

PROMOÇÃO DA ADESÃO AO PROGRAMA HIPERDIA EM UNIDADE DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA EM MUNICÍPIO DO NORDESTE BRASILEIRO

PROMOTION OF ADHESION TO THE HYPERDIA PROGRAM IN UNIT OF THE FAMILY HEALTH PROGRAM IN A NORTHEAST BRAZILIAN MUNICIPALITY

CAROLINA BEZERRA VALADARES^{1*}, FRANCISCA MIRIANE DE ARAÚJO BATISTA², LIS CARDOSO MARINHO MEDEIROS³

1. Especialista em Saúde da Família e Comunidade pela Universidade Federal do Piauí; Enfermeira especialista; 2. Tutora da Especialização em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal do Piauí, mestra em Engenharia Biomédica pela Universidade do Vale do Paraíba; Biomédica mestra; 3. Coordenação da UNASUS-PI do Curso de Especialização em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal do Piauí; doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Enfermeira e Odontóloga.

* Universidade Federal do Piauí. Centro de Ciências da Saúde. Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Educação Permanente para o SUS (NUEPES). Universidade Aberta do SUS. Coordenação de Pós-Graduação em Saúde da Família e Comunidade. Campus Ministro Petrônio Portela, S/N, Ininga, Teresina, Piauí, Brasil. carolina.cbv@gmail.com

Recebido em 05/04/2020. Aceito para publicação em 12/05/2020

RESUMO

As DCNT (Doenças Crônicas Não-Transmissíveis) representam a maior carga de morbimortalidade no mundo e são responsáveis por 63% das mortes, com destaque para a HAS e o DM. Esse trabalho objetivou intervir na atenção aos usuários portadores de HAS e/ou DM de uma UBS do município de Elesbão Veloso-PI. Foi realizado o diagnóstico situacional de saúde desse território, seguido pela construção de um plano estratégico-situacional. A partir do uso dessas ferramentas, foi possível identificar a falta de acompanhamento regular de hipertensos e diabéticos como principal nó crítico existente na comunidade. Verificou-se como principais situações problemas a inexistência de diagnóstico situacional acerca da saúde dos usuários cadastrados na UBS; a ausência de condutas clínicas sistematizadas para o atendimento da população; o estilo de vida não saudável dos usuários; a interrupção do tratamento e o uso inadequado da medicação. A compreensão da atenção primária como elemento central e estruturador da rede de atenção à saúde é primordial para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e desenvolvimento de uma região. A realização do plano estratégico-situacional em saúde permitiu a construção e implementação de um plano de intervenções adequado à realidade e demanda locais.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção primária à saúde, hipertensão, diabetes mellitus.

ABSTRACT

Chronic non-communicable diseases represent the highest burden of morbidity and mortality in the world and are responsible for 63% of deaths, with emphasis on hypertension blood pressure and diabetes. This study aimed to intervene in the care of users with hypertension blood pressure and/or diabetes in a hypertension blood pressure in the municipality of Elesbão Veloso - PI. The situational health diagnosis of that territory was carried out, followed by the construction of a strategic-situational plan. Using these tools, it was possible to identify the lack of regular monitoring of hypertensive and

diabetic patients as the main critical node in the community. The main problem situations were the lack of a situational diagnosis about the health of users registered at basic health unit; the absence of systematic clinical conducts to serve the population; users' unhealthy lifestyle; interruption of treatment and inappropriate use of medication. The understanding of primary care as a central and structuring element of the health care network is essential for improving the quality of life of individuals and the development of a region. The realization of the strategic-situational health plan allowed the construction and implementation of an intervention plan appropriate to the local reality and demand.

KEYWORDS: Primary health care, hypertension, diabetes mellitus.

1. INTRODUÇÃO

O município de Elesbão Veloso-PI localiza-se na região do médio Parnaíba, a 165 km de Teresina. De acordo com o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2019)¹ de 2010, a cidade possui uma população de 14.512 habitantes e possui economia voltada à caprinocultura. A população do município é constituída por 50,7% de pessoas do sexo feminino e 49,3% do sexo masculino e está concentrada na faixa etária de 30 a 39 anos. Cerca de 73% dos domicílios particulares permanentes estão situados na zona urbana e 27% na zona rural e 53,6% das residências apresentam esgotamento sanitário adequado. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é de 0,508 e é considerado baixo pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD); esse índice avalia três dimensões principais – longevidade, educação e renda – e é adaptado à realidade dos municípios brasileiros.

Conforme dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Brasil, 2019)², existem 19 estabelecimentos de saúde que atendem pelo Sistema único de Saúde (SUS) no município, sendo 1

estabelecimento administrado pela gestão estadual, 17 administrados pela gestão municipal e 1 unidade de caráter privado. Elesbão Veloso conta com 1 hospital estadual que presta assistência de média complexidade, 1 estabelecimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), 1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) nível I, 10 Unidade Básica de Saúde (UBS) (5 na zona urbana e 5 na zona rural), 2 academias de saúde, 1 Centro de Especialidade Odontológicas (CEO) e 1 centro de fisioterapia que dividem a mesma estrutura física.

A UBS Benedito Portela Leal situa-se no Bairro Matias, precisamente no Conjunto Residencial Biriquinha Coimbra, região periférica da zona urbana de Elesbão Veloso, a qual concentra bolsões de miséria e pontos de venda e consumo de drogas ilícitas. A unidade possui apenas uma equipe Estratégia Saúde da Família (ESF) e Equipe de Saúde Bucal (ESB), compostas por 1 médico, 1 enfermeira, 1 técnica de enfermagem, 1 dentista, 1 auxiliar de dentista e 4 agentes comunitários de saúde (ACS). A UBS possui como população adstrita os usuários dos bairros Matias e Matadouro, perfazendo um total de 2150 usuários.

A portaria nº 2436 de 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017)³ – que aprova a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) e estabelece a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica (AB) no âmbito do SUS – estabelece que a AB deve ser estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde (RAS), constituída de equipe multidisciplinar que cubra toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo as necessidades de saúde das pessoas do seu território. A PNAB considera ainda, que as RAS são arranjos organizacionais constituídos por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e objetivos, integrados de modo complementar e com base territorial.

Os principais obstáculos ao funcionamento adequado da RAS no referido município são: a desvalorização da AB; a oferta de serviços de saúde em desacordo com as demandas da população; a insuficiência de recursos financeiros e sua aplicação ineficiente; e a apatia dos profissionais em relação à situação de saúde do município.

Visando a compreensão mais complexa da situação de saúde da área de abrangência da UBS, bem como a criação de estratégias efetivas para a melhora da realidade local, foi realizado um Diagnóstico Situacional de Saúde desse território, seguido pela construção de um Plano Estratégico Situacional. A partir do uso dessas ferramentas, foi possível identificar a falta de acompanhamento regular de hipertensos e diabéticos como principal nó crítico existente na comunidade.

Esse trabalho teve como objetivo geral intervir na atenção aos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus cadastrados na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Benoni Portela Leal; e como objetivos específicos: ampliar a cobertura à hipertensos e diabéticos da área de

abrangência da Unidade Básica de Saúde Benoni Portela Leal; aumentar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa; melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na Unidade Básica de Saúde; mapear hipertensos e/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular; realizar ações de promoção à saúde e prevenção de doenças com foco na Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus

Revisão de literatura

Carga das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) – Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica

As DCNT representam a maior carga de morbimortalidade no mundo e são responsáveis por 63% das mortes no mundo. Esse grupo inclui as doenças cardiovasculares, diabetes, neoplasias e doenças respiratórias crônicas, acarretando perda de qualidade de vida, limitações e incapacidades. A Organização Mundial de Saúde (OMS), segundo Malta *et al* (2019)⁴ estimou um total de 38 milhões de mortes por DCNT em 2012, o que equivale a 70% de todas as mortes no mundo. No Brasil, as DCNT constituem 72% das causas de morte. Dentre as estratégias políticas para o controle das DCNT, destaca-se o Plano Global de Ação para a Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis, elaborado pela OMS, e o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil, 2011–2022, elaborado pelo Ministério da Saúde.

De acordo com Lima *et al* (2019)⁵ Entre as quatro principais DCNT no ano de 2012, as doenças cardiovasculares ocasionaram 17,5 milhões de mortes, seguidas pelas neoplasias com 8,2 milhões, as doenças respiratórias crônicas com 4 milhões e o Diabetes Mellitus (DM) com 1,5 milhão. Além disso, 16 milhões (42%) das mortes por DCNT foram prematuras e evitáveis. Dentre esse conjunto de doenças, destaca-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o DM.

Conforme dados da pesquisa Vigitel, promovida pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2019)⁶, 24,7% da população que das capitais brasileiras vive com hipertensão e a parcela da sociedade mais afetada é formada por idosos. De acordo com o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), em 2017, o Brasil registrou 141.878 mortes devido a hipertensão ou a causas associadas à essa doença. Esses números representam um total de 388,7 vítimas fatais diárias da doença ou 16,2 óbitos por hora. Um percentual significativo dessas mortes é evitável e 37% ocorrem de modo precoce, ou seja, em pessoas com menos de 70 anos de idade.

Segundo Brasil (2013)⁷, HAS é uma condição crônica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados da pressão exercida pelo sangue nas paredes das artérias (pressão arterial $\geq 140 \times 90$ mmHg). Essa doença relaciona-se, frequentemente, a alterações funcionais de estruturas como coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos e a alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e

não fatais. A HAS consiste em um dos problemas de saúde pública mais importante do mundo, apresentando uma alta prevalência no Brasil.

Há um maior risco de desenvolvimento de HAS em pessoas de cor negra, sua prevalência aumenta com a idade, e é um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares e cerebrovasculares. O Ministério da Saúde (Brasil, 2013)⁷ estabelece que, todos os usuários maiores de 18 anos, ao comparecer à UBS, devem ter Pressão Arterial (PA) verificada e registrada. Desse modo, é possível realizar o rastreamento e a busca ativa de possíveis alterações pressóricas, visando intervenções adequadas e em tempo hábil. Além da identificação de alterações na PA, o acompanhamento efetivo prestado pela equipe ESF é fundamental para prevenir complicações cardiovasculares decorrentes da hipertensão, como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Encefálico (AVE), agravos renais, dentre outros desfechos.

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia-SBC (2016)⁸, é necessário que a primeira verificação da PA seja realizada em ambos os braços e na presença de divergência entre os valores obtidos, é levada em consideração a medida de maior valor. Nas aferições posteriores a SBC preconiza que deve ser escolhido o braço que apresentou o valor mais elevado da primeira vez. O diagnóstico de HAS é realizado quando há média aritmética da PA maior ou igual a 140/90 mmHg, verificada em pelo menos três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas. Após o diagnóstico, o usuário deve receber acompanhamento por toda a vida, tendo em vista que a HAS é uma condição crônica.

A coexistência de HAS, tolerância à glicose diminuída e/ou DM corrobora as evidências científicas que apontam a relação entre essas condições clínicas, as quais frequentemente se desenvolvem juntas e, por vezes, pelas mesmas vias metabólicas, conforme estudo de Santiago *et al.* (2019)⁹.

A HAS pode estar associada a fatores genéticos, que possuem papel fundamental na gênese da hipertensão; fatores ambientais, que podem potencializar ou determinar os níveis pressóricos; e fatores vasculares, promovendo o aumento da pressão arterial quando há presença de alterações no débito cardíaco ou na resistência vascular periférica. Conforme Silva *et al.* (2019)¹⁰, para o rastreamento dos clientes com suspeita de HAS é necessário realizar uma anamnese detalhada durante as consultas, investigando a existência de histórico familiar de HAS, obesidade, ingestão excessiva de sódio, tabagismo e abuso de álcool.

A HAS também está associada a várias complicações, das quais se destacam o infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, insuficiência cardíaca, doença renal crônica, doença arterial periférica e doença arterial coronariana, o que provoca redução severa da qualidade de vida do indivíduo. As complicações relacionadas à HAS apresentam elevados índices de morbimortalidade, ressaltando-se o acidente

vascular encefálico e o infarto agudo do miocárdio como causa de 54% e 47% desses óbitos, conforme afirma Silva *et al.* (2019)¹⁰.

Conforme dados da pesquisa Vigitel (Brasil, 2019)⁶, 7,7% da população que das capitais brasileiras é diabética, sendo essa frequência maior entre as mulheres (8,1%) do que entre os homens (7,1%). Em ambos os sexos, a frequência dessa condição aumentou intensamente com a idade e diminuiu com o aumento da escolaridade. No mundo, o quantitativo de pessoas com DM aumentou de 108 milhões em 1980 para 422 milhões em 2014. Em 2015, cerca de cinco milhões de pessoas de 20 a 79 anos morreram por DM, o que supera a soma de mortes por doenças infecciosas em 2013 – 1,5 milhão de óbitos por HIV/Aids, 1,5 milhão por tuberculose e 0,6 milhão por malária. No Brasil, no período de 1980 a 2012, 955.455 pessoas a partir de 20 anos morreram por DM. Segundo Lima *et al.* (2019)⁵, ao considerar o DM como a causa subjacente ou associada de óbito, o número de mortes aumentaria para 1.076.434, traduzindo a magnitude dessa doença para a população e para o sistema de saúde.

Até o ano de 2017 estimava-se que 425 milhões de pessoas no mundo possuíam DM e, nesse cenário, o Brasil ocupava a quarta posição no ranking dos dez países com maior quantidade de casos da doença – o que representa cerca de 12,5 milhões de pessoas vivendo com DM, sendo essa uma das cinco principais causas de óbito no país, de acordo com Moura *et al.* (2019)¹¹.

Como afirma Tonetto *et al.* (2019)¹², o quadro crônico de hiperglicemia característico do indivíduo com DM está associado a complicações similares às das pessoas acometidas pela HAS, como o acidente vascular encefálico, a doença cardiovascular, a insuficiência renal e, ademais, prejuízos ao processo de cicatrização de feridas – o que associado à idade avançada, impacta significativamente sobre a qualidade de vida do sujeito.

Quanto ao rastreamento do DM em adultos assintomáticos, a Associação Americana de Diabetes (Brasil, 2013)¹³ preconiza que deve ser realizada glicemia de jejum em indivíduos com Índice de Massa Corporal (IMC) > 25 Kg/m² associado a um fator de risco – como histórico familiar em primeiro grau, HAS, síndrome dos ovários policísticos, doença cardiovascular, inatividade física, dislipidemia, histórico de diabetes gestacional e alterações glicêmicas – ou em pessoas com idade a partir de 45 anos ou ainda classificadas com risco cardiovascular moderado.

O diagnóstico de diabetes ocorre por meio da averiguação de hiperglicemia. São realizados quatro tipos de exames que podem ser utilizados no diagnóstico do DM: glicemia casual, glicemia de jejum, teste de tolerância à glicose com sobrecarga de 75 g em duas horas e hemoglobina glicada. Após o estabelecimento do diagnóstico, é necessário que os profissionais médico e enfermeiro – mais estreitamente relacionados a esse processo – classifiquem o tipo de diabetes, o estágio glicêmico e construam um plano

terapêutico para o paciente.

Papel da ESF no cuidado das DCNT

No que se relaciona ao fortalecimento das ações de promoção e prevenção em saúde no campo das DCNT, é incontestável o papel fundamental que a Atenção Primária em Saúde (APS) desempenha nesse processo, sobretudo a ESF, tendo em vista que as práticas na ESF se orientam pela interdisciplinaridade, planejamento e execução de intervenções voltadas às demandas reais da comunidade, foco na educação em saúde – procurando diminuir a prevalência de fatores de risco – e ordenação da RAS. Segundo Jardim e Navarro (2017)¹⁴, é competência das equipes ESF realizar o diagnóstico situacional de saúde da população adstrita em seu território, bem como construir e implementar planos de ações estratégicas-situacionais personalizados conforme a realidade local.

O plano de cuidados deve ser traçado em conjunto com o usuário durante a consulta de avaliação inicial, de competência do enfermeiro, em que deve ser investigado o histórico de saúde do indivíduo, o contexto social e econômico em que ele está inserido, seu grau de escolaridade, seus potenciais e dificuldades para o autocuidado; bem como a realização da estratificação de risco cardiovascular, orientações quanto à mudanças no estilo de vida e início do processo de educação em saúde, que deverá ser contínuo durante todo o acompanhamento realizado pela equipe de saúde, conforme preconiza Brasil (2013)⁷.

O controle da HAS e do DM predispõe alterações dos hábitos de vida das pessoas diagnosticadas; assim, é essencial a adoção de uma rotina alimentar saudável, prática regular de atividade física e abandono do álcool e cigarro. Essas mudanças atuam prevenindo a ocorrência de agravos decorrentes da elevação de níveis pressóricos e glicêmicos. Ressalta-se que a mudança do estilo de vida não deve ser incentivada apenas aos portadores de HAS, DM ou outras DCNT, mas é fundamental esclarecer a população geral, assintomática, acerca dos benefícios da adoção de hábitos saudáveis, tais como a redução dos fatores de risco para doenças cardiovasculares e neoplasias.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo plano de intervenção, em que foi realizado um planejamento estratégico-situacional (PES) para garantir uma organização eficaz das ações em saúde. Idealizador do PES, Carlos Matus (2016)¹⁵ definiu o planejamento como um processo dinâmico e ininterrupto que antecede e coordena a ação, e que envolve aprendizagem-correção-aprendizagem. O PES consiste em um método de planejamento em que ação, situação e ator social formam um todo complexo, focado em problemas e em operações que deverão ser efetuadas para saná-los.

Segundo Lacerda et al. (2016)¹⁶, a postura estratégica-situacional considera a realidade em um nível alto de complexidade, admitindo o sujeito como parte do todo social, em que não existe apenas um

diagnóstico da realidade – cada grupo social, de acordo com suas peculiaridades, possui seu próprio diagnóstico. Nessa ótica, o comportamento dos sujeitos não é simplificado a respostas previsíveis e os sujeitos são atores dos processos e relações sociais.

O local de realização do trabalho foi a UBS Benoni Portela Leal e sua comunidade adstrita, situadas no município de Elesbão Veloso – PI. Após o levantamento dos problemas existentes no território, estabeleceu-se como principal nó crítico a baixa adesão dos usuários ao programa HIPERDIA. Esse problema foi escolhido como foco do plano de intervenção devido à sua magnitude, transcendência, vulnerabilidade, urgência e factibilidade.

Para a construção do referencial teórico que fundamentou o presente trabalho foram realizadas pesquisas nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), PubMed, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Google Acadêmico, além de coleta de dados estatísticos e registros acerca dos usuários por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sala de Apoio a Gestão Estratégica do SUS (SAGE), boletins de produção ambulatorial e livros de registros da unidade.

A elaboração e execução do plano operativo teve início em junho de 2019 e término em dezembro de 2019. As intervenções foram realizadas em conjunto com os demais profissionais da equipe ESF, objetivando um maior alcance da comunidade, por meio de abordagens individuais e coletivas.

3. RESULTADOS

De acordo com os registros da população da área de abrangência da UBS Benoni Portela Leal, observou-se que os principais problemas são: pacientes hipertensos com dificuldade de controle dos níveis pressóricos; pacientes diabéticos com dificuldade de controle glicêmico; baixo nível de acompanhamento e adesão dos usuários ao programa HIPERDIA.

Quanto às causas dos problemas verificados, classificam-se em dois tipos:

Causas relacionadas ao processo de trabalho da ESF:

- Falta de protocolos clínicos que norteiem as ações realizadas pela ESF no município;
- Horário de funcionamento que não contempla a necessidade da população;
- UBS com localização de difícil acesso.

Causas relacionadas aos usuários:

- Baixa adesão da população às ações propostas pela equipe;
- Estilo de vida não saudável;
- Descontinuidade do esquema terapêutico e irregularidade do tratamento farmacológico;
- Baixo nível de instrução de alguns usuários.

No que se relaciona aos objetos críticos, os principais pontos em que é possível realizar

intervenções e que impactarão na situação atual da comunidade são:

- Inexistência de diagnóstico situacional acerca da saúde dos usuários cadastrados na UBS;
- Ausência de condutas clínicas sistematizadas para o atendimento da população;
- Estilo de vida não saudável dos usuários;
- Interrupção do tratamento e uso inadequado da medicação pelos usuários.

No que concerne às ações/estratégias e objetivos, consistem nas intervenções a serem realizadas para enfrentar os problemas diagnosticados. Nessa etapa, segundo Faria, Werneck e Santos (2009)¹⁷, são identificadas as situações esperadas para cada objetivo estabelecido, bem como os recursos necessários à execução dessas atividades.

Foi realizada capacitação, promovida pela secretaria municipal de saúde, de toda a equipe ESF para atuação na assistência da população hipertensa e diabética; a presença dos profissionais foi registrada por meio de frequência assinada no momento do evento. Os próximos encontros para educação continuada devem ocorrer com frequência semestral e têm como objetivo aumentar a qualidade do atendimento e a resolutividade do serviço.

A criação do grupo de apoio aos hipertensos e diabéticos ocorreu após reunião de equipe e coleta de opinião dos próprios usuários sobre a questão, os quais demonstraram interesse e confirmaram a necessidade dessa ferramenta para aumentar a adesão da comunidade ao tratamento. As reuniões do grupo e agenda das demais atividades coletivas voltadas ao

Tabela 1. Desenho das ações realizadas para modificar as situações problema presentes na área da UBS Benoni Portela Leal. Elesbão Veloso-PI, 2019.

Situação Problema	Objetivos	Metas/Prazos	Ações/Estratégias	Responsáveis
Inexistência de diagnóstico situacional da comunidade	Maior conhecimento do perfil da população vinculada à ESF	Julho/2019 a agosto/2019	<u>Cognitivo</u> : Busca de informações dos usuários em prontuários e visitas domiciliares	Equipe ESF
	Planejamento das ações desenvolvidas		<u>Organizacional</u> : Reuniões mensais com atualização dos dados pelos ACS	
	Maior qualificação do atendimento ao paciente			
Ausência de condutas clínicas sistematizadas para o atendimento da população	Melhor abordagem clínica dos pacientes	Julho/2019 a novembro/2019	<u>Cognitivo</u> : Elaboração de protocolos municipais para nortear a abordagem do paciente	Equipe ESF e Secretaria Municipal de Saúde
	Aumento da eficácia das consultas e medidas terapêuticas escolhidas		<u>Organizacional</u> : Realizar capacitações periódicas com a equipe ESF	
Estilo de vida não saudável dos usuários	Mudanças de estilo de vida dos usuários	Julho/2019 a dezembro/2019	<u>Político</u> : mobilização da rede de apoio da UBS e realização de atividades conjuntas (NASF, Academias de saúde)	Equipe ESF e RAS
			<u>Financeiro</u> : aquisição de folhetos educativos	
Interrupção do tratamento e uso inadequado da medicação pelos usuários	Melhorar adesão ao tratamento	Julho/2019 a novembro/2019	<u>Organizacional</u> : Organização de grupos de apoio aos pacientes	Equipe ESF e RAS
	Fortalecer vínculo com a ESF		<u>Político</u> : mobilização da rede de apoio da UBS e realização de atividades conjuntas (NASF, Academias de saúde)	
	Redução de complicações devido ao tratamento inadequado			

Fonte: Elaborada pela autora, 2019.

Para o acompanhamento e gestão do plano operativo, foram realizados encontros mensais com os ACS para verificar a existência de novos usuários, realização de cadastros por meio da ficha de cadastro domiciliar do e-SUS e consolidação dos dados em planilhas com o objetivo de manter atualizadas as informações acerca do perfil da comunidade adstrita. A estratificação de risco dos pacientes hipertensos e diabéticos foi realizada por meio do Escore de Framingham, que foi anexado aos prontuários de todos os usuários hipertensos e diabéticos da UBS. O comparecimento dos pacientes do programa HIPERDIA às consultas foi monitorado por meio de registros em livros com o agendamento, dados dos usuários e marcação de retorno.

programa HIPERDIA foram programadas por meio de reuniões mensais com a equipe ESF e foram escolhidos locais de ocupação e fácil acesso pela comunidade como clubes, bares e escolas; o monitoramento de tais atividades ocorreu pelo registro em fichas de atividade coletiva do e-SUS e livro de registro de atividades da própria UBS.

As ações propostas no plano operativo foram realizadas no período de julho a dezembro de 2019, mas tornaram-se parte da rotina da unidade e reuniões mensais serão realizadas com foco na avaliação das intervenções executadas, planejamento de novas estratégias e alteração da programação conforme a demanda real da população.

4. DISCUSSÃO

No que concerne à situação problema da inexistência de diagnóstico situacional da comunidade, de início

havia uma intensa desatualização dos cadastros dos usuários, pois o território de abrangência da UBS foi originalmente mal dividido entre os ACS, pela secretaria municipal de saúde. Outro fator que contribuía para intensificar o problema é o fato de que no município de Elesbão Veloso-PI a digitalização dos cadastros é realizada de modo centralizado, os digitadores da UBS apenas digitavam os dados no computador e enviavam os mesmos à secretaria municipal de saúde, para inserção na plataforma do SUS; com isso, havia uma grande quantidade de cadastros inconsistentes e a realização de novos cadastros ou simples alterações em cadastros já existentes consiste em processo lento e burocrático, pois há apenas um funcionário – trabalhando apenas um turno – responsável por digitalizar os cadastros de todo o município na plataforma do SUS.

A atualização dos cadastros da comunidade e o objetivo de cadastrar 100% da população hipertensa e diabética adstrita foi alcançado por meio de reuniões mensais com os ACS, onde foram revistos todos os cadastros já existentes e comparados com informações de prontuários e livros de registro acerca da condição de hipertensão e/ou diabetes dos pacientes; além disso, os novos cadastros, cadastros com necessidade de alteração, inconsistências e cadastros a serem excluídos foram separados e levados à secretaria por cada ACS, individualmente, em horário previamente agendado com o funcionário responsável pela digitalização dos mesmos. Foi solicitada à secretaria municipal de saúde uma nova divisão do território entre os ACS, visto que alguns agentes estavam sobrecarregados com a quantidade de domicílios, enquanto outros ficavam responsáveis por uma área muito menor, no entanto, a solicitação não foi atendida.

Com o cadastro de 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos da comunidade foi possível mapeá-los, realizar o diagnóstico situacional do território e ter o controle sobre o acompanhamento de saúde desses usuários. Embora o objetivo tenha sido alcançado, os problemas da intensa burocracia relacionada aos cadastros de usuários e a má divisão do território entre os ACS não foram resolvidos.

No que se relaciona ao problema da ausência de condutas clínicas sistematizadas para o atendimento da população, foi realizada reunião com a coordenadora da atenção básica e a secretária municipal de saúde para discutir a importância de protocolos clínicos municipais que orientem e respaldem as ações dos profissionais da ESF e solicitar a sua elaboração; foi construído protocolo de enfermagem na atenção básica, entretanto, os profissionais não participaram da elaboração e o protocolo não teve divulgação adequada no município. Na UBS, foi implantada a escala de Framingham como método de estratificação de risco dos hipertensos e diabéticos atendidos na unidade, a escala foi implantada com sucesso para 100% dos usuários atendidos; o que permitiu identificar os pacientes mais críticos, agendar os retornos de acordo com as necessidades dos pacientes e encaminhar oportunamente os usuários para a

assistência especializada.

Quanto aos objetivos de estabelecer uma rotina de trabalho voltadas às atividades coletivas de educação em saúde, realizar busca ativa dos pacientes faltosos às consultas e criar um grupo de apoio aos hipertensos e diabéticos, os mesmos foram alcançados. A criação do grupo de apoio aos hipertensos e diabéticos promoveu um maior vínculo entre a comunidade e a equipe ESF, e a programação de atividades de educação coletiva foi estabelecida por meio de reuniões mensais de equipe. A busca ativa dos pacientes faltosos às consultas também foi realizada por meio de telefonemas e visitas domiciliares, com o objetivo de garantir o acompanhamento regular da saúde da população hipertensa e diabética e prevenir complicações.

5. CONCLUSÃO

A compreensão da atenção primária como elemento central e estruturador das RAS é primordial para a melhoria da situação de saúde, qualidade de vida e desenvolvimento social de uma região. Entretanto, o modelo médico-curativo ainda não foi superado no Brasil; essa realidade tem consequências negativas para a população, visto que esse modelo tem como foco a doença e não o indivíduo, desconsidera a coletividade e não tem sido capaz de resolver inúmeros problemas de saúde, sobretudo nas regiões periféricas.

Dessa maneira, para garantir o funcionamento adequado da RAS, é essencial o entendimento da AB como eixo coordenador da rede. Nesse sentido, é perceptível a necessidade de um aumento no montante orçamentário destinado à atenção primária, mas também é fundamental que gestores e trabalhadores de saúde promovam o fortalecimento e a ampliação da participação social nas decisões em saúde, visto sua grande contribuição para a consolidação do Sistema Único de Saúde, e redefinição de seus objetivos econômicos e sanitários.

A realização do PES permitiu a construção e a implementação de um plano de intervenções adequado à realidade e demanda locais, mobilizou a equipe em torno do objetivo de melhoria da qualidade de vida dos usuários, fortaleceu o vínculo entre profissionais e usuários, aumentou a motivação da equipe ESF no cotidiano laboral e dos pacientes na adesão e seguimento dos esquemas terapêuticos. Percebeu-se intensa modificação no processo de trabalho da unidade após o início da construção do plano operativo, com adoção de atitudes mais conscientes e assertivas pela equipe ESF.

Verificou-se, com a realização rotineira de atividades coletivas de educação em saúde, o aumento gradativo do comparecimento dos usuários às consultas agendadas, a realização de exames de rotina, uma intensa ocupação das academias de saúde, grupos de dança e de caminhada pela comunidade adstrita à UBS Benoni Portela Leal, bem como uma melhoria associada ao uso racional da medicação e ao engajamento familiar no sentido de promover a adesão do paciente às condutas terapêuticas. Os resultados positivos obtidos a

partir da execução das intervenções propostas no plano operativo motivaram a equipe ESF e as ações integram atualmente a rotina da unidade.

REFERÊNCIAS

- [1] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. IBGE Cidades. [acesso 06 jun. 2019] Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pi/elesbao-veloso/panorama>.
- [2] Brasil. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. [acesso 01 dez. 2019] Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>.
- [3] Brasil. Ministério da Saúde. Portaria no. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 2017.
- [4] Malta DC, Andrade SCA, Oliveira TP *et al.* Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2019; 22(e190030).
- [5] Lima RAD, Istilli PT, Teixeira CRS *et al.* Diabetes mellitus mortality in a municipality in the state of São Paulo, 2010 to 2014. *Rev. Saúde Pública.* 2019; 53(24):1-9.
- [6] Brasil. Vigitel Brasil 2018 - vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018. Brasília: Ministério da Saúde. 2019.
- [7] Brasil. Caderno de Atenção Básica nº 37 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial. Brasília: Ministério da Saúde. 2013.
- [8] Sociedade Brasileira de Cardiologia – SBC. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol.* 2016; 107(3).
- [9] Santiago ERC, Diniz AS, Oliveira JS *et al.* Prevalência e Fatores Associados à Hipertensão Arterial Sistêmica em Adultos do Sertão de Pernambuco, Brasil. *Arq Bras Cardiol.* 2019; 113(4):687-95.
- [10] Silva A, Santos EA, Feitoza JEA *et al.* Estratégia de educação em saúde para a adesão de hipertensos à consulta de Enfermagem na Atenção Básica. *Revista Interfaces.* 2019; 7(1): 203-9.
- [11] Moura NS, Lopes BB, Teixeira JJD *et al.* Alfabetização em saúde e autocuidado em pessoas com diabetes mellitus tipo 2. *Ver Bras Enferm.* 2019; 72(3): 700-6.
- [12] Tonetto IFA, Baptista MHB, Gomides DS *et al.* Qualidade de vida das pessoas com diabetes mellitus. *Rev Esc Enferm USP.* 2019; 53(e03424).
- [13] Brasil. Caderno de Atenção Básica nº 36 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- [14] Jardim LV, Navarro D. Contribuição da ESF no controle de doenças crônicas não transmissíveis. *J Health Sci Inst* 2017; 35(2):122-6.
- [15] Matus, C. Política, planejamento e governo. Brasília: IPEA. 2016; 2(2).
- [16] Lacerda JT, Botelho LJ, Colussi CF. Planejamento na atenção básica. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.
- [17] Faria H, Werneck M, Santos, MA. Processo de trabalho em saúde. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.