



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

WEDJA MARIA DOS SANTOS GUSTAVO

**APROXIMAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE AOS USUÁRIOS COM
HIPERTENSÃO E DIABETES PARA FORTALECIMENTO DA ADESÃO AO
TRATAMENTO E AUTOCUIDADO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
DA ZONA RURAL DE CORURIBE**

MACEIÓ – ALAGOAS

2021

WEDJA MARIA DOS SANTOS GUSTAVO

**APROXIMAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE AOS USUÁRIOS COM
HIPERTENSÃO E DIABETES PARA FORTALECIMENTO DA ADESÃO AO
TRATAMENTO E AUTOCUIDADO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
DA ZONA RURAL DE CORURIBE**

**Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de
Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família,
Universidade Federal de Alagoas, para obtenção do Certificado
de Especialista.**

Orientador: Prof. João Araújo Barros Neto.

MACEIÓ – ALAGOAS

2021

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico
Bibliotecária: Taciana Sousa dos Santos – CRB-4 – 2062

G982a Gustavo, Wedja Maria dos Santos.

Aproximação do serviço de saúde aos usuários com hipertensão e diabetes para fortalecimento da adesão ao tratamento e autocuidado em uma unidade de saúde da família da zona rural de Coruripe / Wedja Maria dos Santos. - 2022.

32 f. : il. color.

Orientador: João Araújo Barros Neto.

Monografia (Especialização Multiprofissional em Gestão do Cuidado em Saúde da Família) – Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem. Maceió, 2021.

Bibliografia: f. 28-29.

Anexos: f. 30-32.

1. Estratégia Saúde da Família (Brasil). 2. Saúde itinerante. 3. Hipertensão arterial sistêmica. 4. Diabetes mellitus. I. Título.

CDU: 616-084

WEDJA MARIA DOS SANTOS GUSTAVO

**APROXIMAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE AOS USUÁRIOS COM
HIPERTENSÃO E DIABETES PARA FORTALECIMENTO DA ADESÃO AO
TRATAMENTO E AUTOCUIDADO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
DA ZONA RURAL DE CORURIBE**

Banca Examinadora

Prof. Dr. João Araújo Barros Neto

Prof. Dr^a Ana Carolina Santana Vieira

Aprovado em Maceió-Al em: 29 / 03 / 22.

DEDICO ESTE TRABALHO:

À comunidade do Vale de Coruripe José Souza Nascimento, que me acolheu, à equipe e, principalmente, à Enfermeira Dalila, que partilhou comigo o dia a dia do trabalho na comunidade. Aos meus pais e à colega Mariane Sales pelas cobranças na realização das atividades do cronograma.

AGRADEÇO

À toda equipe responsável pelo Curso participação,
por todo empenho. À Coordenação da Atenção
Básica do meu município, pelo apoio.

No final de nossas vidas não seremos julgados pelos muitos diplomas que recebemos, por quanto dinheiro ganhamos ou por quantas grandes coisas realizamos. Seremos julgados pelo "Eu tive fome e você me deu de comer. Estava nu e você me vestiu. Eu não tinha casa e você me abrigou".

Madre Teresa de Calcutá

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo propor a reorganização da atenção ofertada à população residente em áreas rurais de difícil acesso, assim como, facilitar a construção de vínculos entre profissionais de saúde e comunidade assistida, por meio de atendimento itinerante, no qual a equipe sai da unidade de saúde e se desloca para as áreas de difícil acesso. A principal fonte de pesquisa foi um diagnóstico realizado em 2020 por profissionais da Secretaria Municipal de Coruripe. Esta pesquisa facilitou na busca de dados da comunidade, equipe e da Unidade de Saúde da Família Vale de Coruripe.

Palavras chave: Estratégia Saúde da família, diabetes mellitus, hipertensão arterial.

ABSTRACT

The present study aims to propose the reorganization of the care offered to the population residing in rural areas with difficult access, as well as to facilitate the construction of bonds between health professionals and the assisted community, through itinerant care, in which the team leaves the health unit and moves to areas of difficult access.

The main source of research was a diagnosis carried out in 2020 by professionals from the Municipal Department of Coruripe. This research facilitated the search for data from the community, the team and the Vale de Coruripe Family Health Unit.

Key words: Family Health Strategy, Diabetes Mellitus, Arterial Hypertension.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CNS – Cartão Nacional do Sus

CONISUL - Consórcio Intermunicipal o Sul do Estado de Alagoas

COVID – 19 – Coronavírus Disease 2019 (Doença do Coronavírus)

CDT – Centro de Diagnose e Terapia

DIA – Diabetes

DCNT – Doenças crônicas não transmissíveis

ESF – Estratégia Saúde da Família

E-SUS AB – Estratégia de informatização da Atenção Básica

HAS – Hipertensão Arterial

NASF – Núcleo Ampliado de Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.	12
1.1. ASPECTOS DO MUNICÍPIO.	12
1.2. ASPECTOS DA COMUNIDADE	12
1.3. O SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE	12
1.4. A UNIDADE DE SAÚDE VALE DE CORURIBE JOSÉ SOUZA NASCIMENTO	13
1.5. A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA UNIDADE VALE DE CORURIBE JOSÉ SOUZA NASCIMENTO	13
1.6 O FUNCIONAMENTO DA UNIDADE DE SAÚDE DA EQUIPE VALE DE CORURIBE SOUZA NASCIMENTO	14
1.7 O DIA A DIA DA EQUIPE DE SAÚDE VALE DE CORURIBE JOSÉ SOUZA NASCIMENTO	14
1.8 ESTIMATIVA RÁPIDA: PROBLEMAS DE SAÚDE DO TERRITÓRIO E DA COMUNIDADE.	15
1.9 PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS – A PRIORIZAÇÃO DO PROBLEMA PARA PLANO DE INTERVENÇÃO	16
2. JUSTIFICATIVA	17
3. OBJETIVOS	18
3.1. OBJETIVOGERAL	18
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
4. METODOLOGIA	19
5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	19
5.1 HIPERTENSÃO E DIABETES MELLITUS	19
5.2 O CONTROLE DE DOENÇAS CRÔNICAS NA PANDEMIA DO COVID-19	21
6. PLANO DE INTERVENÇÃO	21
6.1 DESCRIÇÃO DO PROBLEMA SELECIONADO	22

6.2 EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA	22
6.3. SELEÇÃO DOS NÓS CRÍTICOS	23
6.4 DESENHO DAS OPERAÇÕES	23
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
8. REFERÊNCIAS	26
ANEXO	28

1. INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Com população estimada em 57.294 habitantes, Coruripe é o maior município do Estado de Alagoas em extensão territorial (897,800 km²), fica a 90km da capital Maceió e em seu território passa a AL 101, sendo acesso para outros municípios como Feliz Deserto, Piaçabuçu e Penedo. Município com extensa área rural e muitos povoados com praias. A cidade vive da agricultura (cana-de-açúcar), tendo 02 (duas) indústrias (Usina Coruripe e Usina Pindorama) que geram muitos empregos, e da pesca.

1.2 Aspectos da comunidade

A comunidade do Vale de Coruripe é de área 100% rural. Lá existe 01 (uma) igreja católica, 02 (duas) igrejas evangélicas, 01 (uma) escola municipal e 01 (uma) Associação dos Moradores e a atividade econômica predominante na área em questão é o trabalho rural. Nesta Associação, existe uma integrante bem ativa que sempre reivindica a favor da população. Na mesma comunidade, existe 01 (uma) Casa de Farinha de uso comunitário, onde muitas pessoas produzem farinha e outros derivados da Macaxeira (raiz bastante cultivada na comunidade e em todo o município) para vender no mercado público da cidade aos sábados, ajudando na geração de renda de muitas famílias.

1.3 O sistema municipal de saúde

O Sistema Municipal de Saúde de Coruripe funciona de forma integrada e em rede (baixa, média e alta complexidade). A assistência da baixa complexidade fica por conta de 17 (dezessete) unidades de saúde família, e algumas têm extensões, mas com médico, enfermeiro e dentista se dividindo entre sede e extensão. Algumas unidades possuem difícil acesso, como a do Vale de Coruripe José Souza Nascimento. As unidades de Saúde da Família são porta de entrada no Sistema de Saúde do município.

No município, existe 01 (uma) UPA (Unidade de Pronto Atendimento) e 01 (uma) Unidade particular vinculada ao SUS (Conisul) para consultas, exames de média e alta complexidade, internações e cirurgias e serve de apoio para outros municípios.

1.4 A Unidade de Saúde da Família Vale de Coruripe José de Sousa Nascimento.

A Unidade de Saúde da Família Vale de Coruripe fica situada no bairro chamado Areias, Romeiro e fazendas próximo da Rodovia AL 101 Sul. A USF não fica muito distante do Centro da cidade e a maior parte da estrada não é pavimentada, mas o prédio é novo e foi inaugurado no ano passado (2021). Com 07 salas, recepção e estacionamento, o prédio é próprio da Prefeitura e está equipado com todo o aparato necessário. Os Agentes comunitários de Saúde possuem tablets, mas a maioria encontra-se quebrado, pois aderiram à tecnologia, mas a assistência técnica aos equipamentos deixa a desejar, e dessa forma, ainda recorrem aos formulários de papel ou um ACS empresta ao outro o tablet que está em condições de uso.

Os principais pontos de atenção primária à saúde do município são as unidades de saúde da família, que no total são 17 (dezessete), atendendo à toda população e realizando uma cobertura de praticamente 100%. Na atenção secundária, temos uma UPA TIPO 3 NOVA, que atende também outros municípios circunvizinhos e funciona para atender os serviços de urgência e emergência da região sem internamentos. E na terciária temos 01 hospital particular conveniado ao SUS (Hospital Carvalho Beltrão - HCB). Vale ressaltar que, desde a implantação da UPA 3 Nova, a mesma era administrada pelo Hospital Carvalho Beltrão. Porém, após a mudança do gestor municipal (últimas eleições).

Para diagnóstico e tratamento de média complexidade, temos o CDT Lima Castro que possui especialidades médicas como (psicólogo, dermatologista, psiquiatra, cardiologista, etc).

Para os usuários que fazem tratamento em Maceió, a Secretaria de Saúde Municipal dispõe de transporte que realiza viagens mediante cronograma; o prontuário eletrônico já está sendo usado, mas as equipes ainda estão se adaptando; os usuários são identificados pelo CNS (Cartão Nacional do SUS) e o usuário pode adquirir na própria USF.

1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Vale de Coruripe José de Souza Nascimento

A Unidade de Saúde da Família Vale de Coruripe possui em seu quadro funcionários contratados e efetivos, que são:

- 01 Administrador;
- 01 Recepcionista;
- 01 Médica;
- 01 Enfermeira;
- 01 Dentista;
- 01 ASB (Auxiliar de Saúde Bucal);
- 01 Técnicas de Enfermagem;
- 04 Agentes Comunitários de Saúde;
- 01 Auxiliares de Serviços Gerais;
- 02 Motoristas de Ambulância;
- 02 Vigias Noturnos.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Família Vale de Coruripe José Souza

Nascimento

O horário de funcionamento é de 8h às 17h, mas muitos profissionais chegam um pouco mais tarde e saem um pouco mais cedo, pois são de Maceió (capital) e usam o ônibus da saúde que retorna à capital às 16:30h. Quando os profissionais chegam no município às 8h de ônibus contratado pela Secretaria de Saúde, um transporte de menor porte leva os profissionais à USF, que fica em Areias. Os ACS vão por conta própria para a USF (usam transporte próprio ou pegam carona).

O planejamento das ações é realizado mensalmente em duas reuniões: primeiramente, ocorre uma reunião entre os integrantes da equipe sem a presença da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), e posteriormente, existe a reunião com a equipe do Nasf. Usam este momento para planejar ações do calendário da Saúde, assim também, para alinhar processos de trabalho, fazer discussão de casos e compartilhar demandas.

1.7 O dia a dia da Equipe de Saúde Vale de Coruripe José Souza Nascimento.

O acolhimento ao usuário que chega na Unidade de Saúde Vale de Coruripe é realizado, geralmente, pela recepcionista e deve-se apresentar o Cartão SUS, caso necessite de atendimento. A demanda é programada e os ACS (Agentes Comunitários de Saúde) tem a incumbência de fazer os agendamentos (hipertensos e diabéticos, gestantes, criança). A demanda espontânea ocorre apenas em casos de urgência (febre e diarreia), mas na maioria das vezes, esse atendimento de urgência é negligenciado e são encaminhados à UPA.

Não sendo uma prática corriqueira, mas acontecem conversas em sala de espera antes dos atendimentos, e esta prática, comumente, é realizada pela enfermeira, médico, dentista e/ou profissionais do Nasf (1x/semana).

O Nasf consegue juntar usuárias mulheres para atividades físicas e grupos, e esses momentos acontecem num espaço (galpão) próximo à USF. E como já citado anteriormente, existe uma dificuldade de acesso à USF por muitos moradores que moram em sítios e fazendas.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade.

Mediante levantamento de dados sobre a saúde da população adstrita da Unidade de Saúde Vale de Coruripe, encontramos grande quantidade de pessoas com hipertensão, diabetes e obesidade e sabemos que esses problemas estão interligados. Identificamos que a atenção dada a estes usuários necessita de ações que aproximem mais esses usuários da Unidade de Saúde, com grupos de usuários, por exemplo. De modo que eles não apenas procurem a Unidade para atualizar receitas e/ou pegar nova medicação.

A dificuldade de acesso à Unidade de Saúde é uma barreira, já que no território existem famílias que moram em sítio e fazendas que não são próximas e muitos não tem transporte para o traslado.

Em relação a recursos materiais, os tablets dos ACS's encontram-se quebrados ou com dificuldade para uso. Fazendo com que os dados do E-SUS não sejam atualizados com celeridade.

A atenção domiciliar também deixa a desejar, justamente pela organização territorial. Ao passo que um técnico saindo pra visitar um domicílio, deixa de atender uma grande quantidade de pacientes na USF, pois existe apenas 01 (um) carro para as visitas.

Os usuários da comunidade reclamam da demora para a marcação de exames e recebimento dos resultados. Ao passo que se demora para a realização dos exames, existe um atraso no diagnóstico de doenças, assim também como pode ocorrer agravamento do mesmo.

E pacientes que necessitam usar o serviço de reabilitação sofrem nas filas de espera. Muitos chegam a procurar serviços particulares, já que o Nasf atende apenas os acamados e domiciliados uma vez por semana.

1.9 Priorização dos problemas – a priorização do problema para plano de intervenção

Usaremos o método de priorização de problemas para a escolha do problema a ser trabalhado neste Trabalho de Conclusão de Curso. Segue abaixo:

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe da Unidade de Saúde da Família Vale de Coruripe José Souza Nascimento, município de Coruripe, estado de Alagoas.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Distanciamento com parte da comunidade pela dificuldade de acesso à USF	Média	8	Total	1
Recursos materiais para ACS na atualização dos dados	Baixa	4	Fora	5
Atenção domiciliar escassa	Baixa	6	Parcial	3
Demora para marcação de exames	Alta	7	Parcial	2
Reabilitação dos pacientes	Alta	5	Fora	4

Fonte:

*Alta, média ou baixa

** Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens.

2. JUSTIFICATIVA

Mediante todo o levantamento de dados e informações sobre a Unidade de Saúde escolhida “Vale de Coruripe José Souza Nascimento”, reconhecemos a problemática na atenção à população diabética e hipertensa da comunidade, na qual, existe apenas a entrega da medicação, consultas médicas (quando solicitadas pelo usuário ou seus familiares) e verificação de pressão arterial (demanda espontânea). Porém, a dificuldade de acesso à unidade por conta da divisão territorial e falta de transporte para traslado, dificulta o vínculo entre equipe e usuários.

O objetivo deste trabalho é buscar, junto à equipe de saúde da unidade em questão, caminhos efetivos para conseguir uma maior aproximação da equipe com esse público alvo e juntos com esse público, trocar informações/experiências, pensar em possibilidades de melhoria na qualidade de vida e controle da pressão e diabetes. Assim também, como promover a prevenção dessas comorbidades para a comunidade em geral.

O vínculo com os usuários dos serviços de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço. Esse espaço deve ser utilizado para a construção de sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto pacientes, pois não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja. (SCHIMITH, 2004)

A divisão territorial da comunidade não favorece muito, nem à equipe, nem à comunidade. Mas vale estudo intensivo por soluções para o enfretamento das barreiras. A equipe deve ouvir as sugestões desse público para que, se sentindo parte da tomada de decisão, se sentirão importantes e valorizados.

Ao final da pesquisa, espero que este trabalho sirva de base para outras equipes que

atuo, visto que, apresentam também a mesma problemática. Os Agentes Comunitários de

saúde podem ser peças-chave nessa conquista pela atenção do público alvo, pois não será fácil convencê-los que participar de encontros periódicos será de bastante valia para todos os envolvidos e interferirá intrinsecamente na qualidade da saúde como um todo, principalmente por que o acesso à unidade é difícil.

A educação em saúde possibilita que o profissional de saúde possa participar da vida dos portadores das doenças crônicas como a hipertensão e o diabetes discutindo medidas de prevenção ou redução dos agravos decorrentes dessas doenças.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

O acompanhamento de hipertensos e diabéticos em áreas de difícil acesso para a construção de vínculo.

3.2. Objetivos específicos

Reestruturar a atenção aos hipertensos e diabéticos para uma maior cobertura fortalecendo a formação de vínculos e conhecendo a realidade em que vivem.

Promover Educação em Saúde para a comunidade para a prevenção de doenças e diagnóstico precoce de doenças.

Proporcionar uma atuação multidisciplinar entre vários profissionais de várias áreas do saber para o mesmo público.

Facilitar o acesso às consultas para acompanhamento e monitoramento de hipertensos e diabéticos que moram longe da unidade de saúde.

4. METODOLOGIA

Para a realização deste Projeto de intervenção foi realizado o Diagnóstico situacional da área de abrangência da USF Vale de Coruripe, para o qual, usamos o Método de Estimativa Rápida. E através do Planejamento Estratégico Situacional, foi possível a escolha do problema, através da priorização de problemas. Para a redação do texto, as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e orientações de Corrêa, Vasconcelos e Souza (2017). Pesquisa bibliográfica na Biblioteca Eletrônica Científica Scielo, documentos de órgãos públicos (ministérios, secretarias, etc.) e outras fontes de busca para revisão bibliográfica.

5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Hipertensão e Diabetes Mellitus

A hipertensão arterial e a Diabetes Mellitus fazem parte de uma classe de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), representando, de forma mútua, uma das principais causas de óbitos em todo país (Malfatti e Assunção, 2011)

Segundo pesquisas da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), o Brasil tem 30% dos seus brasileiros diagnosticados com Hipertensão e ocupa o 4º lugar no ranking mundial com maior número de casos de diabetes, perdendo pra China, Índia e Estados Unidos (R7). Algumas complicações dessas doenças como: Acidente Vascular Cerebral (AVC), doenças renais e cardiovasculares, bem como a cegueira e as amputações, associadas ao diabetes descompensado são relativamente frequentes e no caso do Brasil, existem fatores, existem fatores que agravam e dificultam a implementação de programas de prevenção e combate a estas enfermidades, como a desigualdade social, somada a dimensão continental do país (Malfatti e Assunção, 2011, p. 1384).

No contexto do cuidado das DCNT, em especial a hipertensão e o diabetes, a prevenção sempre terá um papel importante. O sistema de saúde se reestruturou e trouxe a Estratégia Saúde da Família para que os profissionais de saúde tivessem uma aproximação com a vida e com o cotidiano das pessoas, pois através desse vínculo, seria mais fácil negociar com os

usuários, afim de melhorar a qualidade de vida da comunidade. A respeito disso, numa pesquisa, Miranzi et al, escreveu:

Em muitos estados, o trabalho das Equipes de Saúde da Família (ESFs) permite o conhecimento da realidade social que acoberta as condições: socioeconômica, alimentar, sanitária, bem como a estrutura familiar dos indivíduos com hipertensão e diabetes, facilitando a atuação da equipe, nos determinantes do processo saúde-doença. Além disto, o Programa detecta as dificuldades que impedem maior adesão ao tratamento e busca a formação de parcerias para disseminar a importância do cuidado aos pacientes e seus familiares. Estas atividades proporcionam o vínculo entre os pacientes e a ESF. (MIRANZI, 2008)

Buscando a integridade no cuidado, os profissionais de saúde da família veem na criação de grupos específicos uma forma importante de cuidado. (RODRIGUES et al., 2012).

Segundo Sauer et al, 2018, é muito comum em nas unidades de saúde observar pessoas com diabetes e hipertensão que já são acompanhadas pelos serviços de saúde não conseguem controlar glicemia e pressão arterial, assim como pacientes que tomam medicamentos controlados por anos sem qualquer perspectiva de alta. Alguns pacientes necessitam de uma atenção diferenciada, pois apenas as consultas não surtam muito efeito no processo saúde-doença de uma boa parte da população atendida.

Segundo Furlan e Campos, 2010, a realização de atividades de educação em saúde através de grupos possuem uma característica muito importante de troca de experiências, tornando-se um espaço onde as pessoas possam falar sobre a vivência do adoecimento ou condição de vida e das maneiras que encontraram de agir no cotidiano, criando formas de superação dos seus problemas (Sauer et al., 2018).

Segundo Chiesa e Veríssimo, 2001, a comunicação na atenção em saúde é “algo que se constrói”. Ao ouvir o outro, o profissional de saúde pode compreender suas crenças, sua situação e suas possibilidades podendo com isso atuar conjuntamente ao usuário.

Estrategicamente, o Ministério da Saúde trouxe para a Saúde da Família o programa Hiperdia com o objetivo de melhorar o controle da população com hipertensão e diabetes, em que os dados coletados pudessem subsidiar políticas e ações para melhor enfrentamento dessa problemática. Controlar essas doenças crônicas sempre será um desafio num país desigual e em crescente transição demográfica e epidemiológica. (ALMEIDA; NETO, 2021).

5.2 O controle de doenças crônicas na Pandemia do Covid-19

A atual situação de emergência em saúde, imposta pela pandemia da COVID-19, em que os atores sociais diagnosticados fazem parte do grupo de risco, apresenta-se como um importante desafio para o controle das DCNT na atenção básica, pois ao mesmo tempo que considera-se necessário que as ações de educação em saúde e promoção com o hipertenso sejam intensificadas, uma vez que essas comorbidades são agravantes ao vírus covid-19, observa-se a necessidade do distanciamento, fazendo com que as unidades de saúde suspendam consultas ou grupos existentes com a finalidade de resguardar e proteger esses pacientes (Almeida; Neto, 2021).

Com o aumento de pessoas imunizadas em campanhas de vacinação contra o covid-19, esse distanciamento vem afrouxando nos espaços públicos e os atendimentos estão retornando aos poucos.

Destaca-se que sempre foi um desafio fazer o controle das doenças crônicas, mas a Pandemia veio agravar o problema, por que limita os profissionais em suas ações. Segundo Almeida e Neto,

Cabe salientar que a pandemia da Covid-19, no cenário da saúde, evidencia a realidade dos hipertensos e diabéticos, historicamente negligenciados pelo sistema de saúde. Assim, os indicadores de saúde constatam que a HAS é a doença com maior prevalência no país, sendo também o principal fator de risco para complicações maiores como o acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio e doenças renais crônicas. (ALMEIDA; NETO, 2001)

Existem inúmeros trabalhos e pesquisas que evidenciam as vantagens do trabalho em grupo na Atenção Básica, os diferentes tipos de grupos que podem ser formados e os aspectos que devem ser considerados no planejamento e execução dessas atividades. Criar vínculos com a população usuária é importante e necessário, por isso, a equipe deve buscar novas formas de atender a população.

6. PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 Descrição do problema selecionado

Mediante levantamento de dados sobre a saúde da população adscrita da Unidade de Saúde da Família Vale de Coruripe, onde encontramos grande quantidade de pessoas com hipertensão, diabetes e obesidade, identificamos que a atenção dada a estes usuários necessita de ações que aproximem mais esses usuários da equipe de Saúde, com grupos de usuários, por exemplo. Visto que, eles não apenas procurem a Unidade para atualizar receitas e/ou pegar nova medicação, apesar de que, muitos, não conseguem ir pegar pela distância em que moram e pela falta de transporte.

A dificuldade de acesso à Unidade de Saúde é uma barreira, já que no território existem famílias que moram em sítio e fazendas que não são próximas e muitos não tem transporte para o traslado.

A atenção domiciliar deixa a desejar, justamente pela organização territorial. Ao passo que um técnico saindo pra visitar um domicílio, deixa de atender uma grande quantidade de pacientes na USF e existe apenas 01 carro para as visitas.

6.2 Explicação do problema

Como vimos no quadro de priorização do problema (Quadro 01), temos o “distanciamento com parte da comunidade pela dificuldade de acesso à USF”, e este problema acaba interferindo no controle e monitoramento da hipertensão e do diabetes mellitus. Os dados do eSUS mostram que 15% da população adscrita são hipertensos e 4% são diabéticos, porém, estima-se que o número seja ainda maior, pois muitas pessoas não sabem que tem o problema, justamente pela ausência na unidade de saúde.

É difícil fazer o acompanhamento dos usuários, já que uns só comparecem à Unidade de Saúde para pegar a medicação ou para a consulta. Já outros, os ACS', levam a medicação na residência devido à essa dificuldade de acesso. A demanda é grande e a médica e a enfermeira não tem tempo para manter um grupo semanal, visto que não acreditam na adesão dos mesmos.

Muitos usuários trabalham na própria fazenda onde residem e acabam dando a desculpa de que não tem tempo para se dirigir à unidade. A cultura das pessoas faz com quem não deem importância aos grupos, e por isso, acabam não aderindo.

6.3 Seleção dos nós críticos

Mediante os problemas que se relacionam com o problema prioritário para intervenção, podemos descrever alguns nós críticos:

1. Dificuldade de acesso ocasionado pela organização territorial
2. Logística do atendimento prestado à comunidade
3. Falta de informação da população

6.4 Desenho das operações

Após a identificação dos nós-críticos do problema prioritário da Unidade de Saúde do Vale de Coruripe na atividade anterior, seguem abaixo os quadros com o detalhamento de alguns nós críticos:

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1”, no território sob responsabilidade da Unidade de Saúde Vale de Coruripe, município de Coruripe, estado de Alagoas.

Nó crítico 1	Dificuldade de acesso ocasionada pela organização territorial.
Operação	Reestruturação do processo de trabalho da ESF, ampliando a oferta dos serviços por meio de consultas itinerantes nas localidades mais longínquas (sítios e fazendas) com equipe multidisciplinar.
Projeto/resultados esperados	Alteração no cronograma de serviços ofertados não limitando somente às consultas médicas e de enfermagem na unidade. A equipe deverá realizar atendimentos nas áreas de difícil acesso.
Produtos esperados	Criação de grupo operativo mensais para adultos, com enfoque na prevenção e controle

	da hipertensão e diabetes antecedente à consulta.
Recursos necessários	<p>Cognitivo: conhecimento científico convertido em linguagem de fácil entendimento e atividades lúdicas.</p> <p>Organizacional: Definição de cronograma com técnicos responsáveis e temas abordados.</p> <p>Financeiro: Transporte, materiais audiovisuais, material didático impresso, objetos para atividades lúdicas e lanches.</p> <p>Político: Articulação intersetorial, uso de espaços públicos (no território).</p>
Recursos críticos	<p>Financeiro: Recursos Municipais.</p> <p>Político: Comunidade local.</p>
Viabilidade do plano: controle dos recursos críticos (atores /motivação)	Secretário Municipal de Saúde e coordenação em Saúde.
Viabilidade do plano: ações estratégicas	Reuniões intersetoriais com membros da equipe, coordenação, responsável pela rádio local e utilização da rede de saúde, se for necessário.
Responsável (eis) (gerente) pelo acompanhamento das operações	Todos da equipe mediante cronograma/agenda.
Prazos	Longo prazo.
Gestão do plano: processo de monitoramento e avaliação das operações	Acompanhamento dos relatórios E-SUS, principalmente em relação a internamentos e aumento de casos.

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2”, no território sob responsabilidade da Unidade de Saúde Vale de Coruripe, município de Coruripe, estado de Alagoas.

Nó crítico 2	Logística do atendimento prestado à comunidade
Operação	Propor a organização de uma extensão da unidade de saúde no local onde funcionava a unidade anteriormente (Povoado Areias).
Projeto /resultados esperados	Equipe se dividir para dar atenção às duas unidades diariamente.
Produtos esperados	Diminuir as reclamações em relação à distância da Unidade e maior aderência após criação dos grupos.
Recursos necessários	Cognitivo: Relatório à Secretaria de Saúde sobre essa necessidade. Organizacional: Divisão da Equipe mediante cronograma. Financeiro: Equipamentos necessários para os atendimentos dos profissionais da equipe multiprofissional.
Recursos críticos	Financeiro: Recursos Municipais. Político: Encaminhamento ao Conselho Municipal de Saúde.
Viabilidade do plano: controle dos recursos críticos (atores /motivação)	Secretário Municipal de Saúde e coordenação em Saúde.
Viabilidade do plano: ações estratégicas	Reuniões com a gestão municipal.
Responsável (eis) (gerente) pelo acompanhamento das operações	Gestor Municipal e equipe de saúde.
Prazos	Médio prazo.
Gestão do plano: processo de monitoramento e avaliação das operações	Pesquisa de satisfação da comunidade, observação sobre aderência aos grupos operativos.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espera-se que este trabalho venha colaborar com o cotidiano de comunidades de usuários dos serviços de saúde que também convivem com esta problemática. Sendo assim, sirva como exemplo de uma experiência exitosa, visto que a equipe de saúde já experimentou os atendimentos itinerantes e tal prática teve excelente aderência e aprovação da comunidade. Com os atendimentos itinerantes programados e combinados com a comunidade, esta última poderá se programar para comparecer na localidade escolhida e o acesso será mais fácil, já que a equipe estará próxima à sua residência. A aproximação da equipe com as comunidades mais distantes fortalecerá o vínculo entre assistentes e assistidos, desta forma, contribuirá para o diagnóstico precoce e aderência ao tratamento de doenças crônicas ou não.

8. REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, W. C. et al. **Diagnóstico Social: Estratégia de Saúde da Família do Município de Coruripe – 2020**. Secretaria Municipal de Saúde, Coruripe, 2020.

ALMEIDA, T.A.; GUIMARÃES NETO, M. C. **Hiperdia no Contexto da pandemia da COVID-19**. Journal of Multiprofessional Health Research, v. 2, n. 1, 2021. Disponível em: <<https://journalmhr.com/index.php/jmhr/article/view/10>> Acesso em 30 de julho de 2021.

BORICIELO, G. O Brasil é o quarto país em maior número de diabéticos do mundo. **Portal R7**. Publicado em 14/11/18 (atualizado em 26/12/19). Disponível em: <https://noticias.r7.com/saude/brasil-e-o-quarto-pais-com-o-maior-numero-de-diabeticos-do-mundo-26122019> Acesso em 30 de julho de 2021.

CHIESA, A. M.; VERÍSSIMO, M.R. **A educação em saúde na prática do PSF: manual de enfermagem**. Brasília, DF: Instituto para o desenvolvimento da Saúde, 2001. Disponível em: <https://docplayer.com.br/5762482-A-educacao-em-saude-na-pratica-do-psf.html> Acesso em: 30 de julho de 2021.

MALFATTI, C. R. M.; ASSUNÇÃO, A. N. **Hipertensão arterial e diabetes na Estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família**. Ciência & Saúde Coletiva, 16 (Supl. 1): 1383-1388, 2011.

MIRANZI, S. S. C. et al. **Qualidade de Vida de indivíduos com Diabetes Mellitus e Hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família**. Texto Contexto Enfermagem, v 17, n. 4, 672-9, 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/3krLMFqksrtpRy7YSJMWDVj/?format=pfd&lang=pt>> Acesso em 30 de julho de 2021.

RODRIGUES et al., **O funcionamento e a adesão nos grupos de hiperdia no município de Criciúma: Uma visão dos coordenadores**, Revista Saúde Pública Santa Catarina. v. 5, n. 3, p. 44-62, dez, 2012. Disponível em:<<http://repositorio.unesc.net/bitstream/1/1561/1/Franciani%20Rodrigues.pdf>> Acesso em 31 de julho de 2021.

SAUER, A. B. et al, **Trabalho com Grupos na Atenção Básica à Saúde**. Universidade de Santa Catarina. Núcleo Telessaúde Santa Catarina. Florianópolis, UFSC, 2018. Disponível em <https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/ARES/14865/1/Apostila_Grupos%20na%20AB

S_N%C3%BAcleo%20Telessa%C3%BAde%20SC%20UFSC.pdf> Acesso em 06 de agosto de 2021.

SCHIMITH M. D.; Lima, M. A. D. S. **Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família**. Cad. Saúde Pública. 2004 nov/dez; 20(6): 1487-94. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/YHdQGKN8ZgSfYqCfMQCLZVr/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em 30 de março de 2022.

ANEXOS

Figura 1



Figura 1 - Atendimento itinerante na USF Vale de Coruripe. Local de apoio: Igreja evangélica da Fazenda São Luiz.

Figura 2



Figura 2 - Atendimento Nutricional itinerante (Local de apoio: Igreja evangélica da Fazenda São Luiz).

Figura 3



Figura 3 - Consultório Itinerante da USF Vale de Coruripe (local de apoio: Igreja Católica do povoado Romeiro).