

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS - UNASUS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MODALIDADE A DISTÂNCIA

TURMA 4



**Melhoria da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos na USF  
Yolanda Pires Salvador-BA**

**Milena Lopes de Miranda**

**Pelotas, 2014**

**Milena Lopes de Miranda**

**Melhoria da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos na USF  
Yolanda Pires, Salvador-BA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade à Distância – UFPEL/UNASUS para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Daniela Nunes Cruz

Co-orientadora: Naiane Barbosa Santos Moraes

**Pelotas, 2014**

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas  
Catalogação na Publicação

M672m Miranda, Milena Lopes de

Melhoria da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos na USF Yolanda Pires, Salvador - BA / Milena Lopes de Miranda ; Daniela Nunes Cruz, orientadora ; Naiane Barbosa Santos Moraes, coorientadora. — Pelotas, 2014.

86 f. : il.

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

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3. Doença crônica. 4. Diabetes mellitus. 5. Hipertensão. I. Cruz, Daniela Nunes, orient. II. Moraes, Naiane Barbosa Santos, coorient. III. Título.

CDD : 362.14

Á Danilo Santana, pelo companheirismo, carinho e atenção e principalmente ao incentivo diário na trajetória de trabalho como profissional do SUS.

## **Agradecimentos**

Agradeço aos meus pais, Eraldo e Edésia, por serem exemplo de coragem, determinação e honradez. Agradeço a vocês pelo esforço para garantir a minha formação humana e profissional. Ao meu irmão Diêgo, pelo companheirismo e momentos de alegria, apesar da distância.

Agradeço aos usuários que fortificam diariamente o significado de ser médica com seus gestos de gratidão e amor.

E por fim, agradeço aos colegas de trabalho que vencem inúmeros obstáculos diariamente e que lutam continuamente para não perder a esperança e a vontade de oferecer um atendimento digno aos usuários do SUS.

## Lista de gráficos

Gráfico 1.	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde	62
Gráfico 2.	Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde	62
Gráfico 3.	Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa	63
Gráfico 4.	Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa	63
Gráfico 5.	Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	64
Gráfico 6.	Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	64
Gráfico 7.	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	65
Gráfico 8.	Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	66
Gráfico 9.	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular	67
Gráfico10.	Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular	67
Gráfico11.	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	68
Gráfico12.	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	69
Gráfico13.	Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento	70
Gráfico14.	Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento	70

## Lista de abreviaturas e siglas

ABEM	Associação Baiana de Medicina
ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSAAd	Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas
CER	Centro Especializado em Reabilitação
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CEO	Centro Especializado em Odontologia
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DAB	Departamento da Atenção Básica
DIRES	Diretoria Regional de Saúde
DM	Diabetes Melitus
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EqSF	Equipes de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PA	Pressão Arterial

PSF	Programa de Saúde da Família
RMS	Região Metropolitana de Salvador
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISCAN	Sistema de Informação de Câncer
SISCOLO	Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero
SISMAMA	Sistema de Informação do Câncer de Mama
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPAS	Unidades de Pronto-atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família



## Sumário

### **Apresentação**

<b>1. Análise Situacional</b> .....	13
1.1 Texto Inicial sobre a Situação da Estratégia de Saúde da Família (ESF).....	13
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	15
1.3 Comentário Comparativo sobre o Texto Inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	33
<b>2. Análise Estratégica</b> .....	35
2.1 Justificativa.....	35
2.2 Objetivos e Metas .....	36
2.2.1 Objetivo Geral .....	36
2.2.2 Objetivos Específicos.....	36
2.2.3 Metas.....	36
<b>2.3 Metodologia</b> .....	38
2.3.1 Ações.....	38
2.3.2 Indicadores.....	44
2.3.3 Logística.....	50
2.3.4 Cronograma.....	52
<b>3 Relatório da Intervenção</b> .....	55
3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.....	55
3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.....	57
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à Intervenção, fechamento das planilhas de coleta de dados, cálculo dos indicadores.....	57
3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra .....	58

<b>4. Avaliação da Intervenção .....</b>	<b>60</b>
4.1 Resultados.....	60
4.2 Discussão.....	70
4.3 Relatório da intervenção para os gestores.....	72
4.4 Relatório da intervenção para a comunidade.....	76
<b>5. Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem.....</b>	<b>78</b>
<b>Bibliografia.....</b>	<b>80</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>82</b>
Anexo A: Planilha de coleta de dados.....	83
Anexo B: Documento do Comitê de ética.....	84
Anexo C: Ficha espelho .....	85

## Resumo

MIRANDA, M. L.. **Melhoria da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos na USF Yolanda Pires, Salvador-Ba.** 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família), Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas.

O presente trabalho visa descrever a melhoria da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos na Unidade de Saúde da Família Yolanda Pires no município de Salvador, no estado da Bahia, no período de outubro de 2013 a janeiro de 2014. O objetivo do projeto era melhorar a atenção à saúde dos usuários portadores de HAS e DM, ampliar a cobertura, melhorar a adesão ao programa, melhorar o registro das informações, classificar o risco cardiovascular e promover a Saúde. A metodologia implantada foi norteadada em quatro eixos: Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Qualificação da Prática Clínica e Engajamento Público. Com a implantação do projeto a maior parte dos usuários teve prescrição dos medicamentos da farmácia básica 83% e 97%, respectivamente hipertensos e diabéticos, 20% dos hipertensos e 59% dos diabéticos passaram a ser acompanhados na USF e foi realizada busca ativa para 22% dos hipertensos e 33% dos diabéticos faltosos. Apenas cerca de 30% dos hipertensos e 21% dos diabéticos tiveram seu exame clínico realizado de forma apropriada. Quanto à realização de exames complementares 20% dos hipertensos e 15% dos diabéticos tiveram seus exames realizados. Infelizmente nenhum usuário teve avaliação odontológica no período. As metas não foram alcançadas por inúmeras dificuldades, sendo as principais as equipes incompleta, falta de insumos, demanda populacional bem maior que a oferta e além da dificuldade da realização de acesso a realização de exames e de medicações. A conclusão é que após quatro meses de ações voltadas ao melhor atendimento deste grupo de usuários, obtivemos uma população mais orientada a respeito das suas patologias, sobre a necessidade de realizar mudanças de estilo de vida e abandono do hábito tabágico para a redução de risco cardiovascular e

principalmente facilitamos o acesso destes doentes ao serviço de saúde garantindo o seu diagnóstico e tratamento adequados.

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

## **Apresentação**

O presente trabalho teve como objetivo geral melhorar a atenção aos hipertensos e diabéticos acompanhados na USF Yolanda Pires, no município de Salvador, estado da Bahia.

Na primeira seção será descrita a análise situacional realizada na USF Yolanda Pires, onde levantamos pontos importantes sobre a organização da unidade de saúde, bem como sobre as ações programáticas que são desenvolvidas nesta.

Na segunda seção será apresentada a análise estratégica, ou seja, a organização do projeto de intervenção que consta das metas definidas bem como ações que foram realizadas ao longo de dezesseis semanas com o objetivo principal de ampliar a cobertura da atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos na área de abrangência da USF descrita.

Na terceira seção será apresentado o relatório de intervenção, expondo as ações inicialmente previstas e que foram desenvolvidas, além das facilidades e dificuldades encontradas.

Na quarta seção encontra-se a avaliação da intervenção mostrando os resultados obtidos bem como a discussão acerca da implantação do projeto além dos relatórios para os gestores e para a comunidade.

Na seção cinco será apresentada uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

Por fim, na seção seis, será apresentada a bibliografia utilizada neste trabalho e, ao final, os anexos e apêndices que serviram como orientação para o desenvolvimento da intervenção.

## **1. Análise Situacional**

### **1.1. Texto inicial sobre a situação da Estratégia de Saúde da Família (ESF)**

A Unidade de Saúde da Família (USF) Yolanda Pires - situa-se na capital do estado da Bahia. Esta consta uma das 2.868 equipes cadastradas ao fim do ano de 2012, cobrindo uma população de 63% do estado, o que equivale a mais de 09 milhões de habitantes. Apesar desta grande cobertura do estado, o município de Salvador consta com 109 Equipes de Saúde da Família (EqSF) implantadas cobrindo 365 mil habitantes, o que corresponde a apenas 13,58% de cobertura (DATASUS, 2013).

Diante desta baixa cobertura populacional, a USF Yolanda Pires está localizada no Distrito Sanitário de Cajazeiras (um dos doze distritos sanitários municipais) que atende a uma população muito maior que aquela devidamente cadastrada, moradora dos Bairros Fazenda Grande 1,2, 3 e 4.

A USF consta com quatro equipes cadastradas. Atualmente estão trabalhando dois médicos, três enfermeiras, quatro técnicos de enfermagem, dois funcionários administrativos, dois funcionários de serviços gerais, um funcionário vinculado ao Centro de Controle de Zoonoses, dois agentes de portaria, um gerente administrativo e oito Agentes Comunitários de Saúde (ACS), porém destes apenas uma está vinculada diretamente ao meu trabalho. A maior parte dos contratos destes funcionários é precária e apenas os médicos são estatutários, com pouco tempo vinculados à unidade (cerca de cinco meses). Devido aos diversos vínculos empregatícios, a diferença salarial entre colegas de mesma função e a iminência do desemprego sem aviso prévio, vem provocando nos demais funcionários desmotivação e insatisfação com o trabalho diário.

A comunidade é formada por trabalhadores de algumas empresas privadas localizadas no próprio bairro, prestadores de serviços como domésticas, pedreiros e pintores, em geral representados por uma população de baixa renda. Como o número de ACS é insignificante atendo mais usuários denominados demanda aberta ou fora de área, o que dificulta o acesso da comunidade, pois eles ficam sem referência de qual USF devem ser atendidos, o que não lhes garante a continuidade do cuidado, princípio norteador da Atenção Básica.

A unidade está localizada em uma região periférica da cidade, logo o seu acesso é difícil, realizado através de vias públicas em péssimo estado de conservação, com animais soltos nas vias, lixo não recolhido além de áreas inóspitas com alto índice de criminalidade.

Apesar de menos de 10 anos de construção, a estrutura física da unidade está inadequada para o número de equipes lotadas na mesma, pois consta com apenas 05 consultórios para uso do médico e enfermeiro, sendo que três estão parcialmente desativados há 02 meses devido aos problemas na rede elétrica e problemas com o aparelho de ar condicionado. Há também 02 equipes de Saúde Bucal, porém os consultórios estão desativados em decorrência da demissão dos odontólogos, apesar da manutenção de um Auxiliar de Consultório Dentário (ACD).

A recepção não dispõe de armários para o acondicionamento adequado dos prontuários, os dois computadores utilizados para marcação de consulta com especialistas e exames utilizam sistema e provedor de internet precária o que dificulta e, na maioria das vezes, impossibilita a marcação deste, fato este que está desrespeitando o princípio da integralidade da ação. A sala de espera disponibiliza número insuficiente de cadeiras para a comunidade atendida diariamente. Faltam impressos e materiais de uso cotidiano nos ambulatórios. A mobília está apresentando ferrugem e não há saídas de emergência. Mesmo após incêndio ocorrido em 2007, alguns extintores da unidade estão vencidos, o que coloca os trabalhadores em situação de risco iminente de acidente em local de trabalho.

A população atendida tem comportamento pacífico na maior parte do tempo, porém devido à abrangência ser muito maior que aquela cadastrada, impasses surgem diariamente a respeito das visitas domiciliares, responsabilidade quanto ao cadastro nos programas do governo como o Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRNATAL) e Bolsa Família, fatos que geram insatisfação coletiva por parte dos moradores, frustrados com o serviço, pois não tem o seu direito de acessibilidade garantido e dos funcionários da Unidade, pois não tem condições de prestar um serviço de maior qualidade.

## 1.2 Relatório da análise situacional

A Unidade de Saúde da Família Yolanda Pires situa-se na cidade de Salvador que é a capital do estado da Bahia. Salvador está localizada na macrorregião Leste do estado, na faixa litorânea, com uma superfície de 693,276 Km<sup>2</sup> e população de 2.675.656 habitantes (IBGE, 2013). Pertence a 1ª Diretoria Regional de Saúde (DIRES). A Região Metropolitana de Salvador (RMS) é composta pelos municípios de Camaçari, Candeias, Dias D'Ávila, Itaparica, Lauro de Freitas, Madre de Deus, São Francisco do Conde, Simões Filho e Vera Cruz.

A rede de saúde municipal é composta por Rede de Atenção Básica, Rede de Atenção Especializada e Rede Hospitalar. Estes serviços estão distribuídos entre os Distritos Sanitários que são espaços geográficos com população com características epidemiológicas e sociais semelhantes e com suas necessidades e recursos de saúde para atendê-la (ALMEIDA; VIEIRA, 1998). Há doze distritos em Salvador: Centro Histórico, Liberdade, São Caetano/Valéria, Itapagipe, Brotas, Itapuã, Barra/Rio Vermelho, Boca do Rio, Cabula/Beirú, Subúrbio Ferroviário, Pau da Lima e Cajazeiras.

Na Rede de Atenção Básica há 60 USF com 109 EqSF cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e 50 UBS com modelo tradicional. Diferenciando-se da cobertura da ESF estadual que é de 63% - atinge uma população de mais de 09 milhões de habitantes - com 2.868 equipes cadastradas, o município de Salvador conta com apenas 109 equipes responsáveis por 365 mil habitantes, o que corresponde a apenas 13,58% da população municipal (MS, 2013). Além das unidades básicas de saúde há também os serviços de urgência e emergência formados pelas Unidades de Pronto-atendimento (UPAS) que são em número de 08 unidades.

Na Rede de Atenção Especializada do município temos 04 Centros Especializados em Odontologia (CEO), 12 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II) responsáveis pelos atendimentos dos usuários com transtornos mentais, 02 CAPSad para o tratamento de usuários com abuso de álcool e outras drogas, 01 CAPSi para crianças com patologias psiquiátricas, 01 pronto socorro especializado para atendimento dos usuários com patologias psiquiátricas agudizadas. Além disso, há o Centro de Referência Adriano Pondé com consultas nas áreas de cardiologia,



oftalmologia, angiologia, nefrologia, endocrinologia e ginecologia e obstetrícia (principalmente as usuárias com necessidade de realização de pré-natal de alto risco), 01 centro terapêutico municipal com avaliação de psiquiatras, neurologistas, psicólogos e assistentes sociais (CNES, 2013). O município também conta com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) com equipe distribuída em 33 unidades de suporte básico e 08 unidades de suporte avançado, além de 24 motolâncias e 01 ambulância.

Outros serviços municipais da saúde que auxiliam no atendimento integral aos usuários são: 01 Laboratório Central de análises Clínicas, 01 unidade do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e 01 Centro Especializado em Reabilitação (CER), além da Central Municipal de Regulação. (CNES, 2013)

A USF Yolanda Pires está localizada no Distrito Sanitário de Cajazeiras, um dos doze distritos do município. Cajazeiras é um conjunto habitacional urbano com cerca de 600 mil moradores, segundo o IBGE (2012), e composto pelos bairros Cajazeiras 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 e Fazenda Grande 1, 2, 3 e 4 sendo esses últimos as áreas atendidas pela UBS. Esta unidade é mantida pela gestão municipal e não há convênios com faculdades nem universidades.

A USF, que foi construída em 2007, tem quatro equipes e conta com oito ACS, que infelizmente são incapazes de acompanhar toda a população adstrita devido à área geográfica ser muito vasta. Dessa forma a maior parte da clientela da UBS se faz por usuários fora da área de abrangência ou moradores de áreas descobertas. Fato este que dificulta sobremaneira o controle do número de famílias bem como o número de prontuários na UBS.

As quatro EqSF em atividade na USF seriam responsáveis por uma cobertura máxima de dezesseis mil habitantes, mas devido aos problemas acima citados não há dados fidedignos sobre a população adstrita. A última atualização cadastral dos usuários ocorreu há alguns anos e de acordo com dados fornecidos pelos ACS há 5.088 pessoas cadastradas. As equipes das quais sou responsável são a 162 e a 161. A primeira tem atualmente 168 famílias cadastradas e a outra 108, perfazendo um total de 1.380 usuários. A equipe 161 encontrava-se desassistida há cerca de dois anos.

A comunidade da qual sou responsável é formada por trabalhadores de algumas empresas privadas localizadas no próprio bairro, prestadores de serviços

como domésticas, pedreiros e pintores, em geral representados por uma população de baixa renda. Como o número de ACS é insignificante, pois tenho apenas uma vinculada à equipe 162 e nenhuma à 161, atendo mais usuários denominados demanda aberta ou fora de área de cobertura da USF.

O perfil demográfico local, baseado nos 5088 usuários, segue o padrão nacional com uma pirâmide de base estreitada, alargada na faixa etária do adulto jovem e estreitada no topo, porém com parcela importante de idosos: o número de maiores de 70 anos (254) equivale ao número de crianças entre 1 a 4 anos (279). A distribuição entre os sexos não há diferença significativa, na infância os dados são semelhantes, porém com leve predominância do sexo feminino entre os habitantes da faixa etária adulta e idosos (mulheres > 60 anos são 305 e homens são 254).

A maior parte dos contratos dos funcionários da USF é precária e apenas os médicos e um dos odontólogos são estatutários, com pouco tempo vinculados à unidade. Devido aos diversos vínculos empregatícios, a diferença salarial entre colegas de mesma função e a iminência do desemprego sem aviso prévio, vem provocando nos demais funcionários desmotivação e insatisfação com o trabalho diário.

As equipes estão passando por uma reorganização no quadro de funcionários, alguns profissionais estão sendo demitidos paulatinamente, porém sem a devida substituição dos trabalhadores por estatutários, o que tem dificultado os serviços oferecidos à comunidade. No momento constam os seguintes profissionais: na equipe 161 há uma enfermeira, um médico, um técnico de enfermagem, um odontólogo, que chegou ao fim da implantação do projeto de intervenção, e um auxiliar de saúde bucal. Na equipe 162 há uma enfermeira e um técnico de enfermagem, um ACS, o médico e equipe odontológica da equipe 161 são também responsáveis por esta. A equipe 163 consta de uma enfermeira, um médico – que foi exonerado durante os meses de implantação do projeto, três ACS, uma odontóloga, uma auxiliar de saúde bucal e um técnico de enfermagem; e a equipe 164 apenas com um técnico de enfermagem e 4 ACS, com suporte odontológico da equipe 163 também. Os técnicos de enfermagem revesam o trabalho entre a farmácia (pois não há farmacêutico na unidade), a sala de curativos, a sala de vacina e a sala de procedimentos. Há ainda um agente administrativo, dois agentes de limpeza, dois

agentes de portaria e um gerente administrativo, seguindo o preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) já que a UBS comporta mais de duas EqSF.

A estrutura física da unidade é bastante precária e não segue os padrões estabelecidos pelo MS no Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde da Família (BRASIL, 2006) apesar de ter sido construída em 2007 após a publicação da 1ª edição deste Manual.

Em relação aos cuidados com os resíduos estes são coletados pelos agentes de limpeza e depositados em coletores de plástico separados em lixo comum e hospitalar, porém acondicionados no mesmo local, em ambiente da área externa da USF até o descarte final. O recolhimento do lixo hospitalar é feito por empresa contratada do município ocorrendo 2x/sem e do lixo orgânico realizado pela prefeitura diariamente. O ambiente é ventilado, com cerca de 4m<sup>2</sup>, porém sem abrigo para roedores.

A unidade conta com uma recepção com acesso facilitado aos usuários permitindo o contato direto com os agentes administrativos. Não há placas indicando os serviços existentes, os fluxos, os horários de funcionamento nem os profissionais que ali atuam. Como há 04 EqSF cadastradas na USF, deveria existir uma sala exclusiva para arquivo com capacidade para no mínimo 24 mil prontuários, porém esta não é a realidade. A recepção conta com duas estantes e quatro armários nos quais os prontuários são armazenados. Há ainda uma bancada, dois computadores que estão no momento em conserto, uma impressora, duas cadeiras e uma mesa em anexo. Faltam impressos e materiais de uso cotidiano nos ambulatórios, a mobília está apresentando ferrugem e não há saídas de emergência.

A sala de espera disponibiliza número insuficiente de cadeiras para a comunidade atendida diariamente: são apenas doze. A clientela é formada por um número significativo de usuários que tem que aguardar no mesmo espaço até ser triada e orientada aos serviços oferecidos na USF que são: atendimento médico e de enfermagem, agendamento de consultas internas e externas, cadastro do Programa Bolsa Família e confecção do cartão do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse número de cadeiras é muito aquém do preconizado que é de 60, considerando o número de EqSF. Na sala de espera, próximos aos setores específicos, há outro número de cadeiras, porém também em quantidade reduzida e em estado de conservação inadequado para uso.

Nem todos os ambientes possuem ventilação preconizada (janelas ou exaustores) o que facilita a transmissão de doenças infectocontagiosas, a ser exemplificado no consultório 01, e este fato também se estende a iluminação que é inadequada e piora em dias nublados tornando o ambiente bem mais escuro. As paredes e tetos possuem pintura diversificada, poucos ambientes com pintura lavável, a maior parte já desgastada e com vários locais com rachaduras, pontos com infiltração e mofo.

Os pisos tem superfície regular e lisa, no entanto não são antiderrapantes e quando molhados - por exemplo, após chuva - causam escorregões e quedas de usuários e funcionários. Não há telhado ou outro agente físico protegendo a laje nem telas mosquiteiras nas janelas. Os corredores têm mais de 1,20m, as portas não foram produzidas em material lavável e não possuem maçanetas de alavancas em todos os cômodos.

Apesar da dificuldade de acesso ao ambiente interno da USF, os cadeirantes encontram rampa com corrimão unilateral e um banheiro sinalizado e adaptado com barras de apoio e porta com largura a permitir o seu uso - apenas neste banheiro. No entanto o bebedouro - localizado logo em frente ao banheiro - tem altura normal o que impede o seu uso por este público aqui descrito. Nem todos os consultórios tem área suficiente para entrada de cadeirante junto ao seu acompanhante e realização de atendimento confortável devido à metragem reduzida dos mesmos. Não há cadeiras de rodas na unidade.

Os armários não são de fácil limpeza e desinfecção nem possuem pintura lavável. Todos eles estão em péssimo estado de conservação, alguns com ferrugem e com a tranca e pernas quebradas. A sinalização dos ambientes é excludente para os usuários deficientes, pois é realizada apenas por meio de palavras e figuras e não há acesso específico para os deficientes visuais.

A sala da gerência consta como o preconizado, com mesa tipo escritório, quadro mural, arquivo, telefone, computador, porém não há impressora e há apenas duas cadeiras. A sala de reunião fica num espaço de acesso restrito aos funcionários, possui quadro mural, mesa e cadeiras em número suficiente para os funcionários, no entanto não há televisão, vídeo, computador, retroprojetor, tela de projeção e outros equipamentos de mídia nem quadro branco. Não há sala para os ACS.

O almoxarifado também está em local de acesso restrito. É uma sala trancada com metragem adequada, no entanto possui apenas estante, não há armários com tranca e o ambiente tem inúmeras áreas com infiltração e mofo, o que prejudica sobremaneira a conservação dos materiais.

A farmácia tem fluxo independente das demais áreas da unidade, pois se localiza na entrada da USF. A mesma foi construída com metragem maior que 10m<sup>2</sup>, consta apenas de estantes para estocagem dos medicamentos, uma mesa com computador sem impressora e cadeira para o técnico de enfermagem responsável pelo setor. A dispensação dos fármacos é realizada em uma pequena janela de vidro permitindo o mínimo contato com o usuário, fato que impossibilita a orientação do uso adequado e adesão terapêutica. Não há na farmácia armários com chave, impressora, refrigerador, mesas e cadeiras. As medicações são estocadas em caixas comuns ou individuais e identificadas por nome anexado na estante. Não há farmacêutico na USF.

Há seis consultórios na USF, sendo que o preconizado são quatro, no entanto apenas dois estão em condições de funcionamento, pois os demais não tem iluminação artificial, a natural é insuficiente e elas possuem ar condicionado que está quebrado. Destas salas, apenas duas tem mais de 9m<sup>2</sup> (a metragem considerada mínima pelo MS). As duas que são para uso ginecológico possuem sanitário em anexo e mesa para exame físico específico. Duas macas estão com seu revestimento precário. As torneiras não são de alavanca. Os materiais como estetoscópio, otoscópio e tensiômetro são propriedades dos profissionais e não há glicosímetro nos consultórios, apenas na sala de procedimentos.

A sala de procedimentos fica mal localizada, pois está bem próximo à sala de vacina, de curativo e de um consultório, o que causa um fluxo enorme e desorganizado de usuários. Apesar de ter quatro EqSF, há apenas uma sala de cada das atividades acima citadas. Ela possui metragem adequada, porém recebe luz solar incidente através de janelas. Há instalada pia com torneira adequada, uma mesa, três cadeiras, armários apenas sob a bancada, um refrigerador, porém falta um computador. Na sala há também desfibrilador automático que ainda não foi utilizado, mas não há suporte ventilatório como respirador manual.

Não há sala específica de coleta de material para análises clínicas apesar do processo de implantação a ser realizado na sala de procedimentos, o que contradiz

a determinação do MS que diz que deve ser realizada em uma das salas de procedimento e em horários específicos visando não alterar o fluxo de atividades da USF.

A USF possui dois consultórios odontológicos que estão com inúmeros locais de infiltração/vazamento e rachadura nas paredes. Não há iluminação artificial devido a problemas técnicos e falta um compressor desde dezembro de 2012. A sala possui pia com lavatório, armários sob a bancada, mesa e cadeiras, lixeira sem tampa, não há computador e o único aparelho de raios-X intraoral está quebrado há meses. Os funcionários relatam que quando este era utilizado ocorria de forma inadequada, pois as paredes do consultório não são baritadas e a distância da equipe para o aparelho no consultório é inferior a 2 metros. A cadeira odontológica está em péssimas condições: enferrujada, com o forro rasgado, fiação presa com um porta-agulha, outros locais com fiação a mostra, colocando em risco a vida do profissional e dos usuários. E não há escovário na USF.

Há um banheiro para uso dos funcionários ao lado da copa, porém não há box, consta apenas das instalações sanitárias normais. A cozinha está no ambiente de acesso restrito. Apresenta infiltração em todo o teto e áreas com mofo, iluminação regular, ventilação insatisfatória. Apresenta uma bancada com pia, torneira aberta com as mãos, lixeira sem tampa, armários sob a bancada com a presença de insetos, fogão, micro-ondas. Não há geladeira e a mesa de refeição consta de apenas uma cadeira anexada. O ambiente é inadequado para o número de funcionários.

A área para acondicionamento de material de limpeza localiza-se ao lado dos consultórios e é um ambiente sem mobília utilizado para guardar os materiais. E não há sala de utilidades na USF Yolanda Pires.

Apesar da importância da realização de mapeamento e territorialização da área adstrita pelo Programa de Saúde da Família (PSF), como é definido pela Portaria Nº 2.488 de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011), que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, este processo não foi realizado por todos os profissionais que atualmente trabalham na USF. Os ACS, por serem os únicos profissionais que se mantiveram na USF desde a sua inauguração, foram os participantes deste processo, os demais profissionais devido à alta rotatividade não

o fizeram e conseqüentemente não conhecem de forma adequada o local na qual a sua USF está inserida.

Este fato dificulta à realização de um trabalho direcionado a população assistida, pois os trabalhadores, sobretudo aqueles que não fazem parte da comunidade local – a maioria no caso da USF Yolanda Pires - não tem conhecimento a respeito das particularidades locais, como questões socioeconômicas, questões religiosas, órgãos de organização popular, suporte educacional, os quais são fatores determinantes no processo saúde-doença. Não há na USF descrita mapas das microáreas nem dados acerca da população adstrita.

O cadastramento das famílias não está atualizado, como é preconizado pela Portaria acima citada, pois o número insuficiente de ACS não permite isso. Há apenas 08 ACS para cobrir as famílias atendidas pelas quatro equipes. Não há dados precisos sobre a cobertura local, porém acredito que deve seguir o padrão municipal que está com cobertura de apenas 16,78% de acordo com os dados do Departamento da Atenção Básica (DAB), para o município de Salvador. (MS, 2013) Os ACS, dessa forma, apenas realizam àquelas pessoas cadastradas visitas domiciliares, orientando-as a respeito das atividades e serviços realizados na USF bem como atividades de promoção a saúde enfocando, por exemplo, os cuidados com a dengue, já que no município de Salvador há aumento do número de casos da referida doença nos meses iniciais de 2013.

Os enfermeiros que trabalham nesta USF realizam atendimentos a população cadastrada, também a moradores não cadastrados e fora da área de abrangência da USF, que representam a maior procura, seguindo os protocolos de atendimento da saúde do idoso, da mulher, com realização de atividades de planejamento familiar e pré-natal, além de puericultura. As atividades ficam basicamente restritas a USF. Estes profissionais também gerenciam as atividades dos ACS e dos técnicos de enfermagem, além da coordenação do programa de vacinação e da farmácia da USF, pois não há um farmacêutico responsável por essa atividade.

As atividades de educação permanente não são realizadas pela maior parte dos trabalhadores da USF. Apesar da disponibilidade de alguns cursos, palestras e discussão de casos oferecidos pela Associação Baiana de Medicina (ABEM), Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), por exemplo, não há grande

incentivo da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para a participação dos profissionais, pois muito pouco é divulgado ou quando é feito não há prazo suficiente.

Os técnicos de enfermagem, no momento apenas quatro estão trabalhando, realizam procedimentos como curativos, vacinação, administração de alguns medicamentos, aferição de PA e glicemia, além da dispensação dos medicamentos e do gerenciamento dos insumos assessorados pela equipe de enfermagem e gerência da USF. Estes profissionais não realizam ações de educação em saúde.

Há dois médicos clínicos que trabalham nesta USF, os mesmos realizam consultas clínicas a população adstrita e a população da demanda espontânea, principalmente. Não há insumos suficientes nem estrutura física adequada para realização de pequenas cirurgias nem atendimentos de emergência de pequena gravidade. Os encaminhamentos para outros serviços secundários ou terciários são dificultados pelo desequilíbrio entre a demanda e oferta destes serviços e quando estes acontecem não há a contra referência impedindo a continuidade do cuidado. As atividades de visita domiciliar não tem suporte adequado, pois não há disponível automóvel nem mesmo material para identificação dos servidores. Estas atividades são realizadas a pé ou com uso do automóvel do profissional.

O odontólogo está impossibilitado de trabalhar ativamente, pois estão com graves problemas estruturais nos seus consultórios. No momento os mesmos têm realizado apenas atividades educacionais em escolas e sala de espera até a resolução dos problemas já citados. As limitações quanto ao desempenho das atividades dos profissionais da USF Yolanda Pires são dependentes da iniciativa da gestão municipal, em oferecer condições mínimas de trabalho, pois os maiores empecilhos são devido a questões estruturais, falta de materiais ou insumos.

Os prontuários dos usuários ficam desorganizados, pois são classificados como fora de área e infelizmente são confeccionados em fichas avulsas e, posterior ao atendimento médico ou de enfermagem realizado, são guardados sem qualquer forma de ordenamento e em classificador único com a identificação de fora de área. A cada nova consulta há a confecção de novos prontuários e infelizmente a continuidade do atendimento, os dados da anamnese acabam sendo perdidos.

Além destes fatores há a questão da distribuição dos fármacos enviados a farmácia da Unidade que são insuficientes para atender a toda à população



atendida. A orientação é que os medicamentos sejam dispensados a todo cidadão que procurar a USF, independente deste ser morador cadastrado ou não, então o que ocorre é que devido a enorme demanda não cadastrada sempre faltam medicamentos do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (HIPERDIA), principalmente.

Os profissionais mesmo enfrentando toda essa problemática seguem atendendo os usuários, agendando as consultas costumeiramente. Acredito que enquanto não for inaugurada outra USF ou não se contratar mais ACS esse problema não será solucionado e os profissionais irão apenas prestar atendimento ambulatorial como tem feito até os dias atuais, não aplicando os princípios norteadores da Atenção Básica: integralidade, equidade e participação social, já que estes estão completamente sendo desrespeitados.

Na USF Yolanda Pires o acompanhamento das crianças é realizado pelos enfermeiros e médicos generalistas. Cada profissional (dos cinco atualmente presentes na USF) dispõe de um turno semanal para o atendimento de puericultura, bem como outro para atendimento do pré-natal associado à puericultura. Após o início das consultas de puericultura a maioria das mães compreende a necessidade das consultas e passa a levar os seus infantes regularmente até completar o primeiro ano. Após o primeiro ano de vida, ficam indo anualmente objetivando apenas realizar exames laboratoriais ou caso ocorra alguma intercorrência.

O teste do pezinho é colhido diretamente na USF, no entanto o seu resultado só é disponibilizado após cerca de um mês. Há uma enorme dificuldade na realização no teste da orelhinha e do olhinho. Apesar de recomendado que a triagem auditiva seja feita preferencialmente até o final do primeiro mês (BRASIL, 2012), este prazo não está sendo respeitado no município de Salvador e há crianças que aos seis meses ainda não realizaram. O mesmo ocorre com a triagem oftalmológica, acarretando o diagnóstico tardio de patologias e consequentemente demora em iniciar o tratamento.

Os indicadores de qualidade da saúde da criança no Yolanda Pires infelizmente não são dados fidedignos devido à dificuldade de obtenção do controle das famílias cadastradas e principalmente porque a maioria do público alvo está em áreas descobertas. Os indicadores que dependem exclusivamente de informações dadas pelos profissionais aos pais como, orientação para aleitamento materno

exclusivo e orientação para prevenção de acidentes, monitoramento do crescimento e desenvolvimento ocorrem em 90% das consultas. No entanto, aqueles indicadores que dependem da oferta do sistema já não são tão bons, como exemplo: triagem auditiva em apenas 18% e com avaliação da saúde bucal em 32%. As consultas com atraso em mais de sete dias ocorrem em 32% dos usuários.

Em relação ao atraso das consultas esse fato está, no meu entendimento, relacionado à forma como as consultas são agendadas na USF, pois há dias e turnos específicos para a marcação de consulta interna, tanto para os médicos quanto para os enfermeiros, e por isso os usuários têm dificuldade de ficar retornando nestes turnos para o agendamento devido ao número insuficiente de agentes administrativos. Acredito que a melhor maneira de garantir a continuidade do atendimento em puericultura seria que ao sair da consulta deste mês a próxima já fosse automaticamente agendada.

A USF Yolanda Pires oferece atenção as gestantes durante o pré-natal e período de puerpério. Estas atividades são fruto do programa federal que visa a redução da morbimortalidade materna e neonatal. Verificamos que no Brasil há uma decrescente redução dos óbitos de mulheres em idade fértil, sejam esses óbitos decorrentes de causas obstétricas ou não (BRASIL, 2012). Grande parte dessas mortes é consequência de patologias surgidas na gestação ou complicações do parto, as quais podem ser reduzidas ou até sanadas com a atenção adequada no pré-natal, durante o trabalho de parto, parto e no puerpério.

Na USF descrita o acompanhamento das gestantes é realizado através de atendimentos ambulatoriais feitos pelos médicos e enfermeiros. As gestantes, anteriormente cadastradas pelo Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL), são cadastradas pelo sistema que faz parte da Rede Cegonha. O cadastramento, que deveria ser feito via internet para facilitar a atualização dos dados em todos os pais, não tem sido realizado, pois na USF há apenas 02 computadores com um serviço de internet de péssima qualidade. Desta forma, acredito que o número de gestantes cadastradas está subnotificado.

Durante a realização do pré-natal as gestantes são orientadas a respeito do aleitamento materno abordando-se questões como sua importância, a não existência de leite fraco, posições adequadas para a pega e mamadas, possíveis complicações

do erro de pega como as fissuras e a mastite, como cuidar da higienização do coto umbilical além da necessidade da primeira avaliação dentro da primeira quinzena de vida. No entanto, apesar de todas as informações, muitas mães não comparecem a primeira consulta de puericultura por inúmeros fatores, entre eles por não se sentirem bem fisicamente para se dirigirem a USF e por acharem que a consulta era apenas no 1º mês.

É baixa a procura de pré-natal logo no primeiro trimestre, apenas 35% das 31 gestantes acompanhadas na USF. Cerca de 60% delas comparecem as consultas de pré-natal regularmente, sendo avaliadas pelo médico pelo menos uma vez durante a gravidez. A realização de exames é uma questão complicada, pois não basta o exame e orientação do profissional de saúde. O MS recomenda que alguns exames laboratoriais e de imagem sejam realizados durante o pré-natal específicos para cada trimestre, porém devido ao alto custo e não disponibilidade ou oferta restrita na rede SUS estes exames não são realizados por 26 grávidas (86%).

No que consta ao atendimento prestado pelos profissionais médicos e enfermeiros estes orientam as usuárias a respeito da importância da realização do pré-natal, do aleitamento materno bem como da atualização do cartão vacinal, evitando assim patologias infecciosas que podem afetar a vida do binômio mãe-bebê. Não há rotineiramente avaliação pela equipe da odontologia para estas usuárias devido à ausência de profissional em meses anteriores e no momento devido a problemas estruturais na sala da odontologia.

As gestantes são orientadas ao uso de sulfato ferroso e ácido fólico durante períodos específicos do pré-natal (81%) e as mesmas fazem o uso de forma adequada já que não há relato de ausência da medicação na farmácia da unidade e os casos de efeitos colaterais importantes para a sua suspensão são mínimos.

O acompanhamento das gestantes estimadas para a área adstrita é bem baixo, apenas 41% do estimado e isso reflete a falta de consciência sobre os objetivos e importância da realização do pré-natal para toda a família, bem como a dificuldade encontrada para a marcação de consultas na unidade descrita.

Quanto ao programa de Prevenção de Câncer de Colo de Útero e de Mama são realizados semanalmente exames para detecção de câncer de colo de útero na USF Yolanda Pires. Os exames citopatológicos são feitos pelas enfermeiras, em turnos pré-estabelecidos e com agendamento prévio. A porcentagem de usuárias na

faixa etária de 25 a 60 anos (idade pré-estabelecida para realização do exame) com exames em dia é de 70% (570 das 820 mulheres), valor considerado equivalente a de alguns países desenvolvidos.

Apesar da coleta de material ser feita pelas enfermeiras, os médicos da USF são responsáveis também pela avaliação das usuárias quanto aos fatores de risco, investigação de lesões prévias e orientação quanto à importância da realização do *screening* bem como de medidas profiláticas referentes às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), já que o Papilomavírus Humano (HPV) está diretamente relacionado com a fisiopatologia da doença em questão.

Dessa forma, 62% das mulheres da área de abrangência da unidade são acompanhadas para prevenção deste câncer, porém devido às inúmeras dificuldades de realização dos exames como a falta de material como espéculo no tamanho adequado, fixadores dentro do prazo de validade, demora na obtenção do resultado (média de 45 dias), oferta restrita de profissionais de nível secundário para dar continuidade ao processo diagnóstico e de tratamento, muitas usuárias desistem de realizar os seus exames e aqueles que podem optar por não usar o SUS fazem o seu acompanhamento na rede privada.

Os problemas enfrentados quanto à abordagem a câncer de mama são bem semelhantes, apesar da cobertura ser maior na USF Yolanda Pires, no momento 78% (330 mulheres). As usuárias são rotineiramente orientadas pelos profissionais acerca dos fatores de risco mais comuns ao câncer de mama: história familiar ou pessoal de câncer de mama e/ou ovário e história masculina da doença. Apesar de conscientes e desejosas da realização do exame, apenas 54% (178 mulheres) estão com a mamografia em dia e 27% (90 mulheres) tem um atraso maior que 3 meses.

Atualmente os dados demográficos são subnotificados, pois a maior parte da população atendida na USF Yolanda Pires não está cadastrada no PSF. Além deste fato, havia a dificuldade de manter atualizados os programas de cadastramento: o Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO) e o Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA), que apesar de terem sido substituídos pelo Sistema de Informação de Câncer (SISCAN), ainda perpetua a dificuldade de cadastramento das usuárias, pois este depende de instrumentos tecnológicos pouco disponíveis ou até mesmo inexistentes na Unidade de saúde.

Outro programa muito importante instituído na Atenção Básica é o HIPERDIA, com enfoque para os usuários portadores das duas principais doenças crônicas do nosso meio: a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM). A prevalência brasileira de HAS varia entre 22 a 45% entre os adultos, 3-12% entre as crianças (BRASIL, 2006), e o seu diagnóstico aumenta drasticamente o risco de inúmeras outras patologias como: doenças cérebro vasculares (ainda a maior causa de mortalidade entre os adultos), doenças renais levando à insuficiência renal dialítica, doença arterial coronariana, doença arterial periférica. Essas patologias são responsáveis por uma alta morbimortalidade associada à HAS e são significativos nos anos de vida perdidos já que atingem população ainda economicamente ativa da população.

Na USF Yolanda Pires esse processo preventivo não tem acontecido da forma mais adequada, pois para que o mesmo seja efetivo é necessária à integração de diversos setores da saúde bem como a abordagem de uma equipe interdisciplinar, o que não tem ocorrido na USF citada. Devido aos fatores anteriormente citados, que comprometeram os dados obtidos nos demais programas, os dados do Programa HIPERDIA são também subnotificados. Infelizmente há anos não são realizados cadastros dos usuários com diagnóstico destas doenças, apesar da tentativa de diagnóstico e tratamento adequados.

Os usuários são atendidos na USF pelos médicos e enfermeiros das equipes, em horários específicos ao programa, porém são considerados prioridade em outros dias de atendimento. Os profissionais médicos realizam o diagnóstico, iniciam e mantem o tratamento destes usuários, porém encontram dificuldades durante todo este processo. Não há um protocolo de atendimento ou fluxograma seguido por todos os profissionais, os médicos seguem normalmente as Diretrizes específicas de cada Sociedade das Especialidades Médicas, por exemplo, Sociedade Brasileira de Cardiologia.

Como o diagnóstico da HAS requer, na maioria das vezes, medidas sucessivas da Pressão Arterial (PA), em dias e horários diferenciados, objetivando afastar HAS do jaleco branco ou mesmo um aumento da PA reativo a algum fator específico, há dificuldade dos usuários de realizar essas aferições na USF, pois no atual momento há número reduzido de técnicos de enfermagem. O diagnóstico requer também a realização de exames laboratoriais iniciais e de manutenção, os

quais na rede SUS do município de Salvador são difíceis de serem realizados em curto espaço de tempo.

Outro fator importantíssimo relaciona-se com a oferta de medicações. Infelizmente na rede SUS não temos a disposição medicação de primeira linha para o tratamento da HAS e do DM e, além disso, aqueles fármacos disponíveis na farmácia básica ainda não tem a continuidade de compra a cada mês ou são disponibilizados em quantidade insuficiente para atender a comunidade adstrita. Não há como realizar um tratamento adequado se o usuário não consegue fazer uso adequado e contínuo das medicações prescritas, nem é indicada a substituição de um fármaco por outro da mesma classe ou de classes diferentes apenas pela indisponibilidade do mesmo na USF.

Aqueles usuários que tem indicação de avaliação com especialista, por apresentarem HAS secundária ou refratária, obesidade importante que requer tratamento medicamentoso, DM em insulino terapia com dificuldade de controle, usuários que evoluíram para insuficiência renal crônica, por exemplo, tem dificuldade de iniciarem e prosseguirem com o tratamento em unidade secundária ou terciária da atenção a saúde.

Os critérios de qualidade sobre o atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos na USF Yolanda Pires não são satisfatórios: apenas 250 (23%) hipertensos e 64 (21%) diabéticos estão cadastrados. Deste grupo, 78% dos usuários com DM e 88% dos hipertensos têm orientação sobre a prática de atividade física, 91% dos diabéticos e 88% dos hipertensos tem orientação acerca de uma alimentação adequada e saudável, 88% dos diabéticos e 72% dos hipertensos tiveram seu risco cardiovascular estratificado. Entretanto essas orientações são insuficientes, pois não são realizadas por especialistas (nutricionista e educador físico) já que não há uma equipe de NASF vinculada a esta USF.

Os usuários com exames em dia (considerados neste caso como aqueles realizados no último ano) estão representados com uma ótima porcentagem, cerca de 70% para ambos os usuários (46 diabéticos e 178 hipertensos cadastrados), no entanto é sabido que, ao introduzir ou modificar esquema terapêutico ou caso o usuário apresente alguma intercorrência, deveria ser realizados novos exames para ter um novo perfil laboratorial, porém devido à dificuldade da rede de serviços do município, estes novos exames não são realizados em tempo hábil.

Apesar da recomendação de ser realizada avaliação em nível de saúde bucal a fim de evitar a doença periodontal, responsável por perda dos dentes (BRASIL, 2006), infelizmente os usuários com HAS e DM não são acompanhados pela odontologia até o momento, pois o odontólogo não está realizando atendimentos devido a problemas estruturais. Infelizmente há ainda muito que ser melhorado na abordagem aos usuários portadores de HAS e DM, principalmente em relação à estruturação da rede, pois em muitas situações apenas a abordagem médica torna-se insignificante para garantir o tratamento e controle destas patologias crônicas.

Na USF Yolanda Pires não há um protocolo específico para atendimento da população idosa, normalmente estes usuários são atendidos por livre demanda ou em consultas agendadas para os usuários com Hipertensão e Diabetes, já que a maior parte deles frequenta a unidade de saúde devido ao diagnóstico dessas patologias crônicas.

A cobertura de idosos cadastrados é baixa, representa apenas 44% do esperado (244 dos 560 idosos da área) e há certa dificuldade no acompanhamento destes usuários, pois a maior parte comparece no local de saúde desacompanhado e, devido a fatores como analfabetismo, redução da acuidade visual e auditiva, há uma proporção significativa que não faz o tratamento adequado principalmente pelo uso incorreto ou ausente das medicações.

Entre os 244 idosos cadastrados, 60% têm diagnóstico de HAS e 17% tem DM, porém, apesar de serem portadores destas patologias crônicas, 49% está com acompanhamento em atraso há mais de 3 meses. Este atraso se deve a dificuldade de realização de exames laboratoriais e/ou outros exames complementares como eletrocardiograma, densitometria óssea, bem como a avaliação com especialistas. Como há dificuldade de acesso a alguns destes exames na rede básica de saúde, os usuários creem que seu retorno e/ou avaliação médica está condicionado à realização prévia dos exames. Além da dificuldade da avaliação complementar, a ausência de medicações na farmácia básica da unidade também afasta esta população.

Verifica-se que apesar do número crescente de idosos na comunidade, os profissionais de saúde ainda não estão habituados a avaliarem de forma multidimensional estes usuários. Apenas 06 idosos (2%) tiveram seu risco de

morbimortalidade avaliado, 1% com fatores de risco para fragilidade determinado e 2% com a realização da Avaliação Multidimensional Rápida. No entanto 220 dos usuários (90%) foram instruídos a respeito de ter alimentação saudável, rica em frutas, verduras e alimentos ricos em cálcio, além de desenvolverem atividades físicas, objetivando reduzir e/ou até eliminar fatores de risco para doenças como HAS, DM, dislipidemia e doenças cerebrovasculares.

Além disso, apenas 28% dos idosos tinham a caderneta da saúde do idoso, o qual mesmo sendo um instrumento de fácil utilização, com capacidade para informar dados completos a respeito das patologias, medicações em uso, controle da PA e da glicemia em ambiente extra ambulatorial, não é difusamente utilizado. Esse uso ainda restrito se deve a pouca importância dada pelos usuários bem como ausência do material impresso para serem oferecidos aos usuários pelos profissionais de saúde.

A saúde bucal também se encontra muito restrita, apenas 5% dos idosos cadastrados na USF tinham realizado avaliação odontológica no último ano. Apesar do risco de patologias decorrentes do uso inadequado de próteses dentárias, das complicações pelo descontrole glicêmico, além da alta prevalência de edentulismo, a maior parte dos idosos não teve a possibilidade de serem avaliados pelo odontólogo e conseqüentemente não puderam realizar nem tratamento clínico nem cirúrgico.

A unidade consta com duas equipes de odontologia. No entanto por cerca de seis meses a população ficou desassistida em relação aos cuidados odontológicos devido à falta deste profissional na unidade. Durante o período de implantação do projeto, o profissional foi contratado, no entanto, está impossibilitado de realizar o seu trabalho devido a sérias questões estruturais.

Os cirurgiões dentistas deveriam realizar diagnóstico odontológico, realizar procedimentos clínicos e pequenas cirurgias em ambiente ambulatorial na Atenção Básica, realizar atenção integral e universal, atendimentos de urgência odontológica bem como medidas preventivas e de reabilitação a saúde bucal e quando necessário encaminhar para o CEO ou outro profissional em nível de atenção especializada (MS, 2006).

No entanto, apesar da presença do profissional e dois auxiliares de consultório dentário, as consultas programadas não estão sendo realizadas devido à falta de compressor, faltas de iluminação nos consultórios odontológicos e do



precário estado de conservação da cadeira odontológica. Desta forma não há condições da realização adequada de atividades de promoção à saúde.

O Pacto de Indicadores da Atenção Básica (MS, 2006) estabelece basicamente quatro indicadores:

1- Cobertura de primeira consulta odontológica programática: se refere ao percentual de pessoas que receberam uma primeira consulta odontológica programática com objetivo de diagnóstico e plano terapêutico está representada em zero, pois devido aos problemas anteriormente citados não houve agendamento de consultas já que não há como avaliar adequadamente a cavidade oral dos usuários nem realizar procedimentos clínicos e ou cirúrgicos.

2- Cobertura da ação coletiva de escovação dental supervisionada: representa a média de pessoas que tiveram acesso a uma escovação supervisionada e orientada pelo odontólogo a fim de reduzir a incidência de cárie e doença periodontal. As ações educativas foram realizadas em escola pública de nível básico e fundamental em micro-áreas cobertas pela USF. Crianças em idade pré-escolar, escolar e adolescentes receberam orientação acerca da técnica adequada da escovação, do uso correto do dentífrício fluoretado bem como do fio dental. Infelizmente a escovação supervisionada não pode ser realizada, pois não há escovário na USF Yolanda Pires nem mesmo na escola visitada.

3- Média de procedimentos odontológicos básicos individuais: determina o número de procedimentos odontológicos básicos, clínicos ou cirúrgicos que foi realizada por habitante da área de cobertura da USF. O Ministério da Saúde estabelece 0,4 como parâmetro mínimo de procedimentos e 1,4 como o máximo, na USF Yolanda Pires, esta média encontra-se zerada, pois não houve a realização de procedimentos odontológicos realizados pelos profissionais no período analisado, o qual correspondeu ao último mês.

4- Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais que estabelece o número de procedimentos especializados por indivíduo. Não houve procedimentos realizados no período.

O odontólogo realizou apenas interconsultas com a equipe médica e de enfermagem e, principalmente, o acolhimento orientando os usuários com queixas de urgência e emergência, orientando-os acerca de medicações sintomáticas, indicando-lhes a necessidade de realizar procedimento imediato, sendo então

encaminhados para outra unidade de saúde ou informando-lhes que o tratamento poderia ser realizado em nível eletivo, porém sem data para o agendamento.

Desta forma, os indicadores principais e complementares relativos à assistência a saúde bucal da USF Yolanda Pires são péssimos, pois o atendimento realizado é basicamente orientação durante o acolhimento.

Através do processo de Análise Situacional os profissionais da USF Yolanda Pires notaram o quanto irregular está a unidade e infelizmente em todos os aspectos: desde a estrutura, que não seguiu as determinações do MS, até os vínculos empregatícios irregulares e ilegais. A falta de insumos, de medicamentos e de material de consumo diário já era notada diariamente, porém ao ser listado e contabilizado esta realidade mostrou-se mais significativa.

### **1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o relatório da análise situacional**

No início do curso de especialização, ao analisar a estrutura física, o processo de trabalho e a relação da comunidade com as equipes de saúde que trabalham na unidade descrita verifiquei que muitas coisas estavam inadequadas e que precisavam ser modificadas e melhoradas rapidamente. Apesar desta percepção inicial, ainda não tinha clareza a respeito do que deveria ser modificado.

Eu percebi que a população constantemente se irritava na recepção da unidade, reclamando do atendimento ou mesmo da falta deste. Verifiquei que os funcionários não estavam se dedicando ao trabalho o quanto poderia e que cumpriam apenas o básico das suas funções. Também observei que a estrutura física da unidade estava em precárias condições e que esta também era uma dificuldade para oferecer um melhor atendimento aos usuários.

Ao longo de três meses, com o auxílio de conteúdo didático específico um novo olhar foi sendo construído. Notei que os princípios da Atenção Básica: universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social não eram respeitados.

Não havia um conselho local de saúde e a população, por não ter conhecimento adequado sobre os seus direitos, não sabia como exigir que o seu

direito a saúde fosse garantido. Havia constantemente situações de violência verbal aos funcionários do SAME que trabalhavam com uma demanda de trabalho maior que a sua capacidade laboral. Estes funcionários não haviam sido treinados a lidar com o público e associado ao desânimo com o trabalho, mantinham uma relação ruim com o usuário, no primeiro contato deste com a porta de entrada do SUS.

A área de abrangência da USF não era bem delimitada e por localizar-se em região periférica da cidade, as equipes atendiam usuários da área de abrangência e outros moradores de áreas descobertas, estes representando a maioria dos atendimentos. A garantia da acessibilidade, da continuidade do cuidado e do vínculo eram constantemente não respeitadas.

A estrutura da USF não respeitava as orientações do Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde e estava inadequada em diversos aspectos: desde a qualidade dos móveis, a disposição dos consultórios e sala de espera, a insuficiência de espaço e cadeiras para acomodação dos usuários e o arquivo dos prontuários.

A falta de medicamentos e de outros insumos como receituário, pedido de exames e vacinas era rotina, prejudicando dramaticamente a qualidade do serviço ofertado.

Por fim verifiquei que inúmeros eram os desafios e mudanças que precisavam ocorrer, como: uma reforma estrutural, contratação de novos profissionais para completar as equipes, fornecimento regular de materiais, melhor abordagem ao realizar o acolhimento da população, a regularização da marcação das consultas internas e externas bem como a educação da população quanto aos serviços oferecidos.

## **2. Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

Duas doenças crônicas tem se destacado no perfil epidemiológico mundial e brasileiro: a Hipertensão e o Diabetes Melitus. No Brasil a prevalência da HAS varia entre 22 a 45% entre os adultos e 3-12% entre as crianças (BRASIL, 2006) e o Diabetes apresenta um cenário muito parecido: prevalência em torno de 11% da população (BRASIL, 2006). Apesar da ausência de cura, existe a possibilidade de controle para ambas as patologias.

A adesão terapêutica da população é baixa mesmo com o tratamento acessível e esse é um dos fatores que tem tornado as complicações diretas e indiretas destas patologias bastante comuns em ambulatórios e hospitais. Devido à tamanha importância e ao fato da baixa cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos na USF Yolanda Pires, esta será o alvo das ações estratégicas a serem realizadas nos meses de outubro de 2013 a janeiro de 2014.

Nesta USF há 5.088 pessoas cadastradas, porém esta cobertura é muito baixa e dessa forma a maior parte da população usuária é moradora de regiões fora da área de abrangência da USF ou de áreas descobertas pela ausência de ACS. Há uma subnotificação dos dados do Programa HIPERDIA: apenas 180 usuários com HAS e 56 diabéticos estão cadastrados. Estes usuários têm uma baixa cobertura de saúde bucal, dificuldade de avaliação do pé diabético e atraso nas consultas, principalmente pela dificuldade da realização de exames complementares. Torna-se necessário o acompanhamento mais adequado deste grupo de usuários.

A equipe de saúde da USF descrita tem consciência deste fato, porém está desmotivada na aplicação das estratégias estabelecidas devido a inúmeros fatores entre eles o histórico da ausência de apoio dos gestores municipais em relação à implantação de outros programas, a iminência de desemprego pela maior parte da equipe devido aos vínculos precários de trabalho, a consciência da dificuldade de introduzir os usuários na rede de saúde secundária e terciária e também ausência de equipe de saúde completa na USF (faltam ACS, enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos).

A abordagem mais minuciosa com adoção de um protocolo para acompanhamento destes usuários portadores das duas principais doenças crônicas mundiais - HAS e DM - trará um controle mais adequado e conseqüentemente uma redução das suas complicações.

## **2.2 Objetivos e Metas**

### **2.2.1 Objetivo Geral**

Melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da USF Yolanda Pires.

### **2.2.2 Objetivos Específicos**

- Ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos
- Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa
- Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde
- Melhorar o registro das informações
- Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular
- Promover a Saúde do hipertenso e do diabético.

### **2.2.3 Metas**

Relativas ao objetivo de ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos:

1. Cadastrar 40% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
2. Cadastrar 40% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Relativas ao objetivo de melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa:

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

Relativas ao objetivo de melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde:

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

Relativas ao objetivo de melhorar o registro das informações:

11. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
12. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativas ao objetivo de mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular:

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

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

Relativas ao objetivo de promover ações de cuidado à saúde:

15. Garantir avaliação odontológica a 50% dos usuários hipertensos.

16. Garantir avaliação odontológica a 50% dos usuários diabéticos.

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

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

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

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

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

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

## **2.3 Metodologia**

### **2.3.1 Ações**

Visando atingir a meta de cadastrar 40% dos hipertensos e 40% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde objetivamos desenvolver, no eixo pedagógico “Monitoramento e Avaliação”, o monitoramento do número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde a ser realizado pela médica responsável pelo projeto, mensalmente após as informações dadas pelos ACS através dos relatórios / informações acerca das suas visitas domiciliares ou em outras situações. Para o eixo “Organização e Gestão do Serviço” buscaremos

garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa o qual deve ser feito pelo funcionário administrativo a cada procura do usuário na USF, melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e de DM através da realização da acolhida pelo técnico de enfermagem a cada procura do usuário, garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e realização de hemoglicoteste na unidade de saúde, a solicitação dos materiais ficará a cargo do gerente da USF e será realizada ao final de cada mês junto ao distrito sanitário.

No eixo “Qualificação da Prática Clínica” capacitaremos os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde e capacitaremos a equipe da unidade de saúde para verificação da PA de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste em adultos com PA sustentada maior que 135 x 80 mmHg. A capacitação será feita pela médica responsável pelo projeto em dois momentos distintos com cada grupo: em aulas programadas pela profissional, no início da implantação do projeto.

No eixo relacionado ao “Engajamento Público” realizaremos ações que contemple as duas patologias, informando a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, e sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, bem como orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS e DM. Essas ações serão feitas em forma de palestras na sala de espera pelos ACS nos turnos de atendimento do público alvo, ocorrendo pelo menos uma vez na semana.

Para atingir a meta de buscar 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde, conforme a periodicidade recomendada, nós realizaremos no eixo “Monitoramento e Avaliação” o monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) será feito pelos ACS através das visitas domiciliares, mensalmente, perguntado aos usuários a data da última consulta médica. Já no eixo “Organização e Gestão do Serviço” organizaremos visitas domiciliares para buscar os faltosos e organizaremos a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares, estas



ações serão de responsabilidade dos ACS, com posterior marcação das consultas na agenda médica o mais breve possível para os faltosos, mensalmente. Em relação ao eixo do “Engajamento Público” buscaremos informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas, iremos ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de HAS e DM e esclarecer aos portadores destas patologias, bem como à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Estas informações serão dadas a comunidade durante as salas de espera, realizadas pelos ACS e enfermeiros.

Em relação às metas de realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos, assim como realizar exames complementares em dia de acordo com o protocolo e garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde realizaremos no eixo “Monitoramento e avaliação do serviço” monitoramento da realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, do número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde e do acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/ Hiperdia. O monitoramento será realizado pela médica mensalmente. Para o eixo “Organização e Gestão do Serviço” serão definidas atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos no início da implantação do projeto, a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela Unidade de saúde, estabeleceremos periodicidade para atualização dos profissionais, a médica irá disponibilizar no primeiro mês a versão atualizada do protocolo impresso na unidade de saúde; a solicitação dos exames complementares será feita em todas as consultas médicas caso sejam necessários; médica e gerente irão solicitar ao gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo no início da implantação do projeto; estabeleceremos sistemas de alerta para os exames complementares preconizados; o controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos será feita pela equipe de enfermagem – 1 técnico e 1 enfermeira, mensalmente, além de realizarem o registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Para o eixo “Engajamento Público” orientaremos os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da HAS e DM e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente em todas as consultas médicas e de enfermagem além de orientarmos os usuários e a comunidade também quanto à necessidade de realização de exames complementares e quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso. Já no eixo “Qualificação da Prática Clínica” a médica irá capacitar, em um encontro no início da implantação do projeto, a equipe para a realização de exame clínico apropriado, para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares e para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA e irá atualiza-los a respeito do tratamento da HAS e DM.

Em relação à meta de manter a ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde bem como de 100% dos diabéticos cadastrados, no eixo “Monitoramento e avaliação do serviço” será feito monitoramento mensalmente da quantidade de usuários atendidos no programa HIPERDIA tanto pelo médico quanto pela equipe de enfermagem com uso da ficha de acompanhamento. Para o eixo “Organização e Gestão do Serviço” médicos e enfermeiros irão manter as informações do Sistema de informação da Atenção Básica (SIAB) atualizadas, implantarão a planilha/registro específico de acompanhamento e o registro das informações mensalmente. Os enfermeiros também serão os responsáveis pelo monitoramento e registros, organizando 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.

Para o eixo “Engajamento Público” os ACS irão orientar os usuários nas salas de espera bem como nas consultas clínicas individuais a respeito da importância do atendimento ser realizado periodicamente. Já no eixo “Qualificação da Prática Clínica” a médica irá capacitar os novos profissionais bem como a equipe administrativa, através das reuniões de equipe, acerca da importância de manter

organizado e atualizado os prontuários dos usuários e conseqüentemente a ficha de acompanhamento.

Quanto às metas de realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde, no eixo de “Monitoramento e Avaliação do Serviço” o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano será monitorado através das fichas espelho pela médica e enfermeiro, mensalmente. No eixo de “Organização e Gestão do Serviço” através dos dados de usuários faltosos bem como dados dos usuários com atraso na realização dos exames, médico e enfermeiro irão realizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco além de organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

No eixo de “Engajamento Público” o médico irá informar, nas consultas individuais, aos usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular. Toda a equipe irá esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação) durante as suas ações sejam elas no acolhimento, nas visitas domiciliares, na aferição da PA ou mesmo nas consultas médicas e de enfermagem. Já no eixo “Qualificação da Prática Clínica” a médica irá capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, bem como sobre a importância do registro desta avaliação, quanto as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

A fim de garantir avaliação odontológica a 50% dos usuários hipertensos e a 50% dos usuários diabéticos será preciso no eixo de “Monitoramento e avaliação do serviço” a equipe de odontologia – ACD- monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista. No eixo de “Organização e Gestão do Serviço” será necessário organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e ao diabético, ação esta desenvolvida pela ACD sob orientação do odontólogo. O odontólogo irá estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico e demandaremos junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes usuários.

No eixo “Engajamento Público”, o odontólogo e os ACS irão procurar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da

saúde, além de mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista. Já no eixo “Qualificação da Prática Clínica”, o odontólogo irá capacitar mensalmente a equipe para a avaliação e tratamento bucal do usuário com HAS e DM.

Em relação às metas de garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e a 100% dos diabéticos, além da orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos hipertensos e a 100% dos diabéticos e a orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos, no eixo “Monitoramento e Avaliação do Serviço”: esta monitorização irá ocorrer através da ficha espelho sendo realizada pela equipe de enfermagem mensalmente a fim de garantir a realização da orientação nutricional de hipertensos e diabéticos acerca de alimentação saudável, necessidade da prática de atividade física regular bem como sobre os riscos do tabagismo.

No eixo “Organização e Gestão do Serviço” os ACS irão organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável e práticas coletivas para orientação de atividade física. A médica solicitará ao gestor a formação de parcerias institucionais para envolver nutricionistas e educadores físicos nestas atividades e o odontólogo irá solicitar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo.

Em relação ao “Engajamento Público” os ACS e enfermeiros orientarão a população de hipertensos e diabéticos bem como seus familiares, em atividades educativas promovidas na USF bem como em visitas domiciliares, sobre a importância da alimentação saudável, sobre a importância da prática de atividade física regular. O odontólogo irá orientar os tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo na própria USF. No eixo “Qualificação da Prática Clínica” a médica irá capacitar trimestralmente os profissionais da EqSF sobre práticas de alimentação saudável, a promoção da prática de atividade física regular, além de capacitar sobre o tratamento de tabagistas e de metodologias de educação em saúde.

### 2.3.2 Indicadores

Os indicadores a serem utilizados estão listados abaixo, relacionados às metas estabelecidas para este projeto de intervenção.

META 1. Cadastrar 40% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

META 2. Cadastrar 40% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

META 5. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

META 6. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

META 7. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

Numerador: Número de hipertensos com exames complementares periódicos em dia.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

META 8. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

Numerador: Número de diabéticos com exame complementares periódicos em dia.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

META 9. Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 9. Proporção de hipertensos com prescrição dos medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular.

Numerador: Número de hipertensos com tratamento medicamentoso da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular.

Denominador: Número total de hipertensos que necessitam tomar medicamentos.

META 10. Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 10 Proporção de diabéticos com prescrição dos medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular.

Numerador: Número de diabéticos com tratamento medicamentoso da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular.

Denominador: Número total de diabéticos que necessitam tomar medicamentos.

META 11. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 11 Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

META 12. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 12 Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

META 13. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 13 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Numerador: Número de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

META 14. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 14 Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Numerador: Número de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

META 15. Garantir avaliação odontológica a 50% dos usuários hipertensos.



Indicador 15 Proporção de hipertensos com avaliação odontológica.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação odontológica.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

META 16. Garantir avaliação odontológica a 50% dos usuários diabéticos.

Indicador 16 Proporção de diabéticos com avaliação odontológica.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação odontológica.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

META 17. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos

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

Numerador: Número de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

META 18. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

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

Numerador: Número de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

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

Indicador 19: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.

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

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

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

Indicador 20 Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.

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

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

META 21. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 21 Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

META 22. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 22 Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de diabéticos na área e acompanhados na UBS.

### 2.3.3 Logística

O projeto de intervenção a ser realizado na USF Yolanda Pires será feito com base no Caderno de Atenção Básica – Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Melitus, ambos publicados em 2006. Além das informações contidas na ficha de cadastramento do HIPERDIA elaborada pelo MS os profissionais de saúde - médico e enfermeiro - vão estabelecer questões padrões a serem realizadas ao usuário durante a consulta como: a avaliação de saúde bucal, tempo de realização dos exames e sobre o acesso as medicações na farmácia na USF.

Uma das propostas iniciais do projeto é aumentar o cadastramento destes usuários em 40%, porém devido ao número muito reduzido de ACS – apenas dois-esta ação será realizada inicialmente através de um mutirão para gradativamente ser incorporada às atividades da USF. Tal proposta corrobora com o objetivo geral de melhorar a atenção a saúde dos usuários.

O mutirão ocorrerá durante uma semana do mês de novembro de 2013, com a divulgação oral prévia pelos ACS, num período no qual serão atendidos por livre demanda os usuários com HAS e DM de todas as equipes bem como os moradores de áreas descobertas. O mutirão será realizado na USF descrita com a participação de toda a equipe de saúde: durante um mês a comunidade será informada da ação através da divulgação pelos Agentes de Saúde durante as visitas domiciliares bem como através de cartazes informativos na própria USF confeccionados pelos ACS e após este período de divulgação os usuários serão atendidos como demanda aberta durante uma semana.

O material usado no mutirão como as fichas de cadastro do HIPERDIA e de avaliação do pé diabético serão fornecidas pela SMS bem como o material de uso pelos técnicos de enfermagem: tensiômetro, fitas do glicosímetro e glicosímetro. As fichas espelho e de acompanhamento serão fornecidas pela médica responsável pelo projeto. O protocolo do HIPERDIA será fornecido também pela médica responsável pelo projeto.

No mutirão, inicialmente os usuários serão acolhidos pelos técnicos de enfermagem que irão colher dados antropométricos bem como aferição da PA, em seguida as enfermeiras irão coletar dados sobre antecedentes pessoais e familiares além de detalhar o esquema terapêutico, posteriormente o médico irá orientar e

reavaliar o tratamento, avaliar os diabéticos sobre os sinais de pé diabéticos e avaliar o controle laboratorial. Por fim o odontólogo irá triar os usuários com necessidade de tratamento bucal, a ser agendado posteriormente. Os usuários terão as suas consultas de retorno agendadas na recepção da unidade assim que solicitadas.

Os técnicos de enfermagem serão orientados através de discussão/explanação a ser realizada pela médica da USF, na própria unidade, em apenas um momento com utilização de material didático confeccionado pela própria profissional. A mesma irá expor as orientações estabelecidas pela Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre os critérios para aferição da PA bem como realização da glicemia capilar nas consultas ambulatoriais dos usuários-alvo. Eles também serão orientados sobre a conduta com usuários com picos hipertensivos que procurarem a USF como demanda aberta. A orientação dos ACS também será feita através de discussão em grupo em outro horário na USF a respeito da importância do diagnóstico adequado e do tratamento do DM e HAS, além da necessidade de realizar busca ativa dos faltosos, com orientação da médica responsável.

Os ACS serão os responsáveis pelo monitoramento dos usuários da sua área de cobertura e através do cartão da família o mesmo observará o último dia de atendimento agendado na USF e vai orientar o usuário a procurar a unidade para agendar consulta médica assim que possível.

Após o mutirão, será priorizado um turno durante a semana na agenda médica para os usuários hipertensos e diabéticos. O mutirão tem como objetivo identificar os usuário com HAS e/ou DM2, moradores de áreas descobertas. Neste período serão atendidos 12 usuários agendados com diagnóstico já estabelecido. Além disso, os usuários com demandas mais imediatas (p. ex. troca de receita ou picos hipertensivos) serão atendidos em qualquer dia através do acolhimento, sendo realizado pela médica ou pela equipe de enfermagem e com posterior marcação de consulta, o mais rápido possível, caso seja necessário.

O acompanhamento dos usuários será feito através da ficha espelho, com o registro dos seguintes dados: dados de identificação do usuário (nome, endereço, data de nascimento, nome do cuidador, contatos telefônicos, data de ingresso no programa), diagnósticos de HAS e/ou DM, data de diagnóstico destas patologias, cadastro no HIPERDIA, medicações da farmácia popular em uso, fluxograma dos

exames laboratoriais que devem ser solicitados de acordo com o protocolo (glicemia de jejum, HGT, hemoglobina glicada, Colesterol total, HDL, LDL, triglicerídeos, creatinina, potássio sérico, sumário de urina com dosagem de corpos cetônicos, proteinúria e sedimento, microalbuminúria, proteinúria de 24h, TSH, hemograma) além de ECG.

Além da ficha espelho será utilizada a ficha de acompanhamento com o registro da data da última consulta, com o nome do profissional que o atendeu, o nível da PA, do peso e do IMC, além da estratificação de risco, da avaliação dos pés, o controle da orientação nutricional, da atividade física e sobre o abandono do tabagismo. O prontuário individual dos usuários também será utilizado, pois o mesmo contém toda a história clínica e terapêutica prévia, além da ficha de cadastro do HIPERDIA.

O engajamento público será realizado através de palestras realizadas nas salas de espera abordando a importância dos hábitos saudáveis como medidas preventivas, a orientação nutricional, orientação sobre as práticas de atividades físicas, os riscos associados ao tabagismo, a necessidade do diagnóstico precoce da HAS e DM bem como o tratamento adequado enfatizando a importância do uso contínua das medicações.

### 2.3.4 Cronograma

Ações	Semanas															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Informar a equipe sobre o projeto de intervenção a ser implantado na USF	x															
Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde	x	x														
Capacitar a equipe para	x												x			





### **3. Relatório da intervenção**

#### **3.1. Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.**

As seguintes ações foram desenvolvidas durante o desenvolvimento do projeto de intervenção de forma integral:

- Informar a equipe sobre o projeto de intervenção a ser implantado na USF.
- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- Capacitar a equipe para verificação da PA, de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e realização do hemoglicoteste em adultos com PA > 135 x 80 mmHg.
- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Treinar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.
- Disponibilizar versão atualizada do protocolo impresso na unidade de saúde.

Estas ações puderam ser totalmente concretizadas, pois as mesmas foram implantadas logo no início do projeto de intervenção e eram ações nas quais não dependiam de terceiros para a sua realização. Desta forma a profissional responsável pelo projeto de intervenção pode orientar e capacitar os demais profissionais, principalmente os ACS, a respeito da necessidade de cadastramento dos hipertensos e diabéticos bem como da necessidade da realização das consultas periodicamente.

No mesmo período os técnicos de enfermagem foram orientados a respeito da correta técnica para aferição da PA bem como da necessidade da realização do hemoglicoteste para os usuários selecionados.

Outras ações, no entanto foram desenvolvidas de forma parcial:

- Esclarecer aos portadores de HAS e DM, bem como à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.
- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de hipertensos e diabéticos.



A vacância de cargos durante o período de implantação do projeto dificultou a realização destas duas ações: a profissional médica passou a ser responsável pela demanda das 04 EqSF e os técnicos frequentemente tinham que realizar rodízios entre os setores da unidade para mantê-los minimamente em funcionamento.

- Avaliar os usuários com diagnóstico de pé diabético.
- Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e do diabético.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.
- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
  - Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Capacitar a equipe para o tratamento de tabagistas hipertensos e diabéticos.
- Realizar busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos. Essa ação não pode ser realizada de forma plena devido ao número insuficiente de ACS.

Os desafios encontrados para o desenvolvimento destas ações se basearam na dificuldade de caracterização da área de ação da USF bem como de cada Equipe, além do desinteresse por parte de alguns funcionários devido a iminência do desemprego, demissão de funcionários e vacância de alguns cargos durante o período de intervenção, falta de material para a avaliação dos usuários, como pé diabético (kit de monofilamentos) além da dificuldade no arquivamento dos prontuários por parte do agente administrativo que mantinha-se trabalhando com uma demanda de atividades maior do que a sua capacidade e competência.

A orientação da comunidade em relação à necessidade do acompanhamento adequado bem como realização de consultas periódicas foi realizada exclusivamente para os usuários que passaram por consulta médica, pois o número

insuficiente de servidores no período de intervenção impossibilitava a execução da garantia destas consultas em número adequado.

### **3.2. As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, descrevendo o motivo pelos quais estas ações não puderam ser realizadas.**

As seguintes ações não foram desenvolvidas da forma como planejada no início do processo de intervenção:

- Cadastrar todos os hipertensos e diabéticos da área de abrangência da USF. Não foi possível expandir a ação para todos os usuários da área de abrangência devido a parcial adesão da equipe além da saída de alguns dos profissionais que faziam parte do projeto como o médico de outra equipe.
- Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e ao usuário diabético. Uma ação impossibilitada pela ausência do profissional durante a implantação do projeto.
- Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do hipertenso e diabético.

Além destas dificuldades já relatadas outras surgiram ao longo das dezesseis semanas de implantação do projeto, sendo as principais: área adstrita mal definida devido ao número insuficiente de ACS, o que dificulta a caracterização da área de abrangência e conseqüentemente a manutenção da continuidade do cuidado. Este fato impediu tanto o cadastramento de todos os usuários da área de abrangência bem como a busca ativa dos usuários faltosos.

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

Uma dificuldade encontrada durante todo o período de intervenção foi a dificuldade de arquivamento dos prontuários na USF e isso levou, conseqüentemente, a coleta e sistematização dos dados de forma inadequada. Este problema surgiu em decorrência da dificuldade de organização dos prontuários dos usuários atendidos e acompanhados na USF pelas quatro equipes cadastradas. Em

decorrência deste fato muitos atendimentos foram realizados sem o prontuário original, logo sem os dados de exames prévios bem como a ficha de acompanhamento e ficha espelho dos usuários.

Outro fator foi ausência de área adstrita bem estabelecida, afinal eram 5.088 usuários cadastrados entre as 04 equipes demonstrando uma cobertura irregular e insuficiente para 04 bairros: Fazenda Grande 1, 2,3 e 4, além do número insuficiente de ACS levou ao atendimento de grande número de moradores de áreas descobertas em detrimento dos moradores da área de responsabilidade do profissional.

E por fim, a reforma da USF que ocorreu no terceiro mês do projeto de intervenção dificultou sobremaneira a continuidade das ações, pois apesar da manutenção dos atendimentos, que passaram a ocorrer em outro prédio (sede da associação comunitária do bairro), os prontuários não puderam ser transferidos e os atendimentos ocorreram de forma pontual para resolução de medidas emergenciais, por exemplo, renovação de receita médica.

### **3.4. Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.**

O projeto de intervenção para a melhoria da atenção a saúde de hipertensos e diabéticos foi implantado com muita dificuldade na unidade descrita e tem, através das ações da médica organizadora, seguido em atividade. Acredita-se que a sua concretização ocorrerá quando todas as suas metas e ações forem incorporadas pelos novos profissionais, tornando-as parte do seu processo de trabalho.

Como nesta primeira etapa o projeto não atendeu a toda a população da área de abrangência, devido aos problemas anteriormente citados, almeja-se que gradativamente este seja incluído na rotina das demais equipes.

Algumas ações necessitarão de correções, entre elas destacamos: a melhoria do serviço do SAME, haja vista este ser o primeiro contato do usuário com o serviço de saúde, organizando o arquivamento dos prontuários dos usuários bem como qualificando os agentes administrativos – em parceria com a gestão - acerca do acolhimento do usuário do SUS.

Outro ponto que deve ser melhorado é sobre a composição da EqSF, pois é de extrema importância que esta se mantenha completa, com a formação mínima da equipe: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS. Esta será uma solicitação a ser feita a gestão municipal.

E também muito importante é a incorporação por cada profissional da realização do exame clínico adequado bem como a avaliação complementar, além das orientações acerca das mudanças de hábitos de vida, as quais são muito importantes para o controle adequado destas duas patologias.

## 4. Avaliação da intervenção

### 4.1. Resultados

A intervenção realizada na USF Yolanda Pires, localizada no município de Salvador-Bahia, teve como objetivo geral melhorar a assistência aos usuários portadores de HAS e DM acompanhados nesta USF. Foi identificado, durante a análise situacional, que a população residente da área de cobertura estava aproximadamente em torno de 5.088 moradores cadastrados.

Levando em consideração os dados de VITIGEL (2011) a estimativa de pessoas com mais de 20 anos portadora de hipertensão estava aproximadamente em torno de 774 pessoas, representando 22,7%. Já para os diabéticos, a estimativa de pessoas com mais de 20 anos girava em torno de 191 pessoas (5,6%). Entretanto, como foi realizada a intervenção apenas em uma equipe - 162, a estimativa era de, aproximadamente, 595 usuários hipertensos e 68 diabéticos.

Estabelecemos como meta ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos para 40%. No primeiro mês foram cadastrados 30 hipertensos, representando 5%, no segundo mês estavam cadastrados 59 usuários, equivalendo 9,9%. No terceiro mês da intervenção atingimos 13,3%, cadastrando 79 usuários. E no último mês da intervenção estavam cadastrados 108 usuários, totalizando uma cobertura de 18,2% (Gráfico 1). No que se refere à cobertura de diabéticos, no primeiro mês realizamos o cadastro e acompanhamento de 12 usuários, apresentando uma cobertura de 17,6%. No segundo mês da intervenção a cobertura aumentou para 32,4%, com o cadastro de 22 usuários. Já no terceiro mês foi possível cadastrar 31 usuários, equivalendo 45,6% da cobertura e no último mês da intervenção estavam cadastrados 38 usuários totalizando uma cobertura de aproximadamente 55,9% (Gráfico 2).

Diante os dados apresentados, observa-se que não foi possível atingir a meta estabelecida para a cobertura em função do número insuficiente de ACS, bem como da ausência de definição clara acerca da área de cobertura da USF, o que permite o atendimento de muitos moradores de áreas descobertas em detrimento dos moradores da área das equipes cadastradas.

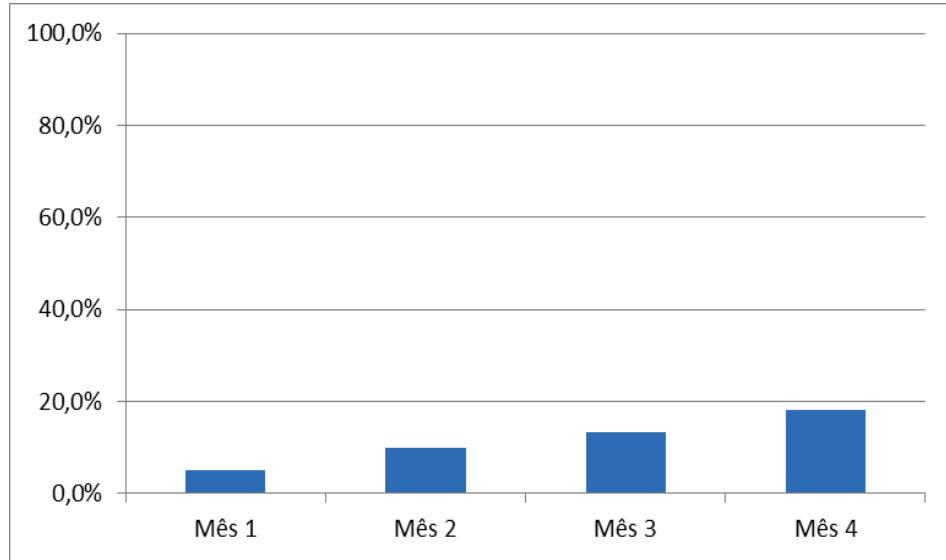


Gráfico 1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Yolanda Pires

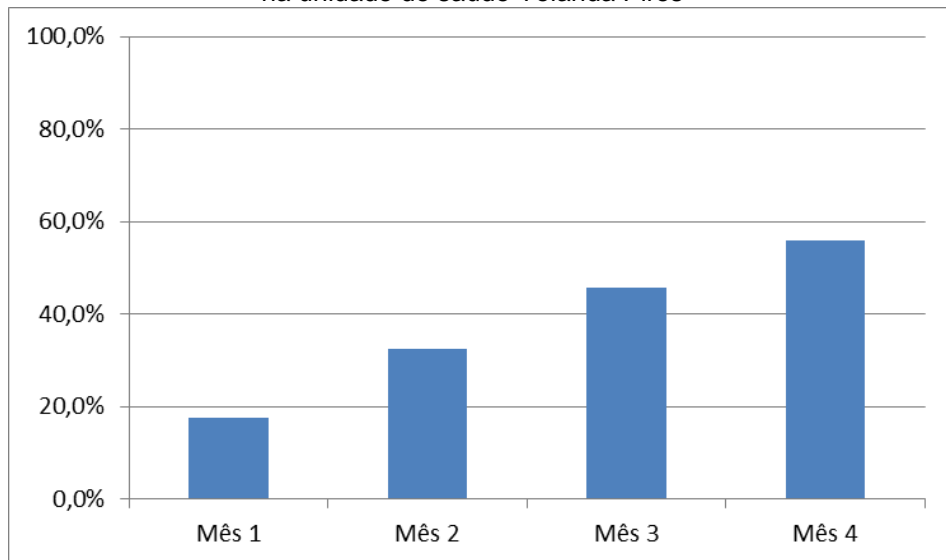


Gráfico 2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Yolanda Pires

Em relação a meta “buscar 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada” podemos notar que no primeiro mês da intervenção não foi possível realizar tal ação devido ao número insuficiente de ACS vinculados à equipe. Para os hipertensos foi possível realizar busca ativa de 10, 13 e 14 usuários do segundo ao quarto mês da intervenção, totalizando uma cobertura 20%, 22% e 19% (Gráfico 3). Já para os diabéticos, buscamos 6, 8 e 8 usuários, também do segundo ao quarto mês da intervenção, equivalendo a uma porcentagem de 28%, 33% e 29% (Gráfico 4).

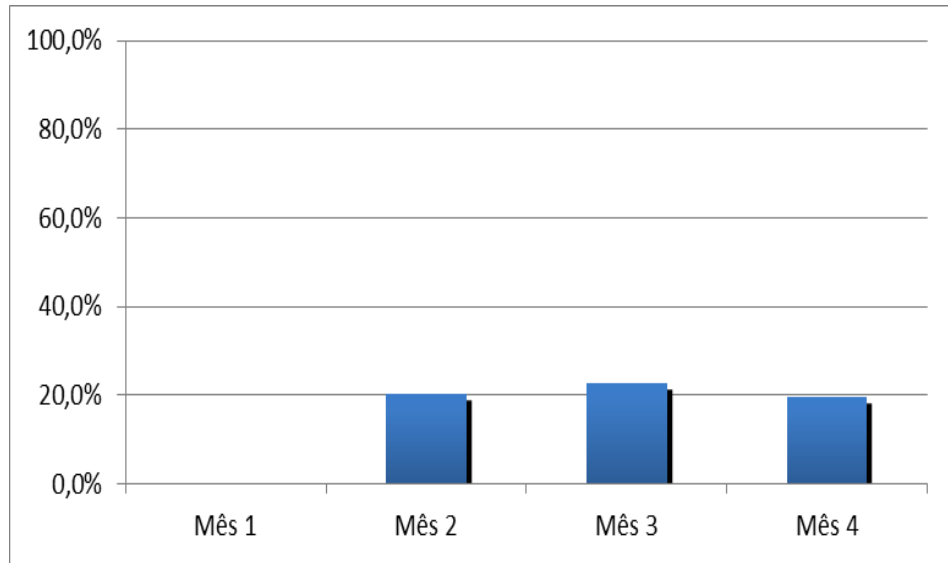


Gráfico 3. Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na unidade de saúde Yolanda Pires

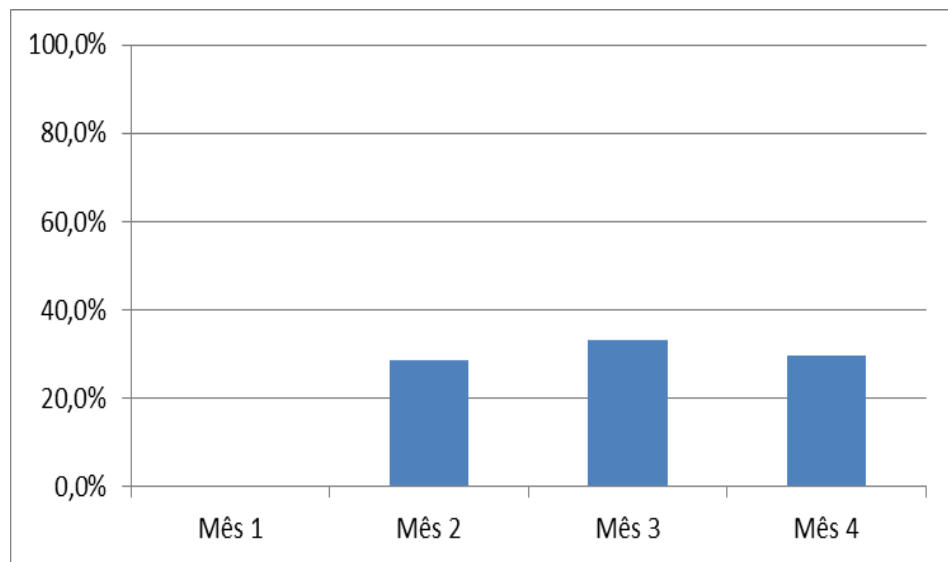


Gráfico 4. Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa na unidade de saúde Yolanda Pires

Quanto a meta de realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e em 100% dos diabéticos, realizamos no primeiro mês de intervenção em 2 usuários e nos demais meses em 6, 26 e 32 usuários hipertensos o que representou 6,7%, 10,2%, 20,3% e 29,6% respectivamente (Gráfico 5). Já os usuários diabéticos com exame clínico apropriado foram: 0,0, 4 e 8, representando 12,9% e 21,1% no terceiro e quarto mês de intervenção (Gráfico 6).

Esses dados demonstraram que devido ao atendimento ser realizado também para outros moradores fora da área de cobertura da USF e principalmente da equipe trabalhada no projeto, a demanda era muito grande e muitas vezes impedia uma avaliação mais demorada de todos os usuários. Havia como outro agente que dificultou a avaliação a falta materiais para a avaliação como fita de glicosímetro, glicosímetro, tensiômetro e oftalmoscópio, além do número insuficiente de técnicos de enfermagem para realização de procedimentos como mensuração da glicemia.

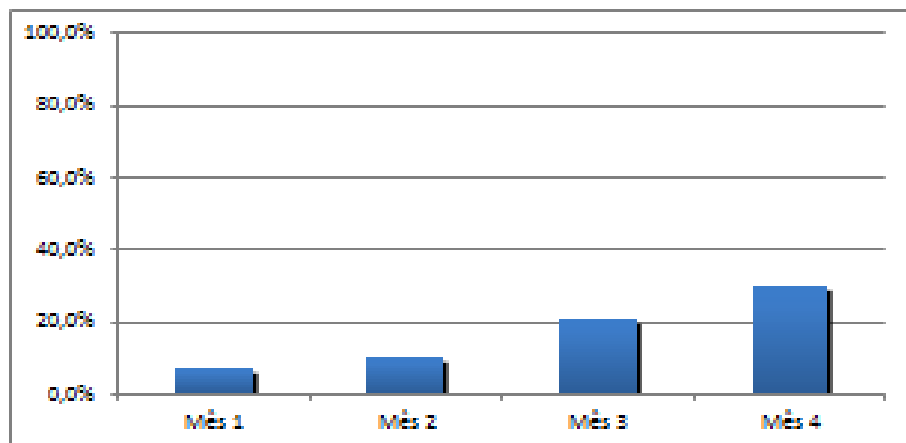


Gráfico 5. Proporção de hipertensos com exame clínico apropriado na Unidade de saúde Yolanda Pires

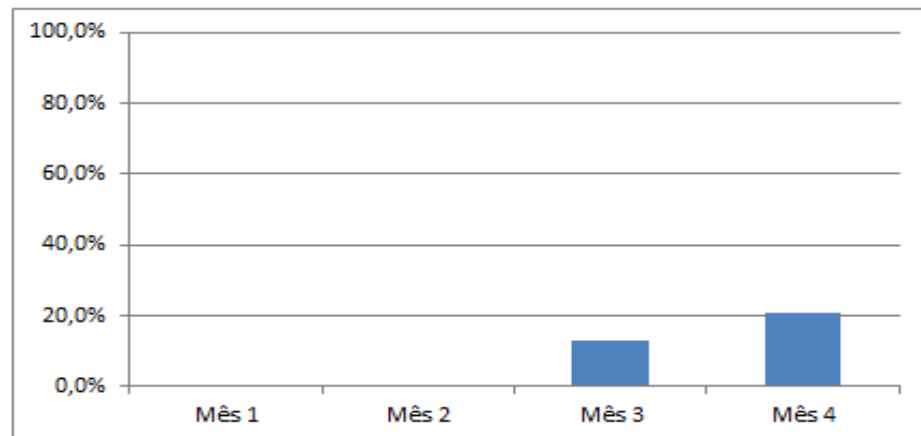


Gráfico 6. Proporção de diabéticos com exame clínico apropriado na unidade de saúde Yolanda Pires

Em relação a meta de garantir a 100% dos hipertensos e a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo alcançamos durante os 4 meses de intervenção, 2, 5,13 e 22, o que representa 6,7%, 8,5%, 16,5% e 20,4% dos hipertensos (Gráfico 7). Os usuários



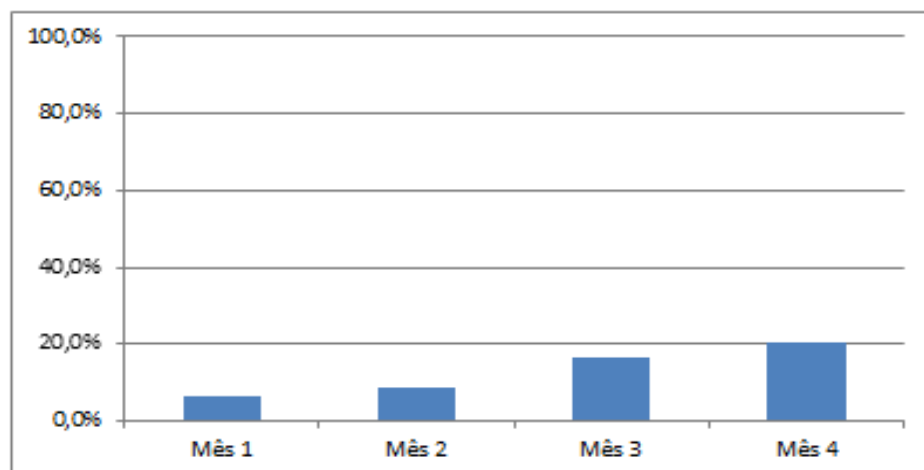
diabéticos com exames complementares em dia no período foram: 0, 4 e 6, o que equivale a 12,9% e 15,8% no terceiro e quarto mês de intervenção (Gráfico 8).

Estes números representam a limitação do profissional de saúde que trabalha na Atenção Básica. Reflete que mesmo solicitando os exames laboratoriais e demais exames complementares determinados pelo protocolo para avaliação e acompanhamento dos usuários com HAS e DM, não há como este garantir a realização dos mesmos.

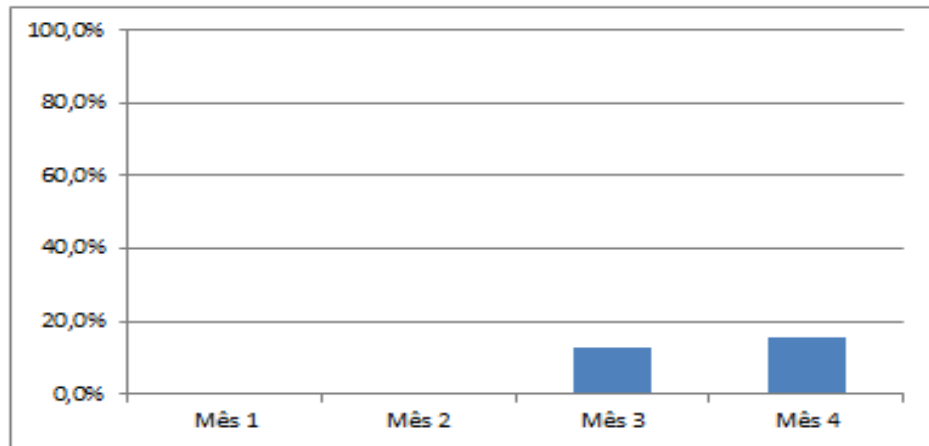
A realização de exames solicitados é dependente principalmente de questões econômicas e está diretamente relacionado com o nível sócio econômico da população atendida: se a mesma for composta por pessoas de baixa renda e que usam exclusivamente o sistema público de saúde, estas pessoas dependerão da relação entre a oferta e a demanda de exames realizados pelo SUS, no entanto, se a população tiver um poder aquisitivo melhor ela irá realizar seus exames em serviços privados a fim de garantir a realização do exame bem como a celeridade do seu retorno e avaliação com o médico.

Esses números revelam que muitos usuários atendidos se mantiveram sem realizar tais exames devido à dificuldade de obtê-los pela rede pública municipal e devido à ausência de condições econômicas para realizá-los de forma privada, apesar da informação da importância deles para o controle adequado das patologias de base e de cálculo de risco cardiovascular.

Como no quarto mês de intervenção foi implantada a realização de coleta de exames laboratoriais na própria USF, houve um aumento no número de usuários com a realização dos exames estabelecidos pelo protocolo.



**Gráfico 7. Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Yolanda Pires**

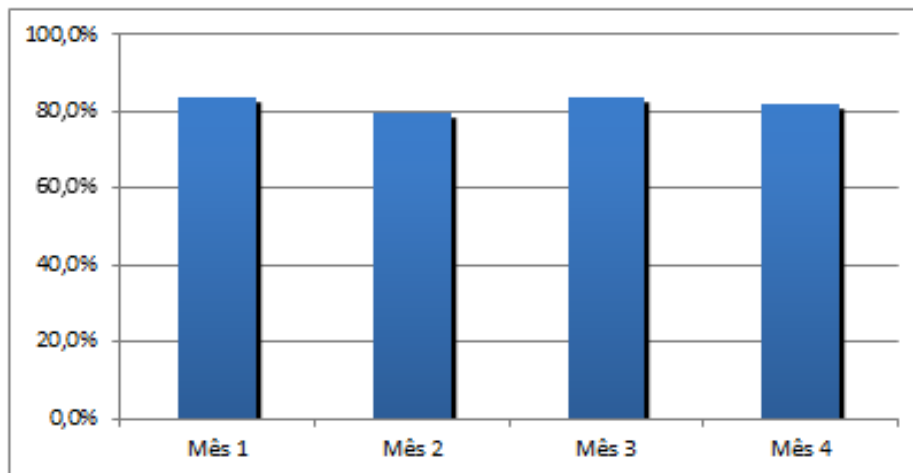


**Gráfico 8. Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Yolanda Pires.**

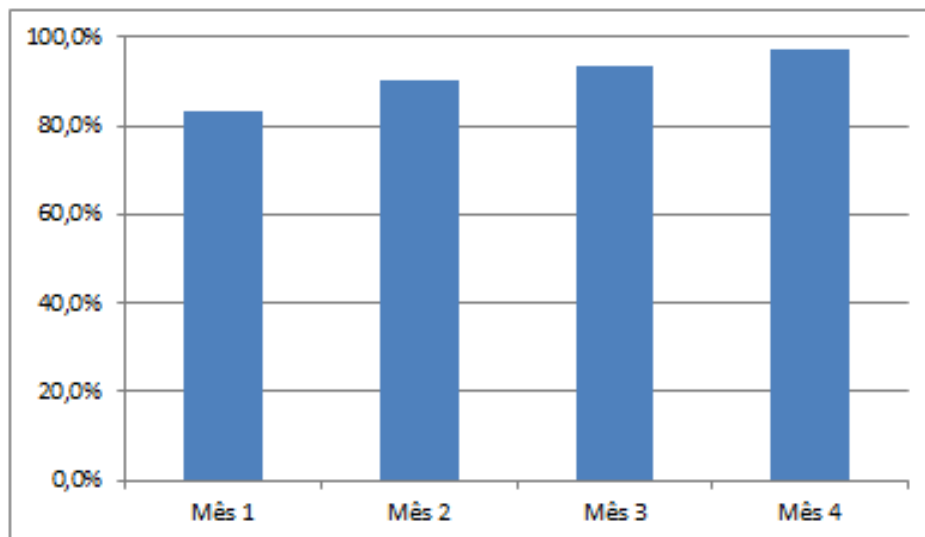
A meta de garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde também não foi atingida, apesar da priorização da prescrição destes fármacos realizada pela médica. No primeiro mês foram 25 hipertensos e nos demais meses: 46, 65 e 87, representando 83,3%, 79,3%, 83,3% e 82,1%, respectivamente (Gráfico 9).

Já entre os diabéticos 10, 19, 28 e 35, equivalendo a 83,3%, 90,5%, 93,3% e 97,2% receberam prescrição com fármacos da farmácia popular (Gráfico 10).

Essa meta não foi alcançada, pois a prescrição é algo muito individual para cada usuário. Ao prescrever um determinado medicamento o médico deve avaliar o uso prévio de medicações, a resposta a esta droga, o tempo na qual ela foi resolutive, a gravidade da doença, além da presença de fatores que possam contra indicar seu uso. Desta forma alguns usuários acompanhados na USF descrita já não tinham a indicação do uso dos fármacos presentes na lista do HIPERDIA.



**Gráfico 9. Proporção hipertensos com prescrição de medicamentos da lista do HIPERDIA ou da Farmácia Popular.**



**Gráfico 10. Proporção diabéticos com prescrição de medicamentos da lista do HIPERDIA ou da Farmácia Popular.**

Sobre a meta de manter a ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde, conseguimos manter a ficha de acompanhamento atualizada em 0, 2, 11 e 23 hipertensos, o que representa 3,4%, 13,9% e 21,3% nos segundo, terceiro e quarto mês (Gráfico 11). Já em relação aos diabéticos, a ficha pôde ser atualizada em 0, 0, 6 e 8 usuários, o que equivale a 19,4 e 21,1% no terceiro e quarto mês (Gráfico 12).

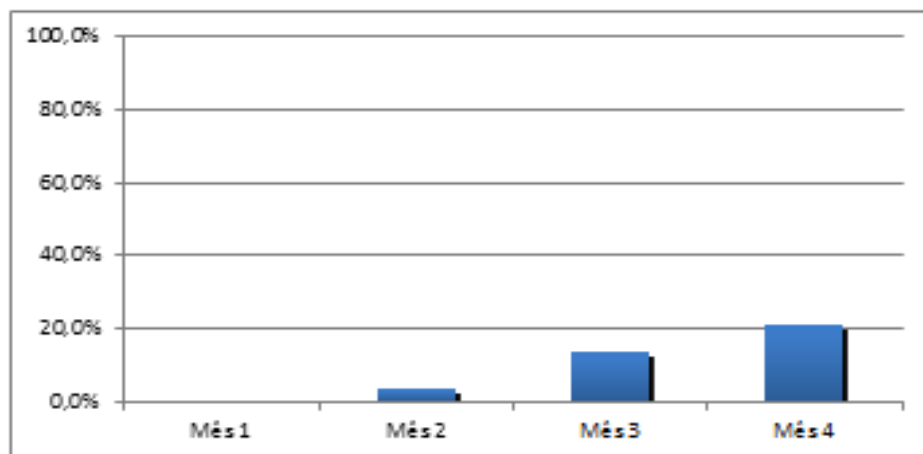
A ficha de acompanhamento dos usuários se tornou uma ferramenta de difícil utilização ao longo do período de intervenção por inúmeros motivos: o prontuário utilizado na USF Yolanda Pires é feito ainda de forma manual, constantemente estes prontuários somem, são guardados em local inadequado, pois há um número maior que o número de pastas e de local de armazenamento, além

disso, a maior parte dos usuários da USF é moradora de área descoberta, ou seja, sem ACS e logo sem dados suficientes para sua identificação.

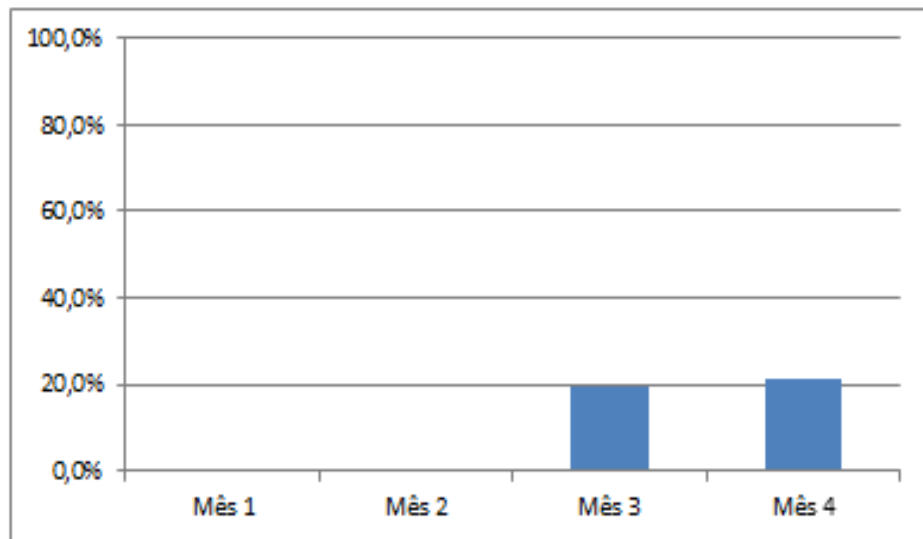
Como a USF ficou uma parte do período apenas com um técnico administrativo para gerir quatro EqSF, outros profissionais acabaram por lhe auxiliar na recepção, mas infelizmente não mantiveram a mesma organização prévia dos prontuários.

A ficha de acompanhamento apesar de muito prática requer a disponibilidade de tempo para o seu total preenchimento devido a grande quantidade de informações contida nela. A demanda excessiva de usuários para serem atendidos infelizmente não permitiu a sua utilização ao longo dos quatro meses de intervenção da forma como foi planejada. Nos primeiros meses de intervenção a sua aplicação realmente não pôde ser realizada devido à ausência de médicos nas demais equipes e também a realização de reforma na USF, o que alterou sobremaneira o fluxo de atendimentos.

Com a chegada de outros profissionais nas outras equipes a partir do terceiro mês, a demanda foi reduzida, então se pode priorizar os atendimentos para os usuários da equipe na qual o projeto estava em implantação o que possibilitou uma maior atenção dispensada durante os atendimentos, bem como um maior tempo para o preenchimento dos formulários. No quarto mês de atendimento, as atividades infelizmente também foram alteradas e conseqüentemente reduzidas devido à baixa procura de atendimento na USF relacionada ao período de férias escolares e de influência cultural local (festas pré-carnavalescas, festas religiosas).



**Gráfico 11. Proporção hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na unidade de saúde Yolanda Pires.**

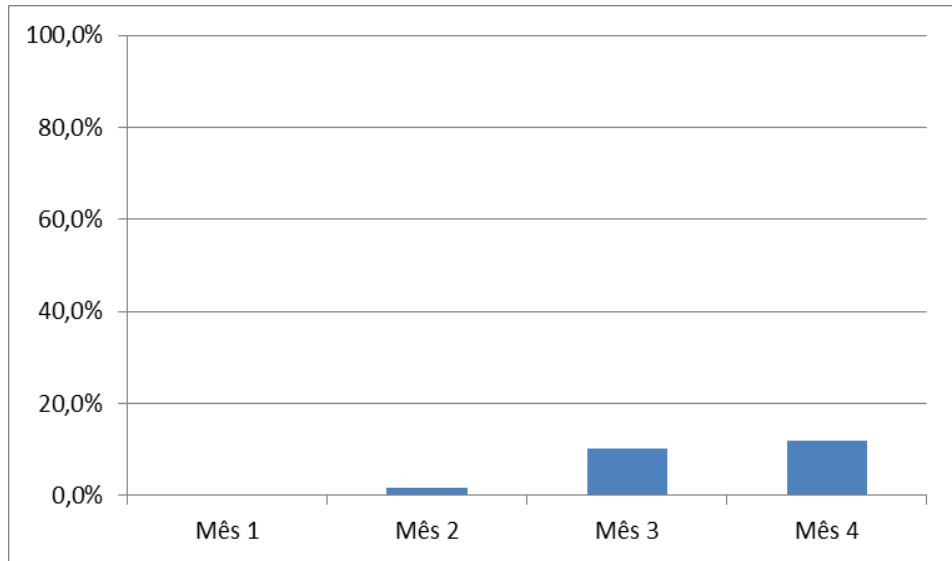


**Gráfico 12. Proporção diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na unidade de saúde Yolanda Pires.**

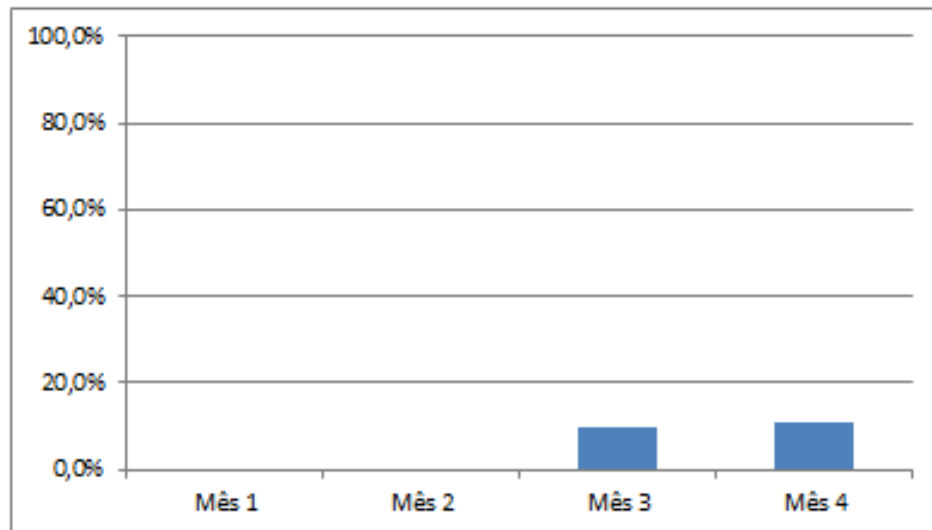
Quanto à meta de realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde conseguimos ao longo dos meses de intervenção os seguintes resultados: 0, 1, 8 e 13 hipertensos, equivalendo a 1,7%, 10,1% e 12% (Gráfico 13). Já os usuários com DM que tiveram sua estratificação de risco realizada foram 0, 0, 3 e 4 equivalendo a 9,7% e 10,5% nos meses finais (Gráfico 14).

Esses resultados são reflexos da dificuldade da avaliação completa dos usuários no âmbito do SUS, pois a estratificação de risco depende do exame clínico adequado bem como do resultado de exames laboratoriais, especificamente dos níveis de colesterol. Devido à dificuldade de realização destes exames muitos usuários não tiveram o cálculo do risco cardiovascular realizado.

Como o terceiro mês de intervenção equivaliu ao mês de dezembro, os usuários utilizaram possivelmente o auxílio do décimo terceiro salário para a realização destes exames laboratoriais em serviço privado. O aumento que ocorreu no mês de janeiro deveu-se a implantação da colheita de exames laboratoriais na própria unidade.



**Gráfico 13. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na USF Yolanda Pires.**



**Gráfico 14. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na USF Yolanda Pires.**

Referente à meta de garantir avaliação odontológica a 50% dos hipertensos e a 50% dos diabéticos, esta meta não pode ser realizada devido a ausência do odontólogo responsável pela EqSF em estudo no período de intervenção. O profissional apenas foi nomeado ao final da implantação. Assim nenhum dos usuários foi avaliado por este especialista.

Planejamos garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e a 100% dos diabéticos. Esta orientação ocorreu para 30, 59, 79 e 108 hipertensos e para 12, 22, 31 e 38 diabéticos, o que corresponde a 100% dos usuários em todos os meses.

Todos os usuários atendidos foram orientados de forma objetiva a respeito da dieta que deveriam seguir quais alimentos priorizar, recebendo nas suas consultas cópia de um exemplo de cardápio contendo os alimentos que devem evitar bem como aqueles prioritários.

Sobre a meta de garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos hipertensos e a 100% dos diabéticos, conseguimos orientar todos os usuários atendidos no período: 30, 59, 79 e 108 hipertensos e 12, 22, 31 e 38 diabéticos, o que corresponde a 100% dos usuários em todos os meses.

Em relação à meta de garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos e a 100% dos diabéticos, também orientamos todos os usuários, em todos os meses, totalizando: 30, 59, 79 e 108 hipertensos e 12, 22, 31 e 38 diabéticos.

Os usuários receberam informações sobre os malefícios do tabagismo e alcoolismo, das inúmeras patologias relacionadas com esses hábitos e as possíveis formas de abandono do vício. Foram dadas informações a respeito do grupo de tabagismo que foi montado na USF e coordenado pelo odontólogo da equipe 163, porém com a possibilidade de participação de quaisquer membros da comunidade. Aqueles usuários interessados foram então encaminhados.

## **4.2. Discussão**

A implantação do projeto de intervenção teve como objetivo melhorar o atendimento dado a este grupo de usuários na USF Yolanda Pires: os usuários hipertensos e diabéticos já cadastrados, bem como aqueles que não tinham cadastro e também aqueles que não eram sequer acompanhados na rede básica.

O projeto de intervenção trouxe benefícios para a comunidade em virtude de ter melhorado a abordagem aos usuários com diagnóstico de HAS e DM, garantindo informação qualificada a respeito da importância do diagnóstico precoce, da continuidade do cuidado bem como do tratamento adequado, seja ele medicamentoso ou não.

Com a implantação das atividades ao longo dos quatro meses, algumas condutas foram construídas como a garantia da marcação do retorno de forma imediata e outras condutas foram melhoradas como o cadastramento dos

hipertensos. Essas ações puderam melhorar, mesmo que parcialmente, o atendimento ofertado aos usuários em questão.

Os usuários, através do cadastramento, puderam ser conhecidos pelos profissionais da USF e foram corretamente identificados, pois muitos são moradores de áreas descobertas ou áreas sem ACS. A partir de então, os usuários tiveram acesso mais facilitado à unidade, conheceram o fluxo para o atendimento, compreenderam a importância da realização de acompanhamento regular através das orientações que foram dadas pelos profissionais da USF.

Estes usuários foram priorizados em relação à marcação das consultas apenas para a médica, pois, na época, não havia odontólogo responsável pela equipe e demais profissionais não colaboraram com o projeto de intervenção. Eles tiveram consulta clínica com a realização de exame físico adequado, orientação dietética e orientação sobre tabagismo e alcoolismo em todas as consultas, o que já era uma prática realizada pela profissional médica. A avaliação odontológica não pode ser realizada para nenhum usuário devido ao problema já citado - a ausência da profissional na época referida.

A maioria dos usuários não teve o cálculo do risco cardiovascular, pois este é dependente da avaliação laboratorial, algo que, infelizmente, se tornou um empecilho por alguns meses. No entanto, a partir dos meados de 2014 foi instalado um posto de coleta de exames laboratoriais na própria USF e isso irá gradativamente permitir a realização dos exames pela comunidade de forma mais fácil e rápida. Neste momento, devido à imensa demanda reprimida há ainda grande dificuldade na realização dos exames, porém acredito que gradativamente esse problema será resolvido e isto será fundamental para o acompanhamento dos hipertensos e diabéticos da área, principalmente para aqueles sem controle clínico adequado.

Outra ação que foi implantada na USF foi a marcação da consulta de retorno de forma imediata, ou seja, logo após a consulta. Esta ação garantiu o retorno do usuário no tempo adequado e foi fundamental para o controle dos níveis pressóricos e glicêmicos de muitos usuários que vinham evoluindo com complicações decorrentes das duas patologias ou então para aqueles que não tinham obtido controle adequado, apesar do uso de vários fármacos. Esse tempo menor entre as consultas garantiu uma orientação mais adequada em relação aos diversos fatores



que influenciam o descontrole das patologias de base, a reorganização da prescrição em relação à polifarmácia e posologia.

Apesar dos esforços dos profissionais envolvidos no projeto de intervenção muitas metas poderiam ter sido alcançadas se houvesse uma estrutura mais adequada na rede pública de saúde: uma melhor estrutura física da USF com capacidade para receber número adequado de usuários, maior facilidade na realização de exames complementares – exames laboratoriais e outros como eletrocardiograma, o sistema de referência e contra referência com oferta adequada para a demanda e também o fornecimento de medicação em número adequado e constante, pois apesar dos esforços em priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia básica, muitos usuários não faziam uso regular da medicação por não encontrá-la disponível nas USF.

Através da avaliação dos resultados verifico que algumas ações poderiam ter sido feitas de outra forma: tentativa de organização dos prontuários pelos agentes administrativos, uso da ficha espelho de forma mais uniforme mesmo que inicialmente fosse necessária a ajuda dos ACS.

Acredito que a partir deste ano de 2014, a presença da odontóloga responsável pela equipe irá mudar a realidade da saúde bucal através da avaliação odontológica e possibilidade de realização de tratamento específico na própria USF. Outro fator que acredito que deve ser melhorado a partir deste ano é o acompanhamento pela enfermagem, pois um novo profissional foi admitido e trouxe consigo ânimo para o trabalho em equipe. O mesmo já se interessou pelo projeto de intervenção e mostrou-se disponível para já iniciar o acompanhamento dos usuários cadastrados no programa de forma integrada com toda a equipe, além de tentar captar outros usuários moradores de áreas descobertas.

#### **4.3. Relatório da intervenção para os Gestores**

Prezado gestor da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador - Ba,

O Projeto de intervenção voltado para a melhoria da atenção aos usuários portadores de HAS e DM, implantado na USF Yolanda Pires – unidade do distrito sanitário de Cajazeiras - tinha como objetivo melhorar o atendimento dado aos

usuários hipertensos e diabéticos já cadastrados, bem como aqueles que não tinham cadastro e também aqueles que não eram sequer acompanhados na rede básica, em nenhuma USF do município.

Diante da realidade nacional com altos índices de prevalência de HAS variando entre 22 a 45% entre os adultos e 3-12% entre as crianças bem como por representar um aumento importante no risco de inúmeras patologias como: doenças cérebro vasculares doenças renais, doença arterial coronariana e doença arterial periférica viu-se a necessidade de aumentar o acompanhamento destes doentes.

A implantação do projeto ocorreu ao longo de quatro meses (outubro de 2013 até janeiro de 2014) e acredito que algumas condutas foram construídas como a garantia da marcação do retorno de forma imediata aos usuários atendidos no programa e outras condutas foram melhoradas como o cadastramento dos hipertensos. O grupo de trabalho estabelecido foi a equipe 02 (cadastrada como equipe 162 junto ao CNES), porém muitas atividades beneficiaram os demais usuários moradores de outras áreas de abrangência.

As atividades implantadas tinham como objetivo principal: ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos para 40%. Atingimos a meta de 18,2% de cobertura para os hipertensos e 55,9% aos usuários diabéticos, a qual infelizmente não foi contemplada da forma prevista inicialmente.

Outros objetivos pré-estabelecidos foram: buscar 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada, esta meta ficou muito aquém do determinado, pois apenas 22% dos hipertensos e 33% dos diabéticos foram convocados devido ao atraso nas consultas periódicas. Quanto a realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e em 100% dos diabéticos, também não foi possível realizar esta ação para todos os usuários, alcançamos a meta de 29,6% entre os hipertensos e 21,1% entre os diabéticos devido ao fato do atendimento ocorrer para outros usuários moradores fora da área de abrangência da equipe.

A meta de garantir a 100% dos hipertensos e a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo não foi alcançada. Apenas 20,4% dos hipertensos e 15,8% dos diabéticos tiveram seus exames realizados. Esse fato demonstra que a demanda para realização de exames complementares é muito maior que a oferta apresentada à população. Após a

implantação da coleta de exames laboratoriais na própria USF houve um aumento no número de usuários com estes exames em dia, fato que demonstra a importância deste serviço para o controle adequado da saúde da população usuária do SUS. Este problema também influenciou outra meta estabelecida que foi de realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde, como a estratificação é dependente da realização de exame clínico e laboratorial apenas 12% dos hipertensos e 10,5% dos diabéticos tiveram seu risco cardiovascular definido.

Outra meta estabelecida foi garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Esta meta foi parcialmente atingida, pois 83,3% dos hipertensos e 97,2% dos diabéticos tiveram a prescrição desses fármacos, no entanto um problema comum enfrentado pelos usuários era a ausência da disponibilidade destas medicações na farmácia da USF.

Planejamos garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e a 100% dos diabéticos, bem como orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos hipertensos e a 100% dos diabéticos e orientação sobre os riscos do tabagismo. Essas metas foram alcançadas completamente, garantindo a qualidade da informação e orientação dos usuários atendidos.

Assim com as metas alcançadas, muitos resultados positivos puderam ser alcançados e conseqüentemente a saúde da população pode ser melhorada após o maior acompanhamento dos usuários do grupo de intervenção.

Os técnicos de enfermagem foram orientados pela médica, na época da implantação do projeto, sobre a importância da aferição da PA e da glicemia entre estes doentes, bem como sobre a técnica correta e, os ACS, orientados a informar os usuários sobre a importância de frequentar a USF para manter um controle adequado das suas doenças e também para realizar medidas preventivas. Como uma parte destes profissionais foi substituída por novos servidores será preciso uma nova atualização a fim de que a conduta se mantenha sendo exercida por todos os profissionais da unidade.

Apesar disso, alguns empecilhos foram surgindo ao longo da implantação do projeto e acredito que muitos deles podem ser solucionados com medidas administrativas que visem beneficiar a saúde pública do local. Entre eles estão:

- A dificuldade em realizar busca ativa para os usuários faltosos, pois a maior parte dos usuários é moradora de áreas sem a cobertura da USF e não tem ACS acompanhando-a. Como os ACS são parte primordial do funcionamento da ESF, as atividades ficaram restritas aos poucos usuários cadastrados, o que contradiz o princípio do SUS de equidade e universalidade.
- Os usuários não tiveram o cálculo do risco cardiovascular, pois este depende da realização de exames laboratoriais, os quais eram ofertados em quantidade inferior a demanda de todo o município. Este serviço passou a ser realizado na USF em questão desde o último mês de janeiro, após o término da intervenção. Observo, no entanto que devido à disponibilidade de apenas um profissional para o serviço do laboratório as atividades não ocorrem de forma adequada, pois para facilitar e aperfeiçoar a colheita um técnico de enfermagem é deslocado das suas atividades para auxiliar as ações do laboratório. É importante que mais outro técnico em patologia seja enviado para realizar a colheita destes exames para que a funcionalidade de um serviço não ocorra em detrimento de outro.
- Por meses não havia um odontólogo responsável pela equipe em questão assim os moradores não tiveram avaliação odontológica realizada. No fim do ano de 2013 uma profissional foi então nomeada e assim acredito que estas avaliações poderão ser iniciadas. É preciso, no entanto, uma parceria da gestão municipal a fim de garantir os insumos de forma continuada.
- Outra questão muito importante é acerca do fornecimento dos medicamentos da farmácia básica, pois este é outra questão primordial no tratamento destes usuários, pois apenas as mudanças de estilo de vida são ineficazes em muitos usuários. Assim é importante que o fornecimento seja realizado de forma continuada e em quantidade adequada para toda a população da área adstrita.

Diante das mudanças já realizadas acredito que tanto os profissionais como a gestão vão trabalhar conjuntamente para garantir um atendimento de excelência para toda a comunidade atendida pela USF Yolanda Pires.

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

Olá comunidade da Unidade de Saúde Yolanda Pires,

Na USF Yolanda Pires, no período de outubro de 2013 a janeiro de 2014, foi implantado um projeto pela médica da equipe 162 e 161 com o objetivo de oferecer um melhor atendimento aos usuários com diagnóstico de Hipertensão e Diabetes Melitus.

O objetivo era oferecer um atendimento priorizado, garantindo um número mínimo de consultas no ano, sendo duas para os hipertensos e quatro para os diabéticos, ter os exames laboratoriais solicitados e realizados, manter a prescrição de remédios da farmácia básica ou que fazem parte da rede da farmácia popular, ter atendimento com o odontólogo, a fim de que os usuários com descontrole dos níveis pressóricos e da glicemia passassem a ter um controle eficaz, realizar a busca dos usuários que estavam há muito tempo sem comparecer a USF.

Os seguintes resultados foram alcançados:

- Aumentamos o número de usuários hipertensos e diabéticos atendidos, cadastrando 108 novos hipertensos e 38 diabéticos..
- Aqueles hipertensos e diabéticos que faltaram as consultas foi realizada investigação da sua falta pelas ACS em 37 dos 108 hipertensos e 22 dos 38 diabéticos com o objetivo de melhorar a participação deles no programa.
- Foram realizados exames clínicos apropriadamente em 64 dos 108 hipertensos e 12 dos 38 diabéticos, visando melhorar a qualidade do atendimento a este público;
- Garantimos que 42 dos 108 hipertensos e 10 dos 38 diabéticos realizassem seus exames complementares (laboratoriais, ECG e avaliação com oftalmologista);
- Garantimos que 87 dos 108 hipertensos e 35 dos 38 diabéticos tivessem sua prescrição com medicamento que faz parte da farmácia popular;
- Conseguimos manter a ficha de acompanhamento atualizada em 23 dos 108 hipertensos e 8 dos 38 diabéticos, buscando melhorar o registro das informações;
- Realizamos o cálculo do risco do usuário desenvolver doença cardíaca ou vascular (infarto e AVC) em 13 dos 108 hipertensos e 4 dos 38 diabéticos.

- Todos os hipertensos e diabéticos foram orientados a respeito da necessidade de uma alimentação saudável, em relação a prática de atividades físicas bem como sobre os riscos do tabagismo.

Com a implantação do projeto de intervenção mudanças ocorreram na unidade em relação ao acompanhamento dos usuários que passaram a ter a marcação da sua consulta de retorno de forma imediata a sua solicitação, garantindo a reavaliação pelo profissional em período adequado.

Os números em relação a realização dos exames complementares não foram excelentes, no entanto, com a implantação da coleta na própria USF a partir do mês de janeiro de 2014 a realização destes exames ficará mais fácil e com o tempo vai permitir a avaliação dos usuários com rapidez e maior disponibilidade.

Infelizmente os usuários não puderam ter atendimento odontológico no período devido a ausência do odontólogo responsável pela equipe. No entanto a chegada da odontóloga irá facilitar a possibilidade da avaliação odontológica, realização de medidas preventivas e quando preciso do tratamento.

A chegada de novos profissionais comprometidos irá modificar a rotina da USF Yolanda Pires. Estes profissionais serão convidados a manter as atividades do projeto de intervenção, com o objetivo de dar continuidade ao trabalho já desenvolvido e também de oferecer atendimento mais humanizado na rotina da USF.

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

A implantação do Projeto de Intervenção na USF Yolanda Pires foi uma experiência desafiadora por inúmeros motivos e que concretizou a ideia da necessidade urgente de melhoria da saúde pública brasileira.

Há alguns meses, no início do curso de especialização, havia definido as seguintes metas a serem alcançadas:

1. Aprimorar meus conhecimentos acerca da estratégia da Saúde Da Família de forma a entender quais os principais fatores relacionados ao processo saúde-doença relacionando-os aos diversos fatores que são determinantes: fatores culturais, religiosos, econômicos e sociais.
2. Buscar meios para melhor abordar os meus usuários, a fim de compreender melhor suas queixas- sejam elas orgânicas ou não.
3. Elaborar ferramentas objetivas para mudança desta abordagem à comunidade.
4. Incentivar os demais colegas de equipe e quiçá USF a um aprimoramento na abordagem/ acolhida aos usuários da ESF, partindo da educação e informação destes sobre as orientações dadas pelo Ministério da Saúde relacionando-as a realidade local.

Diante de tantas dificuldades encontradas ao longo dos meses entre eles: desestímulos pelos outros profissionais da equipe diante do desemprego iminente, problemas estruturais básicos que impediram o atendimento adequado como ausência de iluminação e ventilação nos ambulatórios, período de reforma da unidade, número insuficiente de ACS, área adstrita com população muito superior ao que é preconizado para cada ESF bem como a participação de profissionais estrangeiros que infelizmente tem demonstrado capacidade exclusiva para oferecer atendimento preventivo, mas não terapêutico aos usuários, as expectativas não puderam ser alcançadas de forma plena.

As ações foram de grande valia ao meu aprimoramento profissional, pois o estudo constante a respeito das diversas áreas de atenção a saúde principalmente daquelas que são as prioritárias na Atenção Básica: Saúde da Criança, a Saúde da

Mulher, Saúde do Adulto, concretizaram meus conhecimentos bem como foram multiplicados.

O curso foi muito importante para demonstrar que ações conjuntas entre os profissionais, a comunidade e a gestão são fundamentais para a melhora da qualidade do serviço de saúde.

A implantação do projeto de intervenção mesmo que realizada inicialmente em uma única equipe pode mudar o atendimento dos usuários das demais equipes. A abordagem inicial encontrada na recepção com a priorização da marcação das consultas iniciais ou das consultas de retorno de forma imediata bem como a garantia da verificação dos seus sinais vitais na sala de procedimentos foi expandida a todos os usuários atendidos na USF, independente da sua ESF ou se o mesmo é morador de área descoberta.

A expectativa em relação a melhoria da abordagem aos usuários da comunidade também foi alcançada. O contato diário com a comunidade, conhecendo os fatores sociais, econômicos e culturais da região bem como o comportamento dos usuários frente ao serviço de saúde que é ofertado na região foi a base para a construção da excelente relação médico- usuário entre a comunidade e a equipe 162.

Acredito que estas percepções tão importantes para a melhoria da oferta do serviço somente são adquiridas com o tempo e por isso é tão importante a fixação, manutenção e valorização dos profissionais na Atenção Básica, sejam eles médicos ou outros profissionais que compõem a Equipe de Saúde da Família.



## Bibliografia

ALMEIDA, E.S, CASTRO. C.G.J., VIEIRA, C.A.L. **Distritos Sanitários: concepção e organização**. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde – IDS. Núcleo de Assistência Médico-Hospitalar – NAMH/FSP – USP, Banco Itaú. São Paulo. 1998

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde - Saúde da família**. 2ª edição. Brasília- DF. 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Saúde Bucal. Cadernos de Atenção Básica nº 17. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº2488, de 21 de outubro de 2011-** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

\_\_\_\_\_. **Portaria nº493/GM de 10 de março de 2006**. Aprova a Relação de Indicadores da Atenção Básica - 2006, cujos indicadores deverão ser pactuados entre municípios, estados e Ministério da Saúde.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento. Cadernos da Atenção Básica. Nº 33**. Brasília. 2012

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco. Cadernos de Atenção Básica nº 32**. Brasília, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diabetes Mellitus. Cadernos da Atenção Básica. Nº 16**. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e Saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde . Secretaria de Vigilância em Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. VIGITEL Brasil 2011. Saúde suplementar - vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Estimativas sobre frequência e distribuição sócio demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no distrito federal em 2011. Rio de Janeiro. 2012

DAB – **Departamento da Atenção Básica.** Disponível em <[http://dab.saude.gov.br/dab/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertur.php](http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertur.php)> Acesso em 05 de junho de 2013.

CNES – **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.** Disponível em: <[http://cnes.datasus.gov.br/Lista\\_Es\\_Municipio.asp?VEstado=29&VCodMunicipio=292740&NomeEstado](http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=29&VCodMunicipio=292740&NomeEstado)> Acesso em 06 de julho de 2013.

IBGE – **Instituto brasileiro de Geografia e Estatística.** Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=292740>> Acesso em 05 de julho de 2013

## **Anexos**

## ANEXO A: Planilha de coleta de dados

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
1											
2	Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está cadastrado no Programa HIPERDIA?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?
3	Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
694		691		0							
695		692		0							
696		693		0							
697		694		0							
698		695		0							
699		696		0							
700		697		0							
701		698		0							
702		699		0							
703		700		0							
704	Soma automática				108	38	37	74	14	33	23
705	HIPERTENSOS				108		37	71	14	32	22
706	DIABÉTICOS					38	14	27	8	8	6

Planilha de coleta de dados - Aba da planilha de coleta de dados com as informações a serem colhidas mensalmente (colunas A a K).

	A	B	C	L	M	N	O	P	Q	R	S
1											
2	Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente realizou avaliação odontológica?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?
3	Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
694		691		0							
695		692		0							
696		693		0							
697		694		0							
698		695		0							
699		696		0							
700		697		0							
701		698		0							
702		699		0							
703		700		0							
704	Soma automática				110	91	23	13	0	112	112
705	HIPERTENSOS				106	87	23	13	0	108	108
706	DIABÉTICOS				36	35	8	4	0	38	38

Planilha de coleta de dados - Aba da planilha de coleta de dados com as informações a serem colhidas mensalmente (colunas L a S).

**ANEXO B: 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

