

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma nº 9**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção aos usuários com HAS e/ou DM na UBS Santa Marta,  
Corrente/PI**

**Gladys de La Caridad Tapanes Tapanes**

**Pelotas, 2016**

**Gladys de La Caridad Tapanes Tapanes**

**Melhoria da atenção aos usuários com HAS e/ou DM na UBS Santa Marta,  
Corrente/PI**

Projeto apresentado ao curso de Especialização em Saúde da Família EAD – UNASUS, da Universidade Federal de Pelotas como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Catiúscie Cabreira da Silva

Co-orientador: Linda Cristina Hass

Pelotas, 2016

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

T172m Tapanes, Gladys de la Caridad Tapanes

Melhoria da Atenção aos Usuários com HAS e/ou DM na UBS Santa Marta, Corrente/PI / Gladys de la Caridad Tapanes Tapanes; Catiuscie Cabreira da Silva, orientador(a); Linda Cristina Hass, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

118 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Silva, Catiuscie Cabreira da, orient. II. Hass, Linda Cristina, coorient. III. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho primeiramente a meu corajoso filho que termina sua formatura em medicina neste ano, ele é a minha fonte de inspiração para ser cada dia uma pessoa melhor. À minha orientadora Catiuscie que ajudou nessa construção de um jeito incondicional; a minha companheira e amiga Gorete, enfermeira brasileira uma das melhores pessoas que conheci em minha vida, que me escutou e ajudou sempre com o melhor de seus sorrisos e a Odalys colega cubana que sempre ficou pronta para oferecer qualquer ajuda; todas elas deram força e me ajudaram nesta conquista

## **Agradecimentos**

A Deus que tudo pode e faz para meu crescimento espiritual, acadêmico e Profissional.

Ao universo por permiti-me viver em harmonia com ele.

A meu filho Manuel Alejandro Garcia Tapanes, por tudo que significa em minha vida.

A minha mãe que desde o céu cuida de mim.

A orientadora Catuscie pela ajuda na condução e viabilização deste trabalho.

## Resumo

TAPANES, Gladys de la Caridad Tapanes. **Melhoria da atenção aos usuários com HAS e/ou DM na UBS Santa Marta, Corrente/PI.** 117fls. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

Este trabalho tem como objetivo melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão e diabetes da Equipe de Saúde da família, Santa Marta, do município de Corrente/PI. A população foi composta por 220 hipertensos e 38 diabéticos maiores de 20 anos de idade, cadastrados no Programa de atenção a pessoas com HAS e DM pertencentes à área de abrangência da UBS. Durante 12 semanas do projeto toda a equipe ficou envolvida com as ações atividades em que se visou melhorar a cobertura dos hipertensos e diabéticos, realizando o cadastro e acompanhamento destes usuários. Os dados foram coletados e registrados na ficha espelho e posteriormente inseridos na planilla de coleta de dados disponibilizada pelo curso, fazendo busca-ativa dos faltosos, além de trabalhar com a prevenção e promoção em saúde. Com a intervenção, a cobertura do programa de atenção ao usuário com hipertensão alcançada foi 98,7%, 220, com exame clínico apropriado 100%, com exames complementares em dia 97,3%, prescrição de medicamentos da Farmácia Popular 95%, com registro adequado na ficha de acompanhamento 100%, com estratificação de risco cardiovascular 100%. A avaliação da necessidade de atendimento odontológico foi 100% embora tivemos dificuldades com o mesmo pela distância de deslocamento até o serviço. Ainda não está terminada a nova UBS e não contam com esse serviço em nossa unidade. A cobertura do programa de atenção ao usuários com diabetes foi 69,1%, 35 pessoas, com exame clínico apropriado 100%, exames complementares em dia 100%, prescrição de medicamentos da Farmácia Popular 93,1%, com avaliação da necessidade de atendimento odontológico 100%, com registro adequado na ficha de acompanhamento 100%, diabéticos com estratificação de risco cardiovascular 100%. Foi feita a busca dos faltosos, busca ativa em todas as micro áreas, da UBS ao mesmo tempo foi feito atividades de promoção de saúde em cada espaço possível a mostra disposição incluindo o primeiro momento do acolhimento na própria UBS. A intervenção propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção exigiram que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde. Além disso, promoveu o trabalho integrado da equipe, por meio de discussão e análise de estratégias em todas as reuniões realizadas o que permitiu um impacto positivo nas atividades do serviço. Foi possível revitalizar as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas, a classificação de risco tem sido importante para demonstrar a priorização do atendimento dos mesmos. Conseguimos melhorar a cobertura do programa de atenção as pessoas com HAS e DM, com uma participação ativa da comunidade melhorando de esse jeito a qualidade da atenção dos usuários,

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

## Lista de Figuras

Figura 1	Mapa localização do município Corrente no Brasil.	13
Figura 2	Gráfico da população da UBS Santa Marta por faixa etária	21
Figura 3	Gráfico da população de 10 a 14 anos na UBS Santa Marta	22
Figura 4	Gráfico de distribuição.com faixas etárias e variáveis na UBS Santa Marta	23
Figura 5	Fotografias visitas domiciliares a usuários com HAS/DM	77
Figura 6	Fotografia Material informativo utilizado na intervenção	77
Figura 7	Fotografia grupo de educação em saúde realizado na igreja	78
Figura 8	Fotografia grupo de educação em saúde realizado durante a intervenção na mesma igreja	78
Figura 9	Fotografia organização dos acompanhamentos na escola de Santa Luzia, localidade pertencentes a UBS de Santa Marta.	79
Figura 10	Fotografia usuário em acompanhamento na escola de Santa Luzia, pertencente na UBS de Santa Marta	79
Figura 11	Fotografia atividade de educação em saúde na igreja perto na UBS de Santa Marta	80
Figura 12	Fotografia verificação da pressão arterial e orientação dos usuários na igreja católica perto da UBS de Santa Marta	80
Figura 13	Gráfico cobertura do programa de Atenção a HAS na UBS Santa Marta	85
Figura 14	Gráfico cobertura do programa de atenção a DM Santa Marta.	86
Figura 15	Gráfico proporção de usuários com HAS com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Santa Marta	89
Figura 16	Gráfico proporção de pessoas com HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Santa Marta	90
Figura 17	Gráfico proporção de pessoas com DM com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/ hiperdia priorizada na UBS Santa Marta	91

Figura 18	Gráfico proporção de pessoas com HAS faltosos ás consultas com busca ativa na UBS Santa Marta	93
Figura 19	Fotografia palestra realizada com usuários com HAS e DM sobre alimentação saudável, micro área Pastores pertencente na UBS Santa Marta	103
Figura 20	Lanche com frutas naturais. Ação na micro área Pastores pertencente a UBS Santa Marta	104



## **Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos**

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAP	Caderno de ações programáticas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de apoio a Saúde Familiar
PNI	Programa Nacional de Imunizações
PCD	Planilha de coleção de dados.
SAMU	Sistema de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
VD	Visita domiciliar

## Sumário

Apresentação .....	9
1 Análise Situacional .....	11
Texto inicial sobre a situação da ESF/APS.....	11
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	35
2 Análise Estratégica .....	37
2.1 Justificativa.....	37
2.2 Objetivos e metas.....	38
2.2.1 Objetivo geral.....	38
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	38
2.3 Metodologia.....	40
2.3.2 Indicadores .....	57
2.3.3 Logística.....	65
2.3.4 Cronograma .....	71
3 Relatório da Intervenção.....	72
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	72
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	78
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	79
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	79
4 Avaliação da intervenção.....	80
4.1 Resultados .....	80
4.2 Discussão.....	96
5 Relatório da intervenção para gestores .....	100
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	103
7 Reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem.....	
Referência.....	110
Apêndice.....	
Anexos.....	

## **Apresentação**

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família, promovido pela Universidade Federal de Pelotas. Este aborda uma análise das práticas em Estratégia Saúde da Família da comunidade Santa Marta, no município de Corrente/PI, o que por meio desta análise levou a escolha de um foco, atenção a pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus(DM) para elaboração de um projeto de intervenção com a finalidade de qualificar o programa de atenção a essas doenças, tanto em cobertura como em qualidade do programa.

O volume deste Trabalho de Conclusão de Curso está organizado em cinco partes que contemplam cada uma das unidades que contemplam o curso de Especialização em Saúde da Família da UFPEL:

Na primeira parte a Análise Situacional: trata sobre a situação inicial da UBS, onde se descreve a equipe e as características da área de abrangência, trazendo um panorama geral do município, UBS Santa Marta e ações programáticas existentes no serviço. Na segunda parte a Análise Estratégica: contempla o projeto de Intervenção, onde justificamos o porquê da escolha do foco, metas estipuladas, ações que serão realizadas e cronograma. Na terceira parte o Relatório da Intervenção: descreve as ações desenvolvidas, dificuldades e facilidades na execução da intervenção, as ações previstas e não desenvolvidas. Na quarta parte a Avaliação da Intervenção: descrevem-se os resultados e discussão do trabalho. Na quinta e sexta parte o Relatório gestores e comunidade: onde se realiza a apresentação da intervenção a comunidade e gestores. Na sétima parte a Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem: parte final e na reflexão crítica a descrição da valorização do projeto e seu significado pessoal a especializada.



## 1 Análise Situacional

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

Minha Unidade Básica de Saúde (UBS) fica a 30 quilômetros (Km) da cidade de Correntes, no estado do Piauí/PI, a atividade principal é a agricultura e comércio privado, denomina de Santa Marta. É uma casa adaptada para oferecer serviços de saúde, consta de uma recepção pequena com uma farmácia, arquivos para os prontuários e outro para a guarda dos medicamentos. Nesta recepção a técnica de enfermagem realiza o acolhimento dos usuários. Verifica a pressão arterial (PA), organiza os prontuários para as consultas. Tem três bancos para a espera dos atendimentos, um ventilador. Nessa recepção fazemos além do acolhimento, palestras. Temos um consultório médico que tem uma mesa, duas cadeiras, um ventilador, uma pia e uma maca. O consultório da enfermeira tem uma mesa, duas cadeiras, uma maca, uma pia, um ventilador, mais dois armários onde ficam os documentos. Temos um banheiro social pequeno e uma cozinha pequena

A abrangência de nossa UBS é de área peri urbana da Santa Marta micro áreas: Pastores, Buritizinha, Campo Alegre, Cana Brava, Becker e Santa Lucia. Atendemos uma população de 1.468 usuários. Temos transporte para fazer visitas domiciliares (VD) e permanecemos na UBS oito horas de trabalho diárias. Atualmente estamos construindo uma nova UBS, grande e bonita.

Nossa equipe está composta por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde (ACS). Não temos odontologistas em nossa equipe. Trabalhamos em equipe, fazemos reunião semanal onde planejamos todo nosso trabalho, VD, atendimentos dos diferentes grupos de saúde. Trabalhamos com o núcleo de apoio da saúde da família (NASF), realizamos palestras, audiências, agendamos atendimentos a doenças crônicas para dar saída

aos diferentes programas de saúde. A agenda de trabalho fica na recepção. Temos em nossa UBS, todos os protocolos de trabalho do Ministério da Saúde (MS).

Neste momento não temos serviço de pediatria nem ortopedia em nosso município, tendo que fazer o seguimento continuado dos casos doentes para posterior encaminhamento para Teresina, ficando a mesma muito distante.

## 1.2 Relatório da Análise Situacional

Corrente é um municípiobrasileiro do estado do Piauí, localizada no nordeste brasileiro, sua fundação ocorreu em 1872, possui uma população segundo o IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013) de 25.927 habitantes, com 60% de sua população em área urbana. Encontra-se a 864 km da capital do estado e possui uma área de 3.051,161 km<sup>2</sup>. Tem como limites territoriais (Figura 1) ao norte os municípios de Riacho Frio e São Gonçalo do Gurguéia, ao sul Cristalândia do Piauí, Sebastião Barros e o estado da Bahia, a leste Paranaguá, Sebastião Barros e Riacho Frio, e a oeste o estado da Bahia sendo a cidade mais próxima Formosa do Rio Preto (IBGE 2014).

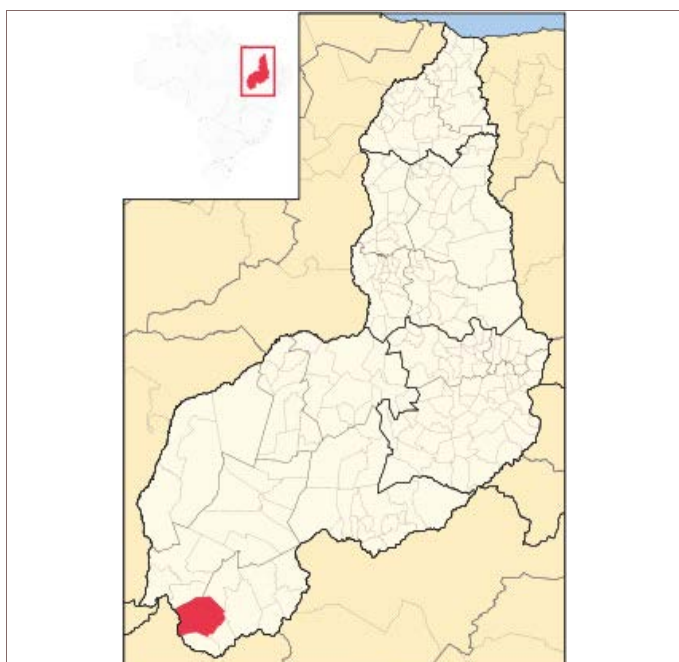


Figura 1. Mapa localização do Município de Corrente no Brasil. Fonte: IBGE 2014.

Os moradores de Corrente, devido à distância da capital do estado, têm relação muito cordial com a população baiana e mantém fortes vínculos com a capital federal e Goiânia, pois muitos filhos da terra buscam estes centros para buscar estudo e trabalho bem como serviços de saúde. Na história local existiram conflitos religiosos entre católicos e protestantes, o levou a uma saudável disputa pelos melhores índices acadêmicos e fez desenvolver a cultura no município. A Igreja Batista, fundada em 1904, e do Instituto Batista Coretinho pelo pastor e professor Augusto Carlos Fernandes, em 1920, foram referências locais que impulsionam o desenvolvimento educacional e cultural da região, soma-se também a troca de experiências com a gestão da escola Batista sob administração americana durante muitos anos (Wikipédia, 2015).

O município possui clima de cerrado com períodos muito quente, com chuvas em períodos específicos do ano, de janeiro a junho, e entrecortada por riachos, rios e morros que simbolizam suas belezas naturais. São banhados pelos rios Corrente, Paraim e Prata, vários riachos não perenes. É também porta de entrada para as nascentes do rio Parnaíba. (IBGE 2013).

Com relação à educação, 54,9% da população acima de 10 anos de idade são alfabetizadas. A agricultura praticada no município é baseada na produção sazonal de arroz, cana-de-açúcar, mandioca e milho, feijão. Existe grande tradição na criação bovina, com forte presença da raça zebuína Nelore, o município realiza anualmente uma grande feira agropecuária.

No sistema de saúde municipal o modelo de atenção predominante é o Sistema Único de Saúde (SUS), com 11 Estratégias Saúde da Família (ESF), cinco localizadas na zona urbana e seis na zona rural. Duas ESF foram inauguradas recentemente, temos disponibilidade de um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um NASF com especialista em obstetrícia/ginecologia, endocrinologia, cardiologia, psiquiatria, psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição. Um Hospital Regional para atendimentos as urgências sem Unidade Terapia Intensiva (UTI), não contamos com atendimento em serviços de pronto atendimento. O plantonista oferece primeiros atendimentos e fazem encaminhamentos para o município Barreiras do Estado Bahia ou para o município Bom Jesus que tem um Hospital Regional onde são atendidos usuários de nossas áreas, porém a sua realidade não difere muito da nossa.

A área diagnóstica não conta com mamógrafo, tomógrafos ou exames de ressonância magnética, os exames de maior complexidade são encaminhados para Teresina via Central de Regulação de Marcação de Exames e Consultas do SUS (CERAS), serviço estadual que centraliza a marcação de consultas especializadas e exames de alta complexidade. O município oferta exames laboratoriais, ultrassonografias, os raios-x, que são realizados no hospital.

O município não tem ainda Unidade de Pronto Atendimento (UPA), está em construção, possui serviço de Urgência (SAMU) básico. Corrente têm quatro estabelecimentos privados.

A UBS onde desenvolvo minhas atividades está localizada na área rural no município Corrente Piauí a 30 quilômetros da sede da cidade, denominada Santa Marta. Anteriormente na UBS não havia nenhum processo de intervenção da especialização em saúde da família de Pelotas (UFPel). Sou médica cubana contratada pelo Programa Mais Médico para o Brasil. Esta análise situacional ocorreu de maio a julho de 2015.

Nossa UBS tem como estrutura física uma casa pequena adaptada para oferecer serviços de saúde. Conta com uma recepção pequena, uma farmácia, um armário-arquivo de um lado onde são colocados os prontuários e os medicamentos, nesse lugar a técnica de enfermagem realiza o acolhimento dos usuários, verifica a PA e separa os prontuários. A recepção conta com três bancos para acomodação dos usuários enquanto espera atendimento, este ambiente possui um ventilador, lugar onde duas vezes por semanas realizamos palestras sobre prevenção e promoção de saúde, falamos sobre a prevenção do câncer do colo de útero, autoexame de mama, alimentação saudável, etc.

Existe um consultório médico que possui uma mesa, duas cadeiras, um ventilador, uma maca, e uma pia. Um consultório de enfermagem com uma mesa, duas cadeiras, uma maca, uma pia, e um ventilador, mais dois arquivos onde são guardados os protocolos de trabalho, mais o material para curativos. Conta com um banheiro social pequeno e uma cozinha com um fogão, sem geladeira, mas com um gel' água, os materiais de limpeza são guardados neste local.

Em nosso serviço não temos consultório odontológico, sala de observação, sala de nebulização em nossa unidade, as instalações são básicas. Atualmente uma nova unidade está sendo construída perto da existente com melhor estrutura.

Nossa UBS não possui telefone ou Internet, o e- SUS, sistema de informação em fase de implantação no Brasil que busca informatizar o atendimento com uma base de dados única que visa unificar todos os programas, é realizado de forma manuscrita e trazido para ser digitado pela secretaria municipal, também não contamos com aparelho de nebulização, otoscópio, negatoscopio, não possui local para o depósito.

Temos barreiras arquitetônicas que impedem o acesso à UBS pelos portadores de deficiência que usam cadeiras de roda, não possuímos calçadas, e terra circunda a unidade.

A estratégia Saúde da Família (ESF) vem contribuindo para a diminuição das mazelas e desigualdades. O novo formato da assistência proposto no âmbito do PSF tem na sua cartografia a localização central do espaço territorial, que delimita a área de responsabilização de uma determinada equipe, é por excelência o lócus operacionais do programa.

Na localidade Santa Marta do Município Corrente a área Rural da ESF onde trabalho possui 1.468 habitantes está situada a 30 km da Cidade seguindo pela BR 135. Contamos com cinco agentes comunitários de saúde (ACS) na equipe, numa proporção média de um ACS para 293 pessoas acompanhadas, já que a área é extensa.

As abrangências de nossa unidade são com as áreas peri urbana de Santa Marta, Pastores, Buritizinho, Campo Alegre, Cana Brava, Becker e Santa Luzia. As pessoas se deslocam para a unidade de moto e/ou a pé.

Nossa equipe é composta por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, e cinco ACS. Realizamos reuniões quinzenais onde planejamos o trabalho; as VD, atendimentos aos diferentes grupos de saúde, trabalho e VD com NASF, palestras, audiências, agendamentos, atendimento aos usuários crônicos nos diferentes programas de saúde, temos, além disso, um período para fazer a discussão dos protocolos de acordo com as necessidades identificadas.

Todo o nosso trabalho é realizado em conjunto pela equipe, tal metodologia de trabalho possibilita a população sentir-se parte das atividades desenvolvidas e manifestar-se para seguimento das orientações oferecidas. Também tem ganhado em conhecimento dos agravos que sofrem e os fatores de risco que as desencadeiam, assim como também os usuários saudáveis recebem orientação



para evitar os riscos descritos, resultando em maior aceitação do tratamento pelos usuários do SUS.

O horário de trabalho é das oito às 12 horas e das 13 horas e 30 min. até às 17 horas, de segunda a quinta-feira. Outra forma de ajudar a nossa população tendo em conta que é uma área rural distante é agendamento pela equipe dos exames na secretaria de saúde e NASF, os usuários saem da UBS com a data para fazer os exames e as consultas especializadas.

Temos um fluxograma para os casos que não são resolvidos localmente, mas, o mesmo é encaminhado para Teresina a qual fica a mais de 800 quilômetros daqui, além disso, às vezes não existem vagas para todas as especialidades bem como alguns não são ofertados pelo SUS.

As VD são compulsórias e apresentadas como o grande trunfo do Programa para mudar o modelo de assistência. A ESF trabalha a ideia de que essa intervenção no ambiente familiar é capaz de mudar as condições epidemiológicas da população e assim, prevenir os agravos à saúde.

Ainda com arquiteturas insustentáveis garantimos o desenvolvimento de uma relação de confiança e vínculo entre trabalhadores e usuários, realizando o acolhimento não reprimido pela ausência de condições básicas. O mesmo é realizado pelo a equipe de saúde desde o primeiro momento do dia na sala de recepção. Não necessitando lugar específico, tendo em conta suas necessidades após de o primeiro momento.

A UBS de atenção primária deve estar equipada para garantir uma atenção de qualidade à população sob sua responsabilidade, permitindo manejar todos os problemas de saúde comuns em sua população (STARFIELD, 2002; BRASI, 2001).

Para superar a dificuldade ou limitação de nossa equipe oferecemos dois turnos diários de atendimento a uma população de 1.648 habitantes. Planejamos VD toda quinta-feira pela manhã aos idosos e pessoas com deficiências, fazemos atividades de promoção e prevenção de saúde para conseguir que os usuários aprendam modos e estilos de vida saudável e quando necessitarem de consulta, os ACS agendam com a equipe de saúde sobre a necessidade de visita ao usuário no seu domicílio para atender seu agravo. Realizamos as imunizações das crianças no posto de saúde, fazemos um bom acolhimento e atendimento humanizado.

Assim nossa equipe de saúde se esforça para superar as dificuldades, trabalhamos com dedicação e nos sentimos apoiado pelas comunidades e pelos

líderes formais e não formais. Utilizamos as estruturas presentes como as igrejas, associações para realizar as palestras e ações coletivas. Os temas das palestras são: gravidez na adolescência, nutrição, etc. Realizamos busca ativa neste momento de usuário com hipertensão, diabetes e mulheres que ainda não tem realizado seu exame de prevenção. Sem deixar de mencionar o programa de atenção ao pré-natal e puericultura onde também ficamos atentos aos faltosos e aqueles que têm agravos. Os líderes nos ajudam a convocar a população.

Na UBS a Santa Marta os equipamentos e instrumental são insuficientes já que faltam antropometro para crianças, autoclave, instrumental para a realização e retirada de suturas, lanterna, microscópio, negatoscopio, oftalmoscópio, otoscópio, frascos para coleta de escarro, mesa ginecológica adequada, etc. O sistema de manutenção e reposição de equipamentos, instrumentos, mobiliário e material de consumo e insumos é insatisfatório, não existe um sistema de revisão da calibragem de esfigmomanômetros e balanças. Quando os esfigmomanômetros quebram trocam-se na secretaria de saúde. Não temos computadores, impressoras, internet, telefone, etc. Não existe prontuário eletrônico.

Os ACS têm disponibilidade e suficiência de materiais e equipamentos para o trabalho, mas o deslocamento para a comunidade é a pé.

Considerando a relação de medicamentos definidos no Elenco de Referência Nacional de Medicamentos e Insumos Complementares para a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica são insuficientes é regulada pela secretaria de saúde. Embora os pedidos sejam feitos com critério médico para evitar que medicamentos pouco utilizados fiquem na farmácia, a instabilidades em abastecimento está causando dificuldades. Os medicamentos não disponíveis aos usuários, acabam sendo comprados na rede privada, dificultando o bom atendimento. Diminuindo a resolutividade dos problemas de saúde da população, por que muitos usuários não compram.

Não temos disponibilidade de medicamento fitoterápico, só podemos utilizar os chás conhecidos, nem medicamentos homeopáticos. Os medicamentos para o atendimento de usuários psiquiátricos encontram-se no CAPS, a Insulina Humana fica armazenada no posto de saúde do centro da cidade. As vacinas do calendário do Programa Nacional de Imunizações (PNI) são acondicionadas na sede da cidade por não ter rede de frio, ofertamos quinzenalmente a sua na unidade todas as vacinas do calendário básico da criança, adolescente, adultos e idoso.

Dos testes diagnósticos só se realizana UBS a glicemia capilar. O acesso da população aos exames laboratoriais pelo o SUS é adequado, mas alguns deles demoram mais de 15 dias pelo resultado. Outros exames mais especializados como colonoscopia, ecocardiograma, eletrocardiograma de esforço, espirometria, mamografia, RX com contraste, tomografia computadorizada, ultrassonografia vascular fazem-se na rede privada, na capital do estado ou em outros estados. Não temos serviços de exames diagnósticos de urgência na rede municipal.

No município não temos uma Unidade de Pronto-Socorro, não temos garantia de internação hospitalar no próprio município, não existe o mecanismo de contra referência da rede hospitalar local para a unidade.

Em relação a acesso a material bibliográfico na UBS contamos com todos os protocolos oferecidos pela secretaria de saúde, porém não existem livros didáticos para as áreas clínicas.

O acolhimento dos usuários deve garantir escuta qualificada e encaminhamentos resolutivos para que o vínculo, uma das peças-chave da ESF, ocorra de forma efetiva. Importante lembrar que a atenção ao usuário deve ser realizada não apenas no âmbito da Unidade de Saúde, mas em domicílio, em locais do território, quando as visitas se tornarem essenciais para o andamento do cuidado. Entretanto, é necessário que esse mesmo sujeito, que hoje necessita de cuidados, seja capaz, em um momento posterior, de gerir sua forma de conduzir sua vida e a de sua família, de forma autônoma e saudável. Ações educativas, que interfiram no processo de saúde-doença, devem ser incrementadas, bem como o incentivo à mobilização e à participação da comunidade, com o intuito de efetivar o controle social (BRASIL, 2011).

O trabalho na UBS, Santa Marta a equipe está comprometida e inserida no processo de atendimento, realizando atividades destinadas a cuidar a saúde da população, seja no domicilio, nas escolas, na igreja, na associação de bairro / comunitária, etc. A equipe participa do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação com a identificação de grupos expostos a riscos, famílias e indivíduos. Também participam na Identificação de grupos de agravos (Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Tuberculose, Hanseníase, et.).

Na UBS são realizados atendimentos de urgências/emergências e encaminhado os usuários para o hospital utilizando os protocolos de atendimentos,

sendo acompanhado o usuário em situações de internação para garantir sua internação.

Em relação ao cuidado domiciliar existe levantamento dos usuários moradores da área de abrangência que necessitam a atenção da equipe, onde realizamos orientações (educação e cuidados de saúde), acompanhamento de problema de saúde, verificação da PA, consulta médica, entrega de medicamentos, vacinação, revisão puerperal, consulta de enfermagem, etc.

Os ACS juntos a outros integrantes da equipe realizam busca ativa de usuários faltosos às ações programáticas e/ou programas existentes na UBS, acompanham o plano terapêutico proposto ao usuário quando encaminhado a outros níveis do sistema. Realizamos a notificação compulsória de doenças e agravos notificáveis, atividades educativas com grupos de adolescentes, diabéticos, hipertensos, idosos, pré-natal, prevenção do câncer ginecológico, puericultura, aleitamento materno e combate ao tabagismo.

Os integrantes da equipe participam do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS, sendo uma das questões que discutimos todos os meses na reunião de equipe, além da discussão na equipe, todos os meses interagimos com os gestores para dar solução a esta problemática ainda sem reposta.

Ao observar, a UBS Santa Marta tem necessidades e limitações importantes para desenvolver uma maior resolutividade na atenção básica, que dificulta muito o atendimento à população, já que não realizamos curativos pela ausência de equipamentos, materiais e insumos. Não realizamos nebulização, não são realizadas pequenas cirurgias- procedimentos. Os usuários têm que procurar os serviços em outra UBS distante da sua moradia. As consultas odontológicas são oferecidas na cidade, os usuários precisam deslocar-se muitos km de onde moram. Também não temos Conselho local de Saúde que é um instrumento para que a sociedade possa intervir nas ações do SUS, está programado cria-lo este mês.

Após a análise de todas as dificuldades ou limitações, nossa equipe trabalha nas atividades de educação e promoção em saúde, prestando acolhimento, engajamento e criação e organização do conselho de saúde. Atividades todas importantes para melhorar a qualidade de vida da população, promovendo a satisfação aos usuários, conseguindo em boas medida este propósito.

Nº	Faixa etária								
	>1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-39	40-49	50-59	60e+
<b>Homens</b>	9	50	55	76	75	165	111	186	5
<b>Mulheres</b>	12	46	37	68	49	101	128	144	1
<b>Total</b>	21	96	92	144	124	266	239	330	56

Figura 2: Quadro da população da UBS de Santa Marta por faixa etária e sexo, 2015.  
Fonte :Prontuário familiar da unidade Santa Marta, 2015.

Temo uma população de 832 (56,6%) homens e 336 (43,3%) mulheres ressaltando que as pessoas mudam constantemente por motivos pessoais, em busca de trabalho e melhores condições socioeconômicas.

Podemos definir indicadores de saúde como instrumentos utilizados para medir uma realidade, como parâmetro norteador, instrumento de gerenciamento, avaliação e planejamento das ações na saúde, de modo a permitir mudanças nos processos e resultados. Através deles é possível identificar áreas de risco e evidenciar tendências. Além destes aspectos, é importante salientar que o acompanhamento dos resultados obtidos fortalece a equipe e auxilia no direcionamento das atividades, evitando assim o desperdício de tempo e esforços em ações não efetivas demográficas e de saúde (Joel Levi Ferreira Franco p.03).

A UBS Santa Marta área rural tem uma equipe de saúde adequada para a área de abrangência. A população por sexo e faixa etária com base na distribuição brasileira segundo o IBGE 2010, coincide com a população da área de abrangência da UBS em muitos dos grupos estudados, com marcada diferença para o grupo de 10-14 masculino e feminino em relação a um maior número de pessoas cadastradas na UBS.

10-14	MASCULINO (%)	FEMININO (%)
UBS	5,1	4,6
IBGE	4,6	4,4

Figura 3: Quadro da população de 10 – 14 anos na UBS Santa Marta, 2015.

Fonte: Prontuário familiar da Unidade Santa Marta, 2015

Ao analisar e observar a lista de denominadores do Caderno das Ações Programáticas, as estimativas algumas coincidem com os dados da UBS, por exemplo, mulheres entre 25 e 64 apresentam 75,8% em relação à estimativa do caderno, pessoas com 20 anos ou mais 72,6%, entre 20 e 59 anos de idade 68,1%; em relação a outros denominadores apresentamos percentuais superiores às estimadas em menores de cinco anos e pessoas com 60 anos ou mais, coincidem. O número de pessoas com 20 anos ou mais com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) são baixas em relação ao estimado. As crianças menores de um ano existentes na área de abrangência são 21, semelhante ao estimado (95,4 %). O número de gestantes é baixo, a estimativa é de 15 gestantes, e atualmente temos 10 gestantes o que representa 66,6%.

<b>Denominadores</b>	<b>Estimativas</b>	<b>Dados da UBS</b>
Mulheres em idade fértil (10-49 anos)	478	307
Mulheres entre 25 e 64 anos	356	270
Mulheres entre 50 e 69 anos	111	111
Gestantes na área 1,5% da população total	15	10
Menores de 1 ano	22	21
Menores de 5 anos	44	96
Pessoas de 5 a 14 anos	274	236
Pessoas de 15 a 59	921	691
Pessoas com 60 anos ou mais	156	156
Pessoas de 20 a 59	779	531
Pessoas com 20 anos ou mais	935	679
Pessoas com 20 anos ou mais com hipertensão	295	173
Pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes	84	26

Figura 4: Quadro de Distribuição com faixas etárias e variáveis na UBS Santa Marta, 2015.  
Fonte: Prontuário Familiar da unidade Santa Marta, 2015.

O acolhimento foi pensado como estratégia de mudança no processo de trabalho em saúde e, apesar de constituir uma etapa desse processo o momento de recepção do usuário e a abertura das possibilidades de resposta não devem ser

reduzidos, ao contrário, deve ser entendido e praticado como conteúdo (FRANCO, BUENO E MERHY, 1999).

Sobre o processo de trabalho podemos-lhe dizer que as consultas são agendadas e não temos dificuldades alguma, não temos excesso de demanda por parte dos usuários com problemas de saúde agudos que necessitam de atendimento imediato prioritário com médico ou enfermeira. Os atendimentos à demanda dos usuários por problemas de saúde agudos são feitos aos usuários no período entre 30 minutos para consulta.

O engajamento da comunidade e a participação social não é observada na unidade onde trabalho. Acredito que falta sensibilizar os profissionais para estimular a formação destes grupos, pois ainda que a participação da comunidade seja ativa, não está organizada. A estrutura da equipe é boa, mas o acesso a comunidades distantes dificulta o trabalho; temos a participação da comunidade sempre que desenvolvemos as atividades em grupos de hipertensão e diabetes, por exemplo.

Assim, já realizamos este primeiro passo, discutindo em equipe a necessidade da participação social, nos conselhos locais de Saúde, definindo assim prioridades para implementar ações que atendam suas expectativas.

Nosso sistema de saúde pensando de forma geral, não é pensado do acordo com as particularidades de cada região, empoderar as pessoas para que sejam ativas, mesmo que isso arraste os profissionais, tal conduta deve ser estimulada para que as pessoas busquem seus direitos. O sistema só se aprimora quando todos os envolvidos participam, não devemos esquecer que os gestores do sistema são responsáveis pela estrutura física, medicamentos e a criação e consolidação de políticas públicas. Assim, nós profissionais devemos estimular a participação da comunidade para refletirem sobre seus direitos, percebam suas dificuldades e preponderam soluções em conjunto com gestores e equipe, na busca de construir um sistema cada vez melhor. A missão é construir um conselho local ativo e consciente de sua responsabilidade.

Todas as atividades devem estar centradas no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, que é o eixo da assistência à criança. O Cartão da Criança é o principal instrumento utilizado nacionalmente para esse acompanhamento e deve ser interpretado como um “cartão de identidade” da criança até cinco anos. Nele são registrados alguns dos eventos importantes para a sua saúde: condições de nascimento, os valores do peso, as habilidades

desenvolvidas nas diversas idades e as vacinas já realizadas e programadas (BRASIL, 2005).

Em nossa unidade Santa Marta toda a equipe é envolvida nesta atividade tão importante, fazemos puericultura todos os dias da semana, além de ter cobertura para sempre fazer atendimento em caso de urgência utilizar os protocolos de puericultura para internação hospitalar e atendimento nas especialidades, nas primeiras 24 horas após alta hospitalar. Realizamos VD a puérpera e recém-nascido (RN) e as ações no quinto dia são programadas através de um calendário de atendimentos, que inclui VD, participação das famílias em ações de prevenção como, por exemplo, os acidentes, e importância de aleitamento materno. A puericultura é realizada pela enfermeira e a médica.

Os cadernos das ações programáticas estimam que em nossa área existem 22 crianças menores de um ano, atualmente temos 21 crianças nessa faixa de idade em acompanhamento o que representa uma cobertura de 95%. Todas elas têm avaliado seu crescimento e desenvolvimento em suas cadernetas e prontuários, recebem atividades de promoção e prevenção da saúde em cada consulta, além da data de agendamento da próxima consulta. Dos menores de um ano apenas 3(14%) passaram por esta avaliação odontológica, 18 (86%) realizaram teste do pezinho e 15(71%) tem consulta em dia, todas (100%) realizaram triagem auditiva e tem vacinas em dia.

Igual acontece com as crianças até cinco anos de idade, todas têm a documentação e o calendário vacinal durante o primeiro ano de vida atualizado, além de registro individual para cada criança onde está escrita todas as incidências, porem temos problemas com a atenção da avaliação odontológica porque não temos odontologista. Em nossa área os usuários têm que se deslocar por uma longa distância até chegar na UBS para receber atendimento.

Temos grandes dificuldades com a assistência das mães com as crianças após o primeiro ano de vida, questão discutida nas reuniões de equipe, já que as mães consideram que não é necessário trazer a criança após completar um ano de vida se não apresenta problemas de saúde. Outro aspecto muito negativo que é a ausência de pediatria no município questão está muito discutida com os gestores ainda sem solução. Até o momento não temos mortalidade infantil, baixo peso ao nascer, nem desnutridos em nenhum grupo de crianças.



Para melhorar a qualidade da atenção à Saúde da Criança na UBS de Santa Marta é preciso continuar o desenvolvimento da educação em saúde nas consultas, nas VD, nas escolas e nos grupos de mães para alcançar objetivo de trabalho e promover a 100% a puericultura nos maiores de um ano. Pela não informatização da unidade mostra-se custoso oferecer dados concretos sobre o programa de Saúde da Criança, mas a observação é pertinente pelo trabalho diário.

As ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e de assistência à criança pressupõem o compromisso de promover qualidade de vida para que a criança possa crescer e desenvolver todo o seu potencial e nos ter a satisfação de poder contribuir de esse jeito com o objetivo de nossa profissão.

Entre as ações que devemos priorizar adequadamente citamos: garantir que na sistematicidade do trabalho dos ACS não limite-se só a visitar a criança e avaliar seu peso, e sim a realizar o processo de convencimento e compromisso da família para que as crianças assistam a consulta de Puericultura, sobretudo após um ano; continuar programando as VD de outros membros da equipe às crianças faltosas quando o ACS não é capaz de conseguir por ele mesmo o propósito desejado; continuar a conscientização das futuras mães desde a atenção Pré-natal da importância da assistência da criança as consultas programadas; Divulgar por meio de ações de promoção e prevenção da saúde, através de panfletos quais são os principais riscos aos quais ficam expostas as crianças que não tem acompanhamento pela UBS.

Na UBS a Santa Marta a atenção pré-natal é feita por consultas agendadas todos os dias. Somente durante nosso tempo de trabalho tivemos internada no hospital duas grávidas. Até agora a atenção de urgência delas é mínima e oferecida quando precisarem.

A cobertura pré-natal de nossa área permitiu o preenchimento da parte pré-natal e Puerpério do caderno de ações programáticas (CAP). Atualmente temos 10 grávidas, quatro que foram captadas durante esta semana, das dez, são de alto risco quatro que representa 40 % grávidas. Temos uma que foi captada depois do primeiro trimestre porque ocultou a gravidez. Após treinamento oferecido pela secretaria municipal as grávidas estão sendo avaliadas quanto ao risco, registrada em impresso que é anexado ao prontuário e ao cartão da gestante e conforme avaliação é seguido o protocolo de referência.

De acordo com o CAP, são estimadas 15 gestantes, e atualmente temos 10 gestantes representando 68%. Conseguido pela constante pesquisa da equipe nas comunidades, e pela constante avaliação do programa nas reuniões da equipe.

As grávidas são avaliadas conforme o indicado no caderno de atenção básica a gestante de baixo risco. Temos a nossa disposição todos os exames preconizados pelo MS, assim como podemos indicar um ultrassom em cada trimestre, é opcional.

Não temos problemas com os encaminhamentos às distintas especialidades, a enfermeira e eu marcamos as vagas no NASF, facilitando e não havendo a necessidade do transporte tão longe.

Em quanto às vacinas, antitetânica, hepatites B e influenza atuamos conforme o protocolo do Ministério da Saúde. Não temos dificuldades para fazer o cumprimento da prescrição de sulfato ferroso e ácido fólico que sempre temos na unidade, assim como o exame ginecológico por trimestre e orientação para aleitamento materno, em cada consulta agendada falamos destes aspectos com a gestante, assim como também no primeiro momento do acolhimento na unidade.

Em relação à atenção bucal das gestantes podemos citar que delas: três gestantes cumpriram a orientação de assistir ao odontologista para 30%. Neste indicador temos dificuldades, orientamos assistir a consulta odontológica explicando a importância da mesma, mas nem todas assistem. Algumas referem que o consultório odontológico fica longe da comunidade já que ele fica no centro do município de Corrente. Eu acho que quando terminarem a nova UBS teremos o serviço de Odontologia, assim a expectativa é que esta situação melhore. Muitas gestantes não acham importante o atendimento odontológico, temos que continuar fazendo atividades de educação em saúde com este tema para conseguir o convencimento da necessidade do acompanhamento do odontólogo na atenção pré-natal.

Considerando a avaliação da cobertura de consulta de puerpério, nestes 14 meses que estamos trabalhando temos conseguido realizar a cobertura de 100 % das puérperas com VD já que como em nossa área de abrangência temos poucas grávidas, nos permitiu fazer as VD para dar cumprimento à sua avaliação. Conseguimos o objetivo que todas fossem avaliadas e sejam orientadas sobre os cuidados básicos no recém-nascido sobre aleitamento materno e planejamento

familiar, com mamas e abdômen examinados, realizamos o exame ginecológico, avaliamos seu estado psíquico e as intercorrências.

Eu considero que os aspectos do processo de trabalho que podem ser melhorados são: melhorar a contra referência das outras especialidades na qual encaminhamos as gestantes quando precisamos, como obstetra, nutricionista, psiquiatra, psicólogo, dentista, situação já analisada nas reuniões da equipe, na Secretaria Municipal de Saúde, mas ainda não têm solução. Além disso, utilizar o protocolo de atendimento pré-natal quando encaminhamos as grávidas para internação hospitalar, já que no nosso município não conta com serviços de pronto-atendimento e pronto-socorro. Pela alta demanda no hospital de usuários e tendo um plantonista, existe dificuldade, quando necessitamos de internação as gestantessão conduzidas ao hospital por nós, com isso garantimos que fique internada e tenhamos maior comunicação com nossos colegas brasileiros.

Também considero que teremos que continuar trabalhando em educação para saúde com grupos de gestantes e puérperas para alcançar a compreensão da importância de iniciar o pré-natal no primeiro trimestre da gestação. Reforçar que a gestante realize avaliação de saúde bucal, avaliando todas as puérperas até o sétimo dia e entre trigésimo dia pós-parto, fazer atividades de grupo sobre planejamento familiar, só desta maneira poderemos alcançar melhores resultados no trabalho.

Os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados: contratação do odontólogo pelo gestor para melhorar o serviço na UBS; Receber a conta referência do pré-natal e puerpério atendidas por outras especialidades; coordenar a internação no hospital das grávidas de risco a termino, que residem em área inacessível; aconselhar, orientar e solicitar ao gestor a construção ou adequação de uma sala de espera das grávidas a termino de baixo risco que vivem longe da cidade; a continuidade da educação em saúde melhorando para que muitas das dificuldades sejam resolvidas; conseguir maior eficiência no planejamento familiar, principalmente as mulheres em idade reprodutiva com doenças associadas, controlando seu agravo antes da gravidez; estimular as mulheres para planejar sua gravidez, e conseqüentemente iniciar a ingesta do ácido fólico, três meses antes de engravidar.

Uma das ações básicas e de prioridade do Ministério da Saúde nas UBS é a atenção integral a saúde da mulher na qual a vigilância do câncer de colo do útero e

de mama é priorizada. O Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2008) informa que, no Brasil, o câncer de colo de útero (CA de colo útero) constitui um dos mais importantes problemas de saúde pública, apresentando altas taxas de mortalidade em mulheres de várias faixas etárias. Atualmente, este tipo de neoplasia maligna é considerado a terceira maior causa de morte da população feminina no mundo, sendo superada apenas pelo câncer de pele (não melanoma) e pelo câncer de mama.

As evidências demonstram que a abordagem mais efetiva para o controle do câncer ginecológico continua sendo o rastreamento de suas lesões precursoras, através do exame citopatológico de colo uterino, bem como seu acompanhamento e tratamento precoce e a ampliação da cobertura desse exame na população feminina (GHC/SIS-SSC, 2007). Contudo, o que se observa é que nem sempre é possível atingir 100% do esperado, pois não depende só dos serviços de saúde ou dos profissionais a realização deste acompanhamento, pois falta, muitas vezes, a adesão da mulher.

Na UBS Santa Marta a Prevenção do Câncer de Colo de Útero é feita quinzenalmente todas as terças-feiras pela enfermeira, onde a forma de registro utilizada permitiu o preenchimento desta parte do CAP. O município não tem um laboratório, as mostras são enviadas a Teresina e demoram de um a dois meses o resultado. Não contamos com serviço de colposcopia nem biopsia pelo SUS, é só atendimento particular localmente. As alterações devem ser encaminhadas para Teresina.

Em minha UBS Santa Marta são estimadas 356 mulheres entre 25 e 64 anos, temos 270 (76%) mulheres acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de colo de útero, 135 (50%) destas com citopatológico (CP) em dia, 22 (8%) faltosas com mais de seis meses de atraso. Exame do CP para câncer do colo de útero alterado, temos 31(11%), e realizamos avaliação de risco para câncer do colo em quatro (1%), duas fizeram a colposcopia particular e continuaram seu acompanhamento com o especialista, e as outras duas foram a Brasília para continuar seu acompanhamento.

As orientações foram realizadas em 270 (100%) mulheres de forma sistemática, começando pela consulta da médica e por meio de palestras, mais ainda temos barreiras culturais muito enraizadas da população que não ajudam em nada ao desenvolvimento do programa.

Igualmente acontece com as ações de promoção e prevenção sobre DST que são enfatizadas nas palestras realizadas, seja na unidade ou escolas e VD, além disso, temos disponibilidade de camisinhas masculinas e femininas para distribuir gratuitamente a população sempre na recepção da unidade. Tivemos 135 (50%) das mostras coletadas satisfatoriamente. Os exames coletados com células representativas da junção escamo- colunar de quatro (1%).

Fazendo uma análise crítica do questionário preenchido, penso que temos uma grande debilidade nesta ação programática, apesar de ter realizado muitas atividades de prevenção, os resultados alcançados não são satisfatórios. É um programa muito importante, pois garantir a saúde da mulher, com novas estratégias que devem ser estabelecidas e avaliadas de forma sistemática. Considero que a partir de agora teremos que ampliar e disponibilizar o horário e a oferta do CP do Câncer do Colo, aumentar a divulgação e as ações de educação em saúde. Além do horário da rotina de atendimento da unidade, oferecer horários alternativos para atender as mulheres que trabalham e tem dificuldades de realizar o exame. Continuar a busca ativa de mulheres com fatores de risco para o desenvolvimento do câncer do colo do útero, como infecções tabagismos, etc. Uma ação bem desenvolvida com a comunidade foi à vacina administrada as adolescentes de nove a treze anos contra (HPV) com uma cobertura de 100%, e sem efeitos adversos graves o que poderia levar temor à população.

Em relação ao Controle do Câncer da Mama foi muito mais difícil completar o CAP, temos um universo estimado de 111 mulheres entre 50 e 69 anos, 100% cadastradas. Temos conhecimento de quatro (4%) mulheres com mamografia atualizada, por ter risco realizaram as mesmas em outro estado para 107 (96%) faltosas. No município não há serviço ou profissional qualificado para realizar as mamografias, questão discutida com os gestores e sem resposta. O município possui um mamógrafo há quase dez anos, que está encaixotado no hospital ficando obsoleto e garanto que não foi por falta de cobrança dos profissionais que o serviço ainda não foi ofertado. Outra dificuldade é realizar a ultrassonografia de mama, as mulheres que a realizam arcam com os custos para realiza-las, o que dificulta cobrar das mulheres o seguimento adequado, ou seja, sabemos quem são as mulheres nesta faixa etária, porém poucas realizam o exame. Só contamos como a ferramenta de prevenção e educação das mulheres para detectar o mais rápido possível qualquer alteração. Realizamos o exame clínico na consulta, oferecemos a todas as

orientações e panfletos de como fazer o autoexame de mama. Com estas dificuldades não podemos cumprir o estabelecido pelos protocolos da saúde da mulher do MS. Confiamos que em curto prazo consigamos resultados que permitam realizar um melhor trabalho, por enquanto continuamos esforçando-nos para a melhoria dos resultados.

A equipe possui o registro nominal das mulheres nas faixas etárias cadastradas para câncer do colo do útero e câncer de mama. Discutiremos em equipe o aumento do número de dias de coleta e a busca ativa das faltosas em tempo oportuno. Devemos fazer as seguintes ações para aumentar a cobertura de prevenção do Câncer de mama e de colo de Útero: ter sempre presente no primeiro momento do acolhimento da importância da realização do exame de prevenção para qualidade de vida, viver com Saúde; ter identificadas as mulheres com classificação de risco, um nível de atenção priorizado para conseguir o melhor entendimento da importância de destes exames; analisar em cada reunião de equipe o comportamento do programa, e traçar ações para incentivar a mulheres a fazer exame; realizar além do exame físico da consulta que todas as mulheres da área de abrangência conheçam como realizar o autoexame de mama; continuar mantendo os panfletos a disposição da população em geral para promover a saúde; continuar com as ações de prevenção e promoção de saúde em todos os cenários disponíveis como escola, comunidades e VD.

AHAS e o DM são agravos independentes e frequentemente sinérgicos cuja combinação redundante em grave comprometimento à saúde. Ambos necessitam de acompanhamento em longo prazo; exigem mudança de hábitos e, por vezes, o uso de medicação por toda a vida (GARNELO, SOUZA, 2008).

Na UBS Santa Marta a atenção aos crônicos é realizada as quartas feiras por consultas agendadas, e se necessário alguma urgência. Além dos prontuários realizamos o registro dos usuários, em cadernos de acompanhamento da unidade. Participamos do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), do atendimento e do tratamento, sendo muito fácil o preenchimento desta parte do CAP.

O número de pessoas maiores de 20 anos é 679 em comparação com os estimados pelo CAP representa 73%. Segundo estimativa do CAP na área existem 295 pessoas com HAS, no entanto temos em acompanhamento 173 pessoas o que representa 59% da população estimativa. Realizamos como estratégia fazer busca

ativa duas vezes ao mês para captar usuários com HAS. Durante este tempo de trabalho captamos 17 usuários com HAS, e modificamos o tratamento de 10, temos 3 que não tem adesão ao tratamento apesar de todas as ações realizadas. Os outros indicadores de qualidade avaliados se comportam da seguinte forma: realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico 173 (100%) usuários; atraso da consulta agendada em mais de sete dias 45 (26%) usuários; exames complementares periódicos em dia 165 (95,3%) usuários; orientação sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável 173 (100%) usuários; avaliação de saúde bucal em dia 46 (26,5%) usuários.

Para os acompanhamentos utilizamos o cadernos da atenção básica número 33, devo ressaltar que os registros são feitos somente em prontuário, uma falha que deve ser corrigida para facilitar o trabalho de busca ativa aos faltosos nas consultas de retorno.

Mudar o estilo de vida é uma tarefa difícil, e quase sempre, é acompanhada de muita resistência, levando a maioria das pessoas a não conseguir fazer estas modificações e/ou mantê-las por muito tempo, e mais, quando a doença cursa de forma silenciosa, sem sintomas. No entanto, a educação em saúde é uma alternativa fundamental para conduzir as pessoas a essas mudanças, para fins de prevenção e controle dos fatores de risco da HAS, através de hábitos e atitudes saudáveis.

A estimativa do número de usuários com DM com 20 anos ou mais residentes na área é de 84, não está adequada à realidade, já que temos 26 diabéticos cadastrados, sendo a cobertura de 31%, indicador que deve melhorar com as ações que estamos realizando, como busca ativa. Realizamos o diagnóstico de sete casos novos de DM, todo o tipo II e com tratamento de insulina (NPH) temos quatro usuários. Os outros indicadores da qualidade avaliados se comportam da seguinte forma: com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico 26 (100%) usuários; com atraso da consulta agendada em mais de sete dias cinco (20,8%) usuários; com exames complementares periódicos em dia, 24 (92,3%); exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso, com medida da sensibilidade dos pés nos últimos três meses 18 (75%); com orientação sobre prática de atividade física regular e nutricional para alimentação saudável 26 (100%); com avaliação de saúde bucal em dia 10 (38,4%) usuários. Temos dois usuários sem adesão ao tratamento e os dois são tipo I.

Temos a nossa disposição o Caderno de atenção básica de Hipertensão Arterial sistêmica Brasília 2014 e de Diabetes mellitus 2013.

Concluindo pensamos que podemos melhorar com as seguintes ações.

1- Realizar cadastro contínuo em cada área de abrangência por parte dos ACS para atualização dos registros e que a busca ativa dos faltosos acudam a consulta

2- Continuar fazendo busca ativa nas comunidades e na UBS

3 - Continuar promovendo as ações de educação em Saúde sobre os fatores de risco da HAS e DM.

4- Insistir com os gestores para termos o serviço de odontologia e ou os usuários tenham prioridades para seu atendimento na outra UBS.

5-Ter sempre a disposição dos usuários panfletos educativos sobre seus agravos realizando orientações contínuas.

6- Manter a equipe de Saúde sensibilizada e atualizada sobre os temas

7- Interagir com as autoridades para termine a construção da nossa unidade nova.

8-. Continuar estimulando a realização de atividades físicas, caminhadas e alimentação saudável.

9- Garantir com a gestão esfigmomanômetros (adulto e infantil) com precisão.

10- Estimular, nas palestras e outras atividades, no acolhimento os usuários que aderiram ao tratamento com redução do peso, mudança de hábitos saudáveis, mantendo seu tratamento.

Por se tratar de um processo comum a todos os seres vivos, o envelhecimento deveria ter suas bases fisiológicas melhor conhecidas, à semelhança dos outros fenômenos orgânicos que caracterizam a concepção, o desenvolvimento e a evolução dos habitantes deste planeta, em especial do ser humano. O envelhecimento representa o conjunto de modificações que acontecem no organismo, a partir do nascimento e como consequência do tempo vivido (MARIN et al, 2000).

A sociedade brasileira também se encontra numa intensa mudança epidemiológica. Na década de 50, as doenças infecciosas e parasitárias representavam 40% das mortes registradas no país e atualmente são responsáveis por menos de 10% da mortalidade. Estas doenças estão sendo substituída por



doenças crônicas não transmissíveis, como as doenças cardiovasculares, a hipertensão, a obesidade, a osteoporose, entre outras, frequentes nos usuários idosos (RADIS, 1984).

Na UBS Santa Marta o atendimento ao programa Saúde do Idoso é realizado por consultas agendadas e em VD, a forma de registro utilizada permitiu o preenchimento desta aba do CAP. À estimativa do número de idosos residentes na área 156 idosos, parece adequada à realidade, com uma cobertura de Saúde da Pessoa Idosa de 100% (156), correspondendo com os dados regionais e com as estadísticas brasileiras.

O comportamento dos indicadores de qualidade na atenção as pessoas idosas calculados no CAP é o seguinte: idosos com caderneta de Saúde da Pessoa Idosa 156 (100%); com a realização de Avaliação Multidimensional Rápida, 102 (65,3%); com acompanhamento em dia, 79 (51%); com HAS, 75 (48%); com DM, 19 (12%); com avaliação de risco para morbimortalidade, 156 (100%); com investigação de indicadores de fragilização na velhice, 156 (100%); com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, 156(100%); com orientação para atividade física regular, 125 (80%); com avaliação de saúde bucal em dia, 10 (6%).

Os indicadores de avaliação para a pessoa idosa são amplos o que dificulta a implementação de todos os questionários, muitos desde usuários são avaliados no ambiente doméstico o que muitas vezes impossibilita uma avaliação mais eficiente dos usuários, some se a isso a dificuldade de entendimento de muitos idosos e seus familiares e cuidadores. A equipe vai discutir como melhor implementar a assistência a pessoa idosa dentro das nossas limitações.

Fazendo uma análise dos questionários preenchidos, acredito que os aspectos do processo de trabalho que poderiam melhorar para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção aos idosos na UBS são: fazer VD a este grupo de usuários, oferecendo atividades e priorizando o idoso de forma integral e seus familiares, para conseguir a identificação dos fatores que estão intervindo negativamente nesse meio, tais como isolamento, deficiência na atenção das necessidades básicas dos idosos e violência psicológica.

Encaminhamos os acompanhamentos necessários e garantimos orientações precisas para desenvolver no idoso uma vida digna como merece. Outro aspecto é o seguimento continuo pelos ACS dos idosos faltosos nas avaliações e/ou sem acompanhamento, melhorar nas ações de educação em saúde como hábitos

saudáveis, alimentação adequada, prática de atividade física. Sensibilizar os gestores para implantar a equipe saúde bucais do programa de odontologia na UBS de forma funcional, atualizando os registros, participação do nutricionista nas atividades da equipe e acompanhamento destes usuários. Fazer atividades de educação em saúde nos grupos de idosos.

Envelhecer é inevitável, mas suas consequências podem ser minimizadas, se não evitadas, com as devidas precauções. Apesar das perdas orgânicas, funcionais e mentais próprias do envelhecimento, é possível gerar um idoso sadio e com autonomia para realizar as tarefas diárias, bem como manter suas relações intelectuais e sociais com o meio que o rodeia.

Ações que podem melhorar estas ações programáticas em relação com o idoso: identificar mediante as VD os principais fatores de risco e atuar sobre eles para minimizar seu efeito; avaliar a necessidade de cadeiras de roda para os idosos; sensibilizar os gestores para garantia da atenção aos idosos, para o atendimento odontológico, pois a maioria tem perda importante de peças dentárias o que dificulta o processo digestivo, além de outras complicações associadas ao déficit dentário; continuar estimulando os hábitos de alimentação saudável e a prática de exercício físico como forma de manter sua independência física e emocional; manter a busca de faltosos a consulta, para evolução integral.

A Odontologia deve se enquadrar no conceito mais amplo de saúde – considerando o bem-estar físico, psicológico e social de um indivíduo (OMS). Dentro desse contexto de mudança de paradigma, a promoção de saúde toma o lugar da prática tradicional mutiladora, conhecida como “cirúrgico-restauradora”, não visando somente à devolução e manutenção da saúde dos dentes propriamente ditos, mas também do indivíduo como todo. Porém a avaliação da promoção da saúde oral é uma tarefa complexa e difícil que tem sido negligenciada (WATT & HARNETT, 2006).

No município temos CEO, com serviço de próteses total, tratamento endodôntico (canal), tratamento para doenças periodontal, cirurgias complexas, atendimento a usuários especiais como usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, deficientes mentais. Se contássemos com um equipo odontológico, todas as ações programáticas prioritárias seriam beneficiadas e a atenção bucal seria qualificada.

Em relação à Saúde Bucal, foi praticamente impossível preencher os dados, não tem registro na unidade que permita conhecer com precisão como são os atendimentos deste programa, visto que nosso serviço não conta com dentista e os usuários são encaminhados a outra UBS. A principal dificuldade encontra-se que o serviço que é referência da atenção odontológica da população fica a mais de 30 km da nossa UBS, só vai à consulta do odontologista quando tem urgências. Somando outra dificuldade que é a inexistência de contra referência, questão que temos falado inumeráveis vezes, sem resposta ainda.

Considerando à atenção à primeira consulta odontológica programática em grupos populacionais prioritários (pré-escolares, escolares, gestantes e idosos), é insuficiente já que são três consultas agendadas para uma população de mais o menos 1.468 habitantes, com três consultas de demanda espontânea e duas urgências. O desenvolvimento de ações coletivas nos pré-escolares, escolares, gestantes e idosos. Com os pré-escolares e escolares nas escolas com palestras, aplicação do flúor e exames clínicos. Também com as gestantes com ações coletivas nas consultas, igualmente com os idosos. O trabalho é muito deficiente. Já que acontece duas a três vezes no ano.

Nós como equipe de saúde, realizamos de forma sistemática atividades de prevenção e promoção da saúde bucal. Realizando na consulta exame da cavidade bucal.

Os indicadores de qualidade obtidos são: com primeira consulta programática temos 13 (5%) escolares, usuários exceto gestantes nove (1%), idosos 10 (6%), gestantes seis (41%); com atendimento não programático temos 96 (4%) escolares; com tratamento inicial completo 10 (100%) dos idosos, seis gestantes (100%); com orientação sobre alimentação saudável e higiene bucal coletiva nos atendidos temos 96 (4%) de pré-escolares, 10 (100%) dos idosos e seis (100%) das gestantes; Não foi possível calcular a média de procedimentos clínicos por habitante/mês e razão das primeiras consultas programáticas sobre atendimentos não programados.

Na medida em que as pessoas percebem a importância da saúde bucal sobre a qualidade de vida, a busca por serviços odontológicos ocorrerá, maior será o nível de higiene dental. Tendo em conta que os indicadores das doenças bucais para o organismo não são limitados à cavidade oral podendo repercutir na saúde geral do indivíduo.

Dificuldades e maiores desafios: estrutura inadequada da UBS; mobiliário insuficiente; falta de equipamento e instrumentais médicos; falta de medicamentos do quadro básico; a não existência de telefone; ausência de informatização da UBS; dificuldade com serviço odontológico; ausência do profissional odontológico; dificuldade de acesso a exames especializados; dificuldade de atendimento a usuários graves (ausência de UPA, UTI, Pronto Socorro); Não criação do conselho de Saúde da UBS (Fase de implantação); dificuldades na cobertura de puericultura, pré-natal e puerpério; falta de contra referência em todos os serviços; dificuldades do exame citológico em dia em mulheres de 25-64 anos; dificuldade no controle do câncer de mama; ausência de mamógrafo no município e baixa cobertura de usuários com HAS e/ou DM.

### **1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional**

O Programa saúde da Família é pensado para trabalhar com uma população adstrita, identificar os grupos de risco bem como atuar constante junto aos usuários atendidos pela equipe de saúde. Ao escrever sobre a realidade antes da minha chegada a UBS posso relatar que muitas ações eram desenvolvidas pela equipe, graças ao empenho da enfermeira que já atua há mais de dez anos na área, porém ressalvo que necessitamos de uma equipe de trabalho que atue em conjunto, discuta e envolva-se com os problemas.

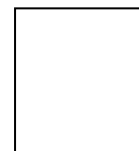
As consultas hoje estão organizadas por grupos com agendamentos e busca ativa de faltosos graças à presença do profissional médico que realiza as intervenções em tempo oportuno. Desloca-se da unidade para a comunidade e passa a ser visto como integrante da equipe e não apenas o médico do “postinho”.

Nas reuniões mensais percebo o empenho de muitos profissionais em fazer mais, sempre contribuindo. Assim também como aqueles que precisam de um empurrão a mais para produzir um melhor resultado.

A comunidade é carente, pois um grande número de pessoas recebe benefícios sociais, porém pobreza não é sinônimo de ignorância e sempre que convocada mostra-se presente nas demandas como quando são organizadas as atividades educativas, no entanto as pessoas têm suas crenças, limitações, por isso é muitas vezes mais fácil falar do que fazer.

Porém o desejo de que há sempre mais a fazer é dominante, a frustração existe frente aos problemas que fogem ao nosso poder, e quando não conseguimos sensibilizar um usuário para que mude seus hábitos também, mas a cada pré-natal bem feito com a participação da mãe que dá a luz a uma criança saudável, desenvolvendo sem intercorrências a infância, renova-se a satisfação pelo bom trabalho desempenhado.

Ao analisar e comparar o texto inicial em relação ao Análise situacional vemos que mudamos muitos aspectos importantes no trabalho na ESF durante este período, conseguimos uma boa aceitação da comunidade, iniciamos o acolhimento humanizado pela equipe de saúde, agendamento de consultas. Conseqüentemente eliminamos o excesso de demanda espontânea. Organizamos as VD, realizando-as com qualidades, trabalhando na promoção e educação em saúde com a comunidade, identificação de grupos de riscos e controle dos mesmos, na sistematização das consultas médicas, controle das doenças de transmissão hídrica, controle e eliminação das DST, busca ativa, controle e adesão ao tratamento dos usuários com DM e HAS e o mais importante que é o envolvimento da equipe nestas atividades.



## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A HAS e o DM, são fatores de risco para doenças cardiovasculares, sendo que com o diagnóstico precoce e a realização da promoção e prevenção em saúde, complicações são evitadas. A HAS é causa direta de cardiopatia hipertensiva, fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. O DM vem aumentando sua importância pela sua prevalência e habitualmente está associado à dislipidemia, à HAS e a disfunção endotelial. (BRASIL, 2013).

A UBS/ESF Santa Marta do município Corrente está situada em área rural a 30 quilômetros (Km) da cidade, tem uma população de 1.468 usuários. Trabalhamos no local adaptado, já que a UBS está em construção. Nossa equipe está composta por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde (ACS) e um auxiliar de serviços gerais. Não temos odontologistas em nossa equipe. Esta unidade conta com uma recepção pequena, uma farmácia, um armário-arquivo onde são colocados os prontuários e os medicamentos, um consultório médico, um consultório de enfermagem, um banheiro social e uma cozinha pequena.

O número de pessoas maiores de 20 anos na área adstrita é 679, delas acompanhamos um total de 173 (59%) usuários com HAS para uma estimativa de 223, segundo a planilha de coleta de dados, sendo baixo o número de usuários cadastrados com este agravo. A estimativa do número de usuários com DM com 20 anos ou mais residentes na área é de 55, não está adequada à realidade, já que temos 26 (47,2%) cadastrados, indicador que deve melhorar com as ações que estamos planejando, como busca ativa. A equipe de saúde desenvolve ações de educação em saúde encaminhadas à mudança e estilo de vida, alimentação

saudável, realização de atividade física, evitando o tabagismo, o consumo de álcool, o sedentarismo, etc.

A intervenção em nossa área de abrangência visa prestar uma atenção integral, melhorando o acolhimento e prestando um atendimento humanizado aos usuários. A equipe está comprometida com o projeto, com entusiasmo e vontade de trabalhar, mas a principal dificuldade que enfrentamos é que temos uma população distante da UBS, além disso, alguns usuários fazem acompanhamento na rede privada com outros médicos, não demonstrando interesse em participar da intervenção. Apesar das dificuldades, a equipe planeja melhorar a cobertura e qualificar a ação programática de HAS e DM, com o apoio da equipe e da gestão ao projeto, com a disponibilidade dos protocolos e as orientações oferecidas pela UFPel, ajudarão na realização da intervenção.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção aos Usuários Portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na UBS Santa Marta.

### **2.2.2 Objetivos específicos e metas**

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura a pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 1.1 Cadastrar 100% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Meta 1.2 Cadastrar 100% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

Meta 2.3 Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Meta 2.4 Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5 Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta: 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Meta 2.7 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS

Meta 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas hipertensas.

Meta 2.9 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas diabéticas.

**Objetivo 3:** Melhorar a adesão de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 3.1 Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2 Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

**Objetivo 4:** Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

**Objetivo 5:** Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus



Meta 5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

**Objetivo 6:** Promover a saúde a pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.2 Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.3 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão

Meta 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

## 2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na UBSSanta Marta, no município de Corrente/PI. Contamos com uma população adscritas de 1.468 habitantes, totalizando assim uma população de 832 (56,6%) homens e 336 (43,3%) mulheres; ressalto que as pessoas mudam constantemente por motivos pessoais, em busca de trabalho e melhores condições socioeconômicas. A estimativa, segundo a planilha de coleta de dados do curso, do número pessoas com 20 anos ou mais residentes na área portadores de HAS é de 223 hipertensos e 55 portadores de DM. Participarão da intervenção todos os hipertensos e diabéticos maiores de 20 anos de idade, cadastrados na ação

programática de atenção a pessoas com HAS e DM pertencentes à área de abrangência da UBS de Santa Marta.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

#### **Objetivo 1: Ampliar a cobertura a pessoas com HAS e à DM.**

**Meta 1.1** Cadastrar 100% das pessoas com HAS da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e DM da UBS.

**Meta 1.2** Cadastrar 100% das pessoas com DM da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS.

#### **Monitoramento e avaliação**

- Monitorar o número de pessoas com HAS e/ou DM cadastradas no Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS

A ação de monitorar o número de pessoas com HAS e/ou DM cadastradas no Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS Santa Marta será realizada por meio de revisão de fichas espelho, prontuários clínicos dos usuários, fichas de acompanhamento preenchidas corretamente e mantidas sempre atualizadas. A revisão será semanal sendo a enfermeira a responsável. Serão realizados encontros semanais para avaliação dos indicadores, os dados clínicos, as informações referentes a peso, altura, índice da massa corporal (IMC), glicemia capilar e PA.

#### **Organização e gestão do serviço**

- Garantir o registro de pessoas com HAS e/ou DM cadastradas no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e/ou DM.
- Garantir material adequado para a tomada da medida da PA (esfigmomanômetros, manguitos, fita métrica) na UBS.
- Garantir material adequado para realização do Hemoglicoteste (HGT) na UBS.

Para garantir o registro de pessoas com HAS e/ou DM cadastradas no Programa realizaremos capacitações com a equipe, na premissa de aprenderem como utilizar a ficha-espelho e preenche-la corretamente. Ressalta-se que as consultas para os usuários com HAS e/ou DM serão disponibilizadas todas as

segundas e quartas-feiras de manhã e tarde, priorizando o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco de manhã.

A ação de acolher as pessoas com HAS e/ou DM será executada na UBS, como durante a realização das VD. O acolhimento será realizado nos dias da consulta agendada e todos os dias da semana que estes usuários demandem atenção, e onde todos os profissionais da UBS ficaram envolvidos nesta atividade, o responsável será a enfermeira. Solicitaremos ao gestor o material necessário (esfigmomanômetros, manguitos, fita métrica, HGT) para realizar a intervenção a médica será a responsável).

### **Engajamento público**

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à HAS e à DM na UBS.
- Informar a comunidade sobre a importância de medir a PA a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.
- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS e DM.

A ação de informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à HAS e/ou DM, informar a comunidade sobre a importância de medir a PA a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente. Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS e/ou DM será realizada por meio de reuniões com a comunidade e iremos contar com o apoio da mesma. Os ACS irão divulgar estas ações durante suas VD, também no primeiro momento do acolhimento destes usuários na UBS os profissionais irão divulgar estas ações, sendo a enfermeira a responsável.

### **Qualificação da prática clínica**

- Capacitar os ACS para o cadastramento e atualização da população da área da UBS.

- Capacitar a equipe da UBS para verificação da PA de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
- Capacitar a equipe da UBS para realização do HGT em adultos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg.

As ações de capacitar os ACS para a captação, cadastramento e atualização da população da área da UBS e capacitar a equipe da UBS para verificação da PA de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito. Capacitar a equipe da UBS para realização do HGT em adultos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg. Serão realizadas de forma semanal nas quintas-feiras na reunião da equipe, na segunda hora da mesma, onde a médica será a responsável.

## **Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com HAS e à DM.**

**Meta 2.1** Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com HAS.

**Meta 2.2** Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com DM.

### **Monitoramento e avaliação**

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas com HAS e/ou DM.

A ação de monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas com HAS e/ou DM será realizada por meio da implementação da ficha-espelho, mantendo-a sempre atualizada, os dados coletados na mesma servirão para preencher a planilha de coleta de dados. Também serão usados os prontuários mantidos sempre atualizados. Quem irá realizar este monitoramento será a médica de forma semanal.

### **Organização e gestão do serviço**

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com HAS e/ou DM.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS.
- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na UBS.

A ação de definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com HAS e/ou DM será discutido e definido em reunião de equipe, realizada pela médica. A capacitação dos profissionais do protocolo de HAS e DM do Ministério da Saúde (MS), 2013 serão realizadas nas reuniões da equipe sendo a médica a responsável, para qual já disporemos de versão atualizada e impressa na UBS, disponibilizada pela gestão. Para a atualização dos profissionais a periodicidade vai ser semanal, duas horas, na reunião de equipe as quintas-feiras de manhã depois da consulta.

### **Engajamento público**

- Orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da HAS e/ou DM.

A ação de orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da HAS e/ou DM, ocorrerá por meio de palestras e oficinas para a comunidade, realizada em espaços sociais da comunidade estabelecendo parcerias com lideranças da mesma e em encontros com o grupo de pessoas com HAS e/ou DM realizados na própria UBS com periodicidade mensal, como também por meio do atendimento individual será tratado este tema. Todos os profissionais estão envolvidos nestas atividades sendo a médica a responsável.

### **Qualificação da prática clínica**

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

A ação de capacitar à equipe para a realização de exame clínico apropriado de acordo com os protocolos adotados será realizada em duas reuniões de equipe, sendo a médica a responsável pela capacitação.

**Meta 2.3** Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada três meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

### **Monitoramento e avaliação**

- Monitorar a realização de exame dos pés das pessoas com DM.

Para monitorar a realização de exame dos pés das pessoas com DM realizaremos a revisão o prontuário clínico do usuário com DM, a revisão da ficha espelho conferindo se está sendo realizada. Também na planilha de coleta de dados, este monitoramento será semanal com a enfermeira como responsável, a qual agendará consulta após a busca ativa para o usuário com DM que ainda não tenha o exame dos pés em dia do acordo com o protocolo.

### **Organização e gestão do serviço**

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame dos pés das pessoas com DM.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com o protocolo adotado pela UBS.
- Providenciar junto à gestão o monofilamento 10g para exame dos pés
- Organizar a agenda para acolher as pessoas com DM provenientes das buscas domiciliares.
- Solicitar a referência e contra referência (realizar a coordenação do cuidado) para pessoas com DM que necessitem de consulta especializada.

A ação de definir atribuições de cada profissional da equipe no exame dos pés das pessoas com DM será realizada na primeira reunião da equipe com a médica como responsável, a qual também solicitará ao gestor providenciar o monofilamento 10g para exame dos pés. A ação de organizar a agenda para acolher as pessoas com DM, provenientes das buscas domiciliares será na segunda e quarta-feira de manhã realizaremos o atendimento aos usuários classificados como alto risco e de tarde acolheremos aos provenientes das buscas domiciliares. Para a ação de solicitar a referência e contra referência (realizar a coordenação do cuidado) para pessoas com DM, que necessitem de consulta especializada será coordenado com o endocrinologista do NASF para sua avaliação.

### **Engajamento público**

- Orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do DM e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

A ação de orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da DM, e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, isto ocorrerá por meio de palestras e oficinas para a comunidade. Serão realizadas em espaços sociais da comunidade (igreja, escolas) estabelecendo parcerias com lideranças da mesma e em encontros com o grupo de pessoas com DM realizados na própria UBS com periodicidade mensal. Também por meio do atendimento individual será tratado este tema, todos os profissionais estão envolvidos nestas atividades sendo a médica a responsável.

### **Qualificação da prática clínica**

- Capacitar a equipe para a realização de exame apropriado dos pés.

A ação de capacitar à equipe para a realização de exame apropriado dos pés será realizada em duas reuniões de equipe, sendo a médica a responsável pela capacitação.

**Meta 2.4** Garantir a 100% das pessoas com HAS a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Meta 2.5** Garantir a 100% das pessoas com DM a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

### **Monitoramento e avaliação**

- Monitorar o número de pessoas com HAS e/ou DM com exames complementares solicitados de acordo com o protocolo adotado na UBS.
- Monitorar o número de HAS e/ou DM com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Para monitorar o número de pessoas com HAS e/ou DM com exames complementares solicitados/realizados de acordo como protocolo adotado na UBS e com a periodicidade recomendada será realizada por meio da revisão dos prontuários, da implementação da ficha-espelho, mantendo-a sempre atualizada, além da planilha de coleta de dados (PCD). Quem irá realizar este monitoramento será a enfermeira e a médica com periodicidade semanal.

### **Organização e gestão do serviço**

- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados.

Na organização e gestão do serviço a médica solicitará ao gestor municipal garantir a solicitação/realização dos exames complementares e convocar aos laboratórios conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS) para definir agilidade na realização dos exames complementares definidos no protocolo adotado, estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados aos usuários faltosos. O profissional responsável pela solicitação dos exames de acordo com o protocolo adotado será a médica.

### **Engajamento público**

- Orientar as pessoas com HAS e/ou DM e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar as pessoas com HAS e/ou DM e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

A ação de orientar as pessoas com HAS e/ou DM e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares e quanto à periodicidade com que devem ser realizados serão feitos por meio de palestras e oficinas para a comunidade, a serem realizadas na UBS e em encontros com o grupo. Além disso, os ACS irão divulgar estas informações na busca ativa dos faltosos e nas VD realizadas. Responsável: Médica

### **Qualificação da prática clínica**

- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

A ação de capacitar à equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares será realizada em duas reuniões de equipe, sendo a médica a responsável pela capacitação.

**Meta 2.6** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular/UBS para



100% das pessoas com HAS cadastradas na UBS.

**Meta 2.7** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular/UBS para 100% das pessoas com DM cadastradas na UBS.

### **Monitoramento e avaliação**

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/UBS

A ação de monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/UBS será realizada mensalmente pela médica, com o objetivo de verificar a presença de medicamentos para as pessoas com HAS e/ou DM, também nas consultas com os mesmos avaliaremos o acesso a estes medicamentos. Realizaremos a prescrição de acordo com a disponibilidade dos medicamentos, sendo a médica a responsável pela prescrição.

### **Organização e gestão do serviço**

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com HAS e/ou DM cadastrada na UBS.

A ação de realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos será realizada pela técnica de enfermagem semanalmente, além de manter um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com HAS e/ou DM cadastrados na UBS onde a enfermeira será a responsável.

### **Engajamento público**

- Orientar as pessoas com HAS e/ou DM e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/UBS e possíveis alternativas para obter este acesso.

A ação de orientar as pessoas com HAS e/ou DM e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/UBS e possíveis alternativas para obter este acesso serão realizadas por meio de palestras e oficinas para a comunidade, a serem realizadas na UBS e em encontros com o grupo. Além disso, os ACS irão divulgar estas informações na busca ativa dos faltosos e também nas VD realizadas. Responsável: Médica

### **Qualificação da prática clínica**

- Realizar atualização do profissional no tratamento da HAS e/ou DM.

- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/UBS.

No eixo de qualificação da prática clínica a ação de realizar atualização do profissional no tratamento da HAS e DM e capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/ UBS, será realizada em uma reunião de equipe, sendo a médica a responsável pela capacitação.

**Meta 2.8** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas hipertensas.

**Meta 2.9** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas diabéticas.

### **Monitoramento e avaliação**

- Monitorar as pessoas HAS e/ou DM que necessitam de atendimento odontológico

A ação de monitorar as pessoas com HAS e/ou DM que necessitam de atendimento odontológico será realizada mediante a revisão de fichas espelho, prontuários, e PCD preenchidas corretamente e mantidas sempre atualizadas, sendo a enfermeira a responsável. Serão realizados encontros semanais para avaliação dos indicadores. Nas consultas realizadas pelo médico e enfermeira, avaliaremos a necessidade de atendimento odontológico de cada um dos usuários com HAS e/ou DM realizando o encaminhamento para o dentista, os usuários com necessidade de atendimento odontológico.

### **Organização e gestão do serviço**

- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com HAS e/ou DM.
- Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento das pessoas com HAS e/ou DM proveniente da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

A ação de avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com HAS e/ou DM será realizada no atendimento clínico na UBS tanto pela médica como a enfermeira. Encaminhando os usuários com HAS e/ou DM a UBS

parceira do Cincerino no centro da cidade, já que não contamos com esse serviço em nossa unidade. Para organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento das pessoas com HAS e/ou DM provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico, estabeleceremos parceria com a odontologista na terça-feira, para a avaliação das pessoas com HAS e/ou DM avaliadas com necessidade de atendimento odontológico. Responsável: médica

### **Engajamento público**

- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente das pessoas com HAS e/ou DM.

No eixo de engajamento público a ação de orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente das pessoas com HAS e/ou DM será realizada por meio de palestras e oficinas para a comunidade, a serem realizadas na UBS e em encontros com o grupo. Falaremos em todas as oportunidades orientando os usuários sobre esta ação. Responsável: equipe de saúde

### **Qualificação da prática clínica**

- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com HAS e/ou DM.

A ação de capacitar à equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com HAS e/ou DM será realizada em uma reunião de equipe, sendo a médica a responsável pela capacitação juntamente com o odontólogo.

### **Objetivo 3: Melhorar a adesão de pessoas com HAS e/ou DM.**

**Meta 3.1** Buscar 100% das pessoas com HAS faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

**Meta 3.2** Buscar 100% das pessoas com DM faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

### **Monitoramento e avaliação**

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Para monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) serão realizados mediante a revisão de fichas espelho, prontuários clínicos, ficha espelho preenchidas corretamente e mantidas sempre atualizadas. Responsável: enfermeira

### **Organização e gestão do serviço**

- Organizar VD para buscar de faltosos
- Organizar a agenda para acolher as pessoas com HAS e/ou DM provenientes das buscas domiciliares.

Na organização e gestão do serviço a ação de organizar VD para buscar os faltosos será realizada em todas as quintas-feiras de manhã e organizar a agenda para acolher as pessoas com HAS e/ou DM provenientes das buscas ativas as segunda e quarta-feira de tarde. Responsável: enfermeira

### **Engajamento público**

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas com HAS e/ou DM (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer as pessoas com HAS e/ou DM e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Estas ações serão realizadas por meio de palestras e oficinas para a comunidade, a serem realizadas na UBS e em encontros com o grupo, além de nas VD realizadas pela equipe. Responsável: Equipe de saúde (Médica, enfermeira, ACS)

### **Qualificação da prática clínica**

- Capacitar os ACS para a orientação de pessoas com HAS e/ou DM quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Será realizada uma capacitação nas reuniões de equipe, sendo a médica a responsável pela capacitação.

### **Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.**

**Meta 4.1** Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com HAS.

**Meta 4.2** Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com DM.

### **Monitoramento e avaliação**

- Monitorar a qualidade dos registros de pessoas com HAS e/ou DM acompanhadas na UBS.

Ocorrerá por meio da implementação da ficha espelho, o prontuário clínico, a PCD e ficha de acompanhamento sendo a enfermeira a responsável pelo monitoramento, realizado semanalmente.

### **Organização e gestão do serviço**

- Manter as informações do SIAB/e-SUS atualizadas.
- Implantar a ficha de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação do agravo.

No eixo de organização e gestão do serviço a ação de manter as informações do SIAB/e-SUS atualizadas dos usuários cadastrados durante a intervenção será realizada pela enfermeira. A ação de implantar a ficha de acompanhamento do atendimento aos HAS e/ou DM ocorrerá durante todo o desenvolvimento da intervenção. Pactuaremos com a equipe o registro das informações e definiremos o responsável pelo monitoramento dos registros. Organizaremos 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 do agravo será definido na primeira reunião da equipe. A responsável pelo monitoramento dos registros será a enfermeira.

### **Engajamento público**

- Orientar as pessoas com HAS e/ou DM e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

No eixo de engajamento público a ação de orientar as pessoas com HAS e/ou DM e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário serão realizadas por meio das atividades realizadas com a comunidade, como palestras, conversas. Todos os profissionais serão responsáveis por esta ação.

### **Qualificação da prática clínica**

- Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento das pessoas HAS e/ou DM.
- Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Será realizada uma capacitação da equipe sendo a médica a responsável.

### **Objetivo 5: Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com HAS e/ou DM**

**Meta 5.1** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com HAS.

**Meta 5.2** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com DM.

### **Monitoramento e avaliação**

- Monitorar o número de pessoas com HAS e/ou DM com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

No monitoramento e avaliação a ação de monitorar o número de pessoas com HAS e/ou DM com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano ocorrerá por meio da revisão dos prontuários clínicos, a implementação da ficha espelho e a revisão da PCD, sendo a enfermeira a responsável pelo monitoramento.

### **Organização e gestão do serviço**

- Priorizar o atendimento das pessoas com HAS e/ou DM avaliadas como de alto risco.
- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Para a organização e gestão do serviço a ação de priorizar o atendimento das pessoas com HAS e/ou DM avaliadas como de alto risco e organizar a agenda para o atendimento desta demanda, ocorrerá de forma que segunda e quarta-feira de manhã disponibilizares 10 fichas para o atendimento esta demanda. Responsável: enfermeira.

### **Engajamento público**

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
- Esclarecer as pessoas com HAS e/ou DM e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

No eixo de engajamento público a ação de orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular e esclarecer as pessoas com HAS e/ou DM e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação) ocorrerá de forma individual nas consultas com os usuários e nas atividades que envolvam a comunidade, como palestras que serão ministradas pela médica, com parcerias com nutricionista do NASF e nas jornadas de HAS e/ou DM que realizaremos. Responsável Medica

### **Qualificação da prática clínica**

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

Na qualificação da prática clínica a ação de capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação e capacitar a

equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis ocorrerá toda quinta-feira de manhã, nas reuniões de equipe, na segunda hora da reunião na UBS. A médica que irá ministrar estas palestras.

### **Objetivo 6: Promover a saúde a pessoas com HAS e/ou DM.**

**Meta 6.1** Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com HAS.

**Meta 6.2** Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com DM.

**Meta 6.3** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com HAS.

**Meta 6.4** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com DM.

**Meta 6.5** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com HAS.

**Meta 6.6** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com DM.

**Meta 6.7** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com HAS.

**Meta 6.8** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com DM.

### **Monitoramento e avaliação**

- Monitorar a realização de orientação nutricional, orientação para atividade física regular, sobre riscos do tabagismo e orientação sobre higiene bucal às pessoas com HAS e/ou DM.

No eixo de monitoramento e avaliação a ação de monitorar a realização de orientação nutricional, orientação para atividade física regular, orientação sobre riscos do tabagismo e orientação sobre higiene bucal às pessoas com HAS e/ou DM ocorrerá por meio de acompanhamento e revisão semanal das fichas-espelho, da PCD e também pelos prontuários, onde a enfermeira será a responsável pelo monitoramento juntamente com o NASF.

### **Organização e gestão do serviço**



- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável, para orientação de atividade física.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas, educadores físicos nesta atividade.
- Demandar ao gestor a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do MS.
- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual (saúde bucal).

Na organização e gestão do serviço a ação de organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável será pactuada em reunião de equipe, aonde vai se realizar jornadas de HAS e DM para tratar este tema, além de demandar parcerias junto ao gestor para envolver o nutricionista nesta atividade, a médica será a responsável. Para orientação de atividade física será pactuada em reunião de equipe, sendo a enfermeira junto aos ACS os responsáveis por esta atividade, já que não contamos com educadores físicos em nosso município.

A ação de demandar ao gestor a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do MS será desenvolvida mediante o encaminhamento das às pessoas com HAS e/ou DM tabagistas á consulta de tabagismo municipal. Temos em nosso município, no NASF em parcerias com estes profissionais, sendo a médica a responsável por esta atividade.

A ação de organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual (saúde bucal) desenvolveremos nos 20 minutos das consultas como media deixar 5 minutos ao final da mesma para oferecer orientações de educação em saúde.

### **Engajamento público**

- Orientar pessoas com HAS e/ou DM, seus familiares e a comunidade sobre a importância da alimentação saudável, sobre a importância da prática de atividade física regular, sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo, sobre a importância da higiene bucal.

No eixo de engajamento público a ação de orientar pessoas com HAS e/ou DM, a comunidade e seus familiares sobre a importância de se ter uma alimentação

saudável, bem como a necessidade de uma dieta específica para o tratamento do DM. Sobre a importância da prática de atividade física regular, sobre a importância da higiene bucal ocorrerão em atividades como oficinas programadas e nas jornadas de HAS e DM, quem irá administrar esta atividade será a enfermeira com a participação de todos os profissionais da UBS. A ação de orientar as pessoas com HAS e/ou DM tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo ocorrerão em atividades como palestras, oficinas programadas e nas jornadas, sendo a enfermeira a responsável.

### **Qualificação da prática clínica**

- Capacitar a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável, sobre a promoção da prática de atividade física regular, para o tratamento de pessoas tabagistas.
- Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.
- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Para a qualificação da prática clínica a ação de capacitar a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável e específica para pessoas com DM, sobre a promoção da prática de atividade física regular, a ação de capacitar a equipe para o tratamento de pessoas tabagistas, oferecer orientações de higiene bucal e sobre metodologias de educação em saúde ocorrerá em uma reunião da equipe, na UBS, ministrada pela médica.

### **2.3.2 Indicadores**

#### **Relativa ao Objetivo 1:**

**Meta 1.1** Cadastrar 100% das pessoas com HAS da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS.

**Indicador 1.1** Cobertura do programa de atenção às pessoas com HAS na UBS

**Numerador:** Número de pessoas com HAS residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS.

**Denominador:** Número total de pessoas com HAS residentes na área de abrangência da UBS.

**Meta 1.2** Cadastrar 100% das pessoas com DM da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS.

**Indicador 1.2** Cobertura do programa de atenção às pessoas com DM na UBS.

**Numerador:** Número de pessoas com DM residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS da UBS.

**Denominador:** Número total de pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da UBS.

#### **Relativa ao Objetivo 2:**

**Meta 2.1.** Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com HAS.

**Indicador 2.1.** Proporção de pessoas com HAS com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

**Numerador:** Número total de pessoas com HAS com exame clínico apropriado.

**Denominador:** Número total de pessoas com HAS cadastradas no Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS.

**Meta 2.2** Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com DM.

**Indicador 2.2.** Proporção de pessoas com DM com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

**Numerador:** Número total de pessoas com DM com exame clínico apropriado

**Denominador:** Número total de pessoas com DM cadastradas no Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS.

**Meta 2.3** Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com DM a cada três meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

**Indicador 2.3.** Proporção de pessoas com DM com o exame dos pés em dia

**Numerador:** Número de pessoas com DM com exame dos pés em dia

**Denominador:** Número total de pessoas com DM cadastradas no Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS.

**Meta 2.4** Garantir a 100% das pessoas com HAS a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 2.4.** Proporção de pessoas com HAS com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Numerador:** Número total de pessoas com HAS com exames complementares em dia.

**Denominador:** Número total de pessoas com HAS cadastrados no Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS.

**Meta 2.5** Garantir a 100% das pessoas com DM a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 2.5.** Proporção de pessoas com DM com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Numerador:** Número total de pessoas com DM com exames complementares em dia.

**Denominador:** Número total de pessoas com DM cadastradas no Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS.

**Meta 2.6** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com HAS cadastradas na UBS.

**Indicador 2.6.** Proporção de pessoas com HAS com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular.

**Numerador:** Número de pessoas com HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

**Denominador:** Número total de pessoas com HAS com prescrição de medicamentos cadastrados no Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS.

**Meta 2.7** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com DM cadastrados na UBS.

**Indicador 2.7** Proporção de pessoas com DM com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular

**Numerador:** Número de pessoas com DM com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular

**Denominador:** Número de pessoas com DM com prescrição de medicamentos cadastrados no Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS.

**Meta 2.8** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com HAS.

**Indicador 2.8.** Proporção de pessoas com HAS com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

**Denominador:** Número total de pessoas com HAS cadastradas no Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS.

**Meta 2.9.** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com DM.

**Indicador 2.9.** Proporção de pessoas com DM com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

**Denominador:** Número total pessoas com DM cadastradas no Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS.

### **Relativa ao Objetivo 3:**

**Meta 3.1** Buscar 100% das pessoas com HAS faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.1.** Proporção das pessoas com HAS faltosas às consultas médicas com busca ativa.

**Numerador:** Número de pessoas com HAS faltosas às consultas médicas com busca ativa

**Denominador:** Número total de pessoas com HAS cadastrados na UBS faltosos às consultas.

**Meta 3.2** Buscar 100% de pessoas com DM faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.2.** Proporção de pessoas com DM faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

**Denominador:** Número total de pessoas com DM cadastrados na UBS faltosos às consultas.

### **Relativa ao Objetivo 4:**

**Meta 4.1** Manter ficha de acompanhamento de 100% de pessoas com HAS.

**Indicador 4.1** Proporção de pessoas com HAS com registro adequado na ficha de acompanhamento.

**Numerador:** número de pessoas com HAS com registro adequado na ficha de acompanhamento.

**Denominador:** Número total de pessoas HAS cadastradas no Programa de Atenção à HAS e à DM.

**Meta 4.2** Manter ficha de acompanhamento de 100% de pessoas com DM.

**Indicador 4.2.** Proporção de pessoas com DM com registro adequado na ficha de acompanhamento.

**Numerador:** Número de pessoas com DM com registro adequado na ficha de acompanhamento.

**Denominador:** Número total de pessoas com DM cadastradas no Programa de Atenção à HAS e à DM.

### **Relativa ao Objetivo 5:**

**Meta 5.1** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% de pessoas com HAS.

**Indicador 5.1** Proporção de pessoas com HAS com estratificação de risco cardiovascular.

**Numerador:** Número de pessoas com HAS com estratificação do risco cardiovascular.

**Denominador:** Número total de pessoas com HAS cadastradas no Programa de Atenção à HAS e às pessoas com DM.

**Meta 5.2** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% de pessoas com DM.

**Indicador 5.2** Proporção de pessoas com DM com estratificação de risco cardiovascular.

**Numerador:** Número de pessoas com DM com estratificação do risco cardiovascular.

**Denominador:** Número total de pessoas com DM cadastradas no Programa de Atenção à HAS e DM

**Relativa ao Objetivo 6:**

**Meta 6.1** Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com HAS.

**Indicador 6.1.** Proporção de pessoas com HAS com orientação nutricional.

**Numerador:** Número de pessoas com HAS que receberam orientação sobre alimentação saudável.

**Denominador:** Número de pessoas com HAS cadastrada na UBS.

**Meta 6.2** Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com DM.

**Indicador 6.2.** Proporção de pessoas com DM com orientação nutricional.

**Numerador:** Número de pessoas com DM que receberam orientação sobre alimentação saudável.

**Denominador:** Número de pessoas com DM cadastrados na UBS.

**Meta 6.3** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com HAS.

**Indicador 6.3.** Proporção de pessoas com HAS com orientação sobre prática regular de atividade física.

**Numerador:** Número de pessoas com HAS que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

**Denominador:** Número de pessoas com HAS cadastradas no Programa de Atenção à HAS e à DM.

**Meta 6.4** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% de pessoas com DM cadastrados.

**Indicador 6.4.** Proporção de pessoas com DM com orientação sobre prática regular de atividade física.



**Numerador:** Número de pessoas com DM que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

**Denominador:** Número de pessoas com DM cadastradas no Programa de Atenção à HAS e à DM

**Meta 6.5** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com HAS.

**Indicador 6.5.** Proporção de pessoas com HAS com orientação sobre os riscos do tabagismo.

**Numerador:** Número de pessoas com HAS que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

**Denominador:** Número de pessoas com HAS cadastradas no Programa de Atenção à HAS e à DM.

**Meta 6.6** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com DM.

**Indicador 6.6.** Proporção de pessoas com DM com orientação sobre os riscos do tabagismo.

**Numerador:** Número de pessoas com DM que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

**Denominador:** Número de pessoas com DM cadastradas no Programa de Atenção à HAS e à DM

**Meta 6.7** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com HAS.

**Indicador 6.7.** Proporção de pessoas com HAS com orientação sobre higiene bucal.

**Numerador:** Número de pessoas com HAS que receberam orientação sobre higiene bucal.

**Denominador:** Número de pessoas com HAS cadastradas no Programa de Atenção à HAS e à DM.

**Meta 6.8** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com DM.

**Indicador 6.8.** Proporção de pessoas com DM com orientação sobre higiene bucal.

**Numerador:** Número de pessoas com DM que receberam orientação sobre higiene bucal.

**Denominador:** Número de pessoas com DM cadastradas no Programa de Atenção à HAS e à DM.

### 2.3.3 Logística

Para a realização da intervenção referente à ação programática de HAS e DM contamos com uma equipe na UBS completa, o protocolo que será utilizado será o Manual Técnico de HAS e DM do MS de 2013 o qual já se encontra impresso na UBS. Com uma população atual de 1468 usuários estimamos alcançar com a intervenção o cadastro adequado de 223 usuários portadores HAS e 55 portadores de DM para conseguir a cobertura proposta de 100% de acordo com a estimativa da PCD. Temos na área de 100% de cobertura de ACS.

O monitoramento do número de usuários com HAS e DM cadastrados no Programa de Atenção à HAS e DM da UBS Santa Marta será realizado pela enfermeira de forma semanal, para isso contamos com as fichas espelho e PCD disponibilizados pela UFPEL, prontuários clínicos dos usuários na UBS. Este monitoramento ocorrerá por meio da revisão do livro de registro identificando os usuários com HAS e DM que vieram ao serviço para acompanhamento nos últimos três meses, localizaremos os prontuários destes usuários, transcrevendo todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. No primeiro monitoramento tomaremos as informações de IMC, PA, glicemia, dados do exame físico, avaliação do risco cardiovascular, consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso, fatores de riscos associados, hábito nutricional, avaliação de comprometimento de órgãos alvo e estado de compensação do agravo.

Para garantir o registro dos usuários com HAS e DM cadastrados no Programa será realizada a revisão semanal pela enfermeira com a participação de toda a equipe no preenchimento dos mesmos e mantendo os registros atualizados na UBS.

Para melhorar o acolhimento para os usuários com HAS e DM participará toda a equipe, o mesmo será realizado no primeiro momento antes da consulta na UBS, com a avaliação da prioridade do atendimento dos usuários de risco e com problemas agudos de saúde. Ressalta-se que para acolher a demanda de intercorrências agudas, não existe necessidade de alterar a organização da agenda, serão acolhidos de acordo com sua necessidade. As consultas agendadas de HAS e DM serão realizadas às segundas e quartas-feiras de manhã e à tarde. Pela manhã se priorizará o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco, depois as consultas agendadas e a tarde acolheremos os usuários com HAS e DM provenientes da busca ativa. Nas VD realizaremos também o acolhimento com o objetivo de conquistar novos usuários para participar da intervenção e oferecer um atendimento de qualidade aos mesmos.

Neste momento as fichas espelho estão sendo impressas na secretária de saúde com apoio do gestor, que também irá garantir material adequado para a tomada da medida da PA (esfigmomanômetros, manguitos, fita métrica) e para realização do HGT na UBS, solicitado pela médica.

Para informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à HAS e DM da UBS contamos com a colaboração da comunidade com a participação de um proprietário de equipamento de som para a divulgação da intervenção. Os ACS nas VD informarão sobre a importância de medir a PA a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente e orientarão a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS e DM. Também contamos com apoio da comunidade para realizar palestras, oficinas na igreja, na escola da área adstrita para divulgação da intervenção. Esclareceremos dúvidas com a participação de toda a equipe e sensibilizaremos a comunidade onde serão levantados todos os benefícios da sua realização para a melhoria da qualidade de vida dos usuários com HAS e DM acompanhados na UBS. Solicitaremos apoio da comunidade para esclarecer a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

Para a qualificação da equipe, iniciaremos com a capacitação sobre o manual técnico de HAS e DM, MS de 2013 para toda a equipe, além do preenchimento adequado da ficha espelho e de todos os registros necessários para o desenvolvimento da intervenção. Esta capacitação será realizada na quinta-feira de tarde na reunião da equipe da UBS, para isto será reservada duas horas ao final do expediente. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe. A médica será responsável pela realização das capacitações na equipe.

A realização de exame clínico apropriado dos usuários com HAS e DM será monitorado por meio da implementação da ficha-espelho, os prontuários clínicos, a PCD mantendo-os atualizados, com revisão semanal pela médica. Para definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários com HAS e DM será discutido e definido em reunião de equipe, onde será realizada a capacitação da mesma sobre o exame clínico apropriado.

Na escola, na igreja da comunidade, nas casas particulares realizaremos duas jornadas sobre HAS e DM. Também nos grupos ocorrerão palestras e oficinas para orientar aos usuários e a comunidade quanto aos riscos de agravos cardiovasculares e neurológicos decorrentes de HAS e DM e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, temas tratados também no atendimento individual. Além disso, os ACS divulgarão estas informações na busca ativa dos faltosos e nas VD realizadas.

A ação de monitorar o número de usuários com HAS e DM com exames laboratoriais solicitados e com a periodicidade recomendada de acordo como protocolo será através da revisão dos prontuários clínicos. A implementação da ficha-espelho com os dados atualizados, realizaremos o monitoramento semanal, a responsável será a enfermeira e a médica. A médica solicitará ao gestor municipal a garantia da solicitação dos exames complementares e agilidade na realização dos mesmos. Por meio de palestras e oficinas com a comunidade orientaremos os usuários sobre a necessidade de realização de exames complementares com a periodicidade recomendada. Os ACS divulgarão estas informações na busca ativa dos faltosos e também nas VD realizadas. A ação de capacitar à equipe para solicitação de exames complementares será realizada pela médica em uma capacitação na reunião de equipe.

A ação de monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular será realizada visita mensal à farmácia pela médica, com o objetivo de verificar o fornecimento e estoque de medicamentos para os usuários com HAS e DM, solicitando ao gestor a garantia dos mesmos. Nas consultas com os usuários com HAS e DM avaliaremos o acesso a estes medicamentos. O controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos será realizado pela técnica de enfermagem semanalmente, a mesma manterá um registro das necessidades de medicamentos dos usuários cadastrados na UBS onde a enfermeira será a responsável. Nas palestras e oficinas para a comunidade, e nos encontros com grupos vamos orientar em quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular, capacitando à equipe para divulgar estas orientações.

Para monitorar os usuários com HAS e DM que necessitam de atendimento odontológico será realizada mediante a revisão de fichas espelho, prontuários, e PCD preenchidas corretamente e mantidas sempre atualizadas, sendo a enfermeira a responsável. Serão realizados encontros semanais para avaliação dos indicadores. Contamos com o apoio da dentista da UBS do Cicerino onde serão encaminhados os usuários, conveniamos um dia na semana (terça-feira) para a avaliação das pessoas com HAS e DM, não temos esse serviço em nossa unidade. A comunidade será orientada sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos usuários com HAS e DM por meio de palestras e oficinas para a comunidade, a serem realizadas na UBS e em encontros nos grupos com a participação da dentista e auxiliar de consultório dentário.

Quanto à qualidade dos registros dos usuários com HAS e DM, implementaremos a ficha espelho, sendo a enfermeira a responsável pelo monitoramento de forma semanal. Os prontuários clínicos dos mesmos manteremos preenchidos pelos profissionais sendo monitorada a qualidade dos registros. A implantação da planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento ocorrerá durante todo o desenvolvimento da intervenção. Para a ação de preenchimento da PCD, a equipe será treinada, será solicitada a colaboração de todos para o adequado preenchimento. A responsável pelo monitoramento dos registros será a enfermeira. Por meio da revisão semanal das fichas-espelho será possível organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento e ao atraso na realização dos procedimentos preconizados. Nas atividades realizadas com a comunidade os

usuários com HAS e DM serão orientados sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde, serão todos os profissionais responsáveis por esta ação. Os quais receberão capacitação sobre o preenchimento dos registros necessários para o acompanhamento, dos procedimentos clínicos em todas as consultas será responsável à médica em uma reunião de equipe.

A ação de monitorar o número de usuários com HAS e DM com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano ocorrerá na revisão dos prontuários clínicos, a implementação da ficha espelho e a revisão da PCD, sendo a enfermeira a responsável pelo monitoramento. Organizar a agenda para o atendimento desta demanda ocorrerá de forma que segundas e quartas- feira de manhã será atendida esta demanda. A ação de orientar a comunidade, famílias sobre os fatores de risco para HAS e DM, ocorrerá de forma individual nas consultas individuais e nas atividades que envolvam a comunidade, como palestras que serão ministradas pela médica, com parcerias com nutricionista do NASF e nas jornadas de HAS e DM que realizaremos. Os profissionais receberão capacitações para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, sobre a importância do registro desta avaliação e quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, ocorrerá toda quinta-feira de manhã, nas reuniões de equipe, na segunda hora da reunião na UBS. A médica que irá ministrar estas palestras.

Na realização de ações para promover a saúde de usuários com HAS e DM, para monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, orientação em relação à prática regular de atividade física, riscos de tabagismo e saúde bucal para todos os usuários com HAS e DM ocorrerá por meio de acompanhamento das fichas-espelho, pelos prontuários clínicos avaliados semanalmente pela enfermeira, definindo o papel dos membros da equipe nas ações de promoção de saúde. Contaremos com parcerias com outros profissionais para o desenvolvimento das mesmas, como o nutricionista do NASF, dentista e auxiliar de consultório dentário da UBS do Cicerino, com apoio dos profissionais da consulta municipal antitabagismo e de medicamentos para o tratamento destes usuários.

Estas ações serão desenvolvidas de forma continuada, as responsabilidades serão divididas entre os profissionais da equipe, buscando parcerias com outras

instituições. Ao final de cada semana, as informações coletadas serão consolidadas na planilha eletrônica.





### **3 Relatório da Intervenção**

#### **3.1 Ações previstas e desenvolvidas**

Após 12 semanas de intervenção, muitos obstáculos foram enfrentados como as chuvas fortes, feriado do carnaval, a mudança da enfermeira da equipe, sendo uma nova profissional inserida no trabalho, precisando tomar conhecimento das ações realizadas pela equipe e entender o funcionamento da rotina de trabalho da UBS. Analisando as ações que foram possíveis de serem realizadas, destaca-se que a cobertura do número de usuários com hipertensão e diabetes cadastrados no Programa de Atenção a HAS e/ou DM melhorou consideravelmente. A equipe organizou o serviço, realizando as consultas agendadas na segunda e quarta-feira (manhã e à tarde), e quinta-feira a tarde na reunião com os grupos, sendo que esta organização não interferiu no atendimento da UBS, apesar de ter agendadas as consultas, sempre atendemos aos usuários que precisaram de atenção em qualquer momento.

Embora tenha sido garantido o material necessário, tivemos que fazer as coordenações duas vezes após o falecimento do secretário municipal de saúde, e a sua posterior substituição por outra pessoa para assumir este cargo. Conseguimos obter todos os instrumentos necessários para verificação da pressão arterial e para realização do hemoglicoteste, nunca tivemos dificuldades de conseguir as fichas-espelho necessárias para realização de toda a intervenção.

Também contamos com a participação voluntária do proprietário de um equipamento de som, que facilitou a informações à comunidade, sobre as ações que estavam desenvolvendo-se na unidade e a importância da mesma, e da participação da comunidade.

Foi possível melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM. As ações desenvolvidas pelos ACS como cadastramento da população alvo e a

busca dos faltosos as consultas foram muito importantes para o bom desenvolvimento da intervenção. Além disso, os ACS foram capacitados para divulgarem para a comunidade sobre a existência do programa na UBS, como também sobre a importância de aferir a pressão arterial a partir dos 18 anos e do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Foram realizadas capacitações com a equipe sobre a importância de um adequado exame clínico, como também sobre monitorar a realização dos exames laboratoriais solicitados, conforme o protocolo.

Ressalta-se que tivemos algumas dificuldades na realização destes exames, devido à das demora por parte do município, e a demora por falta de reativo necessário para a realização dos mesmos, também ocorreu problema com o eletrocardiograma que é realizado pela rede estadual, e agora somente é possível de se realizar na rede privada.

Com a capacitação dos ACS e seu bom desenvolvimento, entusiasmo e responsabilidade no trabalho, foi possível realizar a busca ativa de 100% dos usuários com HAS e/ou DM faltosos, e melhor organizar visitas domiciliares. Destaca-se que toda a equipe participou no preenchimento dos registros necessários para o acompanhamento dos usuários. Realizou-se o monitoramento do número de usuários acompanhados com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Ao realizar o monitoramento de acesso aos medicamentos da Farmácia popular, observa-se que o maioria dos usuários tem tratamento com drogas da Farmácia Popular e tem acesso a elas, sem dificuldades pois estão garantidas pela Secretaria de Saúde.

Dentro das potencialidades da equipe, observou-se o comprometimento, entusiasmo e vontade de trabalhar em equipe, visando a melhora da cobertura do programa de atenção a usuários com HAS e DM. A comunidade acha muito importante poder participar da intervenção foi demonstrado com a procura voluntária deles ao projeto depois de conhecer os benefícios é a intenção do mesmo e receber uma atenção mais humanizada.

Foram realizadas palestras sobre diversos temas como alimentação saudável, higiene bucal e doenças odontológicas, importância da adesão ao tratamento. E fatores de risco como o hábito de fumar e o sedentarismo. Destaca-se que foram realizadas em cada micro área como mínimo duas buscas ativa, pois

antes de iniciar o projeto, já fazíamos esta atividade as mesmas forem feitas em a igreja perto da UBS. Nas escolas realizamos grupos de educação em saúde bem como nas mesmas casas dos usuários, pois devido a problemas estruturais, não foi possível de serem realizadas na UBS, nesta forem realizadas palestras só no primeiro momento do acolhimento e com um número limitado de usuários. Recebemos apoio dos profissionais do NASF (nutricionistas e fisioterapeutas) e da gestão municipal.

Realizamos visitas domiciliares a localidade de Cana Brava (Figura 5), uma área pertencente a nossa UBS, no entanto mais distantes da mesma. Visitamos um casal de idosos com a enfermeira, o técnico de enfermagem, e o ACS, o usuário estava faltoso a consulta, apresentando dificuldade de entendimento do tratamento e cuidados em saúde, e uso inadequado de medicações. Esse é somente um exemplo dos muitos acompanhamentos domiciliares que realizados.



Figura 5. Visitas domiciliares a usuários com HAS e/ou DM na comunidade Cana Brava, pertencente a UBS Santa Marta, corrente/ Piauí.

Para as orientações sobre HAS e/ou DM contamos com material informativo ofertado pela Secretaria Municipal de Saúde (Figura 6).



Figura 6. Material informativo utilizado durante a intervenção.

Na semana 5 de intervenção realizamos grupo de educação em saúde em uma das nossas micro áreas e tivemos boa adesão dos usuários (Figura 7; Figura 8). Uma coisa muito positiva percebida foi que a população tem procurado a UBS por decisão própria na medida que se conscientizam sobre a importância do trabalho que estávamos realizando, tudo isto foi conseguido com esforço, e entusiasmo com que o equipe que realizou este trabalho.



Figura 7. Grupo de educação em saúde realizado durante a intervenção numa Igreja Católica perto da UBS



Figura 8. Grupo de educação em saúde realizado durante a intervenção na mesma igreja

Outra localidade que pertence a nossa UBS e que também realizamos as ações do programa foi na região de Santa Luzia ,pertencente a UBS da Santa Marta; Nesta localidade realizamos os acompanhamentos na Escola cujo nome é Santa Luzia (Figura 9; Figura 10) e apesar das condições do tempo os usuários compareceram ao chamado, eles não possuíam atualizado os exames complementares, nem faziam uso de medicamentos, e a equipe trouxe os mesmos para marcação, e os ACS após fizeram a sua entrega para que os usuários tenham que se deslocar apenas uma vez, na data da sua realização. Os grupos de educação em saúde e acompanhamentos nas localidades da UBS foram pontos fortes de nossa intervenção.



Figura 9. Organização dos acompanhamentos na Escola Santa Lucia, localidade Santa Luzia, pertencente a UBS de Santa Marta /Corrente Piau.



Figura 10. Usuário em acompanhamento na Escola Santa Lucia, localidade Santa Luzia, pertencente a UBS de Santa Marta, /Corrente/Piauí.

Na semana 11 de intervenção realizamos outra atividade de ação em saúde na área da UBS, na igreja perto da UBS (Figura 11; Figura 12). Ficamos muito contentes, já que participaram 53 usuários da área, realizamos pesagem dos usuários, verificação da pressão arterial, e teste dos níveis de glicose. Durante a palestra com os usuários abordados tema como, exercício físico, adesão ao tratamento. Os usuários ficaram interessados, fizeram perguntas e depois a palestra converteu-se em uma conversa. Nesse momento contamos com a participação da nutricionista no NASF sobre alimentação saudável. Assim como as demais atividades que realizamos os usuários que tiveram os níveis de glicose alta ou pressão arterial elevada foram agendadas consultas onde serão avaliados integralmente.



Figura 11. Atividade de educação em Saúde na igreja perto da UBS Santa Marta Corrente/ Piauí.



Figura 12. Verificação da pressão arterial e orientação dos usuários na igreja católica perto da UBS Santa Marta /Corrente Piauí.

### 3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Durante os três meses de intervenção não foram possíveis contar com um profissional educador físico no projeto, assim como não houve a compra de medicamentos para o abandono do tabagismo, devido à falta de recursos financeiros por parte da gestão municipal.

Outro aspecto no qual tivemos dificuldades foi no indicador do tratamento odontológico por parte dos usuários apesar de todos terem sido avaliados quando a identificação das necessidades de atendimento. As causas que foram analisadas pelo equipe em primeiro lugar a distância que precisam se deslocar para poder receber atenção odontológica, em segundo que as vezes não tem a disponibilidade financeira para poder arcar com os gastos, e a outra coisa é que realmente ainda temos que trabalhar muito para a compreensão por parte da população da importância da Saúde bucal. Verificamos que apesar de ter trabalhado com palestras demonstrativas sobre a Saúde Bucal, falta compreensão e interesses por parte deles. Outro aspecto que dificultou a complementação da intervenção com os cuidados aos portadores dessas doenças crônicas foi que a nova estrutura física da UBS não foi concluída.

### **3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados**

Houve dificuldade na coleta e sistematização de dados, pois a UBS não está informatizada e também não dispomos de prontuários eletrônicos, portanto houve demora no preenchimento dos dados dos usuários, sendo que toda a equipe participou dessa ação.

Como a UBS também não dispõe de computador, utilizou-se o computador pessoal da médica, que após o término do contrato do Programa Mais Médicos para o Brasil, deixará uma cópia impressa na UBS, afim de que o outro médico poderia utilizar esses dados como ferramenta de trabalho.

### **3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços**

Nossa equipe tem interesse em trabalhar nas incorporações destas ações a rotina de serviço da UBS. Para que isso seja possível, iremos manter as consultas agendadas do programa de atenção ao usuário com HAS e DM, todas as segundas e quartas-feiras (manhã/tarde), e os usuários que procurarem atendimento por demanda espontânea em outro dia na semana também serão atendidos, como também seguiremos trabalhando para manter e melhorar os resultados atingidos até hoje. Dar seguimento a realização das visitas domiciliares às quintas-feiras de manhã, como também a busca de faltosos, com participação dos ACS. Iremos continuar solicitando apoio da gestão, como também buscar garantir os medicamentos necessários para os usuários. Continuaremos cobrando da nossa gestão para que nossa UBS seja concluída e equipada, já que desse jeito poderíamos ter atingido mais nossos objetivos de forma mais significativa sobre toda a atenção odontológica, por exemplo.



## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

Este projeto de intervenção foi feito dentro do programa do curso de especialização em Saúde da Família para conseguir a melhoria da atenção aos usuários com HAS e/ou DM na UBS Santa Marta, localizada em uma zona rural que fica a 35 km do município de Corrente/PI. Participaram da intervenção todos usuários maiores de 20 anos com HAS e/ou DM cadastrados no Programa e pertencentes à área de abrangência da UBS. Cabe destacar que os usuários atendidos com essas doenças que não pertenciam a área da UBS não foram incluídos na planilha de coleta de dados.

Nosso projeto foi desenvolvido em 12 semanas dentro da nossa rotina de trabalho, o objetivo principal do alcance dos indicadores trabalhados foi buscar uma atenção mais humanizada e integral aos nossos usuários; nosso universo de trabalho foi constituído por uma população de 1.468 habitantes 832 (56,6%) homens e 336 (43,3%) mulheres; ressalto que as pessoas mudam constantemente de área por motivos pessoais, em busca de trabalho e melhores condições socioeconômicas, outros fazem o contrário se incorporarem a área de abrangência, assim existe um equilíbrio estatístico da população sem muitas variações, já que tem sido avaliado durante vários meses.

Desconsideramos para nosso trabalho a estimativa oferecida pelo Caderno de Ações Programáticas, pois observamos que a estimativa da PCD ficava mais próxima de nossa realidade, já que tínhamos antes de iniciar nosso projeto 173 usuários com HAS e a planilha de coleta de dados estimava que em nossa área deveria ter 223 pessoas com esta doença, dessa forma buscamos cadastrar 100% dos usuários com esta doença. Consideramos que antes da intervenção tínhamos

uma sub-identificação dos usuários hipertensos e deveríamos buscar estratégias para resgata-los.

A mesma justificativa pauta a escolha dos usuários com DM preferindo pelas razões antes expostas trabalhar com os dados de PCD. A estimativa foi considerada mais real pois devíamos ter 55 usuários com DM na área e tínhamos somente o acompanhamento de 26 cadastrados. Dessa forma traçamos estratégias que permitiram até onde foi possível a identificação destes usuários até antes não acompanhados na UBS. Assim elenco os objetivos do projeto de intervenção abaixo:

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura a pessoas com HAS e/ou DM.

**Meta 1.1:** Cadastrar 100% das pessoas com HAS no Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS.

No primeiro mês de intervenção conseguimos acompanhar 30%(67) dos usuários com HAS da área, lembrando que meta estipulada era de 100%. No mês seguinte 61,9%(138) da população com HAS estava acompanhada e por fim no último mês contabilizamos 98%(220) de acompanhamento, evolução apresentada na Figura 13. Tivemos uma evolução significativa dos dados dentro do planejamento ainda que a totalidade da mesma não tenha sido atingida mesmo com os esforços da equipe.

Foram facilitadores a dedicação da equipe e o comprometimento em prestar uma atenção mais humanizada a população de nossa comunidade, também contamos com a participação da comunidade que buscou a unidade após ter conhecimento do projeto nas atividades educativas desenvolvidas pela equipe e ficou muito feliz em participar e sentir-se cuidada. As atividades desenvolvidas foram de grande valia para melhorar nossa atenção aos portadores de hipertensão. Foram fatores que dificultaram o alcance da mesma: as condições climáticas, a mudança da enfermeira da equipe pois uma nova profissional foi inserida no trabalho, precisando tomar conhecimento com a equipe, entender como funcionava nossas rotinas, o que tomou tempo.

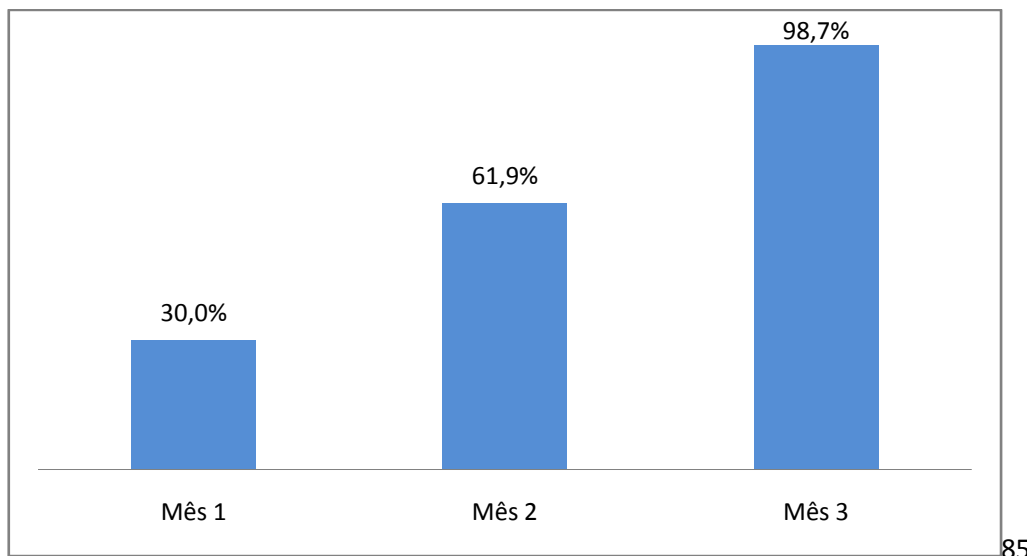


Figura 13. Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na UBS Santa Marta, Corrente/PI.

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura a pessoas com HAS e/ou DM.

**Meta 1.2:** Cadastrar 100% das pessoas com DM no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à DM da UBS.

Nossa meta neste indicador ficou abaixo do esperado, durante a intervenção existiu um desejo por parte de toda a equipe de melhorar este indicador, pois mostrou-se abaixo do esperado. Realizamos busca ativa na comunidade, em especial nas pessoas que não comparecem com frequência a UBS ou que nunca havia aferido seus índices glicêmicos, ainda assim nossa captação ficou a desejar.

Para DM iniciamos acompanhando 13(23,6%) usuários, já no segundo mês passamos a acompanhar 24, atingindo uma cobertura de 43,6% e por fim no último mês de intervenção 38 usuários com DM foram acompanhados, chegando a 69,1% de cobertura, dados apresentados na Figura 14.

Mesmo após o término da intervenção o trabalho continuará e a equipe ficará atenta, buscando identificar usuários que ainda estejam desaparecidos/não conhecidos de nossa realidade, ou talvez eles realmente não existam e os fatores ambientais, qualidade de vida influenciam os números abaixo da estimativa o que é muito bom.

Ainda que nossa meta não tenha sido alcançada, melhoramos nossa identificação junto a nossa comunidade, que também foi orientada sobre a importância das doenças e a necessidade de realizar exames para sua identificação

precoce. Como sabemos infelizmente são doenças silenciosas e quando muitas vezes se mostram já persistem há algum tempo, assim diagnosticar precocemente e intervir antes das sequelas instaladas é sempre o objetivo a ser alcançado.

Os fatores climáticos dificultaram em alguns momentos a ida da população à UBS, bem como nossa ida a mesma, devido a acessos ruins de estradas precárias, a resistência de alguns usuários a aceitar realizar exames e retornar ao serviço com seus resultados, algo que foge ao nosso poder e persuasão. Os feriados e festas de fim de ano também diminuíram a busca de atendimento, também tivemos férias de dois profissionais, um ACS e da enfermeira da equipe.

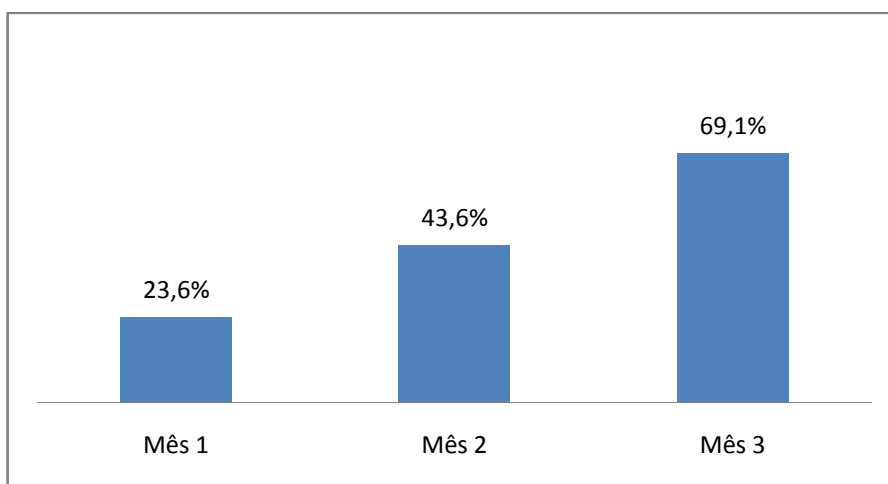


Figura 14. Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na UBS Santa Marta, Corrente/PI.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com HAS e/ou DM.

**Meta 2.1** Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com HAS.

Durante os três meses de intervenção foram integrados 67,138, 220 usuários com HAS ao programa da UBS com grande êxito, pois a meta foi totalmente atingida, 100% nos três meses de intervenção.

Este indicador teve meta atingida porque desde que começamos a trabalhar na UBS percebemos que essas doenças pela repercussão que tem na saúde dos usuários mereçam nossa atenção diferenciada por isso desenvolvemos nosso trabalho nesse foco, isso em conjunto com o bom desenvolvimento e responsabilidade da equipe. Assim todos nossos usuários cadastrados passaram por exame clínico apropriado.

**Objetivo 2.** Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com HAS e/ou DM.

**Meta 2.2** Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com DM.

Apesar de ter faltosos a consulta como é já costume em nosso trabalho, pois os usuários ainda que tenham conhecimento das doenças e de suas complicações a longo prazo, tem o direito de dizer não, ausentando-se das consultas, atividades educativas, uso correto de medicação e realização de exames. Isso é algo que deve ser trabalhado na equipe pois tende a nos frustra como profissionais, pois passa a impressão que o trabalho não foi suficiente, mas não é verdade, só podemos ir até onde a pessoa permite. O atendimento diário permitiu que todos os usuários tivessem os exames clínicos apropriados, assim realizamos nosso trabalho, a quantidade de usuários com DM ao contrário dos usuários com HAS é muito menor o que contribui também para atingirmos a meta. Evoluímos de 13 no primeiro mês, para 24 no segundo, e por fim no último mês 38 usuários acompanhados nos três meses de intervenção com o apoio de toda a equipe conseguimos atingir a meta estipulada.

**Objetivo 2.** Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e à DM.

**Meta 2.3** Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com DM a cada três meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade)

Como explicamos anteriormente o número de usuários com DM não é significativo o que permitiu conjuntamente com a participação da equipe ter atualizado o exame clínico dos pés dos diabéticos. Nossa rotina de trabalho foi organizada para dar prioridade a execução das ações da intervenção ainda que tenham existido dificuldades, esta meta foi atingida. Os usuários com diabetes não eram agendados em dias que se atendiam gestantes, ou outros grupos, uma forma de otimizar o trabalho e atender melhor as pessoas quando buscam a UBS.

No primeiro mês de intervenção avaliados os pés de 13 pessoas com DM, seguidos de 24 no segundo mês e 38 no terceiro, obtendo 100% de qualidade nos três meses, fato que deixou toda a equipe muito feliz.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e à DM.

**Meta 2.4:** Garantir a 100% das pessoas com HAS a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Durante nosso primeiro mês de trabalho alcançamos 67 usuários com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, o que representa uma cobertura de 95,5%, com os acompanhamentos do segundo mês 125 usuários tinham exames complementares em dia, houve uma redução do percentual de cobertura para 90,6% também devido ao aumento de nosso denominador. Já no terceiro mês obtivemos um aumento percentual para 97,3%, finalizando com 214 pessoas com exames complementares em dia.

Fazendo uma análise dos resultados achamos que ainda há dificuldades por parte dos usuários sobre a compreensão da importância de realizar os exames complementares, pois temos que insistir muito para convence-los a fazê-los. Considerando que na área rural a distância no centro da cidade é de 30 km a equipe tem como estratégia marcar a data dos exames no NASF com o objetivo de que os usuários só tenham que deslocar-se somente uma vez até a cidade, assim também recolhemos os resultados. Outro aspecto negativo a destacar forem as condições climáticas e os dias feriados que ocorreram no período da intervenção.

A melhora deste indicador no mês três foi devido a estratégia de monitoramento quase diário que foram estabelecidas pela equipe em conjunto com os líderes da comunidade.

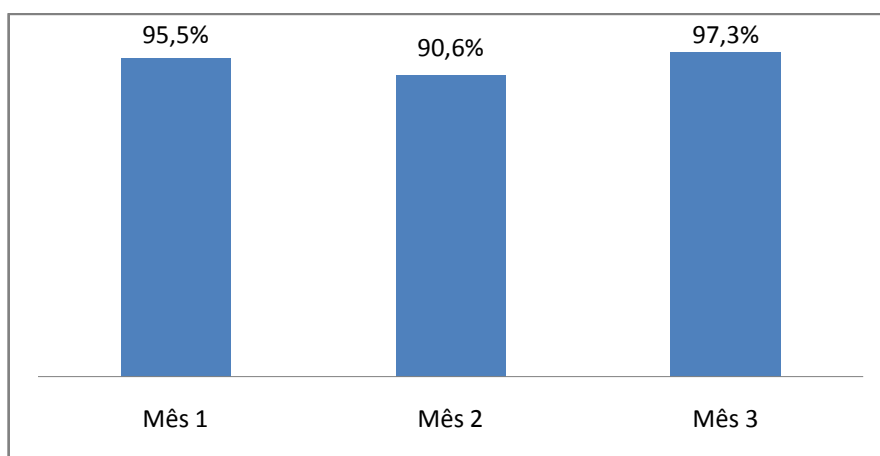


Figura 15. Proporção de usuários com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Santa Marta, Corrente/PI.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e à DM.

**Meta 2.5:** Garantir a 100% das pessoas com DM a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Com um número menor de usuários com DM e o trabalho realizado pela a equipe foi possível que todos os usuários com DM tivessem os exames complementares em dias solicitados pela equipe. Ressalta-se que os exames eram sempre solicitados, quando necessário, pois existiam usuários com exames recentes e quando não alterados não foram solicitados novamente, pois o trabalho com estes grupos desenvolveu-se durante todo o ano, assim tinha muito usuários com exames em dia, possibilitando o resgate dos dados em prontuário e o cálculo do risco cardiológico a partir da intervenção.

Com o empenho da equipe conseguimos manter 100% deste indicador, para os três meses de intervenção: 13 usuários no mês 1, 24 usuários no mês 2 e por fim 38 usuários no mês 3.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e à DM.

**Meta 2.6** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com HAS cadastradas na UBS.

Nosso objetivo durante o desenvolvimento de nossa intervenção foi atingirmos maior número possível de usuários com prescrição do medicamentos da Farmácia Popular, a fim de facilitar o uso de medicações que são disponibilizados pelo serviço público. Durante nosso primeiro mês dos 67 usuários cadastrados 60 usavam os medicamentos, representando uma porcentagem de 84,6% da mesma, a prioridade sempre são os medicamentos da farmácia básica. Apesar disso, alguns usuários são resistentes ao controle na farmácia, estes usuários são encaminhados a cardiologista que dispomos no município e geralmente voltam com novas prescrições, que não são alteradas salvo avaliações criteriosas ou reações adversas, se os controles tensionais e glicêmicos se encontram normais. Outro elemento a destacar foi que durante incorporação voluntaria de alguns usuários fizemos a troca do do tratamento para medicação da Farmácia Popular, tudo isto

trouxo como consequência que o número de usuários com esta variante de tratamento forem crescendo. Durante o mês dois da intervenção 67 usuários dos 71 cadastrados utilizavam medicamentos da farmácia popular e no terceiro mês 78 usuários dos 82 cadastrados com percentuais de cobertura de 91,7 e 93,5%, respectivamente (Figura 16).

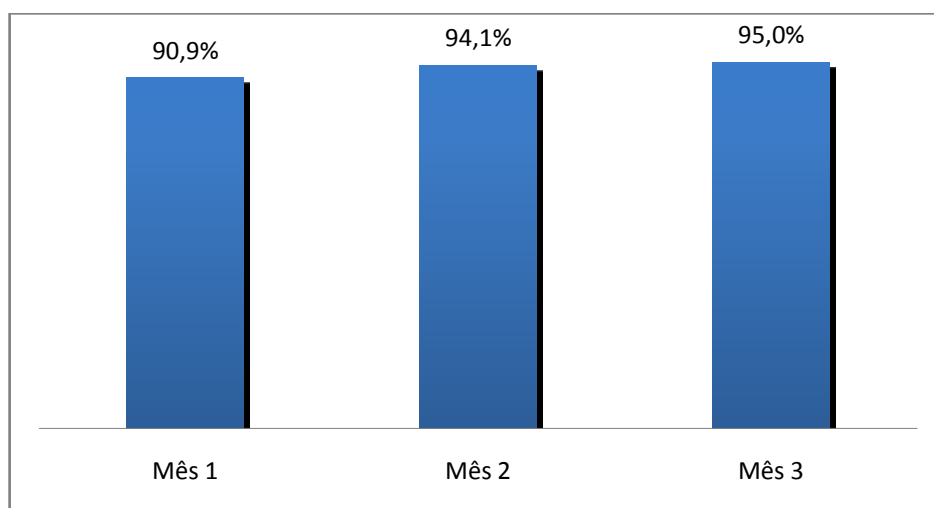


Figura 16. Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Santa Marta, Corrente/PI.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e à DM.

**Meta 2.7:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com DM cadastradas na UBS

Por conseguinte, os usuários com DM estão sendo tratados na sua maioria dentro das possibilidades da farmácia básica, quando não apresentam controle glicêmico adequado, os mesmos são encaminhados ao endocrinologista que tem na maioria das vezes acrescentado a insulina, no entanto só dispomos no serviço do município a insulina regular, que é disponibilizado pelo Estado ao município.

Nossos índices atingiram nos meses 1,2 e 3 da intervenção 11, 22, 29 usuários respectivamente com índices que demonstram 84,6; 91,7 e 93,5% de prescrição de medicamentos da farmácia popular para usuários com DM.



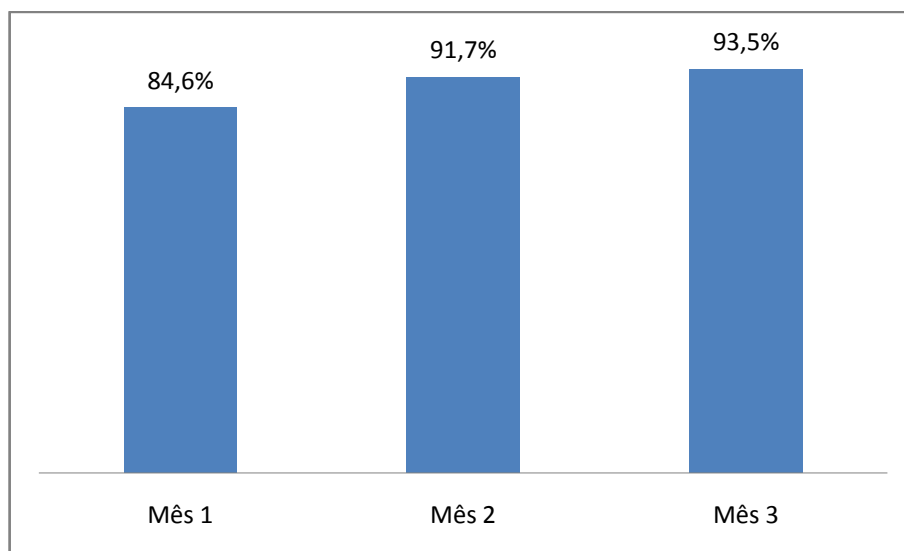


Figura 17. Proporção de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Santa Marta, Corrente/PI.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e à DM.

**Meta 2.8** Realizar de atendimento odontológico avaliação da necessidade em 100% das pessoas com HAS.

Avaliar a necessidade de ter atendimento odontológico de maneira geral é muito fácil pois com uma simples inspeção da cavidade bucal podemos verificar se realmente os usuários necessitam de atendimento odontológico priorizado, porém a saúde bucal é deixada de lado infelizmente, não existe um trabalho preventivo.

Este indicador avalia a necessidade, no entanto destacamos que está é uma grande deficiência da nossa assistência, não possuímos um profissional dedicado a área, um consultório para atendimento, uma rotina de serviço, são realizados agendamentos porem existem inconvenientes que levam as pessoas a abdicarem do tratamento odontológico, como a distância, custos, condições climáticas, horário dos carros. Esperamos que esta problemática seja resolvida quando for aberta a nova UBS, enquanto isso aguardamos ansiosos.

As consultas médica/enfermagem eram sistematizadas para avaliar adequadamente os usuários e como este era um item da planilha não havia como esquece-lo. Passaram por avaliação da necessidade de atendimento odontológico respectivamente 67, 138 e 220 usuários, sendo que obtivemos 100% de qualidade durante os três meses.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e à DM.

**Meta 2.9:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com DM.

Realizando uma análise comparativa com o ocorrido com os usuários hipertensos os motivos para dificuldade de procurar o atendimento pelo serviço odontológico são os mesmos que os relatos anteriormente.

Partimos da entrada na intervenção com 13, 24 e 38 usuários com DM com avaliação para necessidade de atendimento voltado a saúde bucal, obtendo 100% de qualidade para todos os meses de intervenção.

**Objetivo 3:** Melhorar a adesão de pessoas com HAS e/ou DM.

**Meta 3.1** Buscar 100% das pessoas com HAS faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

A equipe organizou o serviço para buscar o melhor resultado possível dentro das nossas possibilidades, mas sobretudo com o esforço conjunto de todos. No primeiro mês de intervenção tivemos 14 usuários com HAS faltosos e todos foram buscados, já no segundo mês alguns usuários não compareceram ao serviço para atendimentos em consulta seja médica ou de enfermagem, assim dos 29 faltosos realizamos buscas para 27, representando 93,1%. As condições climáticas e recessos de fim de anos impossibilitaram que executássemos a busca dos usuários faltosos no segundo mês de execução do trabalho, porém no terceiro mês dos 50 faltosos conseguimos resgatar todos, e (Figura 18) os que não compareceram ao chamado da equipe por meio do resgate do ACS, foram buscados ativamente pela visita domiciliar da equipe.

Como já relatei, encontramos condições de deslocamentos ruins com estradas afetadas pelas chuvas, sendo assim, encontramos dificuldade de chegar a comunidade.

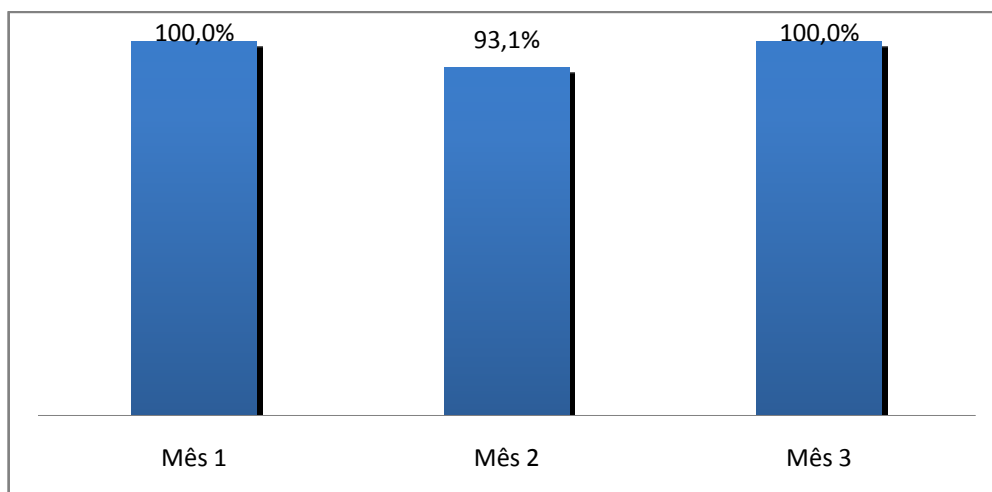


Figura 18. Proporção de pessoas com hipertensão faltosas às consultas com busca ativa na UBS Santa Marta, Corrente/PI.

**Objetivo 3:** Melhorar a adesão de pessoas com HAS e/ou DM.

**Meta 3.2** Buscar 100% das pessoas com DM faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

A busca ativa dos usuários com DM faltosos também se comportou em 100% durante os três meses da intervenção. O trabalho dos ACS foi muito importante. Acredito que conseguimos organizar as visitas domiciliares para buscar os faltosos e organizar a agenda para acolher os usuários com DM provenientes das buscas domiciliares.

Tivemos durante a intervenção 3 usuários que foram cadastrados no primeiro mês mas não compareceram no segundo e no terceiro mês, assim foram resgatadas, as que não comparecerem no terceiro mês também serão resgatada ainda que não sejam mais contabilizadas no trabalho.

**Objetivo 4:** Melhorar o registro das informações.

**Meta 4.1** Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com HAS.

Desde o começo de nosso trabalho uma das prioridades foi ter garantida as fichas de acompanhamento antes de iniciar nossa intervenção, este aspecto foi garantido pela Secretaria de Saúde do município. Desse jeito durante nosso primeiro mês da intervenção tivemos ficha de acompanhamento a 67 usuários, durante o segundo mês já tínhamos preenchida as fichas para 138 usuários e no terceiro mês até atingir a meta de 100% com 220 usuários com ficha de acompanhamento em

dia. Dessa forma mantivemos 100% de qualidade para esta ação nos três meses de trabalho.

O preenchimento das planilhas necessitou de atenção por parte da equipe para que os campos não ficassem sem preenchimento, levando a um resultado não fidedigno quando da tabulação dos dados, assim também como atenção para que não ocorresse a falta dos impressos na unidade.

**Objetivo 4:** Melhorar o registro das informações.

**Meta 4.2** Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com DM.

Como o número de usuários com DM foi muito mais rápido preencher as fichas de acompanhamento, durante nosso primeiro da intervenção foram preenchidas 13 fichas, no mês 3 foram 24 fichas e no terceiro mês 38 totalizando desse jeito a totalidades das fichas preenchidas, obtendo 100% de preenchimentos adequados nos três meses de intervenção. Somaram-se ao alcance da meta o comprometimento e empenho dos profissionais da equipe.

**Objetivo 5:** Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com HAS e/ou DM

**Meta 5.1** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com HAS.

O alcance da meta foi possível pelo empenho da equipe em sistematizar a atenção aos portadores destas doenças crônicas, como já relatado os usuários com exames recentes eram calculados na primeira consulta, os que tinham exames pendentes recentes eram avaliados com dados laboratoriais registrados em prontuário, mas aguardando resultados para serem atualizados. Este indicador faz parte da nossa rotina desde então pois faz uma triagem mais apurada de usuários que possuem mais chances de complicação a médio e curto prazo. Assim evoluímos no primeiro mês com 67 usuários com risco cardiovascular calculado, no segundo mês 138 e no terceiro mês totalizamos 220 usuários evoluídos, atingindo 100% em todo os três meses. Os usuários que possuem risco elevado estão recebendo um olhar mais atendo por parte da equipe a fim de intervir antes de maiores complicações ou infelizmente óbito, no entanto é válido ressaltar que ainda que existam fatores alheios a vontade dos usuários uma boa parte poderia ser melhorada desde que contasse com a mudança de hábitos de vida.

Influenciaram o resultado atingido o comprometimento da equipe, a disponibilidade dos exames pela Secretaria Municipal de Saúde, o entendimento dos usuários e seus cuidadores. Muitos usuários idosos têm dificuldade de se deslocarem sozinhos até as consultas, claro que as famílias cumprem suas obrigações ao cuidarem dos mais velhos porém é preciso valorizar o papel desde cuidador que orienta, entende e convence este usuário resistente sobre a necessidades das consultas e uso correto dos remédios.

**Objetivo 5:** Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com HAS e/ou DM

**Meta 5.2** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com DM.

Os portadores de DM receberam a mesma atenção quanto ao cálculo do risco cardiovascular. No primeiro mês obtivemos 13 usuários inscritos na intervenção com risco cardiológico realizado no segundo mês 24 usuários claro que deve se considerar que este número foi alcançado pela soma dos 13 já inclusos no mês 1 da intervenção, visto que a PCD é cumulativa e só eram reavaliados caso trouxessem exames novos. E por fim no último mês 38 usuários com DM, atingindo 100% em todos os meses de trabalho. Os itens que contribuíram para o alcance da meta no item anterior também justificam o alcance da meta neste indicador.

**Objetivo 6:** Promover a saúde a pessoas com HAS e/ou DM

**Meta 6.1** Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com HAS.

Nossa meta foi atingida com êxito de toda a equipe, seja nas consultas individuais seja nos atendimentos coletivos as orientações nutricionais eram realizadas a todos os usuários da nossa UBS dentro da intervenção e aos cuidadores também, pois muitos não fazem mais suas refeições necessitando da ajuda de parentes/cuidadores, assim estes devem ser orientados sobre os bons hábitos alimentares.

Assim evoluímos de 67 pessoas inclusas no primeiro mês, para 138 no segundo e 220 no terceiro mês, atingindo 100% de qualidade em todos os meses. É válido relatar que o índice de IMC, possibilita perceber se as orientações estão sendo compreendidas, pois um aumento neste índice mostra um desregramento com os hábitos de alimentação.

Outro empecilho a dificuldade não de orientação, pois todos são orientados, mas da aquisição de frutas pela nossa comunidade, não moramos em uma região que possui muitas frutas, nossas chuvas são periódicas e assim as mesmas são compradas em outros estados em sua maioria o que encarece o valor das mesmas. Além disso nossa comunidade possui baixo poder aquisitivo o que dificulta a compra de frutas, no entanto as verduras são produzidas por muitas famílias o que é muito bom pois elas não precisam fazer a compra das mesmas.

**Objetivo 6.** Promover a saúde a pessoas com HAS e/ou DM

**Meta 6.2** Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com DM.

Neste indicador tanto para os usuários hipertensos como os diabéticos alcançamos a meta de 100%, oferecemos orientação nutricional sobre

alimentação saudável por parte de toda a equipe, nas consultas, no acolhimento, nas palestras, nas jornadas de busca ativa feitas, com grupo de hipertensos e diabéticos. As ações que facilitaram o bom resultado deste indicador foram as parcerias com nutricionista do NASF e a comunidade que compareceu as atividades de orientações. Essas atividades foram realizadas aos usuários e seus familiares sobre boas práticas alimentares, redução de sódio, gorduras trans., aumento do consumo de vegetais e frutas. Assim como para HAS, atingimos um percentual de 100% de orientação nos três meses de intervenção as pessoas com DM.

**Objetivo 6.** Promover a saúde a pessoas com HAS e/ou DM

**Meta 6.3** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com HAS.

Avaliamos este indicador ao final destes três meses de intervenção e manteve-se em 100% ao longo de toda intervenção. Todos usuários foram inseridos e orientados sobre a atividade física, prática regular de exercícios. Essas orientações ocorreram nos atendimentos, nas palestras, jornadas de busca ativa onde as ações que melhoraram este indicador tende a orientar hipertensos e diabéticos da comunidade sobre organizar práticas coletivas para orientação de atividade física. Também capacitamos a equipe sobre a promoção da prática de atividade física regular.

**Objetivo 6.** Promover a saúde a pessoas com HAS e/ou DM

**Meta 6.4** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com DM.

Realizando a análise do comportamento da orientação da prática regular de exercício físico em usuários com DM verificamos que o percentual manteve-se em 100% nos três meses: 13 usuários no primeiro mês, durante o segundo mês 24 terminando com 38 usuários diabéticos orientados. Cabe ressaltar que no início tivemos alguma resistência e falta de credibilidade sobre a importância do exercício físico, mas depois de ter realizado de forma sistemática pelos usuários, os mesmos garantem a melhoria da saúde.

**Objetivo 6.** Promover a saúde a pessoas com HAS e/ou DM

**Meta 6.5** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com HAS.

A equipe durante a intervenção garantiu orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos nas consultas, palestras, jornadas de busca ativa, mas não foi possível a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo" para os usuários do projeto, no entanto alguns casos foram encaminhados à consulta municipal. Algumas ações facilitaram o bom resultado do indicador, como monitorar a realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.

Para o indicador 6.5 evoluímos de 67 usuários no primeiro mês, para 138 no segundo, e 220 no terceiro. Todos orientados para os risco do fumo tanto para si como para os fumantes passivos geralmente familiares e pessoas próximas. Algo que notamos nos usuários, foi que alguns não fazem uso do tabaco por meio de cigarros, mas costumam mastigá-los, o que produz também efeitos deletérios sobre a saúde.

**Objetivo 6.** Promover a saúde a pessoas com HAS e/ou DM

**Meta 6.6** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com DM.

De igual modo os portadores de DM também foram orientados como os usuários com HAS, as orientações eram feitas tanto aos fumantes com os não fumantes, todos foram receptivos a parar ou diminuir o consumo do cigarro. Dois usuários manifestaram interesse em participar do programa contra o tabaco porem no momento não dispomos de medicação para este tratamento. Durante o primeiro mês foram orientados 13, no segundo mês 24 até totalizar a 38 usuários, mantendo 100% em todos os meses de intervenção.

**Objetivo 6.** Promover a saúde a pessoas com HAS e/ou DM

**Meta 6.7** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com HAS

Nossos usuários foram orientados sobre os cuidados com a saúde bucal, já relatei as dificuldades sobre o cuidado odontológico, então avaliamos a necessidade porém a necessidade de avaliação pelo especialista, é necessária.



Ressalto que todos os usuários foram orientados, atingindo 100% em todos os meses de intervenção.

**Objetivo 6.** Promover a saúde a pessoas com HAS e/ou DM

**Meta 6.8** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com DM.

Os usuários portadores de DM também foram orientados sobre os cuidados de saúde bucal idem aos de hipertensão e todos foram orientados atingindo 100% em todos os meses de intervenção.

## **4.2 Discussão**

Nosso propósito na intervenção realizada na UBS foi cumprido, pois propiciou a incorporação de muitos usuários com HAS e DM ao Programa de atenção aos usuários com essas doenças, possibilitou para nós uma maior compreensão dos comportamentos dessas doenças na nossa comunidade.

A intervenção foi importante para a comunidade, pois por meio das atividades em grupo e individuais, adquiriu novos conhecimentos acerca das complicações das doenças e a importância de manter um atendimento continuado. O elo entre a equipe é fundamental para manter os usuários da área vinculados a UBS, e a prova de que essa relação (equipe/comunidade) ocorreu de forma positiva, pois sempre contamos com a presença ativa da comunidade, que buscou voluntariamente a UBS para se incorporar ao Programa ao tomar conhecimento do mesmo. Além disso, tivemos uma melhora significativa dos nossos registros e sistematizamos a qualificação da nossa atenção, com a padronização dos exames, consultas, exames, também implementamos a classificação de risco, estabelecendo a prioridade de atendimentos como rotina.

A primeira meta para desenvolvimento do nosso trabalho foi a capacitação da equipe seguindo as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, monitoramento e tratamento da HAS e DM concebidas no Programa. A importância da intervenção para a equipe veio das capacitações, na qual consolidou o trabalho em conjunto dos profissionais, aplicando a equidade e a interdisciplinaridade, o envolvimento multiprofissional e a busca de apoio em outros profissionais como os do NASF, muitos contribuíram para a execução do nosso projeto. A elaboração do projeto e sua execução promoveu e garantiu a responsabilidade e o compromisso de cada integrante da equipe assim em conjunto conseguimos alcançar bons resultados em inúmeros indicadores.

As atividades da atenção referente à HAS e DM eram concentradas na consulta médica e com a mensuração de níveis pressóricos e valores antropométricos e a entrega de medicamentos, com a técnica de enfermagem. Os registros eram feitos em prontuário e em livros de registro da unidade. Uma vez planejado o projeto de intervenção e com o desenvolvimento, capacitação e compromisso individual para realizar a tarefa, foi possível redistribuir as atribuições da equipe, viabilizando a atenção a um maior número de usuários. Devido a isso, a intervenção foi importante para o serviço.

A coleta de dados foi possível com ajuda de toda a equipe, a enfermeira ficou responsável pela revisão das fichas dos usuários e a médica que se encarregou de transcrever todos os dados contidos nas fichas para a PCD, para isso utilizamos os prontuários, a ficha de cadastro do programa de atenção a usuários com HAS e DM, as fichas espelho.

A intervenção também foi importante para o serviço pois facilitou a otimização do trabalho e melhor condução dos agendamentos das consultas aos usuários com HAS e/ou DM, sem afetar o serviço oferecido pela UBS; mais isso não excluiu o seu atendimento dado o caso que precisarem consulta independentes de estar agendada o não forem atendidos. Isto diminuiu a grande demanda espontânea existente anteriormente, permitindo realizar um melhor trabalho. A classificação de risco dos hipertensos e diabéticos tem sido importante para demonstrar a priorização do atendimento dos mesmos.

Apesar de todos os esforços feitos pela equipe para ampliar a cobertura do programa, consideramos que quase toda a população foi acompanhada, mas ainda existem usuários com HAS e DM sem cobertura, pois nossa população cresce e envelhece, possui maus hábitos alimentares, portanto é preciso continuar realizando palestras, oficinas, buscando faltosos, realizando cadastramento para conseguir estratégias de incorporação destes usuários a rotina da equipe.

O impacto da intervenção para a comunidade deve ser mantido e aumentado em especial atenção com ações de promoção de saúde e a busca ativa, de forma continuada. Já temos os primeiros sinais que a organização de uma agenda de consultas na UBS, classificação de risco, são pontos percebidos pela comunidade o que mostra nosso empenho e da sua parte o desejo de integrar-se ao programa.

Caso fosse realizar a intervenção neste momento, gostaria que fosse possível o atendimento odontológico na unidade, bem como a realização dos exames para na nossa unidade. Considero que todos se envolveram na execução do projeto e as dificuldades foram alheias ao poder da equipe como condições da estrada, estrutura da unidade, condições climáticas. Acredito que a comunicação com a comunidade também pode ser melhorada, a escola deve ser um foco melhor explorado pela nossa equipe, envolver a escola e formas de tornar o conhecimento acessível a nossa população com pouca escolaridade. Essa é uma forma de fazer a comunidade melhor compreender a classificação de risco e envolver as pessoas como responsáveis pela sua saúde, a fim de que os resultados não atingidos sejam alcançados, e sempre melhorados.

Nossa equipe sabe da importância da realização deste projeto, assim tem interesse em continuar trabalhando para a incorporação das ações previstas na intervenção à rotina do serviço. Para que isso seja possível, iremos continuar com as consultas agendadas do Programa de atenção aos usuários com HAS e DM, mantendo a agenda organizada, divulgando para a comunidade sobre a priorização de atendimento para usuários com estas doenças, principalmente os de alto risco para coronariopatias. Mantermos a priorização das ações de promoção e prevenção da saúde como pilar fundamental para modificar o estilo de vida dos usuários com um único objetivo de evitar as complicações, quando já encontrarem-se doentes nosso objetivo será minimizar as complicações e impedir o surgimento de outras.

Continuaremos realizando as visitas domiciliares as quintas-feiras de manhã, realizando a busca ativa e de faltosos, com a participação dos ACS; e pelo menos duas vezes ao mês continuaremos solicitando apoio à gestão para a disponibilização de material necessário, como também a garantia de medicamentos para estes usuários através da Farmácia Popular. Vamos continuar trabalhando com a fichas-espelho do curso, sendo possível monitorizar os indicadores que tínhamos traçado como metas.

Também com a experiência desta intervenção, como próximos passos para melhoria do serviço pretendemos implementar o projeto em outra ação programática, consolidando a experiência deste projeto, agregaremos nosso aprendizado nos outros grupos como nas gestantes, com ênfase nas gestantes adolescentes, e na prevenção da gravidez precoce, pois infelizmente é um outro problema em nosso meio.



Figura 19 Palestra realizada hoje com usuários com HAS e DM sob alimentação saudável. Ação na micro área Pastores pertencente a UBS da Santa Marta.



Figura 20. Lanche com frutas. Ação na micro área Pastores pertencente à UBS da Santa Marta.

## **5 Relatório da intervenção para gestores**

Uma vez concluído três meses de intervenção na comunidade de Santa Marta, estamos fazendo para vocês um relatório abordando as ações realizadas e os resultados obtidos durante o tempo que estivemos fazendo nosso trabalho. Dentro do conteúdo e como parte do Programa fizemos o curso de Especialização em Saúde da Família na Universidade Federal de Pelotas por meio da educação à distância. Curso este que nos propicio realizar uma intervenção na Unidade Básica de Saúde (UBS) em que trabalhamos e aprender os conteúdos respondendo às necessidades do serviço. Portanto, este relatório apresenta como foi implementado o Projeto de Intervenção de autoria Dra. Gladys de la Caridad Tapanes Tapanes, médica da UBS, Santa Marta situada no município de Corrente/PI.

Após a análise situacional, ficou identificado a baixa cobertura do Programa de atenção a pessoas com HAS e DM na UBS Santa Marta, sendo a população alvo da ação programática, na área adstrita de 223 hipertensos e 58 diabéticos, com uma cobertura para HAS de 77,5% e para DM de 54%. Diante disso, o objetivo geral do Projeto foi “Melhorar a atenção dos usuários com HAS e DM da UBS de Santa Marta, Corrente/PI”. Foi estruturado para ser desenvolvido no período de 03 meses, participaram da intervenção todos os usuários com HAS e/ou DM maiores de 20 anos de idade, cadastrados no Programa, e pertencentes à área de abrangência. O protocolo adotado foi o Manual Técnico de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde, 2013. As ações que foram realizadas contemplam os respectivos eixos pedagógicos: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica.

Como parte do desenvolvimento das tarefas foram feitas reuniões com a equipe de saúde para apresentação do projeto, discussão de dúvidas e escuta de sugestões. Foram realizados encontros semanais para avaliação dos indicadores, os dados clínicos, as informações referentes a peso, altura, glicemia capilar, pressão arterial. Ressalta-se que as consultas para os usuários com HAS e DM, foram disponibilizadas todas as segundas e quartas feiras de manhã e à tarde. O agendamento desses usuários facilitou a otimização da agenda, com isso diminuindo a grande demanda espontânea. Apesar das consultas agendadas, sempre atendemos aos usuários que precisarem atenção em qualquer momento. Foi possível melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM. As ações desenvolvidas pelos ACS como a busca dos faltosos as consultas foram muito importantes para o bom desenvolvimento da intervenção. Além disso, os ACS foram capacitados para divulgarem para a comunidade sobre a existência do programa na UBS, como também sobre a importância de aferir a pressão arterial a partir dos 18 anos e do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Foram realizadas capacitações com a equipe sobre a importância de um adequado exame clínico, como também sobre monitorar a realização dos exames laboratoriais solicitados, conforme o protocolo estabelecido.

Após 12 semanas de intervenção, muitos obstáculos foram enfrentados como as chuvas fortes, feriado do carnaval. Analisando as ações que foram possíveis de serem realizadas, destaca-se que a cobertura do número de usuários atendidos no Programa de Atenção a HAS e/ou DM melhorou consideravelmente. Com a intervenção a cobertura do programa de atenção ao hipertenso alcançada foi 98,7% (220), com exame clínico apropriado 100%, com exames complementares em dia 97,3%, prescrição de medicamentos da Farmácia Popular 95%, a avaliação da necessidade de atendimento odontológico foi 100%, embora não tenha o serviço de odontologia em nossa unidade. Tivemos 100% de registros adequados na ficha de acompanhamento, e 100% dos usuários passaram por estratificação de risco cardiovascular. A cobertura do programa de atenção ao diabético foi 69,1% (38) com exame clínico apropriado 100%, exames complementares em dia 100%, prescrição de medicamentos da Farmácia Popular 93,1%, com avaliação da necessidade de atendimento odontológico 100%. Neste último item aconteceu de igual jeito para os usuários com hipertensão. Tivemos 100% de registro adequado na ficha de

acompanhamento, e 100% dos diabéticos com estratificação de risco cardiovascular. Foi feita a busca dos faltosos, busca ativa em todas as micro áreas, atividades de promoção de saúde.

A intervenção propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção exigiram que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde, promoveu o trabalho integrado da equipe, e revitalização de suas atribuições. Dessa forma viabilizamos a atenção a um maior número de pessoas, a classificação de risco tem sido importante para demonstrar a priorização do atendimento dos mesmos. Também fizemos parcerias com lideranças e instituições da comunidade e apoio da gestão.

Uma das ações não cumpridas, foi que não foi possível a compra de medicamentos para o tratamento do “abandono ao tabagismo dos usuários do projeto”. Consideramos que se deve providenciar a compra de medicamentos necessários para o abandono do tabagismo, pois temos em nossa área de abrangência fumantes que querem perder o vício e que ficam na fila esperando.

Dentro das potencialidades da equipe, observa-se o comprometimento, entusiasmo e vontade de trabalhar em conjunto, visando melhorar a cobertura do programa de atenção a pessoas com HAS e DM. A comunidade achou muito importante poder participar da intervenção e receber uma atenção mais humanizada. Nossa equipe tem interesse em trabalhar nas incorporações destas ações a rotina de serviço da UBS. Para que isso seja possível, iremos manter as consultas agendadas do programa de atenção a pessoas com HAS e DM todas às segundas e quartas férias de manhã e tarde, como também o atendimento aos usuários que procuram atendimento em outros dias da semana. Seguiremos trabalhando na identificação de novos diagnósticos e pessoas já diagnosticadas que ainda não fazem parte do programa da UBS, para alcançar o 100% da cobertura. Dar seguimento a realização das visitas domiciliares às quintas-feiras de manhã, como também a busca ativa e de faltosos, com participação de toda a equipe

## **6 Relatório da Intervenção para a comunidade**

Prezada comunidade da UBS Santa Marta,

Realizamos na UBS Santa Marta, do município Corrente/PI, uma intervenção do qual fiz parte com a execução da equipe de saúde em especial a Dra. Gladys de la Caridad Tapanes Tapanes, médica do serviço. Desde que começamos a trabalhar na UBS e ainda sem todos os elementos, foi fator de preocupação a quantidade de usuários com pressão alta (hipertensão) e açúcar elevado no sangue (diabetes mellitus). Verificamos que tínhamos uma baixa cobertura do acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos no programa de atenção a essas pessoas.

O total da população cadastrada na UBS é 1.468, com uma estimativa de 173 hipertensos e 26 diabéticos, com uma cobertura para hipertensão de 77,5% e para diabetes de 54% que recebiam acompanhamento na UBS. Diante disso, realizamos uma intervenção com o objetivo de “Melhorar a atenção dos hipertensos e diabéticos da UBS Santa Marta, Corrente/PI”. Para realizar a intervenção foram desenvolvidas muitas ações pela equipe de forma integrada e organizada que permitirem atingir as metas proposta

Contamos com apoio do gestor, que infelizmente faleceu, fato que deixou a equipe muito triste, porém sua substituição ocorreu no processo muito rápido e também contamos com apoio da nova gestão.

A ficha espelho e demais elementos necessários foram disponibilizados para a execução do projeto, como aparelhos para verificação da pressão arterial e para realização do hemoglicoteste, fitas, medicamentos, facilidade para a realização dos exames complementares dos usuários pelo SUS. A equipe prestou todo o apoio, que a maioria das vezes marcou exames e consultas aos usuários residentes no interior, a fim de evitar o duplo deslocamento, uma vez para marcação e outra para a realização dos mesmos, o que gera custos para uma população de baixos recursos. Também contamos com a participação do nutricionista do município para a realização de atividades educativas e em especial a cardiologista e endocrinologista para onde eram encaminhados os usuários descompensados, para conseguirmos um atendimento mais completo.

Ressalta-se que foi feito a reorganização da escala de atendimento destinando todas as segundas e quartas-feiras para atender os usuários com estas doenças, no entanto aqueles que compareceram fora do agendamento também



foram atendidos, isto exigiu muita disciplina na hora de fazer o acolhimento, para poder ter êxito nesta atividade e satisfação de vocês em relação ao nosso serviço. Com isso diminuimos a grande demanda espontânea e a demora em conferir uma vaga para receber atendimento. O atendimento feito aos usuários melhorou bastante, realizou-se a priorização de atendimentos aos usuários hipertensos e diabéticos com a classificação de risco, questão importante para dar prioridade ao atendimento e não gerar insatisfação na população. Sempre no primeiro momento no acolhimento foi aproveitado para além de priorizar os atendimentos, dar palestras sobre os diferentes temas como alimentação saudável, evitar os riscos de tabagismo, importância de fazer exercícios físicos higiene bucal, importância do atendimento odontológico, entre outras orientações.

A participação dos agentes comunitários de saúde (ACS) e comprometimento dos mesmos resultou no sucesso da intervenção, pois eles realizaram diversas atividades tais como: cadastramento dos hipertensos e diabéticos, divulgação do projeto de intervenção para a comunidade e a participação nas ações da unidade como na busca dos faltosos a consulta. As visitas domiciliares ficaram mais organizadas, o comprometimento e interação dos ACS com seus usuários foram maiores e mais profundos, assim como com toda a comunidade. Os ACS foram capacitados para divulgarem para a comunidade sobre a importância de aferir a pressão arterial a partir dos 18 anos e do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Semanalmente durante as reuniões de equipe foram realizadas capacitações com todos os profissionais sobre a importância de um adequado exame clínico, como também sobre o monitoramento da realização dos exames laboratoriais solicitados.

Outro aspecto que garantiu mais informação na comunidade, foi a participação da equipe de som que fica perto da UBS, que foi utilizada para este fim de forma voluntária, tudo isso trouxe como consequência maior participação da comunidade e contribuiu para a participação de muitos usuários interessados por ficar incluídos no Programa.

A participação dos líderes da comunidade foi muito importante, os quais sempre foram solícitos a colaborar e disponibilizar os espaços físicos, tais como as igrejas, escolas, as vezes as casas dos mesmos usuários, tudo desenvolvido com disciplina, alegria, entusiasmo e preocupação da equipe.

Conseguimos boa participação da população nestas buscas ativas, foram feitas atividades como pesagem dos usuários, tomada de pressão arterial, testados os níveis de glicemia. Nas buscas também se realizaram palestras, conversas, que trataram dos temas de interesse da comunidade, o nutricionista no NASF também contribui com o tema alimentação saudáveis.

Tivemos boa aceitação da comunidade nestas atividades, com interesse nos temas tratados nas palestras, além disso, os usuários que tiveram os níveis de glicemia alta ou pressão arterial elevada na busca ativa, tiveram consultas agendadas, foi feito seu acompanhamento e sua avaliação geral para melhor controle.

Também realizamos encontros do grupo de hipertensos e diabéticos mensalmente em espaços sociais do distrito onde os participantes conheceram muito mais de suas doenças, do controle e suas das complicações.

Com a intervenção a cobertura de acompanhamento do programa de atenção ao hipertenso alcançada foi 98,7%, ou seja, 220 pessoas e para os diabéticos de 69,1%, ou seja, 38 acompanhados. Na UBS portanto a intervenção propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, a melhoria dos registros, promoveu o trabalho integrado da equipe. Tivemos impacto em atividades no serviço, foi possível revitalizar as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas, melhoria na qualidade da atenção dos usuários. Com a classificação de risco tem sido importante para demonstrar a priorização do atendimento dos mesmos, conseguimos parcerias com lideranças e instituições da comunidade e apoio da gestão.

Devemos ressaltar que para nós constitui uma surpresa ficar com um número abaixo de pessoas com diabetes do que esperávamos, mesmo com esforços não conseguimos captar mais pessoas com esta doença. Fazendo uma análise e tendo em conta que a DM é uma doença, onde influem muitos fatores para se manifestar, atribuímos esse baixo número as condições naturais onde moram nossos usuários, onde ficam menos estressados e a alimentação deles é mais saudável, já que preferentemente consomem alimentos produzidos por eles mesmos. Além disso, temos tido muita cooperação por parte dos usuários que tem “açúcar no sangue” acima do valor normal, e de familiares que já tiveram a doença e que estão com a modificação do estilo de vida, para terem um seguimento mensal por parte da equipe com a realização de hemoglobina teste.

Apesar da ampliação da cobertura do programa, ainda existem usuários com essas doenças em potencial que precisam de um atendimento continuado para identificar precocemente a doença, portanto, é preciso continuar realizando ações para melhorar o programa.

A equipe vai continuar o trabalho com entusiasmo e comprometimento, visando melhorar a cobertura do programa de atenção a pessoas com hipertensão e diabetes. A comunidade foi muito atuante quando foi convocada a participar da intervenção. Assim contamos com a participação de vocês para divulgação do programa e ações que são ainda realizadas na UBS.

## **7 Reflexão crítica**

Fazendo uma análise das minhas expectativas com relação ao desenvolvimento do curso, posso afirmar que foram cumpridas, apesar de ter sido muito difícil, em primeiro lugar pela língua que era totalmente desconhecida para mim e apesar de encontros e desencontros como foi demonstrado durante o curso, mas a medida que o tempo passou, foi tornando-se mais fácil pela prática diária.

Outro aspecto muito importante é que foi minha primeira experiência, pois nunca tinha feito um curso a distância, aqui onde moro tenho sérios problemas com a internet; eu comecei na turma número 5, mas nas férias do primeiro ano eu tive um acidente em Cuba e demorei meses para regressar ao Brasil e dessa forma fui desligada da primeira turma. Com o retorno ao Brasil, fui reinserida na Tuma 9, ainda persistiram os problemas com a internet, mas procurei deslocar-me para outros lugares, quando necessário, com meu colega de turma, muitas vezes precisei deslocar-me para outro município, a fim de enviar as tarefas e dessa forma conseguir realizar o curso.

Foi necessário estudar para poder entender os protocolos de atuação no Brasil e compreender o Projeto Pedagógico do curso, e para tanto, pude contar com a ajuda incondicional de minha enfermeira. Dentro de minhas expectativas iniciais estava a obtenção do título de especialista em saúde da família e ampliação de conhecimentos e conseqüentemente melhoria da minha prática profissional, pois os protocolos de nosso país diferem em alguns aspectos do Brasil. Durante o curso contei com a ajuda de minhas orientadoras no primeiro momento Linda Cristina e agora Catusce Silva e de minha equipe de saúde que contribuíram para que minhas expectativas fossem de fato cumpridas.

Infelizmente, tive muitas dificuldades para a participação nos fóruns pela dificuldade de acesso a internet, e fico triste com isso, pois se constitui uma fonte inesgotável de troca e interação com os colegas da turma, com intercâmbio de

experiências, dúvidas, e pela aquisição de novos conhecimentos. Também alcançando dessa forma um melhor desenvolvimento tanto no curso, trabalho e na comunidade, com objetivo principal de melhorar o serviço com a excelência que o povo brasileiro merece e para o qual foi criado o Programa Mais Médicos.

Passei por dificuldades durante o processo de elaboração do Projeto de intervenção, pois a UBS onde trabalho tem um grande número de atendimentos, fica na área rural longe da cidade, também estive em férias por um mês em meu país, durante o segundo ano e fiquei atrasada com várias atividades. No entanto, com maior esforço consegui recuperar as tarefas e com o estímulo e a motivação da equipe de trabalho, assim como no preenchimento das fichas, já que nesta área onde trabalhamos não temos um sistema informatizado, o que facilitaria nosso trabalho, também não temos uma estrutura física muito boa.

No primeiro momento achei que realizar a intervenção na UBS de Santa Marta seria difícil, pois nunca tinha feito uma intervenção, mas com o apoio e engajamento da equipe tudo transcorreu sem grandes intercorrências, a preparação de todos era fundamental para desenvolver com qualidade nosso projeto. Coloquei como dificuldade o afastamento da enfermeira da equipe que saiu de licença e foi substituída, assim perdemos tempo pois houve a necessidade de capacitar a nova enfermeira com pouca experiência de trabalho; as vezes tive dificuldade em seguir o cronograma proposto por dificuldades climáticas e dias de recesso pelo natal e festas de fim de ano que ocorreram durante a intervenção, por outras demandas da unidade, mas considero muito útil a realização da minha intervenção com os resultados alcançados, que ainda podem melhorar com a continuidade do nosso trabalho. Com o fim da execução do trabalho, algumas questões ainda merecem nossa atenção para modificar o estilo de vida dos usuários.

Uma das maiores conquistas durante o curso foi a organização e planejamento das ações, do processo de trabalho pelos integrantes da equipe e a responsabilidade e compromisso adquirido por cada um deles na busca dos objetivos propostos. O verdadeiro conceito e organização da demanda agendada e espontânea na Estratégia Saúde da Família, assim como, também reconheço a organização e disciplina para o cumprimento das atividades pela a universidade.

Podemos citar que apesar das dificuldades para um atendimento de excelência dentro de nossa realidade, como já foi mencionado que nossa UBS não tem as condições estruturais nem físicas como deve ter, essas condições não

minimizaram nosso trabalho porque sempre buscando alternativas que facilitem para que o atendimento seja feito da melhor maneira. Além disso, temos facilidades que são fatores positivos para nosso trabalho, como: à cooperação da equipe e da população que sempre se mostrou solícita e entusiasmada quando foi convocada para participar das atividades educativas, consultas e mobilizações.

Durante a realização do curso todo o aprendizado foi relevante, a aquisição de novos conhecimentos que foram partilhados com a equipe somou-se para evolução de todos como melhores profissionais. A intervenção possibilitou um olhar diferenciado para a população com a qual íamos trabalhar, conhece-la melhor, seus costumes e trabalhar para modificar os modos e estilo de vida da mesma, identificando e orientando sobre os fatores de riscos que são comuns à nossa população.

O curso de Especialização em Saúde da Família da UFPEL significou para a minha prática profissional a possibilidade de adquirir novos conhecimentos acerca da Estratégia Saúde da Família no Brasil, para o melhor desenvolvimento do meu trabalho e a oportunidade de fazer mudanças necessárias no processo de trabalho. Conseguimos uma maior integração da equipe, com melhor conhecimento das atribuições de cada um deles, o que nos permitiu uma atuação conjunta, melhorando a qualidade do atendimento no Programa de atenção as pessoas com HAS e DM. Conquistamos um atendimento mais humanizado e maior adesão ao tratamento medicamentoso, além da valorização profissional.

## Referências

ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA. Queixas mais comuns na Atenção Básica. BRASILIA. DF 2013 Pag.16.

BRASIL. Ministério da Saúde, Política Nacional de Informação e Informática em Saúde. Brasília. Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: Editora M, 2005  
DEMOTT, K. et al. Clinical guidelines and evidence: review for postnatal care: routine postnatal care of recently delivered women and their babies. London: National Collaborating Center for Primary Care and Royal College of General Practitioners. 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. INCA. Dados sobre câncer do colo do útero. 2008  
Disponível em: < <http://www.inca.org.br>>, Acessado em: 10 fev. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Normas e Manual Técnico Caderno de Atenção Básica. Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Brasília - DF 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 648 de 28 de março de 2006. Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica Diabetes Mellitus. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pré-Natal e Puerpério: Atenção qualificada e humanizada – Manual técnico. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Mulher. Série A. Normas e Manuais Técnicos; 2006. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº. 5.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica. Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 128

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2001 b. p 27.

IBGE. Censo Populacional 2013. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (29 de agosto de 2013). Página visitada em 23 de setembro de 2013.

Ceará. Secretaria da Saúde do Estado. O jeito cearense de fazer o SUS. Fortaleza: SESA. 2001. 48p.

DE BEM, L. A.; WAGNER, A. Reflexões sobre a construção da parental idade e o Uso de estratégias educativas em famílias de baixo nível socioeconômico. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 11, n. 1, p. 63-71, 2006.

DAVIM, R.M. B., et al. Autoexame de mama: conhecimento de usuárias atendidas no ambulatório de uma maternidade escola. Revista Latino-Americana de Enfermagem, vol.11, n.1, p.21-27, 2003.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr./jun. 1999.

FRANCO, J. L. F. Indicadores demográficos e de saúde: a importância dos sistemas de informação. Pág. 3.

Portaria nº 2488, 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) Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, n204, p55, 24 out 2011Seção 1, pt1

STAR FIELD B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

SOUZA HM. Programa de saúde da família. Rev. Bras. Enfermagem 2000; 53:716.

SILVA, M. P et al., Estilo de vida de idosos hipertensos institucionalizados: análise com foco na educação em saúde, 2009.



SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão 2010.

SILVA, V. Velhice E Envelhecimento: Qualidade De Vida para os idosos inseridos nos projetos do SESC-ESTREITO. 2009 p.12.

## **ANEXOS**





## ANEXO C- DOCUMENTO DO COMITÊ DE ÉTICA



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

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

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

Prezada Pesquisadora;

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

  
Patricia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

## **ANEXO D - TERMO DE RESPONSABILIDADE LIVRE E ESCLARECIDA PARA USO DE FOTOGRAFIAS**

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Gladys de la Caridad Tapanes

Tapanes \_\_\_\_\_

Nome

Contato Gladys de la Caridad Tapanes Tapanes:

Telefone: (89999831997)

Endereço Eletrônico: gladystapanes 123 @gamil.com

Endereço físico da UBS: Rua Central

Endereço de e-mail do orientador: