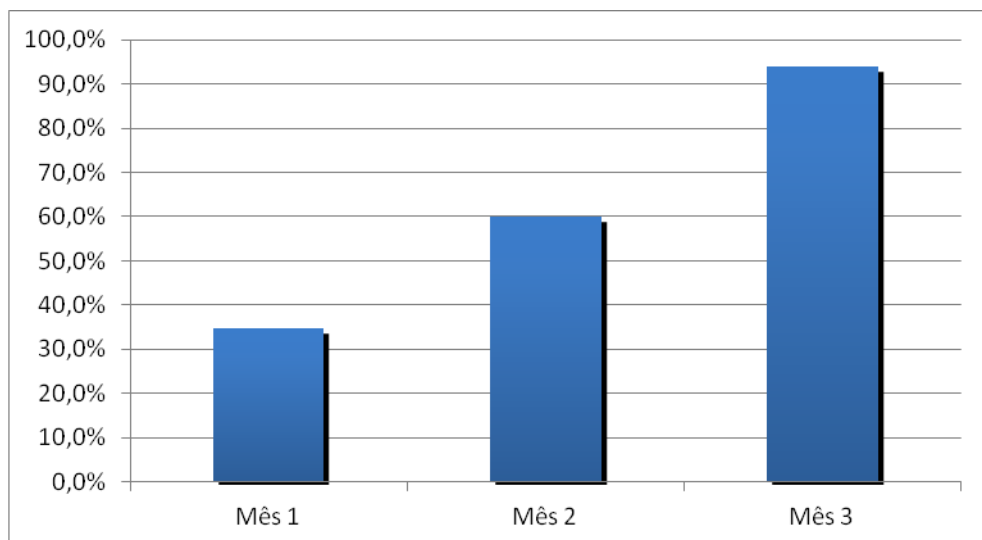


Gráfico 23 - Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal

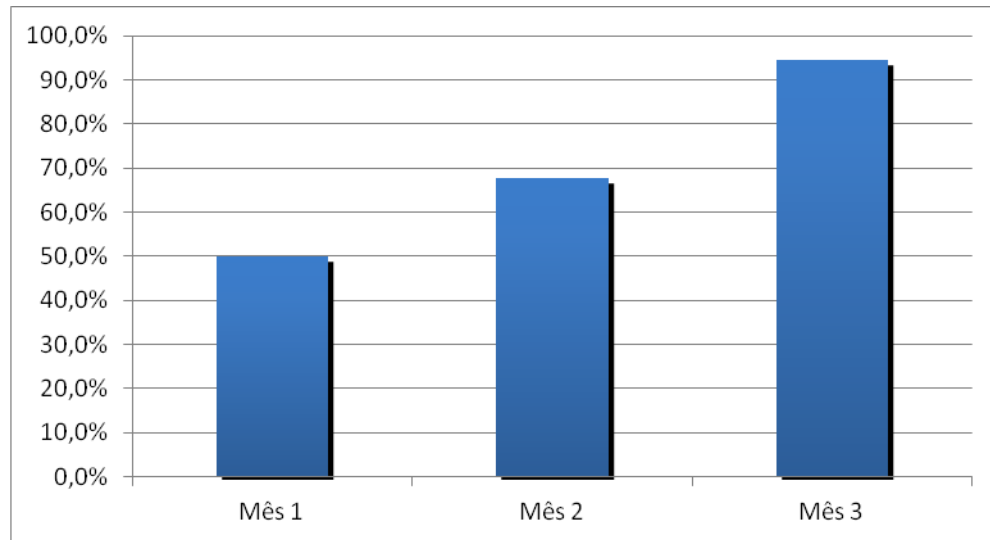


Gráfico 24 - Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal

## 4.2 Discussão

Os resultados obtidos foram satisfatórios, a implantação e o funcionamento adequado do programa de controle à HAS e DM na UBS Melancias estão possibilitando um melhor seguimento deste grupo de risco. Durante o projeto, todos os pacientes identificados como portadores de HAS ou DM foram incluídos no programa e cadastrados no SIAB.

Após esta intervenção, a cobertura do programa na unidade foi ampliada em 34%, este dado permite afirmar que a busca ativa da população de risco e o planejamento de ações de rastreamento efetivas possibilitou o diagnóstico precoce de portadores assintomáticos destas patologias ou a identificação de portadores ainda não cadastrados no programa e que, portanto, estavam sem acompanhamento adequado. Este é um ponto muito significativo, uma vez que o diagnóstico precoce e o controle regular da HAS e DM são fundamentais para prevenir suas principais complicações.

O PS de Melancias abriga mais de 40 localidades de área rural, com dificuldades de transporte e de comunicação. Foi possível perceber que o planejamento de ações educativas e assistenciais nas localidades mais afastadas da unidade de saúde ampliou o acesso desta população aos cuidados em saúde. A maioria dos pacientes convidados para as ações próximas às suas residências

compareceu, e muitos deles estavam com consultas em atraso. Durante as atividades deste projeto foi possível oferecer orientações em saúde, rastreamento de patologias e avaliação clínica em uma única ocasião em cada localidade atendida.

A aproximação entre as ações de saúde e as residências facilitou o acesso de muitas famílias aos cuidados e foi possível avaliar individualmente 94% dos pacientes cadastrados na área em três meses de intervenção. Apesar de a meta ser 100%, este resultado é satisfatório considerando as limitações e dificuldades da área. Apenas 11 portadores de hipertensão e 2 portadores de DM deixaram de ser avaliados neste período, mas a continuidade das ações do projeto na unidade de saúde prevê que eles sejam adequadamente atendidos. Todos os hipertensos e diabéticos avaliados durante as ações receberam educação em saúde, exame clínico e atualização do tratamento, foi priorizada a prescrição de medicações disponíveis na unidade de saúde e foram solicitados os exames complementares necessários para cada um.

Alguns dos pacientes avaliados estavam com acompanhamento irregular na unidade de saúde, com controle inadequado das patologias, sem exames complementares em dia ou mesmo sem tratamento. Com estas ações foi possível melhorar o controle da HAS e DM para muitos usuários. Ao final do projeto, 62% dos pacientes estavam com os exames complementares em dia, mas estes exames foram solicitados para todos os hipertensos e diabéticos que compareceram às ações, não foi possível avaliar todos os resultados durante a intervenção devido ao tempo gasto entre a solicitação, o agendamento, a realização e o retorno à consulta, mas a previsão é de que eles estejam atualizados para todos os pacientes conforme a meta após certo período de tempo.

Os grupos educativos planejados na unidade de saúde apresentavam baixa adesão, a distância da unidade para muitas residências pode ter contribuído para isto. Mas as ações realizadas nas diferentes localidades se mostraram uma boa ferramenta para levar educação em saúde até as comunidades. Foi possível orientar sobre alimentação saudável, riscos do uso de álcool e cigarro, atividades físicas e saúde bucal de forma multiprofissional, com linguagem adaptada à cultura da população e com espaço para esclarecimento de dúvidas.

Desde o início da intervenção foram programados mecanismos de busca ativa aos pacientes faltosos. Os ACSs tiveram um papel fundamental na comunicação com a comunidade, durante suas visitas domiciliares eles convidaram

todas as famílias para as ações planejadas. Além disso, discutiram com a população estratégias e locais para realização dos atendimentos, o que contribuiu muito para a grande adesão dos usuários.

Foi interessante perceber a evolução de todos os indicadores, com aumento regular ao longo dos 3 meses de intervenção, os pacientes foram avaliados à medida que os mutirões programados ocorriam em cada localidade, paralelamente às ações na unidade de saúde. Um dos pontos positivos deste trabalho foi a conscientização da população de que o acompanhamento de rotina e a prevenção em saúde são muito importantes. Foi reforçado que a unidade de saúde não deve ser procurada apenas diante de queixas agudas, mas deve ser frequentada como uma unidade de promoção à saúde, atendimento integral e ao longo de todos os ciclos de vida.

A gestão do município se mostrou colaborativa com as propostas deste projeto de intervenção. A disponibilização de transporte para a equipe de saúde durante os mutirões, o agendamento dos exames complementares e a adaptação dos medicamentos fornecidos na farmácia da unidade foram essenciais para o desenvolvimento das ações. No fim destes 3 meses, houve um aumento considerável no número de hipertensos e diabéticos cadastrado na área de abrangência do PS de Melancias.

Para os profissionais envolvidos esta intervenção proporcionou experiências em relação ao trabalho de equipe e ao planejamento em saúde. Foi possível que os profissionais percebessem a importância do monitoramento e da busca ativa no cuidado amplo e longitudinal às famílias. As propostas deste projeto deverão continuar integradas à rotina do serviço, com reserva de vagas na agenda do médico, enfermeiro e cirurgião-dentista para os portadores de HAS e DM, com discussão dos casos e apoio dos profissionais do NASF, com acolhimento humanizado, com visitas periódicas dos ACSs, com realização de grupos educativos e com reserva de um período semanal para planejamento de ações assistenciais em localidades afastadas. Além disso, o registro adequado em prontuários clínicos e o monitoramento regular das fichas-espelho permitirá a identificação de situações de alerta e a programação de busca ativa aos faltosos.

Estas estratégias foram voltadas à atenção dos portadores de HAS e DM, no entanto, as experiências adquiridas pela equipe de saúde podem permitir o planejamento de ações semelhantes para acompanhar outros grupos de risco da

unidade, como por exemplo, puericultura, saúde do idoso, saúde bucal, pré-natal, usuários de álcool e cigarro, saúde mental, entre outros.

Para um programa eficaz, a meta seria de 100% para todos os indicadores de qualidade. Entretanto, diante das particularidades da área, as metas alcançadas representaram uma melhora significativa na qualidade da atenção aos hipertensos e diabéticos do PS de Melancias, alcançando, portanto, o objetivo principal deste trabalho. As metas ideais poderão ser obtidas com a continuidade das ações iniciadas durante este projeto de intervenção.

### **4.3 Relatório da intervenção para gestores**

Entre fevereiro de 2014 e março de 2015, o PS de Melancias em São Francisco do Piauí-PI recebeu uma médica participante do PROVAB realizando especialização em saúde da família na modalidade a distância através da UNASUS-UFPEL. Como parte das atividades do programa, foi proposto e supervisionado um projeto de intervenção a fim de melhorar a atenção à saúde dos portadores de HAS e DM da área de abrangência do PS de Melancias, com participação de todos os profissionais de saúde da unidade.

Foram programadas reuniões de equipe para análise da situação de saúde da área, capacitação profissional e definição do papel de cada profissional no cuidado a este grupo de risco. Foram levantados e incluídos no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus do PS de Melancias todos os pacientes portadores de HAS e DM cadastrados no SIAB e com fichas A preenchidas. Além disso, foram avaliados os prontuários clínicos na unidade de saúde em busca de possíveis portadores de HAS e DM ainda sem o devido cadastro.

O foco deste projeto foi a programação de ações em localidades afastadas da unidade de saúde para ampliar o acesso da população uma vez que a UBS Melancias abrange uma área rural com mais de 40 localidades separadas por estradas de difícil acesso e comunicação. Neste cenário, foi muito importante a participação da gestão disponibilizando transporte para que a equipe de saúde pudesse se deslocar até as diferentes localidades. Foram programados mutirões de atendimento aos portadores de HAS ou DM e de rastreamento e educação em saúde nas localidades:

Melancias – Na UBS Melancias, a 12 km da sede do município.

Jatobá – Na casa de um morador, a 6 km de Melancias.

Golfos – Pequena unidade de saúde, a 18 km de Melancias.

Pindova e Queimadas – Na escola, a 13 km de Melancias.

Malhada Grande – Na casa de um morador, a 20 km de Melancias.

Pé-do-Morro – Na escola, a 14 km de Melancias.

Pobre – Na escola, a 4 km de Melancias.

Jenipapeiro – Na casa de um morador, 10 km de Melancias.

Cantinho – Na casa de um morador, a 5 km de Melancias.

Campo Alto – Na casa de um morador, a 18 km de Melancias e a 6 km da sede do município.

Lagoa do Barro – Na casa de um morador, a 16 km de Melancias e 4 km da sede do município.

Visitas domiciliares como busca ativa aos hipertensos e diabéticos foram realizadas nas localidades acima e também em localidades menores, como:

Retiro (a 12 km de Melancias)

Baixa Velha (a 5 km de Melancias)

Caraíbas (a 10 km de Melancias)

Tinguis (a 10 km de Melancias)

Jurema Preta (a 10 km de Melancias)

Gado Velhaco (a 20 km de Melancias)

Branca (a 6 km de Melancias)

Estas localidades foram escolhidas em razão do maior número de famílias residentes, mas os moradores das demais localidades da área foram convidados para os mutirões mais próximos às suas casas. Em todas as ações, a população foi orientada sobre as patologias, seus fatores de risco e a importância do controle para evitar complicações, sobre saúde bucal, alimentação saudável, atividade física adaptada para as necessidades de cada um, riscos do tabagismo e uso de álcool, sobre cuidados com os pés e administração correta de insulina. A linguagem utilizada foi adaptada ao nível cultural da população e todas as dúvidas manifestadas foram ouvidas e esclarecidas.

Em cada mutirão ou consulta foram preenchidas as fichas-espelho para seguimento dos pacientes na unidade de saúde com informações sobre medicações em uso, últimos exames realizados, últimas consultas realizadas, entre outros dados. A gestão do município forneceu os cartões e fichas-espelho a tempo e em

quantidade adequada para o projeto de intervenção, a reposição periódica destas fichas permitirá a manutenção adequada dos registros. Cada paciente recebeu avaliação clínica individualizada e atendimento a queixas em geral, além de agendamento das próximas consultas de rotina necessárias. Em todas as ações foram distribuídos medicamentos da farmácia básica da unidade conforme prescrição.

O cuidado com HAS e DM é complexo e envolve a participação dos pacientes, da equipe de saúde e da gestão. A oferta de medicações para controle destas patologias na unidade de saúde, a disponibilização em tempo adequado dos exames complementares necessários, a regulação de vagas para atendimentos especializados e o abastecimento da unidade de saúde com fichas e insumos são essenciais para que o programa funcione com qualidade. Neste sentido, a gestão do município de São Francisco do Piauí se mostrou participativa oferecendo um bom suporte para os usuários, os exames rotina são agendados em tempo adequado, há um bom perfil de medicações para controle da HAS e DM na farmácia da unidade e o gestor permite discussão com os profissionais de saúde sobre possíveis mudanças necessárias.

Os resultados obtidos com esta intervenção foram satisfatórios. Antes do projeto de intervenção, em março de 2014, havia 138 portadores de HAS e 26 portadores de DM da área cadastrados no SIAB, quando o esperado era de 223 hipertensos e 55 diabéticos de acordo com a população da área. Estes valores representavam, portanto, apenas 47% de cobertura em relação à hipertensão e 31% de cobertura em relação à DM. Após 3 meses de intervenção, o número de hipertensos cadastrados na área aumentou para 181, o que representa uma cobertura de 81% do esperado e portanto um aumento de 34% em relação à cobertura anterior. Também houve aumento no número de diabéticos cadastrados na área para 36, o que representa uma cobertura de 65% do esperado e, portanto, um aumento de 34% em relação à cobertura anterior. Esta maior cobertura do programa representa uma ampliação no cuidado a estes grupos de risco.

Entre os pacientes cadastrados no programa, foram avaliados individualmente 170 portadores de HAS e 34 portadores de DM durante as ações do projeto, em torno de 94% do total de pacientes inscritos no programa. Estes números demonstram uma boa adesão da população da área às ações e foi possível oferecer a todos eles um exame clínico completo, registro adequado nas fichas de

acompanhamento, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, requisição de exames complementares necessários, revisão do tratamento com priorização dos medicamentos fornecidos na farmácia da unidade, e educação em saúde, sendo priorizadas as orientações sobre higiene bucal, alimentação saudável, atividade física regular e riscos do tabagismo. Foram avaliados os resultados de exames de 62% dos pacientes. Após a intervenção, 90% dos hipertensos e 87,5% dos diabéticos da área estavam em uso exclusivo de medicamentos da farmácia básica. Os indicadores de qualidade durante a intervenção apresentaram uma evolução regular ao longo dos 3 meses de atividades.

As ações propostas e iniciadas através deste projeto de intervenção foram integradas à prática diária da unidade de saúde e terão continuidade a fim de manter um programa de qualidade para atenção à saúde do hipertenso e diabético. Foi discutido manter grupos educativos fixos na unidade de saúde e ações intersetoriais periódicas nas localidades afastadas para ampliar o acesso da população. Os pacientes referiram ter gostado das ações e das orientações recebidas. Os resultados mostram que este projeto de intervenção trouxe melhorias ao programa de atenção à HAS e DM de Melancias.

O apoio da gestão foi fundamental para a execução das ações propostas. Ainda é possível melhorar alguns pontos, como por exemplo: manter um mecanismo mais eficiente de reposição de insumos; reativar o programa de controle do tabagismo; controlar de forma mais precisa o estoque dos medicamentos na farmácia básica da unidade; e melhorar os meios de comunicação da área, podendo-se instalar telefone ou computador na unidade. Estas propostas foram discutidas com a gestão municipal, e os gestores mostraram interesse em melhorar estes pontos. A interação entre os profissionais de saúde, a população e a gestão, avaliando a situação de saúde, fornece bases para melhorar cada vez mais a atenção à saúde no município.

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

O Posto de Saúde de Melancias deve oferecer cuidados para todos os moradores da área. É função da equipe de saúde acolher todas as pessoas que procuram atendimento, avaliar as pessoas que estão em situação de urgência, explicar quando e como devem ser as consultas, os curativos, as vacinas, como



receber os medicamentos na farmácia, e devem também ouvir e responder as dúvidas.

Na equipe de saúde existe médico(a), enfermeiro(a), técnico(a) de enfermagem, cirurgião(ã)-dentista, auxiliar de consultório dentário e os agentes comunitários de saúde, esses profissionais podem resolver a maioria dos problemas de saúde que acontecem na região. Quando é preciso, são estes profissionais que podem encaminhá-los para atendimento especializado ou para internação em hospitais. No posto de saúde também existe uma equipe chamada de Núcleo de Apoio à saúde da Família, que conta com psicólogo(a), nutricionista e fisioterapeuta.

Essa equipe deve acompanhar os moradores da área em todas as fases da vida e deve tentar garantir que todos recebam os cuidados de que precisam. Algumas situações merecem atenção especial, como o pré-natal, a saúde das crianças e vacinação, a prevenção de câncer, e outras. Um dos grupos de pessoas que precisa de mais atenção pela equipe de saúde é o grupo de pessoas que tem pressão alta (Hipertensão Arterial Sistêmica) ou diabetes (Diabetes Mellitus).

A hipertensão e o diabetes não causam muitos sintomas no começo e, por isso, muita gente não sabe se tem essas doenças. Mas, se essas doenças não forem tratadas, elas podem causar várias complicações, aumentando a chance de infarto (Infarto Agudo do Miocárdio), derrame (Acidente Vascular Encefálico), falência dos rins, piora da visão, dificuldade para cicatrizar feridas, internação em hospitais e muitos outros problemas graves.

As pessoas com HAS e DM precisam acompanhar o tratamento, fazer os exames de rotina e pesquisar as complicações. Por causa disso, nós planejamos um projeto de intervenção na área de Melancias. Como o posto de saúde fica longe da maioria das casas e o transporte nessa região é difícil, nós programamos mutirões nas localidades distantes para facilitar a participação das pessoas. Nesses mutirões, nós medimos a pressão arterial de todos os adultos que precisavam descobrir se sua pressão estava normal ou alta e explicamos porque é importante cuidar da saúde, ter uma alimentação saudável, fazer atividade física e cuidar da saúde bucal. Também explicamos os perigos do uso de cigarro e das bebidas alcoólicas, e a importância de ir às consultas.

Os agentes de saúde convidaram as pessoas para os mutirões perto das suas localidades ou no posto de saúde, e alguns pacientes receberam visita da equipe de saúde nas suas casas. Os mutirões ou visitas foram feitos em Melancias, Golfos,

Jatobá, Pindova/Queimadas, Malhada Grande, Pé-do-Morro, Pobre, Jenipapeiro, Cantinho, Campo Alto, Lagoa do Barro, Retiro, Baixa Velha, Caraíbas, Tinguís, Jurema Preta, Branca e Gado Velhaco. Esse projeto de intervenção aconteceu na área do Posto de Saúde de Melancias durante três meses.

A população participou bastante das ações, foi possível atender quase todos os pacientes com hipertensão ou diabetes (94% dos pacientes cadastrados) e diagnosticar outras pessoas com essas doenças (34% a mais). Também foi preenchido o cartão do hipertenso e diabético, com anotações sobre os medicamentos em uso, sobre a última e a próxima consulta, sobre os últimos exames realizados e outras informações importantes para que possamos acompanhar melhor a sua saúde no Posto de Melancias.

Depois desse projeto, foi discutido que deve ter vagas reservadas na agenda do médico, enfermeiro e dentista para os hipertensos e diabéticos, deve ter grupos de educação em saúde todos os meses no posto de saúde, e deve ter atendimento pela equipe nas localidades distantes. Os agentes de saúde vão avisar a população sobre os grupos e sobre os atendimentos nas outras localidades. Todos devem participar.

## **5 REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE MEU PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM**

Este período de atividades no PS de Melancias foi muito rico em aprendizado pessoal e principalmente em experiências de vida. Chegando ao município percebi as diversas dificuldades existentes para atender com qualidade em uma área rural com tantas particularidades. No entanto, à medida que o trabalho foi sendo desenvolvido, as dificuldades foram sendo analisadas e discutidas com a equipe, com a gestão e com a comunidade e, aos poucos, as estratégias de melhoria foram sendo implantadas. As principais metas deste projeto foram atingidas graças ao engajamento dos profissionais de saúde e gestores e à adesão da população, que sempre foi muito receptiva a todas as ações programadas.

O maior aprendizado que este trabalho me proporcionou foi o olhar mais completo para cada paciente atendido. As vivências com esta comunidade me mostrou a importância de considerar as distâncias que a população enfrenta para chegar a uma unidade de saúde, a impossibilidade financeira para adquirir certos medicamentos, a dificuldade de locomoção a outras cidades para realizar certos exames, e muitas outras particularidades que são tão fundamentais para o tratamento quanto a simples escolha dos medicamentos corretos.

Através dessa visão ampliada dos pacientes, considerando sua cultura e suas vivências, é possível oferecer um cuidado mais completo e humanizado. Percebi a importância de discutir com o paciente suas dúvidas e oferecer estratégias para facilitar sua adesão às propostas terapêuticas de acordo com suas possibilidades. Para pacientes que não sabem ler, por exemplo, é importante utilizar esquemas

terapêuticos mais simples, preferindo, por exemplo, medicações em dose única ou explicar o uso através de desenhos.

Também foi muito enriquecedora a experiência de trabalho em equipe. Cada profissional é capaz de oferecer um cuidado diferente aos pacientes, mas, quando estes profissionais compartilham os conhecimentos e discutem os casos em equipe, este cuidado se torna mais integral e resolutivo. Este projeto mostrou o quanto o planejamento é importante na atenção primária à saúde. Quando a equipe mantém registros adequados no serviço e os utiliza para monitorar a situação de saúde da área é possível planejar estratégias para resolução de problemas e busca ativa dos pacientes, dessa forma, é possível ter um controle muito melhor sobre a população vinculada à equipe e oferecer um cuidado com mais qualidade.

Outra vivência foi perceber a importância de ouvir e considerar a percepção e opinião dos usuários em relação aos planejamentos das ações em saúde, eles devem participar ativamente deste processo e são grandes conhecedores das necessidades e particularidades das suas comunidades. O contato dos agentes comunitários de saúde com a população representa um elo muito importante de comunicação entre profissionais de saúde e a comunidade, tendo especial importância em uma área com tantas limitações de transporte e comunicação como a nossa.

Por fim, considero que todas estas vivências e experiências contribuíram muito para minha formação profissional, e os aprendizados adquiridos poder ser aplicados em diferentes áreas da profissão. Considero que obtive um ganho considerável em aprendizado técnico através dos estudos de casos atendidos e protocolos técnicos, mas o ganho principal foi o contato humanizado e próximo da realidade da população.

## Referências

Brasil. Ministério da Saúde, DATASUS: 2012. Rede intergerencial de informações para a saúde. **Indicadores de fatores de risco e proteção – Prevalência de DM**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabnet.exe?idb2012/g01.def>. Acesso em: 05 de julho de 2014

Brasil. Ministério da Saúde, DATASUS: 2012. Rede intergerencial de informações para a saúde. **Indicadores de fatores de risco e proteção – Prevalência de HAS**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabnet.exe?idb2012/g02.def>. Acesso em: 05 de julho de 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. – Cadernos de Atenção Básica, n. 36. Brasília: 2013. ISBN 978-85-334-2059-5.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** - Cadernos de Atenção Básica, n. 37. Brasília: 2013. ISBN 978-85-334-2058-8.

Brasil. Ministério da Saúde, DATASUS: 2012. Rede intergerencial de informações para a saúde. **Indicadores de mortalidade – mortalidade proporcional por grupos de causas**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabnet.exe?idb2012/c04.def>. Acesso em: 05 de julho de 2014.

Duncan, Bruce et al. **Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2013. ISBN 9788536326184.

Malta DB, Cezário AC, Moura L, Morais Neto OL, Silva Junior. **A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde,

Ministério de Saúde, Brasília-DF. Epidemiologia e Serviços de Saúde, volume 15 - Nº 3: 2006.

## **Anexos**







**ANEXO C – Documento do comitê de ética**

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

---

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

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

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

Prezada Pesquisadora;

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

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