

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma 9**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção à saúde de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e ou diabetes mellitus na UBS Santa Cecília em Jardim Piranhas/RN.**

**Daniurky Garcia Moulin**

**Pelotas/2016**

**Daniurky Garcia Moulin**

**Melhoria da atenção à saúde de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e ou diabetes mellitus na UBS Santa Cecília em Jardim Piranhas/RN.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Waneza Dias Borges

Co orientadora: Vera Lúcia Quinhones Guidolin

Pelotas/2016

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

M926m Moulin, Daniurky Garcia

Melhoria da Atenção à Saúde de Pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e ou Diabetes Mellitus na UBS Santa Cecília Em Jardim Piranhas/RN / Daniurky Garcia Moulin; Waneza Dias Borges, orientador(a); Vera Lúcia Quinhones Guidolin, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

100 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. Borges, Waneza Dias, orient. II. Guidolin, Vera Lúcia Quinhones, coorient. III. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A todos que de uma forma e outra contribuíram com este trabalho, à comunidade, à minha família, à Deus por ajudar-me a lograr este desafio.

## Agradecimentos

Hoje quero agradecer!

À minha família, à minha equipe de trabalho, às minhas amigas Josenilda, Iris e Maria, a comunidade, em especial, a minha orientadora por sua valiosa ajuda em nosso projeto, que estive ao meu lado nas horas que chorei e nas horas que sorri, nas horas que me lamentei e nas horas que de uma forma ou de outra demonstrei total alegria...

Agradecer pelo sorriso diário, sem mágoas nem rancores, agradecer de peito aberto, de alma explosiva...

Hoje quero parar e agradecer, porque você fez e fará sempre parte de minha história! Nunca estamos sós, é verdade. É bom saber que temos amigos em quem podemos confiar. Pessoas que nos apoiam e nos acolhem com tanto carinho.

É certo que tenho passado momentos muito difíceis. E comigo estão sempre os amigos, dando-me palavras de conforto e ânimo.

Sou grata a Deus por ter conhecido tantas pessoas boas, de coração aberto e firmes. Quero agradecer a todos vocês por tudo, por ajudar-me a lograr este projeto.

Meu eterno agradecimento.

## Resumo

MOULIN, Daniurky Garcia. **Melhoria da atenção à saúde de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e ou Diabetes Mellitus na UBS Santa Cecília em Jardim Piranhas/RN.** 2016. 100f. Trabalho de Conclusão de Curso.

Especialização em Saúde da Família, modalidade a distância) – Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O acompanhamento de pessoas com Diabetes e Hipertensão Arterial é fundamental para prevenir complicações futuras, pois promove a saúde e permite a identificação e tratamento precoces de problemas detectados. A Unidade Básica de Saúde (UBS) de Santa Cecília, situada na cidade de Jardim de Piranhas /RN, com população de 1100 pessoas na área de abrangência na minha equipe, após divisão da população de 2560 pessoas em 2 equipes, utiliza a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modelo de atenção à saúde e desenvolve atividades de promoção e prevenção para pessoas com estas doenças. Devido à importância que este Programa de Saúde possui, foi realizado um projeto na UBS com o objetivo principal de qualificar o serviço de atendimento às pessoas com diabetes e hipertensão oferecido à comunidade. Para alcançar este objetivo, as ações desenvolvidas foram organizadas em quatro eixos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica, que foram desenvolvidas durante a intervenção de 12 semanas. Foi estabelecida uma rotina de atendimento de consultas e visitas domiciliares com a implantação de uma ficha espelho contendo os itens a serem abordados durante as consultas, segundo o que é preconizado pelo Ministério da Saúde. Além disso, foi incluída na rotina de atendimento da unidade a avaliação odontológica a todas as pessoas com hipertensão e diabetes. A população alvo da intervenção foram os usuários maior de 20 anos com hipertensão e diabetes moradores na área de abrangência da unidade, totalizando 69 usuários com diabetes destes e 234 usuários com hipertensão. Foram realizadas cerca de 400 consultas em quatro meses de intervenção, atingindo uma cobertura de 100%, graças ao trabalho de toda a equipe. Alguns indicadores de qualidade não conseguimos atingir os índices de 100%, exemplo a realização de exames laboratoriais, pois o município disponibiliza poucos exames e a demanda é maior que a oferta, alcançamos 81.2% dos exames feitos em usuários com hipertensão e 92.8 % em usuários com diabetes, graça a intervenção do gestor. Nos exames dos pés alcançamos 78.3% de exames feitos, temos algumas pacientes deficientes e não conseguimos explorar a sensibilidade. Entretanto, muitos indicadores atingiram os índices acima de 95 % principalmente os referentes aos se referiam no exame clínico e orientações durante as consultas. Apesar da população ter pouco conhecimento da existência de um programa de hipertensão e diabetes na UBS foi muito bom implementar nossa intervenção, pois mediante visitas domiciliares e palestras educativas conseguimos a procura de todos nossos usuários para acompanhamento de sua doença. Isto demonstra que é possível oferecer uma atenção de qualidade às pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.

**Palavras chave:** Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Saúde de pessoas com Hipertensão e Diabetes, Saúde Bucal.

### Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do Programa da Atenção a Hipertensão Arterial sistêmica na unidade de saúde Santa Cecília. Jardim de Piranhas/RN.	54
Figura 2	Cobertura do Programa de Atenção a Diabetes Mellitus na unidade de saúde Santa Cecília. Jardim de Piranhas/RN.	55
Figura 3	Proporção de pessoas com Hipertensão com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Santa Cecília.	56
Figura 4	Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na unidade Santa Cecília. Jardim de Piranhas.	56
Figura 5	Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Santa Cecília. Jardim de Piranhas.	57
Figura 6	Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade Santa Cecília, Jardim de Piranhas.	57
Figura 7	Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de Medicamentos da farmácia perdia priorizada na unidade de saúde Santa Cecília.	58
Figura 8	Proporção de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da farmácia hiperdia priorizada na unidade de saúde Santa Cecília.	59
Figura 9	Proporção de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde Santa Cecília. Jardim de Piranhas.	60
Figura 10	Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde Santa Cecília. Jardim de Piranhas.	60
Figura 11	Proporção de pessoas com hipertensão faltosa as consultas Com busca ativa na unidade de saúde Santa Cecília. Jardim de Piranhas.	61
Figura 12	Proporção de pessoas diabéticos faltosos as consultas com busca ativa na unidade de saúde Santa Cecília. Jardim de Piranhas.	61
Figura 13	Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento na unidade de Saúde Santa Cecília. Jardim de Piranhas.	62

Figura 14	Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento na unidade de saúde Santa Cecília. Jardim de Piranhas.	62
Figura 15	Gráfico: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. Santa Cecília. Jardim de Piranhas..	63
Figura 16	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico na unidade de saúde Santa Cecília. Jardim de Piranhas.	63
Figura 17	Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional Sobre alimentação saudável na unidade de saúde Santa Cecília. Jardim de Piranhas	65
Figura18	Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional sobre Alimentação saudável na unidade de saúde Santa Cecília. Jardim de Piranhas	65
Figura19	Proporção de hipertensos com orientação sobre prática de atividade física regular na unidade Santa Cecília. Jardim de Piranhas	66
Figura20	Proporção de diabéticos com orientação sobre prática de atividade física regular na unidade Santa Cecília. Jardim de Piranhas.	66
Figura 21	Proporção de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na unidade de saúde Santa Cecília. Jardim de Piranhas.	67
Figura22	Proporção de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na unidade de saúde Santa Cecília.	67
Figura23	Proporção de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal na unidade de saúde Santa Cecília. Jardim de Piranhas	68
Figura24	Proporção de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre Higiene bucal na unidade de saúde Santa Cecília. Jardim de Piranhas	68
Fotos	Fotografias	93- 94 95



**Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos**

ACS	Agente comunitário da Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família

## Sumário

Apresentação.....	12
1 Análise Situacional .....	13
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS.....	13
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	15
1.3: Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	27
2 Análise Estratégica .....	28
2.1 Justificativa .....	28
2.2 Objetivos e metas .....	32
2.2.1 Objetivo geral .....	32
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	32
2.3.1 Detalhamento das ações .....	
2.3.1 Detalhamento das ações .....	35
2.3.2 Indicadores .....	45
2.3.3 Logística .....	51
2.3.4 Cronograma .....	57
3 Relatório da Intervenção .....	58
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	58
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	58
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	59
4 Avaliação da intervenção .....	60
4.1. Resultados .....	60
4.2 Discussão .....	79
5 Relatório da intervenção para gestores .....	81
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	85
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem .....	88
Referencias .....	90
Apêndices .....	91
Anexos.....	96

## **Apresentação**

Este trabalho refere-se a um projeto de intervenção de melhoria à saúde das pessoas com Diabetes e Hipertensão na Unidade Básica de Saúde de Santa Cecília pertencente a cidade de Jardim de Piranhas Rio Grande do Norte. O objetivo do projeto foi qualificar o programa de Atenção a pessoas com diabetes hipertensão e ou diabetes, buscando aumentar sua cobertura e adesão, melhorar a qualidade do atendimento a isto usuários, melhorar os registros das informações e mapear as pessoas de risco pertencentes à área de abrangência da unidade.

A primeira parte do trabalho se refere à Análise Situacional. Nela é apresentado um primeiro relatório elaborado de forma empírica pelo especializando, em março de 2015. A seguir, é apresentado um segundo relatório, de agosto de 2015, embasado em uma organização sistemática de avaliação e pesquisas, que proporcionou resultados mais específicos acerca da UBS onde foi realizado o projeto. É realizada, então, uma comparação crítica entre as duas análises.

A segunda parte do trabalho se refere à Análise Estratégica. Nela é descrita a justificativa do projeto, seus objetivos e metas, além da metodologia utilizada na intervenção. A metodologia foi subdividida em ações, indicadores, logística e cronograma.

A terceira parte do trabalho descreve o Relatório da Intervenção com exposição das ações previstas no projeto que foram ou não desenvolvidas e facilidades e dificuldades para a análise dos dados coletados. Apresenta também a viabilidade da incorporação do projeto à rotina da unidade.

A quarta parte refere-se à Avaliação da Intervenção, composta pela descrição dos resultados obtidos e sua discussão. Apresenta, também, os relatórios da intervenção para gestores e comunidade, na parte 5 e 6.

A sétima parte é composta pela reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem. Por fim, nas partes subsequentes há a bibliografia utilizada no trabalho e os anexos que orientaram o desenvolvimento da intervenção.

## **1 Análise Situacional**

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

A Estratégia Saúde da Família 02 Santa Cecília, localiza-se no bairro Santa Cecília, é urbana, e no momento não mantém vínculos com instituições de ensino. Contamos com uma médica, uma dentista, uma enfermeira, quatro agentes comunitários de saúde, uma técnica de enfermagem, uma recepcionista, uma auxiliar de consultório dentário e uma assistente de serviços gerais. Existe um bom relacionamento entre a equipe e com a comunidade.

Quanto às instalações físicas, o prédio onde é localizada a ESF é alugado e encontra-se em processo de adaptação. Temos uma sala inicial que serve de recepção/acolhimento/espera. Neste espaço ficam arquivados os prontuários e ocorre a triagem dos pacientes. Uma farmácia. A farmácia não possui estrutura para ser restrita aos funcionários. Tem três consultórios climatizados onde ocorre o atendimento individual da enfermeira, médica e dentista. Um espaço onde é ofertado a imunização e alguns procedimentos de curativos em horário da tarde. Os imunobiológicos são trazidos e ficam em uma caixa térmica, permanecendo das 8 hs até as 13 hs. Existe uma copa para os funcionários, mas não há privacidade. Um banheiro de uso comum entre usuários e funcionários e uma lavanderia. Como dificuldades ocorre falta de espaço para atividades coletivas (reuniões, grupos de educação em saúde).

Na equipe não há um administrador local, existe no município um coordenador geral da atenção básica. Não há local para curativos nem sala de nebulização. O prédio não favorece a acessibilidade de deficientes físicos, auditivos e visuais. Em linhas gerais, não ocorre uma ambiência de boa qualidade e o atendimento mais qualificado fica prejudicado devida a falta de condições. O risco de infecção é considerável, pois além de não existir espaços bem definidos temos recursos humanos limitados.

A unidade recebe usuários de todas as idades. A vinda a unidade se dá pelo motivo da consulta médica, consulta de enfermagem, consulta ao dentista, recebimento de medicamentos, imunização e procedimentos como retirada de pontos e curativos.

Pela falta de estrutura esses dois últimos geralmente são realizados na

casa do pacientes, assim como coleta de sangue para exames dos acamados. Semanalmente acontecem visitas e atendimentos domiciliares como cuidado continuado.

Existe agendamento prévio pelos agentes comunitários de saúde que ocorre pessoalmente ou por telefone. Os serviços como exames laboratoriais, de imagem e outros necessários ao cuidado como medicação intravenosa não são oferecidos na unidade, mas são oferecidos na rede, através do Hospital. A dificuldade encontra-se em caso de urgência e emergência devido à demora do transporte, pois não existe um carro exclusivo para este fim. Nesses casos, enquanto oferecemos os primeiros cuidados, aguarda-se a ambulância. Para amenizar os problemas no cotidiano, oferecemos tratamento de úlceras e feridas contaminadas em casa ou encaminha-se ao hospital. Nebulização e medicação endovenosa encaminha-se ao hospital. E as reuniões de planejamento e avaliação são realizadas semanalmente em horário exclusivo em que não temos atendimento ao público neste momento. Ocorre permuta de atendimento no consultório da enfermeira com os profissionais do NASF.

## 1.2 Relatório da Análise Situacional

Jardim de Piranhas é um município brasileiro, situado no estado do Rio Grande do Norte, localizado na região do Seridó, na microrregião do Seridó Ocidental, mesorregião Central Potiguar, localizada a aproximadamente 31km da cidade de Caicó, fazendo fronteira com a Paraíba. De acordo com o censo realizado pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) no ano 2008, sua população é de 14.139 habitantes. Área territorial de 331km<sup>2</sup>. O Rio Piranhas entra no Rio Grande do Norte por esse município. É uma cidade tradicionalmente conhecida pela fabricação de redes e panos de prato, cujos habitantes as vendem em diversas localidades do Brasil (corretores, ou seja, vendedores de redes e panos de prato) durante os doze meses do ano, com maior ênfase de fevereiro a julho. A expectativa de vida, segundo índices oficiais, é de 75 anos, estando entre as 30 melhores cidades para se viver do Rio Grande do Norte.

([https://pt.wikipedia.org/wiki/Jardim\\_de\\_Piranhas](https://pt.wikipedia.org/wiki/Jardim_de_Piranhas))

Seu sistema de saúde compreende seis unidades com Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo cinco urbanas e uma rural. Não temos no município UBS tradicionais. Contamos com disponibilidade de um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) composto por um psicólogo, uma nutricionista, um educador físico, dois fisioterapeutas e uma farmacêutica, além de um Centro Especializado de Saúde (CES) que tem como objetivo ofertar a Atenção Especializada Ambulatorial nas áreas de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Psicologia. Há também na Rede Municipal de Saúde um serviço hospitalar que sedia o laboratório com resolução para os exames complementares de menor complexidade, porque média e alta complexidade são referenciados, via PPI, para outros municípios, como Caicó e Natal. A Estratégia Saúde da Família 02 Santa Cecília, localiza-se no bairro Santa Cecília, é urbana e no momento não mantém vínculos com instituições de ensino. Contamos com uma médica, uma dentista, uma enfermeira, quatro agentes comunitários de saúde, uma técnica de enfermagem, uma recepcionista, uma auxiliar de consultório dentário e uma assistente de serviços gerais. Existe um bom relacionamento entre a equipe e com a comunidade.

Quanto às instalações físicas, o prédio onde é localizada a ESF é alugado. Foi remodelado recentemente o prédio não favorece acessibilidade a deficientes. Temos uma sala inicial que serve de recepção/acolhimento/espera. Neste espaço ficam arquivados os prontuários e ocorre a triagem dos pacientes. Uma farmácia que dispensa medicamentos, mas não tem todas as condições climáticas adequadas para armazenamento nem dos insumos, nem dos medicamentos. Tem -se três consultórios climatizados onde ocorre o atendimento individual da enfermeira, médica e dentista, um espaço onde é ofertada a imunização e outro espaço onde são realizados curativos e retirada de pontos, estes também sem condições adequadas, apresentando risco de infecção considerável, temos recursos limitados. Um banheiro de uso comum entre usuários e funcionários e uma lavanderia.

Os imunobiológicos são trazidos em caixas térmicas e permanecem na Unidade das 8:h até as 13:h. Existe uma copa para os funcionários, mas não há privacidade. Não há um administrador específico para a Unidade. Como dificuldades, ocorre a falta de um espaço para atividades coletivas (reuniões, grupo de educação em saúde) e as reuniões de planejamento e avaliação são realizadas em um horário exclusivo em que não tenhamos atendimento ao público neste momento. Ocorre a permuta de atendimento no consultório da enfermeira com os profissionais do NASF. Outra dificuldade encontra-se no atendimento aos casos de urgências e emergências devido à demora do transporte, pois no município não existe um carro exclusivo par este fim. Nesses casos, enquanto oferecemos os primeiros cuidados, aguardamos a ambulância, nossa Unidade não tem serviço de nebulização e medicações endovenosas, dessa forma, encaminha-se o usuário ao hospital, não temos materiais de primeiros socorros.

Apesar das limitações descritas acima, nós oferecemos um serviço de qualidade nas consultas, dando o melhor atendimento a nossa comunidade. Contamos ainda com apoio de NASF com psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, educador físico e assistente social. Temos um coordenador geral em atenção básica. O atendimento de nossa unidade é com demanda espontânea, recebendo usuários de todas as idades. Os motivos de vinda à unidade são as consultas médicas, consultas de enfermagem, consultas com o dentista, recebimento de medicamentos, imunização e procedimentos como retiradas de pontos e curativos. Semanalmente acontecem visitas e atendimentos domiciliares.

Em nossa unidade fazemos também palestras educativas para população com doenças crônicas, gestantes e crianças menores de um ano para educar e prevenir doenças. Em relação à saúde bucal, na prática clínica oferecemos atendimentos às crianças, gestantes, idosos, adultos e pacientes portadores de deficiência oferecendo serviços como restaurações, limpezas, extrações, atendimento de urgências, dentre outros. O atendimento a pacientes crônicos e gestante e um atendimento multiprofissional, ou seja quando o paciente procura atendimento odontológico, o dentista junto com médico e o enfermeiro planejam um melhor tratamento para o paciente. No caso dos pacientes crônicos, antes de qualquer procedimento invasivo o dentista encaminha o mesmo para o médico para um melhor tratamento para os usuários.

Nossa equipe de trabalho faz todas as atividades em conjunto, são muito unidos e responsáveis. Sobre atribuições dos profissionais, temos como problema a Unidade sem administrador local, ficando as atividades administrativas a cargo da enfermeira, que fica sem tempo de atuar na assistência, nossa reposta seria solicitar a Secretaria de Saúde mais enfermeiros, visto que tanto a população fica sem atendimento, quanto os profissionais ficam sem supervisão e capacitação das equipes.

Fica claro como cada UBS apresenta desafios próprios, cuja solução é complexa por envolver gerenciamento de pessoas (e seus frágeis egos) mas poderia ser iniciada com uma padronização adequada e um maior interesse por parte dos gestores e gerentes, além de uma educação continuada para as equipes, para que tudo isso permita a aplicação das diretrizes de "elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais (através de estratégias educativas) e reorientação do sistema de saúde.

Avaliamos que a falta de materiais e profissionais dificulta o atendimento com qualidade. Citamos como exemplo, a falta de um protocolo de doenças crônicas, o que prejudica o seguimento dos usuários, não temos medicamentos para o tratamento de urgências e emergências como hidrazina, amiodarona, diazepam e outros, ainda faltam medicamentos de uso contínuo, além disso, há pouca disponibilidade de especialistas para referência. Apesar de todos os problemas nossa equipe trabalha para oferecer um bom atendimento que nossa comunidade merece, nós continuamos lutando para melhorar essa realidade que prejudica a qualidade do atendimento. Todos os problemas estão aguardando reposta por parte da secretaria de saúde.



Também acontece com os encaminhamentos a serviços especializados, nos quais os usuários tem que aguardar em longas listas de espera até que chegue sua consulta, que as vezes é até três meses ou mais. Tem usuários que chegam a aguardar mais de um ano por um resultado exame citopatológico do colo do útero. Há falta de comunicação com o nível secundário, dessa forma, informações muito importante se perdem para o seguimento dos usuários. É difícil para os usuários com doenças crônicas ficar compensados, pois muitas vezes tem falta de medicamentos apesar de o município disponibiliza-los de graça em farmácias populares, ainda não é o suficiente, eles deixam de tomar a medicação e então ficam a complicações, temos um hospital no município que atende com demanda livre, mas muitas vezes ficam sem médico. Todos estes problemas estão aguardando resposta do Gestor Municipal e da Secretaria de Saúde para serem resolvidos em um curto prazo, para que assim a equipe de atenção básica possa dispensar uma assistência adequada aos seus usuários.

Em relação à população da área assistida temos 2.560 pessoas. Em maio de 2014 implantou-se a sexta ESF no município, rompendo as áreas assistidas e dividindo em ESF II e ESFVI. A partir de então estabeleceu-se em forma de mutirão o cadastramento e atualização tanto de domicílio quanto de usuários das citadas unidades através do sistema de informação E-SUS, o que dificulta descrever um perfil demográfico atual. No entanto, as séries históricas mensais de produção nos mostram que nossa capacidade instalada (equipe, estrutura) se enquadram nos padrões de assistência preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB.) ou seja não temos excesso de demanda.

A distribuição da população em faixas etárias, em nossa área de abrangência, é parecida ao encontrado na população brasileira, apontando para o aumento do número de pessoas de idade adultas e idosas, pelo aumento da expectativa de vida, o que eleva também a um aumento no número de doenças crônico-degenerativas. Porém, há uma pequena diferença quanto à faixa etária de 0 a 4 anos de idade, na nossa população há aumento da base populacional, devido ao índice elevado de natalidade em nossa área. Com relação ao sexo, nossos números seguem os parâmetros nacionais. O número de crianças menores de 1 ano em nossa área de abrangência é 32. O que demonstra que o planejamento familiar na área é satisfatório e o número de gestantes não é muito elevado. O número de gestantes sobre nossa responsabilidade é de 21, correspondendo a 1,5% de nossa população cadastrada,

aproximando-se do nacional, considero o número de mulheres menores de 20 anos grávidas na nossa área razoável, no momento acompanhamos apenas três gestantes adolescentes, as quais apesar da pouca idade, demonstram compromisso com o pré-natal, estando todas com as consultas, vacinação e exames em dia.

O acolhimento em nossa UBS é feito pela equipe em relação à população cadastrada. Quando o usuário chega à unidade, a primeira escuta é realizada pela nossa recepcionista, a qual não realizou capacitação de específica, ela direciona o mesmo a outro profissional (odontologia, técnico de enfermagem, enfermeira) e os profissionais de enfermagem direcionam a outro profissional caso o cuidado seja necessário (odontologia, médico); há casos em que um profissional que teve o usuário direcionado a ele vê outro problema a ser avaliado/acompanhado por outro profissional da equipe e o chama para avaliarem juntos e buscarem a melhor forma de prestar o cuidado integral e em tempo oportuno. É usado o sistema de triagem e o atendimento é realizado de acordo com a doença e quadro clínico do usuário. Temos dias específicos para as atividades programáticas, reservando algumas vagas para demanda agendada porque predomina a demanda espontânea. Nossa equipe recebe por dia em média 25 pacientes.

Nas reuniões mensais buscamos, junto aos ACS, informações sobre como a comunidade vê o atendimento prestado e com isso temos ideia de como está o serviço de acolhimento. A demanda espontânea é uma realidade no cotidiano de ESF II e a ocorrência deste acesso é importante para melhor atender a população conforme as necessidades de saúde quando não se pode esperar por uma consulta agendada. A faixa etária para demanda espontânea é variada e prevalecem crianças, mulheres e idosos. Dentro dos serviços temos o atendimento para demanda espontânea e agendada de enfermagem, odontológico e consulta médica. Há ainda, atendimentos de emergência, onde, nesses casos o usuário é acolhido, recebe os primeiros auxílios e são encaminhados ao hospital local.

Em relação à Atenção em Saúde da Criança, temos um registro atualizado, pois em nossa UBS todas as crianças são cadastradas e acompanhadas de 0-72 meses. Temos 100 % de cobertura na Saúde da Criança, com 37 crianças cadastradas neste programa, embora 5 % dessas crianças não frequentem a consulta porque são filhos de mães adolescentes e trabalhadoras que não encontram tempo para levá-los. Fazer o calendário de vacinação é de suma importância. Os discursos proferidos nas equipes de saúde conscientizam a importância de levar seu filho para ser avaliado,

mesmo que nossa equipe faça visitas domiciliares para as crianças. O teste do pezinho é coletado em apenas uma unidade de saúde no município de Jardim de Piranhas. Este serviço é gratuito e oferecido a todos os recém-nascidos (RN) até o trigésimo dia de vida. A cobertura atinge 100%, no entanto, a continuidade do cuidado fica prejudicada devido ao atraso do resultado, não cumprindo objetivo de diagnóstico precoce como deve ser.

Nesta mesma unidade, que funciona como a rede central de vacinas do município, a vacina BCG é administrada quando o RN não a recebe na maternidade. Sobre o teste auditivo temos um 68% de cobertura, quando não é realizado na maternidade, o enfermeiro ou médico referência com solicitação do exame. Em relação à puericultura temos 81% de cobertura, onde o seguimento das consultas nesta etapa de vida ocorre conforme preconiza o MS. Sendo, uma visita domiciliar na primeira semana de vida e consultas periodicamente agendadas. O acompanhamento acontece mensalmente até um ano de vida pela enfermeira. Quando detectada alguma alteração no desenvolvimento/crescimento, as crianças são encaminhadas ao médico e se necessário referenciados ao pediatra. A partir de um ano de vida, o acompanhamento antropométrico dessas crianças acontece na residência pelos agentes de saúde, que revisam a caderneta de vacinas e orientam os responsáveis. Os indicadores de qualidade na UBS são bons, temos 100% de cobertura em mais de cinco parâmetros de atenção de qualidade apesar das dificuldades, outros indicadores como saúde bucal temos 95 %, e vacinas com 92% de cobertura.

Eu acho que a nossa equipe tem que aumentar o trabalho de promoção de acordo com o quadro positivo que tem programa de saúde da criança, além de nosso posto médico para melhorar o atendimento. Necessitando ainda de uma melhor comunicação com a rede secundária, pois muitas vezes informações muito importante se perdem. Precisamos fazer mais atividades educativas individuais e coletivas em nossa comunidade sobre alimentação saudável, contribuindo assim de forma concreta para um crescimento e desenvolvimento saudável de nossas crianças.

Os registros referentes ao Pré-natal encontram-se atualizados permitindo um bom acompanhamento das gestantes cadastradas no SIS-Pré-Natal. Todavia, os dados do pré-natal não correspondem à porcentagem estimada pelo Ministério da Saúde, encontrando-se mais alto que da estimativa. No caderno de ações programáticas o número estimado de gestantes em indicadores de cobertura é de 38.5% e nós temos 55%. O total de gestantes residentes na área e acompanhadas na

UBS neste momento real é de 21 grávidas. Percebo que os indicadores da qualidade da atenção Pré-natal avaliados são ótimos, uma vez que tudo o que é preconizado para que uma boa atenção à gestante seja prestada é realizado pela equipe de saúde da família, onde, 100% de nossas gestantes iniciam o pré-natal no primeiro trimestre, graças a busca ativa realizada pelo ACS.

Os demais indicadores como indicação de imunizações pertinentes, exames, e de acordo com o risco gestacional, foram avaliados satisfatoriamente. Quase todos os indicadores apresentam uma cobertura média de 90%- 100%, exceto a consulta odontológica que temos 71% de assistência prestada. Ainda temos que trabalhar muito mais para lograr um 100%, oferecendo mais palestras educativas. Temos efetiva cobertura puerperal, pois a consulta puerperal é realizada antes de 42 dias do parto, em geral nos primeiros 15 dias, através de visita domiciliar e consultas, fazendo todas as orientações pertinentes quanto a planejamento familiar, puericultura, promoção ao aleitamento materno exclusivo, realização de triagem neonatal, imunizações, além de exames físicos gerais da puérpera e de seu recém-nato. Na minha UBS temos um registro onde podemos atualizar semanalmente os dados das gestantes e puérperas, com informações sobre consultas e dados complementares para o seguimento, auxiliando-nos na busca ativa das faltosas e no monitoramento das gestantes com trabalho de parto próximo, para uma puericultura em tempo hábil. A demanda caracterizada no grupo de risco ao câncer de colo do útero assistida pela UBS corresponde a 644 mulheres, no momento, estas se encontram cadastradas e acompanhadas por nossa equipe de saúde.

Em relação às ações programáticas necessárias para o controle do câncer do colo do útero existem ofertados os serviços de exame citopatológico com coleta local, porém com resultado laboratorial terceirizado. É preconizada a realização do exame citopatológico uma vez ao ano quando não há resultados anormais. De acordo com esse dado, existe o controle de cobertura da área e a possibilidade de avaliação e busca ativa da população alvo. O registro desses dados acontece no prontuário, e em um livro protocolado com informações que abrangem o nome da usuária, a data de coleta, o ano do último exame, endereço, achado especular e resultado final.

Temos 100 % de abrangência na área. Foi possível avaliar os indicadores de qualidade e de cobertura de forma satisfatória, pois todas as pacientes tem acompanhamento da equipe de saúde de acordo com o protocolo do ministério de saúde. E 100% dessa população tem as informações sobre doenças sexualmente

transmissíveis, graças ao trabalho de promoção e prevenção realizadas pela Equipe na UBS. Temos apenas 13 pessoas com citopatológico alterado que já estão em andamento em tratamento médico e seguem acompanhadas pela equipe para prestar apoio em todas as áreas.

Considerando as possíveis ações para melhorar o controle do câncer do colo do útero, temos que organizar melhor os serviços, monitorar, avaliar nossa unidade de saúde sempre com a contribuição do gestor municipal para organizar o trabalho em equipe, oferecendo promoção e prevenção dando mais palestras educativas para a população sobre os sinais e sintomas de doenças sexualmente transmissíveis, além dos fatores de risco e métodos de proteção contra as DST's. Nossa equipe também oferece apresentações educativas para a população fora da UBS. Todos estes aspectos contribuirão para refinar sua estratégia e qualidade de controle de câncer de colo uterino. Temos 9 pacientes com exame coletas com junção escamoclar, 98% com mostra satisfatória, 39% com atraso no resultado do exame de mais de seis meses e 93% com avaliação de risco de câncer. Na última semana foram realizados 08 exames citopatológicos, onde 07 das amostras coletadas foram levadas pela própria usuária para análise em laboratório particular, porque temos mais de 06 meses de atraso na entrega dos resultados das análises de exames realizadas pelo SUS, ficando muito difícil fazer prevenção de câncer quando nem sequer podemos ofertar um serviço completo à comunidade. Dessa forma, em nossa equipe, a coleta faz-se segundo o preconizado pelo o ministério da saúde, porém os resultados chegam tardiamente.

Em relação à análise do controle do câncer da mama, segundo o caderno de ações programáticas, percebe-se que a cobertura é boa, com 100 % de abrangência. Todas as mulheres com idade entre 50-59 anos que moram na área são cadastradas e acompanhadas por nossa equipe. As mamografias e ultrassons de mama são realizados de acordo com o programa. Os indicadores relativos à cobertura nessa área são muito bons, porque quando alguns sintomas aparecem são avaliadas e frequentemente encaminhadas para realização de procedimentos diagnósticos necessários, bem como referenciadas para as especialidades competentes, possibilitando o diagnóstico clínico adequado. No entanto, esse estudo pode atrasar em média um mês ou mais, dessa forma, as usuárias tem que aguardar fila de espera para a realização de exames e consultas, causando risco para o paciente e afetando o indicador de qualidade. Assim, temos como estratégia para o acompanhamento

desses pacientes na faixa etária de risco e aquelas identificadas com alteração, os dispositivos de consulta e de visita domiciliar com horários agendados e abertos para livre demanda. Necessitamos ainda de uma melhor comunicação com a rede secundária, pois muitas vezes, informações importantes para o tratamento acabam sendo perdidas. Em nossa área temos 5 mamografias atrasadas com mais de três meses. Já o exame clínico das mamas é realizado em todas as mulheres da população alvo preconizada pelo ministério da saúde, bem como naquelas que apresentam queixas, e durante as consultas para coleta citopatológica, com horários abertos, porque muitas vezes só contamos com métodos clínicos para diagnosticar doenças.

Em relação à hipertensão e diabetes, temos cadastrados, 152 diabéticos e 531 hipertensos, no entanto, as atualizações dos cadastros não foram concluídas havendo possibilidade de aumento de demanda. Identificou-se no município fatores de risco que causam tais doenças, como o tabagismo, o alcoolismo, obesidade, hábitos alimentares pouco saudáveis, estresse e sedentarismo. Dessa forma, ofertamos palestras educativas para a população e estratégias para modificar o estilo de vida também. Tem-se uma cobertura de 100% da população cadastrada e portanto, temos um bom indicador de qualidade. Acontece na nossa UBS o acompanhamento com avaliação por equipe multiprofissional de forma satisfatória, além de receber tratamento medicamentoso, que quando em falta encaminhamos para a farmácia hospitalar do município onde recebem as medicações da mesma forma. Temos boa cobertura com 100% de exames complementares periódicos realizados, bem como o incentivo à atividade física e alimentação saudável. Porém em atenção à saúde bucal, temos 79% de atrasos e nas agendadas um atraso de 28%. Temos cobertura de 90% em avaliação de risco cardiovascular. Nossa equipe trabalha dia a dia para melhorar a saúde de nossa população, oferecendo palestras educativas, porém ainda falta muito que fazer por estas pessoas. Quanto ao diabetes o nosso maior problema identificado acontece com os pacientes com pé diabético, especialmente nos serviços de desbridamento da úlcera e internação para tratamento, pois o tratamento em casa, por vezes não é suficiente acontecendo assim, a amputação de membros. Todos os testes são realizados em nossa cidade, mas os resultados de emergência são para o dia seguinte e os demais em uma média de quinze dias. Temos boa cobertura de saúde com 100%, na atenção à saúde bucal temos 66% de cobertura, 24% de atraso de consulta agendadas. Os demais indicadores apresentam 100%. Considerando as

possíveis ações para melhorar o atendimento dessas doenças é necessário organizar melhor os serviços, avaliar a nossa Unidade, sempre com contribuição do gestor municipal para organizar o trabalho em equipe e o mais importante é terminar o registro das pessoas com estas doenças para acionar mais sobre os fatores de risco e, assim, evitar o aumento da morbidade em termos de deficiência, de amputação em pacientes diabéticos e diminuir a incidência complicações do aparelho circulatório. Já orientamos em atividades em grupo fora da UBS todos os sinais e sintomas de cada uma destas doenças, para que a população que sofre da mesma ir rapidamente à consulta médica. Necessitamos ainda de uma melhor comunicação com a Rede secundária para melhorar a qualidade do atendimento e acompanhamento das pessoas com estas patologias.

Em relação a saúde dos idosos, temos 277 pessoas com mais de 60 anos de acordo com o registro de ações programáticas que não estejam em conformidade com a realidade da nossa UBS, porque essas pessoas ainda estão sendo cadastradas e a demanda é muito maior que a oferecida. Todas estas pessoas têm registros médicos na UBS, que fornece atendimento médico com horários abertos de consultas e visitas domiciliares. A cobertura de saúde é muito boa em nossa unidade, temos um grande número de pessoas com amputação de membro, idosas como complicação da diabetes e idosos que vivem sozinhos. Todos são apoiados pela nossa equipe, são visitados em atendimentos domiciliares mensais. Todos recebem atendimento odontológico e atualização do seu cartão de vacinação. São identificadas doenças crônicas como diabetes e hipertensão e estão sob tratamento médico. Na última semana foram atendidos mais de 20 idosos, alguns deles para renovar o receituário para manter compensada suas doenças crônicas e outros com problemas agudos. Temos 100% de idosos com cadernetas de idosos, avaliação multidimensional, acompanhamento em dia, alimentação saudável. 97% em saúde bucal, 43% com hipertensão e 57% com diabetes. No município onde as atividades do grupo são realizadas, mais de 85% dos Idosos da UBS que participam dessas atividades em grupo geralmente vivem sós. Nossa equipe também faz atividades em grupo com essas pessoas dando palestras educativas de todas as doenças crônicas na Comunidade. Avaliei muito bem, como está explicado acima, eu acho que o que precisa ser melhorado para essas pessoas são os serviços prestados pela atenção secundária, porque sempre que são mandados para estudos de complexidade média, leva mais ou menos dois meses para licitar e no mínimo três meses, quando

necessitam de avaliação por especialistas. Acho muito importante o atendimento oferecido ao usuários idosos. Já que nesta idade aumenta o risco das doenças crônicas tais como hipertensão, diabetes e depressão. Em nossa unidade temos acompanhamentos dos usuários idosos com ajuda do NASF quando precisamos, além disso nosso município oferece muitas atividades esportivas, caminhadas, faz celebração de aniversários, dança, e tudo isto acontece em um espaço destinado para eles, denominado CRAS. A realização do relatório de Análise Situacional contribuiu para avaliar a estrutura da unidade, conhecer a área, o perfil da população e as estratégias usadas na ESF 02 Santa Cecília. É importante analisar a realidade para contribuir com a melhoria das condições de trabalho e de atendimento. A análise situacional permitiu observar que a unidade oferece a maior parte dos serviços preconizados pelo Ministério da Saúde. Os serviços que não são oferecidos na própria unidade são ofertados em outros locais dentro da rede. O ambiente físico da unidade é um aspecto que chama bastante atenção. Os usuários são mal acomodados durante a espera por atendimento e os consultórios são pequenos, o que inviabiliza condições adequadas de trabalho. Toda a estrutura física carece de iluminação, ventilação e acesso apropriados. No momento, é possível investir na necessidade do perfil da comunidade, finalizando os cadastros. Ainda falta muito para que as diretrizes e preceitos do SUS sejam 100%, no entanto, percebi acima de quaisquer problemas ou dificuldades encontradas, o esforço dos profissionais em oferecer um serviço de saúde gratuito e de qualidade na rede SUS. Devo concluir meu relatório falando sobre qual é situação de APS em meu serviço. Quanto as instalações físicas, o prédio não favorece acessibilidade a deficientes. Foi remodelado recentemente. Temos uma sala inicial que serve de recepção/acolhimento/espera. Neste espaço ficam arquivados os prontuários e ocorre a triagem dos pacientes. Uma farmácia que dispensa medicamentos, mas não tem todas as condições climáticas adequadas para armazenamento nem dos insumos, nem dos medicamentos. Temos três consultórios climatizados onde ocorre o atendimento individual da enfermeira, médica e dentista, um espaço onde é ofertada a imunização e outro espaço onde são realizados curativos e retirada de pontos, estes também sem condições adequadas, apresentando risco de infecção considerável, temos recursos limitados. Um banheiro de uso comum entre usuários e funcionários e uma lavanderia. Os imunobiológicos são trazidos em caixas térmicas e permanecem na Unidade das 8:h até as 13:h. Existe uma copa para os funcionários, mas não há privacidade. Não há um administrador



específico para a Unidade. Como dificuldades, ocorre a falta de um espaço para atividades coletivas (reuniões, grupo de educação em saúde) e as reuniões de planejamento e avaliação são realizadas em um horário exclusivo em que não tenhamos atendimento ao público neste momento. Ocorre a permuta de atendimento no consultório da enfermeira com os profissionais do NASF. Outra dificuldade encontra-se no atendimento aos casos de urgências e emergências devido à demora do transporte, pois no município não existe um carro exclusivo par este fim. Nesses casos, enquanto oferecemos os primeiros cuidados, aguardamos a ambulância, nossa Unidade não tem serviço de nebulização e medicações endovenosas, dessa forma, encaminha-se o usuário ao hospital, não temos materiais de primeiros socorros. Apesar das limitações descritas acima, nós oferecemos um serviço de qualidade nas consultas, dando o melhor atendimento a nossa comunidade. Contamos ainda com apoio de NASF com psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, educador físico e assistente social. Temos um coordenador geral em atenção básica. O atendimento de nossa unidade é com demanda espontânea, recebendo usuários de todas as idades. Os motivos de vinda à unidade são as consultas médicas, consultas de enfermagem, consultas com o dentista, recebimento de medicamentos, imunização e procedimentos como retiradas de pontos e curativos. Semanalmente acontecem visitas e atendimentos domiciliares com um cuidado continuado. Em nossa unidade fazemos também palestras educativas para população com doenças crônicas, câncer, gestantes e crianças menores de um ano. Pra educar e prevenir doenças. Em nossa unidade em relação a saúde bucal, na prática clínica oferecemos atendimentos as gestante, idosos, adultos e pacientes portadores de deficiência oferecendo serviços como restaurações, limpezas, extrações, atendimento de urgências, dentre outros. Os atendimentos a pacientes crônicos e gestante e um atendimento multiprofissional, ou seja quando o paciente procura atendimento odontológico, o dentista junto o médico e o enfermeira planeja um melhor tratamento para o paciente. No caso dos pacientes crônicos, ante qualquer procedimento invasiva o dentista encaminha o mesmo para o médico para um melhor tratamento para o paciente. Nossa equipe de trabalho faz todas as atividades juntos é muito unido e responsável. Ainda a mesma não se enquadra com os padrões do SUS, tenho que reconhecer que com sua remodelação fica muito melhor que antes, além disso agora oferece um melhor atendimento das pessoas com cada um de seu local e o serviço, acho que apesar de suas dificuldades estruturais e carência dos materiais, nossa equipe faz seu melhor trabalho para

brindar o atendimento de qualidade a nossa comunidade, mediante escuta, orientações e o tratamento que está em nossas mãos.

Posso concluir que a elaboração do meu relatório foi importante e necessário para visualizar e identificar os problemas que afetam nossa comunidade, permitiu fazer um plano de ações de saúde para ter um atendimento de qualidade em nossa UBS, além disso levar essas dificuldades a secretaria de saúde para possível solução assim brindar a os usuários o direito a saúde.

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

Ao termino de análise situacional chama atenção a escassez de registros no prontuário médico, ademais de não ter dados certo de cadastros atualizados, pacientes que vivem na comunidade sem registros de suas patologias, como também não das medicações indicadas, sendo a primeira consulta de rotina demorada dispendiosa.

Outro ponto que merece destaque e que não existia programa de hipertensão e diabetes preconizado pelo ministério, por tanto tinha pouco desenvolvimento das ações programáticas, respeito a este grupo, devido também a falta de estrutura da unidade, além de os usuários mais necessitados permanecem desassistidos. Por fim, não há como avaliar a ação programática desenvolvida.

A realização do relatório de Análise Situacional contribuiu para avaliar a estrutura da unidade, conhecer a área, o perfil da população e as estratégias usadas na ESF. É importante analisar a realidade para contribuir com a melhoria das condições de trabalho e de atendimento, pude perceber que são muito amplas as problemáticas envolvidas, em todas as ações, projetos, com uma maior perspectiva da promoção, prevenção, proteção, reabilitação, atenção integral a saúde da população, resolutividade, humanização, maior conhecimento científico para dar mais e melhor atendimento. Ainda falta muito para que as diretrizes e preceitos do SUS sejam satisfatórios, no entanto, percebi acima de quaisquer problemas ou dificuldades encontradas, o esforço e ímpeto dos profissionais em oferecer um serviço de saúde gratuito na rede SUS.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

Estima-se que no mundo a hipertensão e diabetes respectivamente, encontram-se entre as quatro principais causas de morte no mundo, sendo a diabetes a primeira causa de morte no ano 2013 no mundo. Considerando a alta incidência e a morbimortalidade relacionadas a essas doenças, é responsabilidade dos gestores e dos profissionais de saúde realizar ações que visem a prevenção e controle das mesmas, que possibilitem a integralidade do cuidado, aliando as ações de detecção precoce com a garantia de acesso a procedimentos diagnósticos e terapêuticos em tempo oportuno e com qualidade. O controle destas doenças depende de uma atenção básica qualificada e organizada, integrada com os demais níveis de atenção.

Em relação a logística em nosso projeto de intervenção, não temos a infraestrutura necessária para a realização das ações, incluindo as ferramentas necessárias para a realização das mesmas, todavia trabalhamos em conjunto com toda a equipe para fazer o melhor trabalho possível, dentro das nossas limitações para lograr as metas e objetivos propostos. A importância epidemiológica disto e sua magnitude social, as condições de acesso da população brasileira à atenção com qualidade, os custos cada vez mais elevados na alta complexidade refletem a necessidade de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que garanta atenção integral à população (caderno de atenção básica 36, 35.2013).

O foco de intervenção escolhido dentro do programa de atenção pessoas com diabetes mellitus e hipertensão arterial. Esse foi escolhido por muitos motivos, olhando o caderno de ações programáticas avaliadas durante a unidade de análise situacional, conhecendo a realidade de nossa área, pudemos concluir que estas doenças podem aumentar ou diminuir já que ainda estamos cadastrando essa população e a estimativa e cobertura oferecida pelo caderno não enquadra com a realidade de nossa comunidade à respeito destas doenças. É uma decisão apoiada pela equipe e contamos com ajuda de todos integrantes para poder dar uma maior cobertura dos usuários dessa categoria. Além disso, os hipertensos e diabéticos têm uma baixa percepção do risco de sua doença, sendo muito frequente encontrar pacientes com pouca adesão ao tratamento e faltosos às consultas agendadas. A maioria destes pacientes vêm até a unidade de saúde com problemas de saúde

agudos, resultado da falta de controle de sua doença. Todos os membros da equipe estão planejando juntos a estratégia que vamos definir para melhorar o trabalho em nosso foco de intervenção.

Minha unidade, a ESF Santa Cecília, está localizada no município de Jardim de piranhas, Rio Grande do Norte, cujo modelo de atenção é ESF. Encontra-se em um prédio alugado. A estrutura física de nossa unidade é composta por uma sala inicial que serve de recepção/acolhimento/espera. Neste espaço ficam arquivados os prontuários e ocorre a triagem dos pacientes. Uma farmácia que dispensa medicamentos, mas não tem todas as condições climáticas adequadas para armazenamento nem dos insumos, nem dos medicamentos. Tem-se três consultórios climatizados onde ocorre o atendimento individual da enfermeira, médica e dentista, um espaço onde é ofertada a imunização e outro espaço onde são realizados curativos e retirada de pontos, estes também sem condições adequadas, apresentando risco de infecção considerável, temos recursos limitados. Um banheiro de uso comum entre usuários e funcionários e uma lavanderia. Existe uma copa para os funcionários, mas não há privacidade. Não há um administrador específico para a Unidade. Como dificuldades, ocorre a falta de um espaço para atividades coletivas (reuniões, grupo de educação em saúde).

A equipe é composta por um médico generalista da família, uma enfermeira, um dentista, uma auxiliar de saúde bucal, um técnico de enfermagem, uma recepcionista, e quatro agentes comunitários de saúde, temos uma população de aproximadamente 2.560 pessoas, adequado para uma ESF. Em maio de 2014 implantou-se a sexta ESF no município, rompendo as áreas assistidas e dividindo em ESF II e ESF VI. A partir de então se estabeleceu em forma de mutirão o cadastramento e atualização tanto de domicílio quanto de usuários das citadas unidades através do sistema de informação E-SUS, o que dificulta descrever um perfil demográfico atual.

Em minha UBS tem uma população alvo de 152 diabéticos e 531 hipertensos segundo estimativa de caderno de ações programáticas oferecido pelo ministério da saúde, dados que não se enquadram com nossa realidade pois a população com estas doenças podem aumentar ou diminuir tendo em conta os cadastros realizados nos últimos meses de intervenção. Segundo dados oficiais do departamento de estatísticas da secretaria municipal temos um número muito menor, de 368 hipertensos e 185 com diabéticos na população maior de 20 anos na área de abrangência desta UBS, apesar dos registros de cobertura estarem em 100%, acho

que o número será menor, além disso temos um grande número de pessoas com doença renal crônica e acidente cérebro vascular, o que evidencia que não temos uma boa cobertura, nossa meta então é ter cadastrado o 100 % de pessoas com tais doenças e trabalhar os fatores de risco que podem modificar-se nesta população. Identificou-se no município fatores de risco que causam tais doenças, como o tabagismo, o alcoolismo, obesidade, hábitos alimentares pouco saudáveis e estresse.

Apesar de todos os problemas nossa equipe trabalha para oferecer um bom atendimento, o qual nossa comunidade merece, continuamos lutando para melhorar essa realidade que prejudica a qualidade do atendimento. Já orientamos, em atividades em grupo fora da UBS todos os sinais e sintomas de cada uma destas doenças, para que a população que sofre da mesma ir rapidamente ver médica, além disso fizemos palestras educativas em nossa UBS em forma de ronda de conversa, onde usamos vídeos, slides e distribuição de panfletos informativos. Mesmo assim foi percebido que a população, ainda não está consciente quanto ao seu adoecimento e existe grande resistência quanto a adesão do tratamento. Ademais cada pessoa falou suas dúvidas existentes à respeito do tema de nosso projeto, nossa população gostou muito.

O projeto de intervenção é muito importante para minha vida profissional e melhorar a qualidade da assistência que é prestada pela equipe da UBS aos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) cadastrados em nossa área. Este estudo poderá contribuir para que o usuário tenha uma melhor qualidade de vida através do controle de sua pressão arterial e da glicemia; e diminuir os índices de mortalidade relacionados a problemas cardiovasculares. O projeto é necessário para o desenvolvimento de um conjunto de atividades a serem executadas: quais são os objetivos, que meios serão buscados para atingi-los, quais recursos serão necessários, onde serão obtidos e como serão avaliados os resultados. A organização do projeto em um documento nos auxilia sistematizar o trabalho em etapas a serem cumpridas, compartilhar a imagem do que se quer alcançar, identificar as principais deficiências, a superar e apontar possíveis falhas durante a execução das atividades previstas.

Como problemática temos atingir nossa meta, pois nesta área a população mora em casas alugadas, então ocorrem mudanças o que dificulta um pouco ter um cadastro adequado e atualizado, ademais de que não podemos fornecer todos os estudos laboratoriais protocolados que precisam desses usuários como uma limitações.

Outras dificuldades que vamos enfrentar são a pouca disponibilidade de equipamentos para os profissionais, necessários para o rastreamento das doenças na comunidade (esfigmomanometro, glicosímetros). Porém, temos a disposição dos profissionais da equipe de trabalhar juntos para alcançar nossas metas. Esta intervenção poderá contribuir para que o usuário tenha uma melhor qualidade de vida, ademais de ajudar a que os usuários tenham conhecimento destas doenças e assim contribuir a melhorar os indicadores de morbimortalidade que afetam a população brasileira.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e ou Diabetes Mellitus da comunidade que atende a equipe de saúde II, na UBS Santa Cecília em Jardim de Piranhas, Rio Grande do Norte.

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

1\_Ampliar a cobertura de pessoas hipertensas e/ou diabéticas.

2-Melhorar a qualidade da atenção de pessoas hipertensas e/ou diabéticas.

3\_Melhorar adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes. 4\_Melhorar o registro das informações.

5\_Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e /ou diabetes.

6-Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e o Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na área de abrangência da UBS Santa Cecília em Jardim de Piranhas, Rio Grande do Norte.

Meta:

1.1 Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

1.2 Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos na área de abrangência da UBS Santa Cecília em Jardim de Piranhas, Rio Grande do Norte.

Metas:

- 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos
- 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.
- 2.3 Manter exame dos pés em dia em 100% dos diabéticos
- 2.4 Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- 2.5 Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo
- 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- 2.7 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.
- 2.9 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na área de abrangência da UBS Santa Cecília em Jardim de Piranhas, Rio Grande do Norte.

Metas:

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



Objetivo 4: Melhorar o registro das informações do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e o Programa de Atenção à Diabetes Mellitus Santa Cecilia em Jardim de Piranhas, Rio Grande do Norte.

Metas:

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

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular na área de abrangência da UBS Santa Cecilia em Jardim de Piranhas, Rio Grande do Norte.

Metas:

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

Objetivo 6: Incrementar as atividades de Promoção e Educação em saúde de hipertensos e diabéticos na UBS Santa Cecilia em Jardim de Piranhas, Rio Grande do Norte.

Metas:

- 6.1 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 50% dos hipertensos.
- 6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.
- 6.3 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 50% dos pacientes diabéticos.

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

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

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

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

### **2.3. METODOLOGIA**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 4 meses na UBS Santa Cecília no município Jardim de Piranhas, com objetivos e metas estipulados. Participam da intervenção pessoas maiores de 20 anos com hipertensão e ou diabetes. O cadastro será realizado de acordo com a ficha espelho disponibilizada pelo Ministério da Saúde (anexo 1), prontuário do usuário e livro específicos existente na unidade. Além disso, os dados serão registrados e monitorados através da planilha de registro disponibilizada pelo curso, (anexo 2). Será utilizado o Protocolo do MS, Caderno de atenção básica (35,36) e o protocolo da secretaria municipal.

#### **2.3.1 Detalhamento das ações**

O objetivo da intervenção de nossa equipe é melhorar a atenção à saúde das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e ou Diabetes Mellitus. Esse foi escolhido por muitos motivos, olhando o caderno de ações programáticas avaliadas durante a unidade de análise situacional, conhecendo a realidade de nossa área, pudemos concluir que estas doenças podem aumentar já que ainda estamos cadastrando essa população e a estimativa e cobertura oferecida pelo o caderno não se enquadra com a realidade de nossa comunidade. É uma decisão apoiada pela equipe e contamos

com ajuda de todos integrantes da equipe para poder dar uma maior cobertura aos usuários dessa categoria. Além disso pela alta incidência desses agravos no mundo, a equipe considera que ainda tem muitos campos por abordar em nossa unidade.

### **Objetivo1: Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas.**

#### **Ações**

##### **Monitoramento e avaliação**

- **Monitorar o número de pessoas com hipertensão cadastradas no programa de atenção a Hipertensão Arterial Sistêmica e a diabetes Mellitus da UBS.**

**Detalhamento:** Poderemos desempenhar esta ação revisando os registros das pacientes cadastradas na UBS, isso poderia seria feito nas reuniões da Equipe mês por mês, ademais, através de busca ativa na comunidade de pessoas que ainda não são cadastradas mediante as visitas domiciliares e o acolhimento feito todos os dias em unidade de saúde.

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

- Garantir o registro de pessoas com hipertensão e diabetes mellitus cadastradas no programa, melhorar o acolhimento para os usuários portadores dessa doenças, assim como garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmo, manguitos, fita métricas), também para realização de hemoglicoteste na UBS.

**Detalhamento:** Daremos cumprimento a esta ação terminado os cadastros de atualização mediante as consultas e visitas domiciliares tendo ajuda de agentes comunitários, gestor municipal e demais membros da equipe de saúde, isso permitirá conhecer o número real de pessoas cadastradas no programa. Além disso, precisamos que a secretaria de saúde disponibilize os materiais adequados para a toma de pressão e realização de hemoglicoteste, ademais, oferecer mantimentos dos mesmo. Já começamos com palestras educativas para nossa população em conjunto com a equipe de trabalho quanto a como oferecer um acolhimento de boa qualidade a pessoas com tais doenças durante todo o período que precisem.

##### **Engajamento público**

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus e sobre a importância de medir pressão a partir dos 18 anos pelo menos anualmente, também sobre a importância do

rastreamento para DM em adultos com pressão sustentada maior de 135/80mmHg, como conhecimento de nossa comunidades acerca dos fatores de risco que desenvolvem essas doenças.

**Detalhamento:** Manter portas abertas de nossa unidade para examinar, cadastrar, falar sobre todos estes temas com nossa comunidade explicando a elas sobre a importância de conhecer os diferentes sintomas dessas doenças, com isso poderemos abordar nas consultas medicas, visitas domiciliares, palestras a grupos na comunidade ou na UBS e as reuniões de cada mês de forma continua.

#### **Qualificação da pratica clinica**

- Capacitar os ACS para o cadastramento e atualização da população da área da UBS, também a equipe da UBS para verificação de pressão arterial de forma criteriosa incluindo uso adequado de manguito para realização de hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior de 135/80 mmHg.

**Detalhamento:** Realizaríamos esta capacitação à equipe sobre o acolhimento desta doenças nas reuniões de cada mês, explicando detalhadamente a importância de ter cadastrados atualizados para assim ter um seguimento adequados, abordaremos temas relacionados com aferição correta de pressão e os cuidados para prevenção do diabetes.

### **Objetivo2: Melhorar a qualidade do atendimento da atenção aos hipertensos e diabéticos na unidade de saúde.**

#### **Ações**

##### **Monitoramento e avaliação**

- Monitorar a realização de exames clinico apropriado das pessoas com hipertensão e diabetes.

Monitorar a avaliação dos pés das pessoas com diabetes.

Monitorar o número de pessoas com exames laboratoriais solicitados de acordo com protocolo adaptado na UBS e com periodicidade recomendada.

Monitorar o acesso aos medicamentos da farmácia Popular/Hiperdia

Monitorar as pessoas que necessitam de atendimento odontológico.

**Detalhamento:** Em nosso município e difícil ter todos os pacientes com exames segundo protocolo já que apesar de fazer solicitação do mesmo muitas vezes tem que aguardar filas porque muitos deles são feitos em outras cidades, nosso trabalho é tentar ter todos nossos usuários com exames em dia mediante consultas e

visitas domiciliares e em conjunto com a secretaria de saúde encontrar uma solução pertinente que beneficie ambos prejudicados a médio prazo. Então adotamos que quando precisamos avaliar um paciente com esses exames ligamos para a secretaria para viabilizar o estudo o indicamos que precisamos e marcamos como urgente. Os medicamentos são oferecidos de graça em farmácia popular, temos consulta odontológica com horários abertos e estamos trabalhando para que todos estes usuários recebam tratamento oportuno.

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

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com hipertensão e diabetes (exames dos pés e estudos laboratoriais).

Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com o protocolo adotado pela UBS.

Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais, dispor de versão atualizada do protocolo impresso na UBS.

Providenciar junto a gestão o monofilamento para exames dos pés Organizar a agenda para acolher pessoas diabéticas provenientes das buscas domiciliares.

Solicitar a referência e contra referência (realizar coordenação do cuidado) para pessoas com diabetes e hipertensos que necessitam de consulta especializada.

Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Estabelecer sistemas de alertas dos exames preconizados complementares.

Realizar controle de estoques (incluindo validade) de medicamentos.

Manter os registros das necessidades de medicamentos das pessoas com diabetes e hipertensão cadastrados na UBS.

Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e diabetes.

Organizar agenda de saúde bucal (se possível) para a realização dos atendimentos das pessoas com hipertensão e diabetes provenientes da avaliação da necessidade atendimento odontológico.

**Detalhamento:** Organizar a capacitação de todo nosso equipe para os exames clínicos de usuários com tais doenças principalmente o médico e a enfermeira em todos os acolhimentos feitos em nossa unidades, sendo eles os responsáveis pelo exame clínico. Então ficará a capacitação de forma continua em as reuniões da

equipe. Com ajuda da secretaria de saúde disponibilizar o protocolo atualizado destas doenças, estamos lutando também quanto as referências pois é difícil quando encaminhamos um paciente para atenção secundária, receber a conta referência, como alternativa a secretaria fará reunião com médicos da atenção especializada em nosso município para melhorar o fluxo de informações entre a atenção primaria com a secundaria. Os usuários de nossa unidade com estas doenças recebem tratamento medicamentoso, que quando em falta encaminhamos para a farmácia hospitalar do município onde recebem as medicações da mesma forma e de graça. Temos uma ficha de tratamentos destes usuários, apesar do município fazer seu melhor esforço para a qualidade de vida, os mesmos ainda não são suficientes, pois muitas vezes faltam os medicamentos. Temos consultas odontológicas com horários abertos para esses usuários uma vez atendido em consulta medica são encaminhados para o dentista e ficam em consulta até acabar o tratamento se precisarem.

### **Engajamento público**

- Orientar a comunidade quanto aos risco de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e a diabetes.

Orientar as pessoas com hipertensão e diabetes em nossa comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares sua periodicidade.

Orientar as pessoas com diabetes e hipertensão em nossa comunidade quanto a direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos na Farmácia Popular/Hiperdia e as possíveis alternativas para obter acesso.

Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação de saúde bucal, especialmente das pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes.

**Detalhamento:** Fazer palestras educativas sobre os fatores de risco e como obter os medicamentos para controlar sua doença, além da importância de atenção bucal em todos acolhimentos feitos em a unidade, na comunidade e na consulta.

### **Qualificação da prática clinica**

- Capacitar a equipe para a realização de exames clínicos apropriados.

Capacitar a equipe para a realização de exames apropriados dos pés.

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

Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes.

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

Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológicos das pessoas com hipertensão e diabetes.

**Detalhamento:** Brindar informações a equipe sobre atualizações do ministério de saúde sobre estas doenças, exames de acordo com os protocolos. Além disso, fornecer informações precisas sobre acesso de medicamentos da farmácia Popular/hiperdia e atendimentos odontológicas, marcar a importância deles para evitar sinais de sepse bucal e assim complicações dos usuários com estas doenças.

### **Objetivo3: Melhorar a adesão das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.**

#### **Ações**

##### **Monitoramento e avaliação**

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas prevista no protocolos.

**Detalhamento:** Realizaremos a revisão de os usuários que assistirem a consultas, preenchendo isto nos registros específicos, avaliando a periodicidade com que foi feito o rastreamento encontrar usuários faltosos.

##### **Organização e gestão dos serviços**

- Organizar visitas domiciliares para buscar faltosos.

Organizar a agenda para acolher os pessoas com hipertensão e diabetes provenientes das buscas domiciliares.

**Detalhamento:** Realizar a busca ativa nas visitas domiciliares dos usuários faltosos a consultas para ter um acompanhamento adequado. Porta aberta a todos os usuários com estas doenças que procurem a unidade para seguimento e acompanhamento.

##### **Engajamento publico**

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas com hipertensão e diabetes.

Esclarecer as pessoas com hipertensão e diabetes na comunidade sobre a periodicidade preconizada para realização das consultas.

**Detalhamento:** Orientar em consultas medicas, em visitas domiciliares e as palestras sobre a importância da realização das consultas e assim como orientar sobre a periodicidade.

#### **Qualificação da prática clínica**

- Capacitar os ACS para a orientação de pessoas com hipertensão e diabetes quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

**Detalhamento:** Nas reuniões da equipe capacitar a toda a equipe com material atualizado sobre os protocolos de atendimento e manejo destas doenças em consultas e sua periodicidade.

### **Objetivo4: Melhorar o registro das informações**

#### **Ações**

##### **Monitoramento e avaliação**

- Monitorar a qualidade dos registros de pessoas com hipertensão e diabetes acompanhadas na UBS.

**Detalhamento:** Revisão pelo o médico e a enfermeira dos registros específicos e dados.

##### **Organização e gestão dos serviços**

- Manter as informações do SIAB /e\_SUS atualizadas
- Implantar 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 estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação das doenças.

**Detalhamento:** Ter registro atualizado das informações do SIAB, dados específicos necessários de cada paciente assim como planilhas de acompanhamento e registros das datas dos exames por um integrante da equipe.

##### **Engajamento público**

Orientar os usuários com hipertensão e diabetes na comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.



**Detalhamento:** Porta aberta a os usuários que precisem conhecer sobre seus direitos de manutenção dos registros de saúde no serviço e a possibilidade de solicitação de segunda via.

#### **Qualificação da prática clínica**

- Capacitar a equipe da unidade no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento das pessoas com hipertensão e diabetes.

Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

**Detalhamento:** Fazer treinamento de todo o pessoal da equipe para o registro adequado das informações precisas da paciente e/o preenchimento das mesmas.

**Objetivo5: Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e diabetes.**

#### **Ações**

##### **Monitoramento e avaliação**

- Monitorar o número de pessoas com hipertensão e diabetes com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

**Detalhamento:** Fazer pesquisa ativa de sinais de alerta do risco cardiovascular e exames clínicos de todos os pacientes cadastrados com estas doenças. Acompanhadas pela unidade.

##### **Organização e gestão dos serviços**

- Priorizar o atendimento das pessoas com hipertensão e diabetes avaliadas como de risco.

- Organizar a agenda para atendimento desta demanda.

**Detalhamento:** Mediante a revisão do prontuário clínico da paciente o durante o interrogatório nas visitas domiciliares as consultas médicas; estabelecendo uma ordem de prioridade para agendamento de consultas as pacientes com maior risco.

##### **Engajamento público**

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e a importância de acompanhamento regular.

- Esclarecer as pessoas com hipertensão e diabetes na comunidade quanto a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação.)

**Detalhamento:** Portas abertas a os usuários da comunidade de cobertura para o esclarecimento dos fatores de risco, medidas de combate dos fatores do risco possível de modificar e ensinar aos usuários com terminologia adequada sobre sinais de alerta para a detecção do mesmo.

#### **Qualificação da pratica clinica**

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou lesões em órgãos alvo.

- Capacitar a equipe para importância do registro desta avaliação.

Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

**Detalhamento:** Fazer a capacitação de toda a equipe de saúde para poder orientar a população precocemente sobre os fatores de risco e controle destes.

### **Objetivo6: Promover saúde de pessoas com hipertensão e diabetes. Ações**

#### **Monitoramento e avaliação**

- Monitorar a realização de orientação nutricional as pessoas com hipertensão e diabetes.

Monitorar a realização de orientação para atividades físicas regulares às pessoas com hipertensão e diabetes.

Monitorar realização de orientação sobre risco do tabagismo às pessoas com diabetes e hipertensão.

Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal às pessoas com hipertensão e diabetes.

**Detalhamento:** Fazer o monitoramento das pessoas que receberam orientação em todas as atividades educativas feitas pela unidade.

#### **Organização e gestão dos serviços**

- Organizar praticas coletivas sobre alimentação saudável.

Demandar junto ao gestor parceiras institucionais para envolver nutricionista nesta atividade.

Organizar práticas clinicas coletivas para orientação de atividade física

Demandar ao gestor a adesão ao Programa Nacional de Controle do tabagismo do ministério de saúde.

Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

**Detalhamento:** Garantir toda a equipe junto ao gestor a disponibilidade de equipe do NASF para melhorar a saúde destes usuários, ademais da incorporação a grupo de desintoxicação oferecida pelo ministério de usuários com hábitos tóxicos.

### **Engajamento publico**

•Orientar pessoas com hipertensão e diabetes e seus familiares sobre a importância de hábitos alimentares saudáveis, bem como a necessidade de uma dieta especifica ademais de prática de atividade física regular.

Orientar aos usuários com hipertensão e diabetes tabagista sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Orientar aos usuários com hipertensão e diabetes e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

**Detalhamento:** Incentivar na comunidade mediante orientações precisas sobre a pratica de atividade física regular, hábitos alimentícios saudáveis e a não adesão ao álcool, tabaco e outras drogas.

### **Qualificação da prática clinica**

• Capacitar a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável especificas para pessoas com diabetes e hipertensão.

Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

Capacitar a equipe da UBS sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Capacitar a equipe pra tratamento de pessoas tabagistas.

Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

**Detalhamento:** Capacitar a todos os integrantes da equipe mediante atividades para que possam orientar sobre atividade física regular, tratamento de pessoas tabagistas, higiene bucal, e atividade para prevenção destas doenças e futuras complicações.

### 2.3.2 Indicadores

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 100 % dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

Meta 1.2- Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

Metas 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

**Indicador 2.1- Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.**

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

Meta 2.2- Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

**Indicador 2.2- Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.**

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

Meta 2.3: Manter exame dos pés em dia em 100% dos diabéticos.

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

Numerador: Número de diabéticos com exame dos pés em dia.

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

Meta 2.4: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 2.4- Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.**

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

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

Meta 2.5: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 2.5- Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.**

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

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

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 2.6- Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.**

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 2.7- Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.**

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos (86).

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

**Indicador 2.8- Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.**

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

**Indicador 2.9- Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.**

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

**Indicador 4.1- Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.**

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

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

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

**Indicador 4.2- Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.**

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

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

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

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

**Indicador 5.1- Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.**

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

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

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

**Indicador 5.2- Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.**

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

**Indicador 6.1- Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.**

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde

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



**Indicador 6.2- Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.**

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

**Indicador 6.7- Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.**

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

**Indicador 6.8- Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.**

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**2.3.3 Logística**

A logística em nosso projeto de intervenção não é muito satisfatória, pois a infraestrutura necessária para a realização das ações, incluindo as ferramentas necessárias para a realização das mesmas, não são suficientes, como por exemplo, exames e consultas com especialistas que necessitam de longas esperas, o que as vezes ocasiona a evasão do paciente, bem como o cadastro desatualizado dos

usuários, tendo em vista que há uma constante mudança de domicílio por parte destes usuários, já que nossa área tem um número elevado de domicílios alugados.

Este projeto se realizará utilizando basicamente a ficha espelho disponibilizada no curso, prontuários e cadastros de agentes de saúde. Para a coleta de todas as informações necessárias para o monitoramento da intervenção, a médica, a enfermeira e os agentes de saúde fizeram um levantamento com todos os dados dos usuários cadastrados, portadores destes agravos. Estimamos alcançar um 100% no rastreamento destas doenças, mantendo contato com o Gestor municipal para dispor das fichas de requisição necessárias para estes rastreamentos. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha da coleta de dados disponibilizadas pelo curso e os registros específicos no prontuário.

Para organizar o registro específico a enfermeira revisara a ficha de atendimento individual identificando as pessoas com estas doenças que vieram ao serviço nos últimos quatro meses. O profissional localizará o prontuário da paciente e transcreverá todas as informações necessárias para a ficha de requisição e livro de registro específico. Também realizara as anotações sobre pacientes com atraso e com exames alterados que faltaram a consulta. Uma vez os dados atualizados, os usuários maior de 20 anos de idade realizarão o monitoramento fazendo revisão do prontuário destes usuários para ver quais foram avaliados anteriormente e qual foi última data de equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do protocolo e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe.

Estas ações serão viabilizadas no sentido de atualizar o cadastro de todos os usuários maiores de 20 anos de idade da área de cobertura da unidade de saúde, abrangendo como prioridade o cadastro dos usuários provenientes da busca ativa, nas consultas médicas e mediante as visitas dos agentes de saúde. Será disponibilizada um arquivo próprio, que será organizado por agente comunitários de saúde e por ordem alfabética, para acondicionamento dos prontuários destes usuários.

Buscaremos organizar visitas domiciliares para busca de usuários que ainda não são cadastrados, e para realizar essa ação, precisaremos de transporte adequado para todo pessoal da equipe, que será solicitado junto a secretaria municipal de saúde. Para manter as informações do e-SUS e das fichas individuais atualizadas, pactuaremos o registro das informações com toda a equipe que presta cuidados aos usuários cadastrados. Definiremos um responsável pelo monitoramento dos registros.

Organizaremos um sistema de registro que viabilize a identificação precoce de situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação das doenças.

No tocante à capacitação da equipe da unidade no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento das pessoas com hipertensão e diabetes. Pretendemos realizá-la através da apresentação e implantação da planilha/ficha espelho/registo específico de acompanhamento. Para esta ação pactuaremos com a equipe os registros das informações e solicitaremos a cooperação da secretaria de saúde para impressão de fichas suficientes, nas quais condensaremos todas as informações recolhidas nos registros existentes preenchidas pelo médico, enfermeiro, dentista, técnica de enfermagem, técnica de saúde bucal e pela busca ativa feita pelos agentes de saúde.

Viabilizaremos, desta forma, a identificação de usuários maiores de 20 anos em risco para adoecer e com antecedentes pessoais, familiares e com algum fator de risco apresentado. Informaremos a comunidade em geral, através de ações educativas sobre a importância de realização das consultas de rotina, esclarecendo as pessoas com hipertensão e diabetes na comunidade sobre a periodicidade preconizada para realização das consultas. Para realizar esta ação precisaremos de uma boa anamnese, exame físico, exames protocolizados, ficha individual os registros anteriores. Assim poderemos estabelecer acompanhamento diferenciado para os usuários de maior risco para desenvolver estas doenças.

Para garantir e organizar capacitação dos profissionais será de acordo com o protocolo adotado pela UBS. Para viabilizar isso, estabeleceremos uma periodicidade para atualização dos profissionais, dispondo de versão atualizada do protocolo impresso na UBS. Apresentaremos informações a equipe sobre atualizações do ministério de saúde sobre estas doenças, exames de acordo com os protocolos. A capacitação da equipe é uma ação de vital importância, desse modo, capacitaremos toda nossa equipe para os exames clínicos de usuários com tais doenças principalmente o médico e a enfermeira em todos os acolhimentos feitos em nossa unidade, sendo eles os responsáveis pelo exame clínico. Então ficará a capacitação de forma continuada nas reuniões da equipe. Com ajuda da secretaria de saúde disponibilizando o protocolo atualizado destas doenças.

Ainda no que se refere manutenção das atualizações nos registros das informações, organizaremos nossa agenda, de forma a melhor acolher as pessoas diabéticas e hipertensas provenientes das buscas domiciliares, solicitaremos a referência e contra referência (realizar coordenação do cuidado) para pessoas com diabetes e hipertensos que necessitam de consulta especializada, reivindicaremos, junto a gestão municipal uma maior agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo, estabelecendo sistemas de alerta dos exames complementares preconizados. Para isto precisamos de ajuda do gestor municipal para disponibilizar os encaminhamentos a serviços especializados e os que requeiram exames segundo o protocolo de atenção a hipertensão e diabetes, nós encaminharemos primeiro os pacientes de maior risco seguidos dos demais.

No tocante ao controle de estoques de medicamentos, temos o objetivo de manter os registros das necessidades de medicamentos das pessoas com diabetes e hipertensão cadastrados na UBS atualizados, pois dessa forma teremos estoque e distribuição adequada destes insumos de acordo com as necessidades reais dos usuários. Ademais repassaremos a nossa equipe acerca da possibilidade dos usuários se cadastrarem no programa de farmácia popular que distribui as principais medicações para controle da hipertensão e diabetes, pois assim, caso o medicamento esteja em falta na farmácia da UBS, ele poderá receber sua medicação de forma gratuita na farmácia popular, evitando a interrupção do tratamento. Através desta ação será oferecido um melhor acolhimento aos usuários com informações precisas e corretas.

No condizente ao atendimento odontológico, visamos realizar a capacitação da equipe para triagem e identificação dos usuários que necessitam de consulta odontológica, tanto para as consultas de urgência e emergência como para as consultas de rotina periódicas que deverão ser agendadas de acordo com o protocolo de atendimento odontológico para hipertensos e diabéticos da unidade. Estaremos oferecendo consultas odontológicas com horários abertos para esses usuários que, uma vez atendidos em consulta medica serão encaminhados para o dentista. Os agentes comunitários de saúde também farão busca ativa de pessoas com necessidade de consulta odontológica.

As atualizações nos registros dos usuários com consulta periódica em dia nos permitirá monitorar o número de pessoas com hipertensão e diabetes com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, bem como a

identificação dos faltosos para realização de busca ativa. Assim poderemos priorizar o atendimento das pessoas com hipertensão e diabetes avaliadas como de risco. Organizaremos a agenda para atendimento desta demanda, onde pacientes cadastrados com estas doenças serão melhor acompanhados por nossa equipe.

Desenvolveremos estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. Faremos pesquisa ativa de sinais de alerta do risco cardiovascular e exames clínicos de todas as pessoas acompanhadas pela unidade. Mediante a revisão do prontuário clínico do paciente durante o interrogatório nas visitas domiciliares e nas consultas médicas, estabelecendo uma ordem de prioridade para agendamento de consultas para os pacientes com maior risco.

No intuito de melhorar o controle desses agravos, utilizaremos, além do tratamento medicamentoso, a mudança no estilo de vida desses usuários. Para tanto, realizaremos orientação nutricional as pessoas com hipertensão e diabetes, a realização de atividades físicas regulares, orientação sobre risco do tabagismo, sobre higiene bucal às pessoas, entre outros temas relevantes ao cuidado desses pacientes. Para tanto organizaremos praticas coletivas sobre alimentação saudável, atuando sobre fatores de risco modificáveis, contando com a participação dos profissionais do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), que fazem parte da atenção básica de nosso município, o qual dispõe de Nutricionista, Educador Físico, Psicólogo, Fisioterapeuta, Assistente Social e Fonoaudiólogo. Com a implantação de grupos de apoio aos tabagistas, a realização de atividade física coletiva, bem como organizar o atendimento individual desses usuários com esses profissionais de acordo com a necessidade.

Orientaremos em consultas médicas, em visitas domiciliares palestras sobre a importância da realização das consultas periódicas. Faremos treinamento de todo o pessoal da equipe para o registro adequado das informações precisas da paciente e/o preenchimento das mesmas. Faremos o monitoramento das pessoas que receberam orientação em todas as atividades educativas feitas pela unidade. Garantiremos a toda a equipe junto ao gestor a disponibilidade de equipe do NASF para melhorar a saúde destes usuários, ademais da incorporação a grupo de desintoxicação oferecida pelo ministério de saúde aos usuários com hábitos tóxicos. Incentivaremos na comunidade mediante orientações precisas sobre a pratica de atividade física regular, hábitos alimentícios saudáveis e a não adesão ao álcool, tabaco e outras drogas. Faremos contato com associação de moradores, representantes da comunidade, nas

Igrejas na área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da realização de consultas e exames protocolizados, assim como da periodicidade da realização dos exames.

Manter apoio da comunidade para o esclarecimento das necessidades da priorização do atendimento deste grupo populacional assim como esclarecer os fatores de risco as pessoas, seu direito de manutenção dos registros de saúde no serviço inclusive sobre a possibilidade de solicitação de segunda via se necessário nas visitas ao domicilio, consultas e palestras.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe da UBS. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o Protocolo de atenção a pessoas com diabetes e hipertensão para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos usuários portadores destes agravos. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto será reservada 1 hora ao final do expediente, o no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do protocolo e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe.





### **3 Relatório da Intervenção**

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

##### **As ações prevista no projeto que foram desenvolvidas durante a intervenção.**

Os agentes de saúde iniciaram o trabalho com umas das ações, o cadastro e a atualização de usuários maiores de 20 anos com hipertensão e diabetes. Na última semana tivemos 100% dos cadastros atualizados de nossa área, cada membro de nossa equipe se capacitou, e cumpriu com todas as atividades programadas do projeto, além disso foram feitas muitas ações de promoção e prevenção mediante rodas de conversa em nossa comunidade. Muitas foram as ações que facilitaram o cumprimento desta meta entre as quais podemos destacar as visitas domiciliares casa por casa, verificando os níveis pressóricos e glicêmicos da população alvo da intervenção; todas as atividades educativas realizadas fora da UBS, nas escolas, igrejas, praças e até na rua; a sistematização das palestras foi exemplo das atividades educativas que mais gostaram da população.

#### **3.2 Ações previstas e não desenvolvidas**

Acreditamos que todas as ações foram desenvolvidas como planejamos apesar que tivemos muitas dificuldades, só não conseguimos fazer algum testes de sensibilidade a pacientes com pé diabético por não ter chegado a cinta de mico filamento para fazer o estudo.

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

Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados no preenchimento da planilha e nos cálculos dos indicadores.

A maior dificuldade foi não termos dados corretos dos usuários cadastrados com tais doenças, devido a isto o trabalho ficou mais difícil porque tivemos que começar do zero. Outra dificuldade encontrada foi a falta do mapeamento de nossa área, como também a rotatividade de usuários de domicílios, por encontrar-se em nossa área muitas casas alugadas, apesar de todo isto logramos ter mapeamento da área acompanhada da UBS e o cadastros de todos os usuários com estas doenças, ademais muitos exames não são realizados pelo SUS, a oferta é muito menor que a demanda apesar que foi liberado um porcentagem de etos exames por e gestor do município.

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

Análise da incorporação das ações prevista no projeto a rotina do serviço.

Antes, não existia a implementação do programa de acompanhamento de hipertensos e diabéticos na unidade, todavia, com nossa intervenção conseguimos sua implementação em nosso serviço, além disso aumentou muito a demanda a quase todos os serviços prestados, pois aumentaram os testes de glicemia em jejum, as consultas médicas e de enfermagem e ainda logramos melhoria nos registros de agendamentos dos hipertensos e diabéticos, ademais, disponibilizamos consultas para priorização do atendimento em consulta e em visitas domiciliares de usuários com alto risco destas doenças. Além de que, só o fato do começarmos a intervenção que se espalhou em toda a área sendo que foi o motor impulsor para que todas e todos na comunidade falassem de nosso trabalho, isso significa muito para ter participação ativa e consciente das pessoas.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1. Resultados:**

Após a conclusão da intervenção realizada na UBS Santa Cecília, no município de Jardim Piranhas, Estado do Rio Grande do Norte, que teve como objetivo melhorar a atenção da saúde dos hipertensos e ou diabéticos, apresentaremos a seguir os resultados alcançados através do trabalho desenvolvido nos três meses de duração de nossa intervenção, pois de acordo com orientação da coordenação do Curso a mesma foi reduzida de 16 para 12 semanas.

A UBS possui população total da área de abrangência de 2560 habitantes, mas a equipe realizou a intervenção com 1100 habitantes, que é a população de sua área adstrita. Os resultados serão apresentados através de uma avaliação quantitativa e qualitativa de cada um dos indicadores que foram utilizados, de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde.

Nossa equipe tinha a proposta de cadastrar 100% das pessoas hipertensas e diabéticas, ou seja, a população alvo da intervenção. Quando da realização da análise situacional e projeto a população da área assistida era 2.560 pessoas, com a estimativa de 532 hipertensos e 152 diabéticos. Em maio de 2014 implantou-se a sexta ESF no município, rompendo as áreas assistidas e dividindo em ESF II e ESF VI. A partir de então, estabeleceu-se em forma de mutirão o cadastramento e atualização tanto de domicílio quanto de usuários das citadas equipes através do sistema de informação E-SUS, o que dificulta descrever um perfil demográfico atual. Apesar disso conseguimos um remapeamento da área assistida pela equipe, onde cadastramos 1100 pessoas, número este que usamos em nossa intervenção para análise dos dados. Segundo estimativa da Planilha de coleta de dados o número de hipertensos

e diabéticos estimados seriam respectivamente 167 hipertensos e 41 diabéticos. No entanto, as atualizações dos cadastros foram concluídas, havendo 234 usuários com hipertensão e 69 com diabetes, números estes que usamos como denominadores de nossa cobertura de hipertensos e diabéticos.

**Com relação ao objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.**

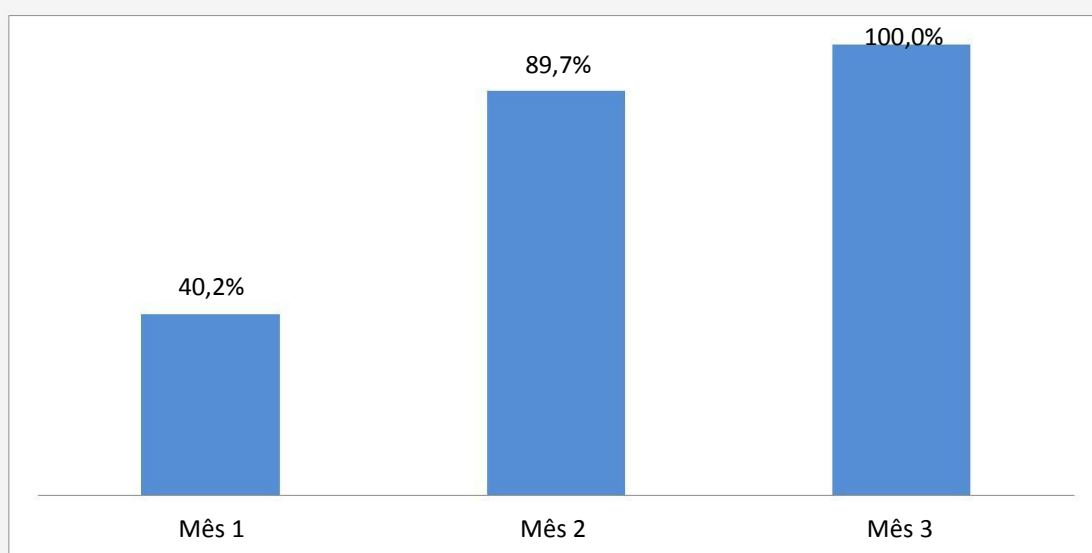
**Metas:**

**1.1 Cadastrar 100% dos hipertensos de nossa área de abrangência no programa de atenção a hipertensos diabéticos.**

**1.2. Cadastrar 100% dos diabéticos de nossa área de abrangência no programa de atenção a hipertensos diabéticos**

Cadastramos 234 usuários hipertensos o que representam 100% e 69 usuários diabéticos, também 100%.

Sobre os parâmetros avaliados encontra-se a cobertura inicial com 94 (40.2%) em usuários com hipertensão no mês 1, no mês 2 aumentamos para 210 (89,7 %) e no mês três alcançamos 234 (100%), tudo isso aconteceu graças a ajuda de toda a equipe em busca ativa e consultas. Apesar que uma parte de nossa população são pacientes deficientes e muitos deles nunca tiveram a oportunidade de atendimento médico, conforme figura 1.



**Figura 1.** Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na UBS Santa Cecília em Jardim Piranhas/RN

Os usuários com diabetes assistidos no mês 1 representavam 34 usuários (49.3%), no mês 2 tivemos cobertura de 100% com 69 diabéticos que se manteve no mês 3 com 69 diabéticos (100%), alcançando atingir nossa meta desde o mês dois. Então podemos falar que atingimos a meta de cobertura com 100% oferecendo assim atenção de qualidade.

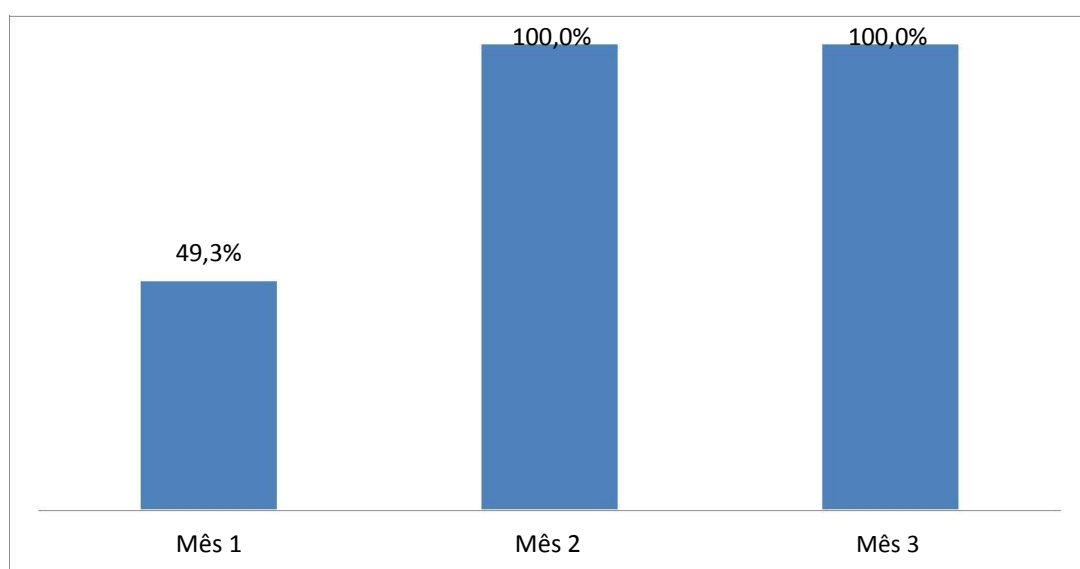


Figura 2: Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na UBS Santa Cecília em Jardim Piranhas/RN

**Objetivo 2-Melhorar a qualidade da atenção de pessoas hipertensas e/ou diabéticas.**

#### **Metas**

**2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.**

**2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.**

As figuras 3 e 4 mostram os exames clínicos realizados aos usuários com hipertensão e diabetes. Falando dos hipertensos tivemos no mês 1, 93 usuários com exame clínico apropriado que representa 98,6%, no mês 2, 209 usuários para um 99,5%, no mês 3, 233 usuários para um 99,6%. Em relação aos usuários diabéticos alcançamos no mês 1 30 diabéticos (94,2%) no mês 2 65 (94,2) no mês 3 com 65 usuários (94,2%). Considero que não foi bom, pois destes usuários tivemos 2 que

não permitirão seu exame pois são acompanhadas em consultas privadas. Foi difícil conseguir os exames clínicos pois muitas vezes foram feitos fora da consulta em casa dos usuários

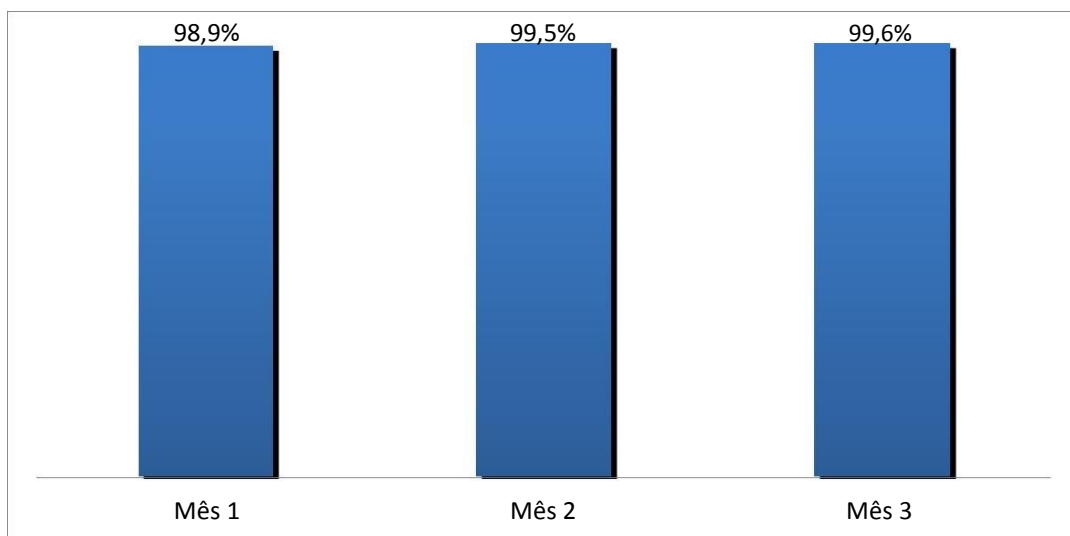


Figura 3- Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo clínico na UBS Santa Cecília em Jardim Piranhas/RN

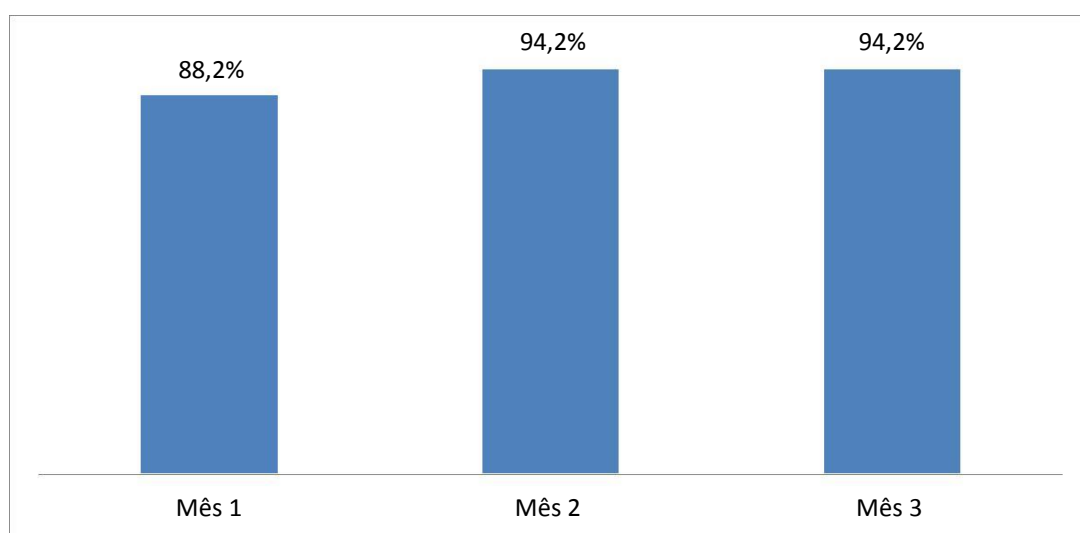


Figura 4 Proporção de pessoas com diabetes mellitus com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo clínico na UBS Santa Cecília em Jardim Piranhas/RN

### **Meta 2.3- Manter exame dos pés em dia em 100% dos diabéticos.**

Na figura 5 mostra os usuários com diabetes com exame dos pés em dia, no mês 1 alcançamos 61,8% com 21 usuários, no mês 2 e 3 mantivemos um 92,8% com 54 usuários, não alcançamos melhores resultados porque não chegou a cinta de

microfilamento para realizar o estudo, e temos pacientes deficientes com amputação de membros que não foi possível realizar o exame.

É necessário que durante o exame clínico da pessoa com diabetes seja realizado o exame rigoroso dos pés, assim como a realização de orientações frequentes e detalhes sobre a prevenção de lesões nos pés, especialmente uso adequado de calçados, secar bem os pés, verificar sempre qualquer presença de lesões, corte adequado das unhas.

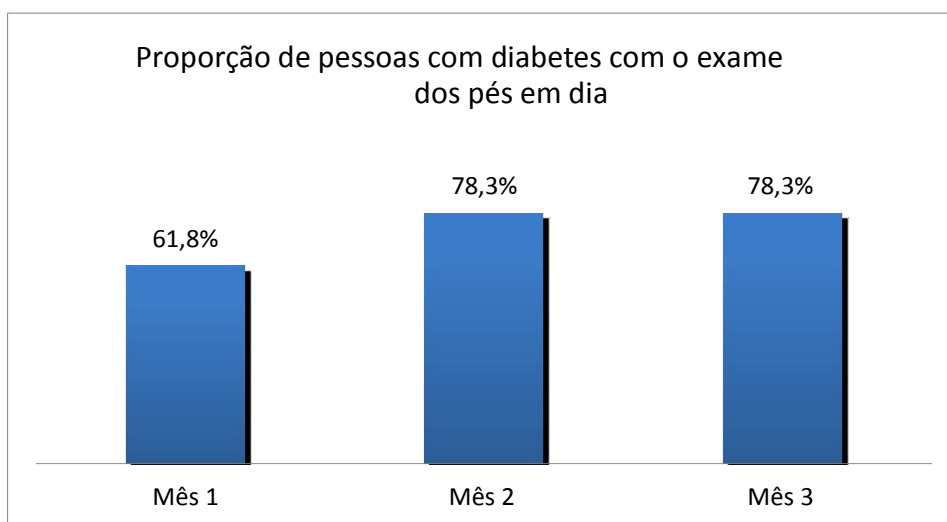


Figura 5- Proporção de pessoas com diabetes mellitus com o exame dos pés em dia na UBS Santa Cecília em Jardim Piranhas/RN

#### **Metas:**

**2.4. Garantir a 100% dos hipertensos realização de exames complementares em dia de acordo a protocolo.**

**2.5. Garantir a 100% dos diabéticos realização de exames complementares em dia de acordo a protocolo.**

A figura 6 mostra os exames laboratoriais em dia de usuários com hipertensão, onde alcançamos no mês 1, 53.2% com 50 usuários, no mês 2, 79.2% com 166 usuários, no mês três 81.2% com 190 usuários da intervenção, pois muitos exames protocolizados não são realizados pelo SUS. Apesar de tudo isso conseguimos com o gestor do município uma coata de exames que foi dada a usuários identificados com alto risco e usuários com baixos recursos. O mesmo aconteceu com usuários com diabetes mellitus representado na figura 7, no mês 1, tivemos 85.3% com 29 usuários,

no mês 2 e mês 3 tivemos um 92,8 % com 64 usuários. Aqui a porcentagem foi maior porque os exames se realizam no município porém muitas vezes demoram mais de 20 dias para os resultados. Ademais devemos falar aqui que a demanda supera em número as ofertas.

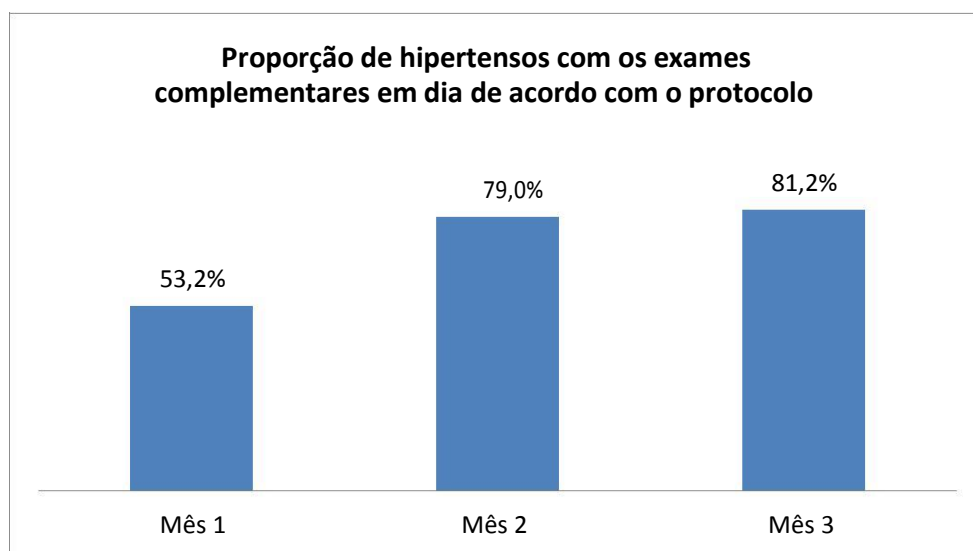


Figura 6: Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Santa Cecília. Jardim de Piranhas/RN

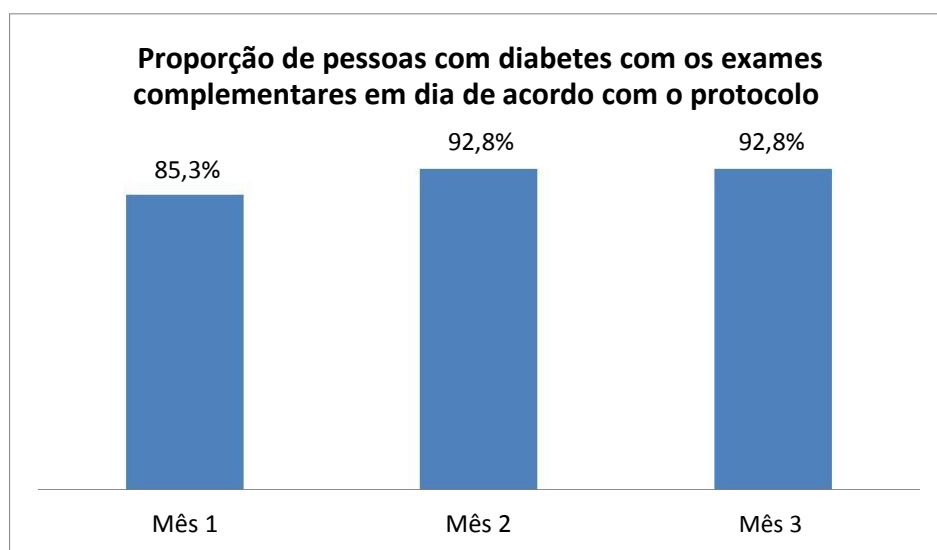


Figura 7: Proporção de pessoas com diabetes com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Santa Cecília. Jardim de Piranhas/RN



**Metas:**

**2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.**

**2.7. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.**

A figura 8 mostra a prescrição de medicamentos na farmácia popular, em relação aos usuários com hipertensão alcançamos no mês 1, 91,5% com 86 usuários, no mês 2, 95,7% com 201 usuários, no mês 3 96,2% com 225 usuários. Nosso município funciona muito bem nesta parte, temos 3 farmácias que oferecem este serviço à população, além disso temos uma parte de nossos usuários que são acompanhadas em consultas privadas e o medicamento que tomam não é oferecido na farmácia popular de forma gratuita, então eles compram o medicamento apesar disto logramos alcançar bom percentual. Na figura 9, em relação à usuários com diabetes no mês 1 alcançamos 94,1% com 32 usuários, no mês 2 e 3, 95,7% com 66 usuários.

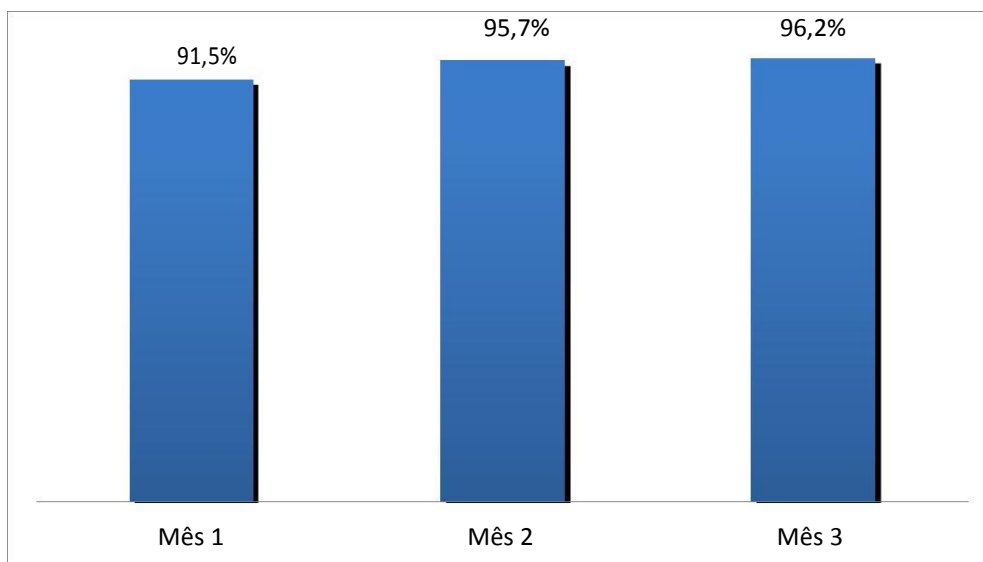


Figura 8: Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da farmácia hiperdia priorizada na UBS Santa Cecília, Jardim de Piranhas/RN.

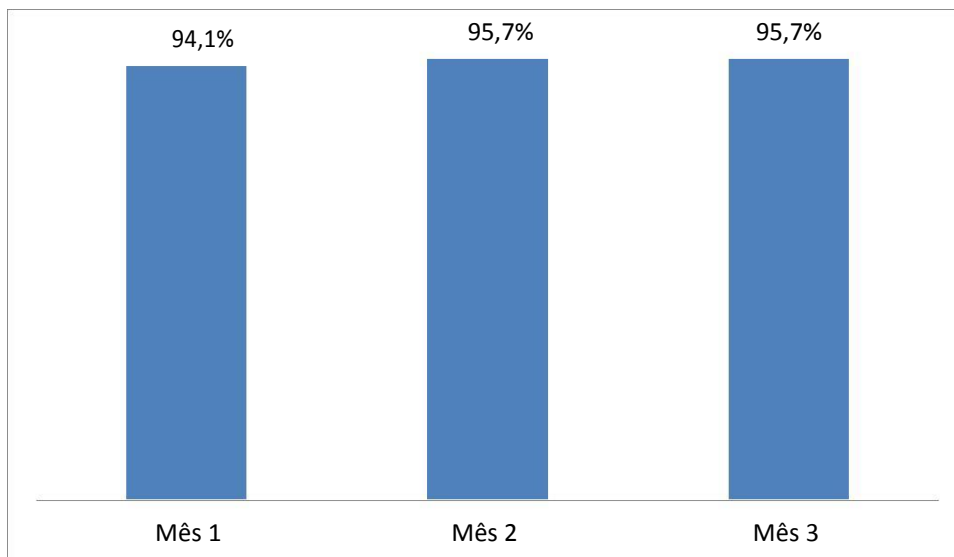


Figura 9: Proporção de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da farmácia popular hipertida priorizada na UBS Santa Cecília Jardim de Piranhas/RN.

#### **Metas:**

**2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimentos odontológicos em 100% dos hipertensos.**

**2.10. Realizar avaliação da necessidade de atendimentos odontológicos em 100% dos diabéticos.**

A figura 10 mostra a proporção de pessoas hipertensas com necessidade de atendimento odontológico. No mês 1 conseguimos 93.6% com 88 usuários, no mês 2, 97.1% com 204 usuários, mês 3, 97.4% com 228 usuários. A figura 11 mostra os usuários com diabetes avaliados, no mês um tivemos 94.1% com 32 usuários, mês 2 e 3 alcançamos 97.1% com 67 usuários, e a primeira consulta odontológica programática, não conseguiu atingir o resultado desejado, compareceram a consulta de forma programática com a dentista da unidade.

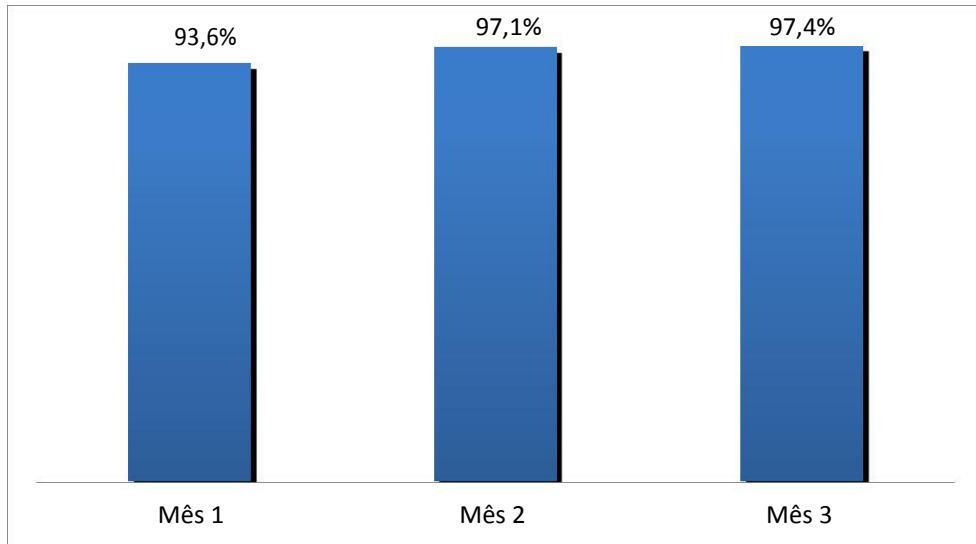


Figura10: Proporção de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Santa Cecília. Jardim de Piranhas/RN.

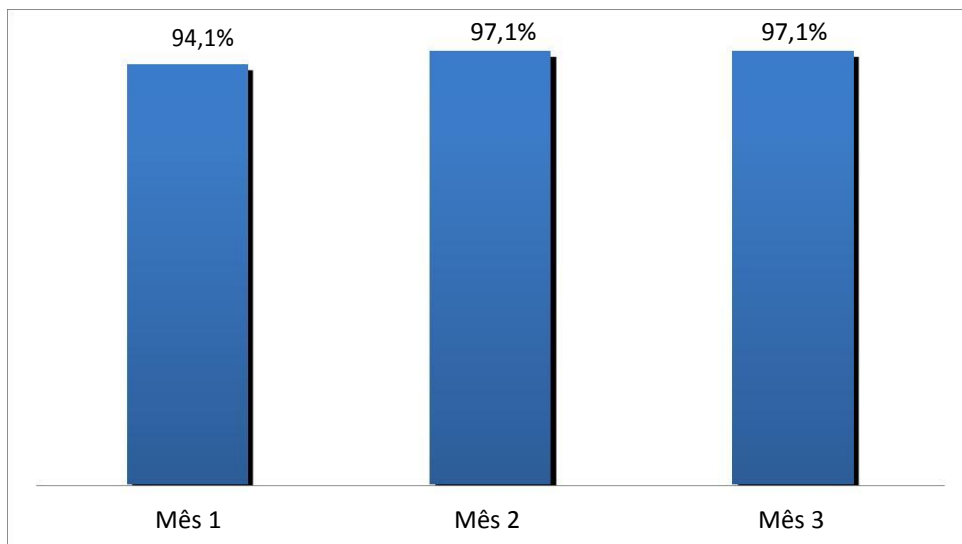


Figura 11: Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Santa Cecília. Jardim de Piranhas/RN.

**Objetivo 3. Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes. Metas:**

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

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

Na figura 12 em relação aos usuários faltosos às consultas, 100% dos faltosos com hipertensão e 96.8% com diabetes foram realizados buscas ativas. Os faltosos foram devido a não existir um programa na UBS. Os usuários desconheciam como era seu acompanhamento e não assistiam a consultas, muitos deles são acompanhados em consulta privadas e alguns são deficientes.

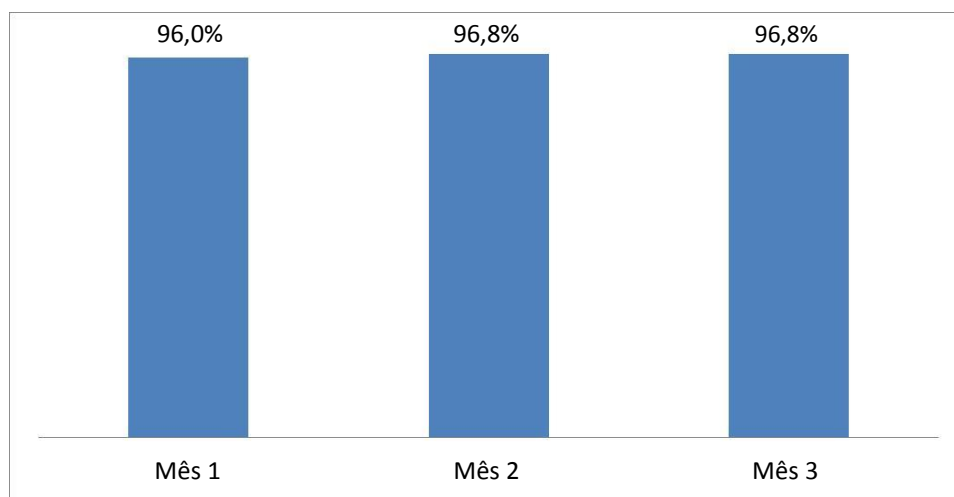


Figura12: Proporção de pessoas com diabetes faltosas as consultas com busca ativa na UBS Santa Cecília. Jardim de Piranhas/RN.

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

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

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

Na figura 13 no mês 1, 97% com 33 usuários diabéticos com fichas e registros atualizados adequadas, aumentando em 98.6% em mês 2 e 3 com 68 usuários, pois foi muito difícil conseguir isto já que o maior número de nossa população são deficientes e ou moram em casas alugadas portanto existe rotatividade de domicilio. Na figura14 nos usuários com hipertensão conseguimos 85.1% no mês 1 com 80 usuários, aumentando 93.3% mês 2 com 196 usuários e 94% no mês 3 com 220 usuários. Logramos todos estes resultados com a revisão pela médica e enfermeira dos registros específicos e dados necessários de cada paciente, assim como planilhas

de acompanhamento e registros das datas dos exames por um integrante de nossa equipe.

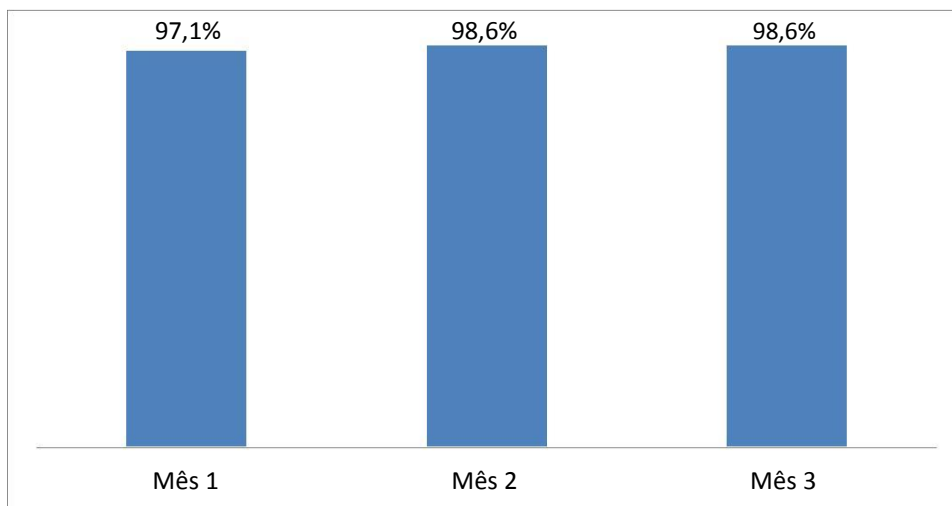


Figura 13- Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Santa Cecília. Jardim de Piranhas/RN.

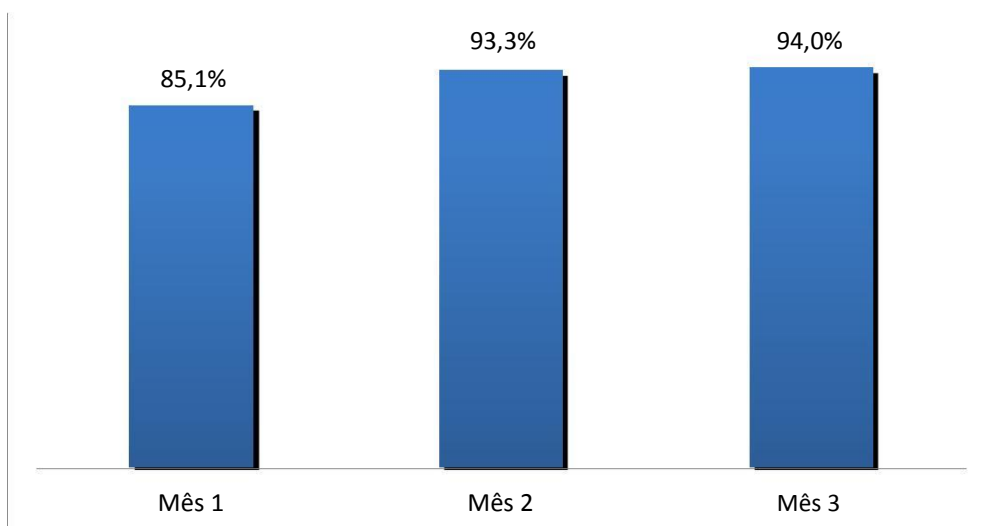


Figura 14- Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Santa Cecília. Jardim de Piranhas/RN.

**Ojetivo:5\_Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e /ou diabetes.**

**Metas:**

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

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

Referente a figura 15 tivemos no mês 1 da intervenção 90.4% com 85 usuários hipertensos avaliados com risco cardiovascular, no mês 2, 95.2% com 201 usuários e no mês três 96.2% com 225 usuários. A figura 16 mostra no mês 1, 82.4% com 28 usuários com diabetes, no seguinte mês 2 alcançamos 91,3% com 63 usuários, no mês 3 mantivemos o mesmo indicador do mês dos. Estes resultados foram alcançados fazendo pesquisa ativa de sinas de alerta de risco cardiovascular e exames clínicos de todos os pacientes cadastrados com estas doenças acompanhados o não pela equipe de saúde todo mediante consultas e visitas domiciliares estabelecendo uma ordem de prioridade para agendamento aos usuários com maior risco, também falamos de controles de fatores de risco que modificáveis como alimentação. Apesar de tudo acho que o percentual foi um pouco baixa pois tivemos usuários que não aguardavam fila para ser avaliados por cardiologista.

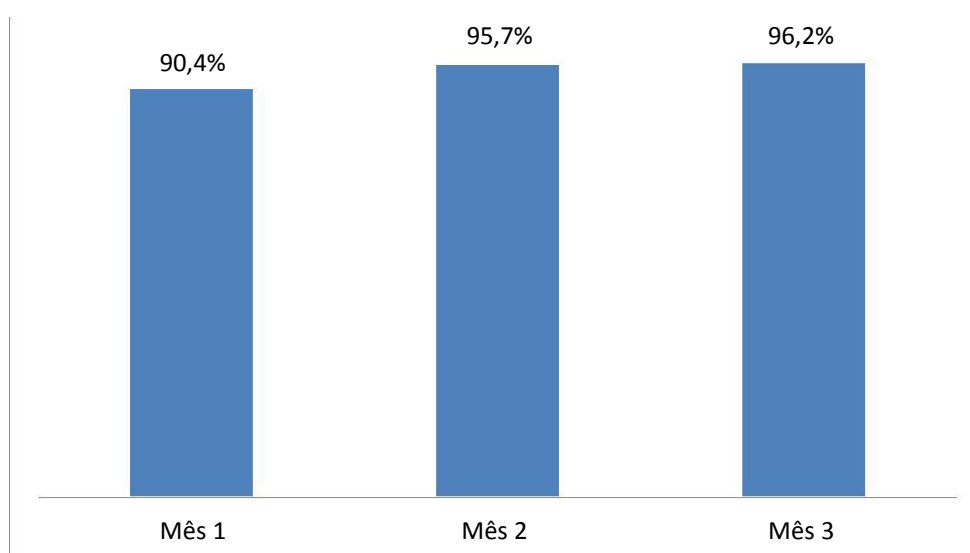


Figura 15: Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico na UBS Santa Cecília. Jardim de Piranhas/RN.

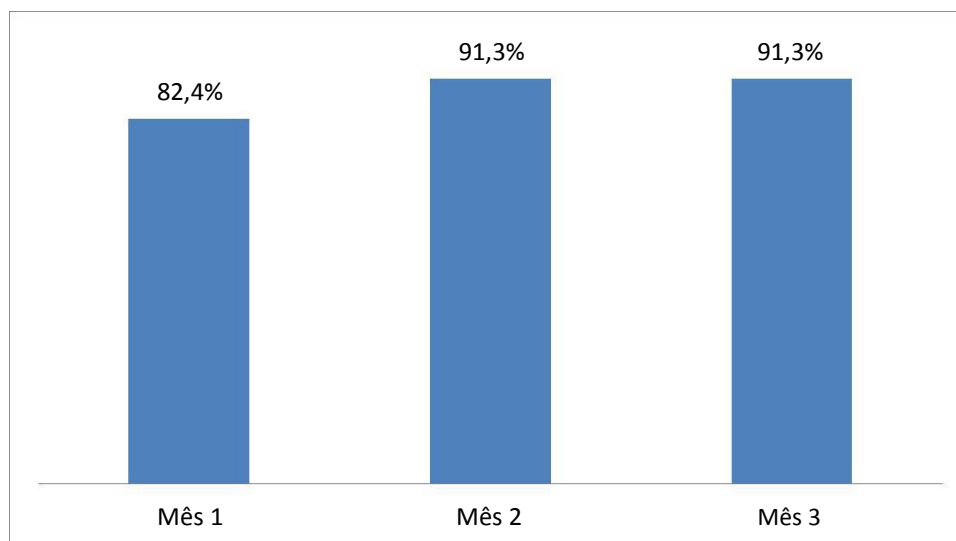


Figura 16: Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Santa Cecília, Jardim de Piranhas/RN.

**Objetivo: 6-Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes**

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

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

**6.3\_ Garantir orientação em relação a pratica clinica regular de atividade física 100% dos pacientes diabéticos.**

**6.4\_ Garantir orientação em relação a pratica clinica regular de atividade física 100% dos pacientes hipertensos**

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

**6.6-. \_Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.**

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

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

Referente a figura 17, proporção de pessoas hipertensas que receberam orientações nutricionais, no mês 1 tivemos 93.6% com 88 usuários, no mês 2, 97.1 % com 204 usuários, no mês 3, 97.4% com 228 usuários.

A figura 18 mostra usuários com diabetes com informações de alimentação saudável no mês 1 tivemos 97.1% com 33 usuários, mês 2, 98.6% com 68 usuários, mês 3 mantivemos 98,6 %, acho que apesar de que não alcançamos 100% conseguimos porcentagem maior de 95%, todo isto graças a todas atividades educativas oferecidas por nossa equipe de trabalho mediante visitas domiciliares e nas atividades de grupo na comunidade. Além disso temos uma nutricionista que avalia o estado nutricional de os usuários que precisam seu atendimento, ademais não temos usuários comprometimento nutricional pois a secretaria oferta atendimento no setor de assistência social, àqueles que precisam muito dos serviços oferecidos por essa institucional.

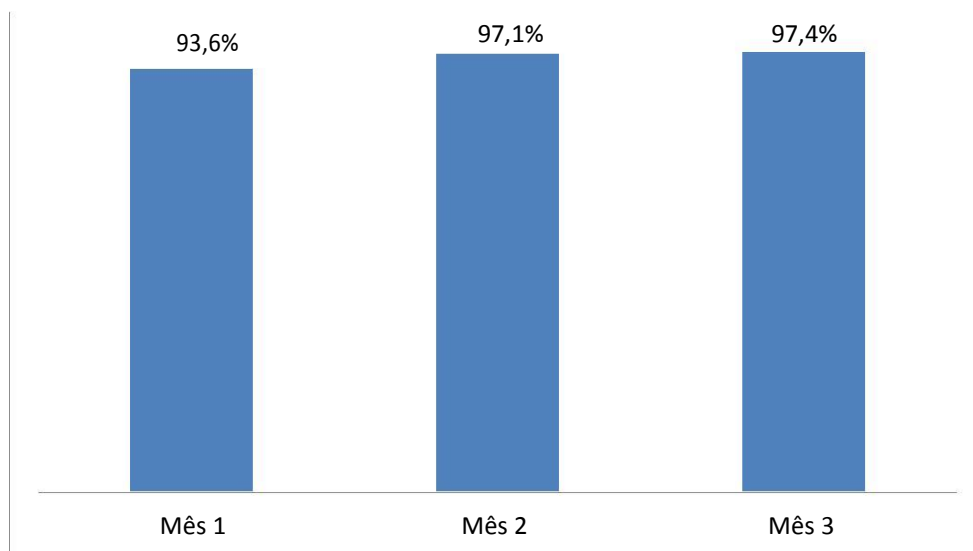


Figura 17: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS Santa Cecília. Jardim de Piranhas/RN.



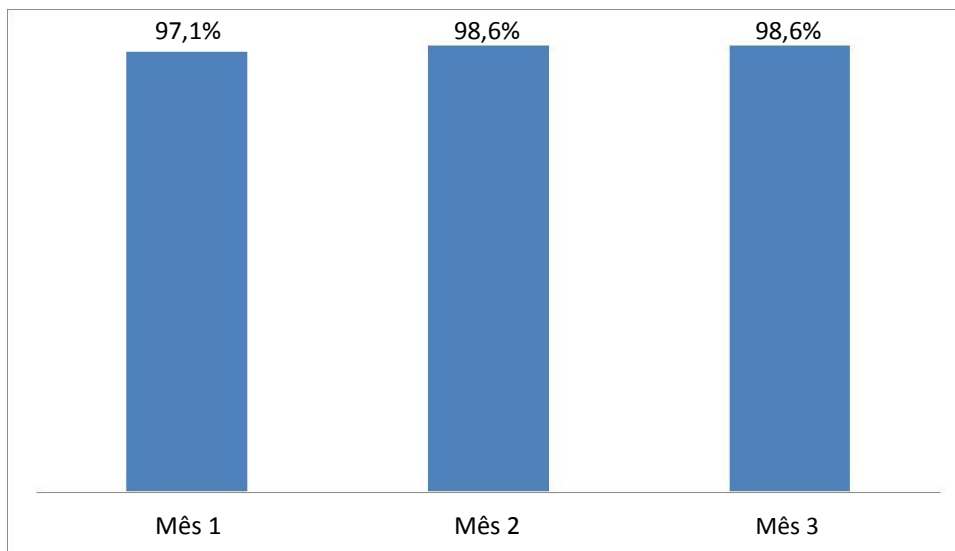


Figura18: Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS Santa Cecília. Jardim de Piranhas/RN.

Em relação às orientações sobre prática de atividade física regular que mostra na figura 19 dos usuários com hipertensão, no mês 1 tivemos 92.6%, no mês 2 aumentamos quase um 4% obtendo 96.7% e no mês 3, 97%. Com respeito a figura 20 usuários com diabetes os resultados obtidos no mês 1 alcançamos 97.1%, mês 2 98.6% e no mês 3 98.6%, resultados muito bons apesar de não alcançar 100%, temos um reabilitador físico que oferece atendimento a estes usuários três vezes na semana, ali praticam exercícios físicos permitidos pela avaliação e condições de cada um deles, caminhadas, ainda temos um fisioterapeuta que faz reabilitação aqueles pacientes que tiveram complicações e ficaram com alguma alteração, já seja em consultas ou visitas domiciliares.

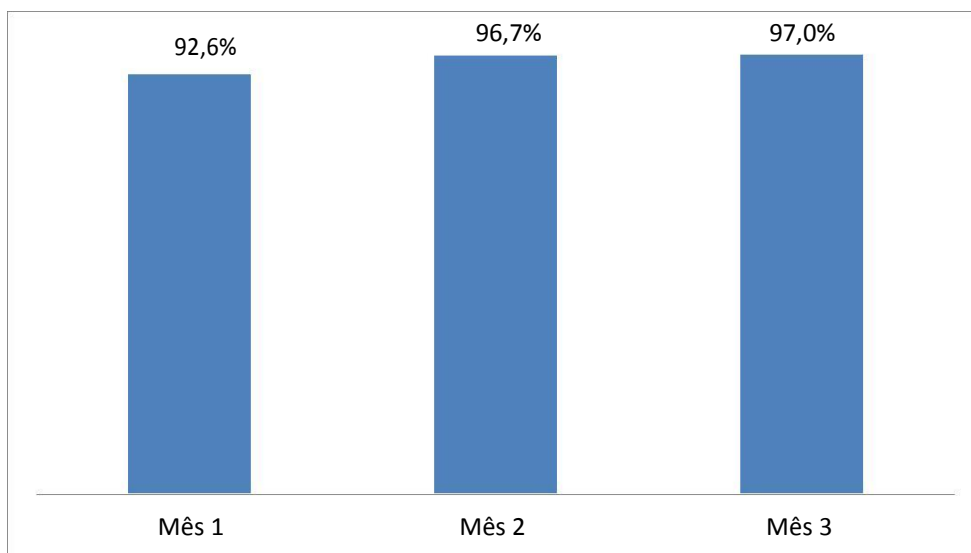


Figura 19: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática de atividade física regular na UBS Santa Cecília. Jardim de Piranhas/RN.

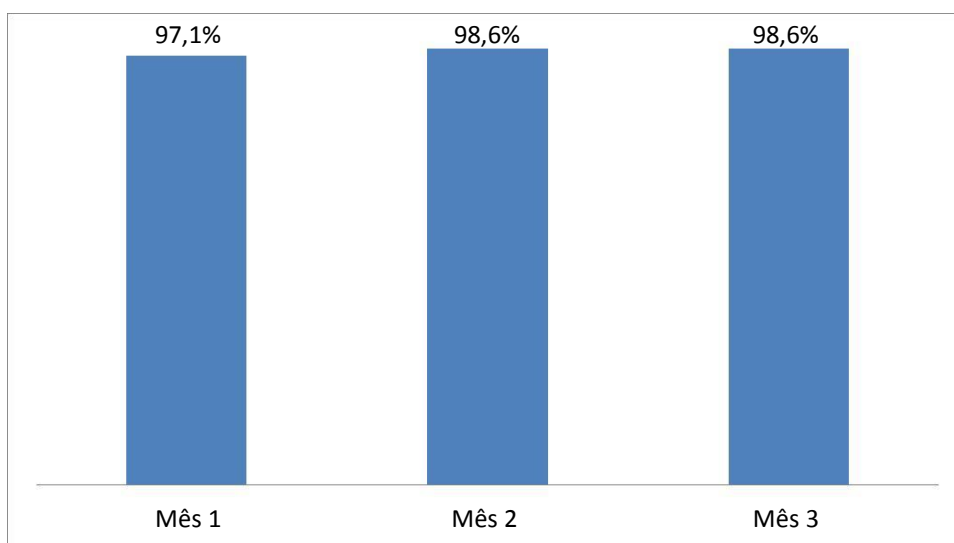


Figura 20: Proporção de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular na UBS Santa Cecília. Jardim de Piranhas/RN.

Com respeito a pessoas com diabetes que receberam orientações sobre os risco do tabagismo como mostra a figura 22 alcançamos no mês 1 97.1% com 33 usuários, mês dos 98.6%com 68 usuários ,mês três mantivemos 96.8% ,avaliando as informações contidas na figura 23 pessoas com hipertensão ,no primer mês tivemos 92.6% com 87 usuários, mês dos 96.7% com 203 usuários e mês três 97.0% com 227 usuários, todo isto foi logrado graças as atividades feitas pela equipe de saúde falando para todos os usuários tabagista o não de a existência de tratamentos pra abandonar o tabagismo e os efeitos prejudicial à saúde.

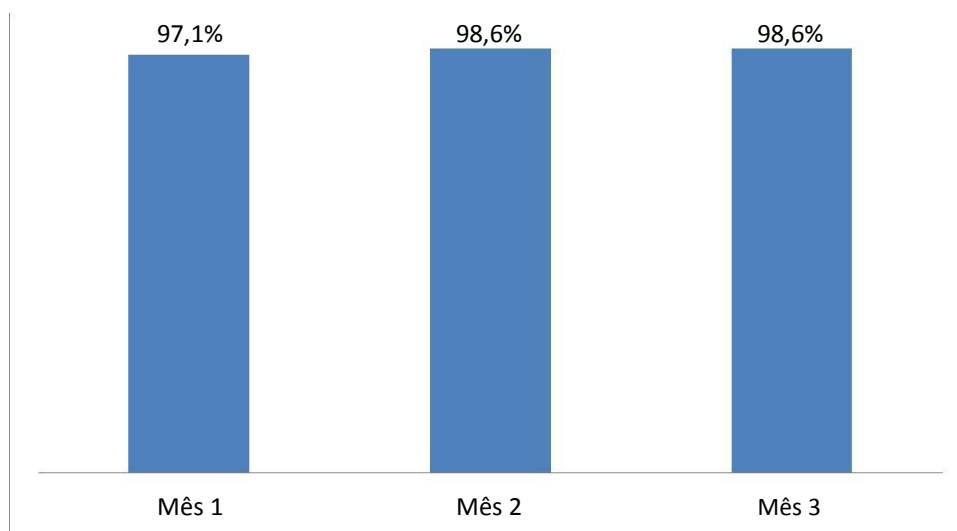


Figura 22: Proporção de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na UBS Santa Cecília, Jardim de Piranhas/RN.

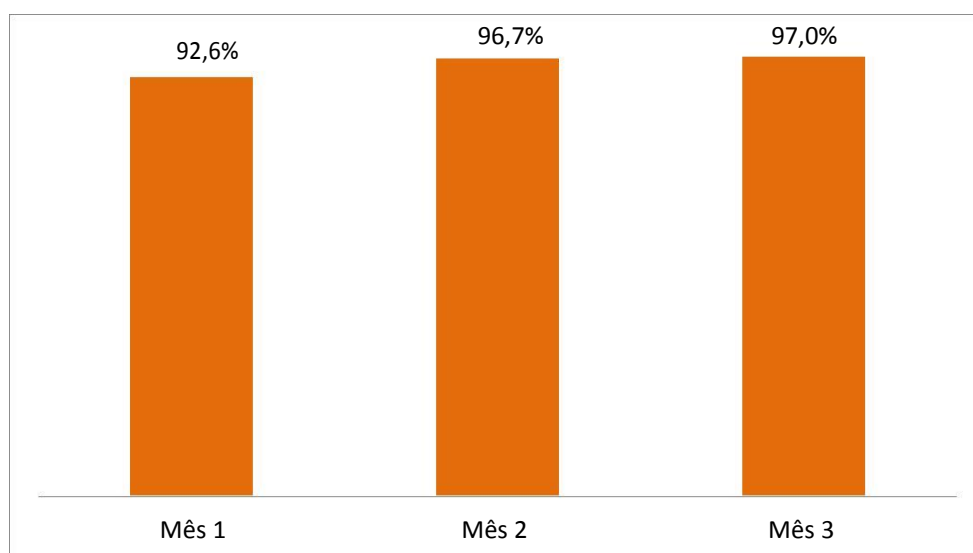


Figura23: Proporção de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na UBS Santa Cecília, Jardim de Piranhas/RN.

Com respeito a pessoas com diabetes que receberam orientações sobre os risco do tabagismo como mostra a figura 22 alcançamos no mês 1 97.1%,mês dos 98.6% ,mês três mantivemos 96.8% ,avaliando as informações contidas na figura 21 pessoas com hipertensão ,no primeiro mês tivemos 92.6,mês dos 96.7 e mês três 97.0%,todo isto foi logrado graças as atividades feitas pela equipe de saúde falando para todos os usuários tabagista ou não da existência de tratamentos para abandonar o tabagismo e os efeitos prejudiciais à saúde.

A figura 24 mostra pessoas com hipertensão que receberam orientações sobre higiene bucal, no mês 1, 92,6% com 87 usuários, mês dois 96,7% com 203 usuários e mês três 97,6% com 227 usuários. Olhando a figura 25 que contém informações sobre os usuários diabéticos, conseguimos alcançar no mês 1, 91,2% com 31 usuários, mês 2, 95,7% com 66 usuários e mês três 95,7% com 68 usuários, apreciando estes resultados que apesar que não foi alcançado 100%, os resultados foram muito bons. A equipe de saúde bucal avaliou 66 usuários com diabetes de 69 cadastrados e 227 de 234 cadastrados com hipertensão, apesar que a autoclave para realização de esterilização dos materiais esteve danificada por quase dois meses, o que não permitiu a continuidade das consultas odontológicas e os seguimentos dos pacientes de maneira certa. Ainda os usuários não gostam muito deste serviço oferecido

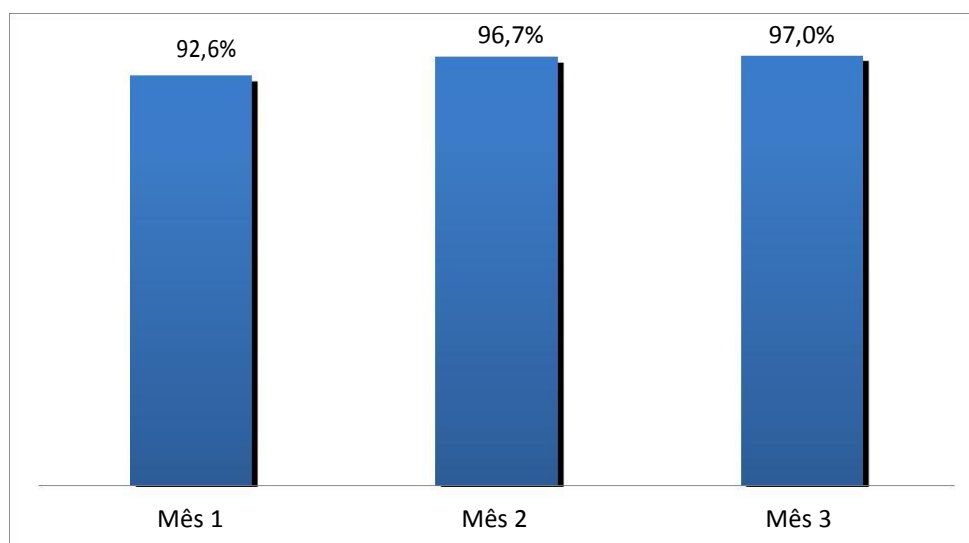


Figura 24: Proporção de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal na UBS Santa Cecília. Jardim de Piranhas/RN.

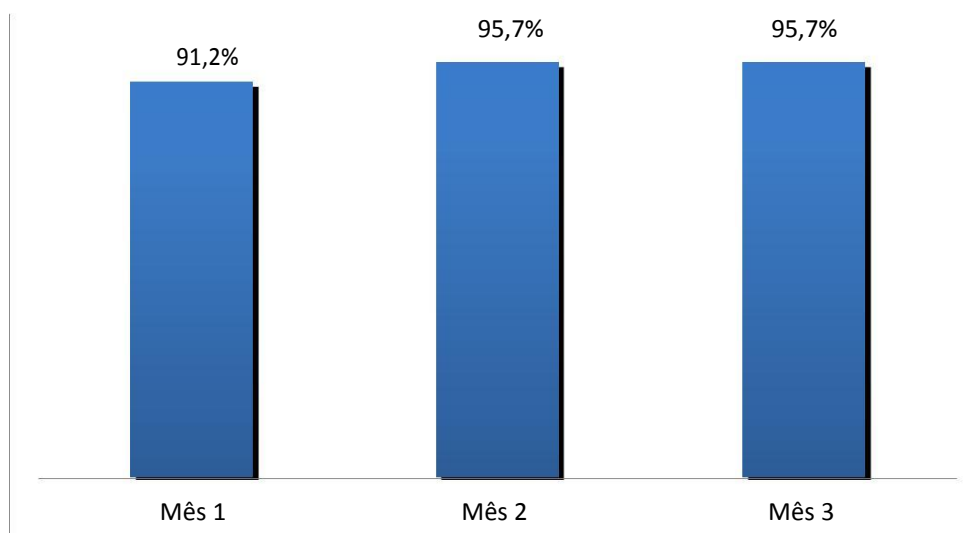


Figura25: Proporção de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal na UBS Santa Cecília. Jardim de Piranhas/RN.

Apesar de todas as dificuldades logramos implementar nosso projeto, pois mudaram muitas coisas na nossa equipe, que ajudaram a prestar serviços de qualidade. Os motivos para a obtenção destes resultados estão no trabalho que desenvolveu toda a equipe desde o início com um planejamento detalhado nas reuniões semanais, com seguimento das ações quase que a diário para alcançar o cumprimento de todas elas.

Achamos também que foi possível pelo grau de compromisso da equipe que procurou várias vezes os usuários que tinham risco de ter estas doenças, não ficou nenhum lugar aonde não chegássemos. Fico muito alegre porque apesar das dificuldades temos já cadastrados todos os usuários e assim buscar alcançar nossas metas, com percentuais por volta de 95% em quase todos os parâmetros avaliados em nossa intervenção. Além disso conseguimos que a comunidade procure seu atendimento de qualidade na unidade, assim como fazer seu acompanhamento e exames sempre que precisem.

## 4.2 Discussão

Graças a Deus, com meu projeto de intervenção tudo aconteceu mais ou menos como planejamos. Com nossa intervenção em minha UBS, conseguimos primeiramente implementar o programa de hipertensos e diabéticos que não existia e assim propiciar a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos. Além disso, conseguimos ter um registro de qualificação da atenção com destaque para ampliação da oferta de exames clínicos apropriados e para classificação do risco de ambos grupos.

### Importância para a Equipe:

A intervenção exigiu a constante capacitação da equipe para seguir as recomendações do ministério da saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento de hipertensos e diabéticos, isto ajudou a melhorar o trabalho integrado de toda a equipe, aumentando as demandas de todos os profissionais, devido ao esclarecimento aos usuários acerca da importância da atenção dispensada pelos profissionais de toda a equipe, sendo mais procuradas as consultas médicas, de enfermagem e avaliação do dentista. O que propiciou prestar um atendimento de melhor qualidade.

### Importância para o serviço:

Antes, não existia a implementação do programa de acompanhamento de hipertensos e diabéticos na unidade, todavia, com nossa intervenção logramos sua implementação em nosso serviço, além disso aumentou muito a demanda a quase todos os serviços prestados, pois aumentaram os testes de glicemia em jejum, as consultas médicas e de enfermagem e ainda logramos melhoria nos registros de agendamentos dos hipertensos e diabéticos, ademais, disponibilizamos consultas para priorização do atendimento em consulta e em visitas domiciliares de usuários com alto risco destas doenças.

### Importância para Comunidade:

Conseguimos que a comunidade procure seu atendimento de qualidade na unidade, assim como fazer seu acompanhamento e exames sempre que precisem. Além disso que a comunidade conheçam a prioridade destes atendimentos.

O que faria diferente caso fosse realizar a intervenção neste momento:

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde seu início eu tivesse envolvido ainda mais a secretaria de saúde. Acho que faltou mais articulação com a comunidade pois apesar de termos tido muitos contatos com eles não foi suficiente pois uma parte encontra-se com amputação de membros e só foram contatados em visitas domiciliares. Agora que estamos no fim do projeto, percebo que nossa equipe está mais integrada, dessa forma, logramos incorporar a intervenção na rotina do serviço, entretanto, ainda temos muitas dificuldades para superar.

A intervenção vem sendo incorporada na rotina do serviço, ampliando o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização de atenção de hipertensos e diabéticos. Em especial a usuários de alto risco e que não podem chegar a consulta médica por suas condições, muitas vezes incapacitantes. Para isso aumentou muito a busca ativa mediante visitas domiciliares, por esta razão, programamos em nossa unidade com cada agente comunitário, visitas domiciliares semanais. Apreciamos que a falta de informações em nossos registros acabaram prejudicando a coleta de dados por indicadores e tivemos que começar do zero. Agora conseguimos ter com nosso projeto ficha de dados adequadas com toda as informações necessárias para assistir a população da melhor forma possível, atendendo assim, todos as suas demandas.

Os próximos passos são continuar com ajuda dos agentes comunitários de saúde para as demais micro áreas pretendendo uma ampliação de cobertura de hipertensos e diabéticos. Ademais de ter outro contato com o gestor do município para conseguir uma maior liberação de exames protocolizados que ainda não é suficiente, pois a demanda supera a oferta em grande número. Que são importantes tanto na identificação precoce de possíveis complicações, bem como para a prevenção das mesmas

## 5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado Gestor Municipal

Meu nome é Daniurky Garcia Moulin, médica graduada há 9 anos pela Universidade Carlos J Finlay, Guantánamo, Cuba, vim para o Brasil no mês de março do 2014 e atualmente trabalho no Programa Mais Médicos na Unidade Básica de Saúde Santa Cecília pertencente ao município de Jardim de piranhas, Rio grande do Norte. Estou realizando a especialização de Saúde da Família na modalidade à distância pela Universidade Federal de Pelotas, em parceria com o UNASUS. O objetivo desta especialização é oportunizar a produção de conhecimento, a qualificação da prática profissional e a intervenção no serviço para melhorar a atenção à saúde.

A Unidade de Saúde Santa Cecilia tem uma população de aproximadamente 2560 pessoas, que foi dividida em 2 ESF. Nossa intervenção foi realizada para a melhoria da atenção de pessoas com diabetes e hipertensão maiores de 20 anos, na população de 1100 pessoas, que são da nossa área adstrita, para melhorar a qualidade de vida dos usuários, já que estas doenças apresentam grande porcentagem de mortalidade, sendo a segunda causa de morte no Brasil no ano de 2015. Antes de iniciar a intervenção, a cobertura dos usuários com esses agravos era baixa, não existia a prática do programa do ministério para estas doenças, e a atenção destes usuários era deficiente, pois não existia uma boa adesão dos usuários ao tratamento e à equipe. Não existiam cadastros atualizados dos usuários com estas doenças, tivemos que começar do zero. Com nossa intervenção em minha UBS, logramos primeiramente implementar o programa de hipertenso e diabéticos que não existia e assim propiciar a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, além disso, conseguimos ter um registro de qualificação da atenção com destaque para ampliação da oferta de exame clínico apropriado e para classificação do risco de ambos grupos.

A intervenção foi realizada no período de 12 semanas. Os resultados obtidos durante a intervenção foram muito alentadores e positivos, tivemos grande avanço. Conseguimos cadastrar 100% de usuários maiores de 20 anos com tais doenças. Logramos cadastrar 234 usuários hipertensos que representam 100 % e 69 usuários diabéticos que representam 100% de nossa população alvo.



Sobre os parâmetros avaliados encontra-se a cobertura inicial com 40.2% em usuários com hipertensão no mês 1, no mês 2 aumentamos para 89.2% e no mês três logramos ter 100%, tudo isso aconteceu graças ajuda de toda a equipe em busca ativa e consultas. Apesar de uma parte de nossa população ser de pacientes deficientes e muitos deles nunca tiveram a oportunidade de atendimento médico.

Os usuários com diabetes assistidos no mês 1 representavam 49.3%, no mês 2 tivemos cobertura de 100% que se manteve no mês 3 com 100%, logramos atingir nossa meta desde o mês dois. Então podemos falar que atingimos a meta de cobertura com 100% oferecendo assim atenção de qualidade. Em todos os demais parâmetros avaliados, o resultado foi muito bom com percentual de 95% entres eles, fichas de acompanhamento adequadas, busca ativa, risco cardiovascular, orientações sobre prática de exercício regular, alimentação saudável e sobre hábitos tóxicos entre outros, a maior dificuldade foi com a realização de exames segundo protocolo do ministério que só alcançamos em usuários com hipertensão 81,2% pra um total de 234 pessoas cadastradas com essa doença, com diabetes 92,8% pra um total de 69 usuários portadores dessa doença. Alcançamos 78.3% de exames dos pés em usuários com diabetes, onde a maior dificuldade foi que não conseguimos a cinta de micro filamento para fazer estudo da sensibilidade, também conseguimos fitas para glicosímetro tanto para o posto como para pacientes.

Apesar de todas as dificuldades conseguimos implementar nosso projeto, pois mudaram muitas coisas em nossa equipe que ajudaram a prestar serviços de qualidade. Os motivos para a obtenção destes resultados estão no trabalho que desenvolveu toda a equipe desde o início com um planejamento detalhado nas reuniões semanais, com seguimento das ações quase que diário para alcançar o cumprimento de todas elas. Achamos também que foi possível pelo grau de compromisso da equipe que procurou várias vezes os usuários que eram de risco para desenvolver estas doenças, não ficou nenhum lugar aonde não chegássemos. Além disso pela responsabilidade no trabalho e o cumprimento das atribuições de cada profissional para esta ação programática com a melhoria da interação entre os profissionais. O trabalho em equipe auxiliou nestes resultados tão alentadores, além da realização das capacitações para tornar todos habilitados a desenvolver as ações.

A intervenção permitiu melhorar a adesão de usuários, realização de exame de acordo com o protocolo do ministério, atualização dos cadastros, preenchimento correto das fichas espelho e prontuário e organização em arquivo específico para

facilitar essa busca quando for necessário, além das buscas ativas realizadas e organização da agenda com consultas programáticas e demanda espontânea, sempre tendo o acolhimento aos usuários na unidade realizado de forma a atender sua necessidade.

Foi melhorado o registro das informações para o rastreamento destas doenças e criamos o registro com cadastros atualizados, que antes da intervenção não havia e impossibilitou o levantamento dos dados.

A equipe planejou, organizou e desenvolveu mais atividades de promoção para usuários com estas doenças na unidade de saúde e na comunidade, com orientação a 100% de usuários cadastrados abordando entre outras, as temáticas sobre alimentação saudável e prática de exercícios físicos. As ações de educação em saúde possibilitam maior conhecimento dos usuários sobre os cuidados com sua saúde e também sua responsabilidade, aumentando a adesão ao serviço, melhorando a qualidade do acompanhamento e diminuindo as buscas ativas, pois o usuário vem buscar seu atendimento.

A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas através do trabalho unido da equipe e a conscientização das usuárias. Também tivemos uma maior qualificação da equipe mediante as capacitações realizadas. A organização das visitas domiciliares para busca ativa de usuários faltosos a consulta. A intervenção teve impacto positivo em outras atividades do serviço como os testes rápido de glicemia e aferição de pressão arterial, já que depois de realizar ações de promoção e prevenção na comunidade, aumentou muito a cobertura e a procura de todos os serviços prestados em nossa unidade, permitindo assim aumentar a cobertura para a consulta do dentista e reorganizar as consultas.

Os aspectos da gestão que, se melhorados, poderiam ajudar a qualificar ainda mais nosso serviço e viabilizariam a ampliação da intervenção e/ou a implementação de outras ações programáticas, ademais, garantir a realização de exame protocolizado segundo o ministério, já que a demanda supera a oferta. Além disso, garantir a cinta de microfilamento para teste de sensibilidade em usuários com diabetes, já que isto influenciou um pouco em nossa intervenção, a pesar de terem ajudado em liberar alguns exames para os usuários e muitos desses exames em dia, foi porque muitos deles realizaram o exame particular, sabemos que a gestão deve garantir estes exames a todos pelo SUS. Destacamos ainda a demora e atrasos nos resultados dos exames, que acabam por deixar a população insatisfeita. Também

temos que agradecer a gestão pela ajuda em nossa intervenção e pela reforma de nosso posto, tendo em vista que ainda falta muito que fazer, porém está melhor que antes.

As ações permanecerão na unidade mesmo após a intervenção, sendo ampliada para outros grupos, pois a equipe trabalha a cada dia visando a melhoria da assistência prestada e a qualidade de vida de seus usuários e para isso necessita da interação e comprometimento da gestão, equipe e população.

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

Prezada comunidade

Nossa intervenção foi realizada para a melhoria da atenção de pessoas com diabetes e hipertensão maiores de 20 anos para melhorar a qualidade de vida dos usuários, já que estas doenças apresentam grande porcentagem de mortalidade, sendo a segunda causa de morte no Brasil no ano 2015. Antes de iniciar a intervenção, a cobertura de os usuários com era baixa e não existia a prática do programa do ministério para estas doenças, e a atenção destes usuários era deficiente, pois não existia uma boa interação dos usuários com a unidade. Não existiam cadastros atualizados dos usuários com estas doenças, tivemos que começar do zero. Com nossa intervenção, em minha UBS, logramos primeiramente implementar o programa de hipertensos e diabéticos que não existia e assim propiciar a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, além disso, conseguimos ter um registro de qualificação da atenção com destaque para ampliação da oferta de exame clínico apropriado e para classificação do risco de ambos grupos.

A intervenção foi realizada no período de 12 semanas. Os resultados obtidos durante a intervenção foram muito alentadores e positivos, tivemos grande avanço. Conseguimos cadastrar 100% de usuários maiores de 20 anos com tais doenças. Logramos cadastrar 234 usuários hipertensos o que representam e 69 usuários diabéticos, 100% de acordo com a nossa população de 1100 pessoas que vivem na nossa área de abrangência. Todos eles participaram de nossa intervenção. Os indicadores ficaram acima de 90%, considerando os resultados como bons. Com esta intervenção conseguimos a adesão da comunidade e uma melhor aceitação do

trabalho da equipe. Com a intervenção aumentamos a cobertura e o atendimento em nosso serviço obtendo os resultados descritos a seguir.

O início da intervenção foi difícil, já que muitos usuários não gostavam da ação programática e de esperar na fila para o atendimento, mas com a explicação do trabalho que estávamos realizando, a população pouco a pouco compreendeu sua importância e isso foi melhorando. Não tínhamos dados corretos dos usuários na unidade. A maior parte da população com tais doenças são deficientes e, dessa forma, tivemos que ir à sua procura mediante visitas domiciliares e palestras educativas na comunidade. Outro avanço muito importante com a intervenção foi que na unidade agora temos o cadastro atualizado de todas os usuários com diabetes e hipertensão, foi implantada a ficha espelho onde temos coletadas as informações de cada usuário com seu seguimento e a data de seu retorno para a periodicidade, dados que antes da intervenção não tínhamos organizados como agora. Também realizamos um registro para cada agente comunitário de saúde onde tem a data de retorno de cada usuário para lembrar com maior facilidade e garantir o comparecimento dos usuários e no caso de não vir à consulta, podemos realizar as buscas ativa. As ações previstas para realizar durante a intervenção foram cumpridas, quase todas como o acolhimento dos usuários, esclarecimento e informação aos usuários sobre a importância destes doenças, o cadastramento de todos os usuários, manutenção dos arquivos atualizados que servirão para posteriores investigações e para um melhor controle destes, facilitando o acesso aos usuários para acompanhamento adequado pela equipe, organização das visitas domiciliares para a busca ativa de usuários faltosos, assim como conseguimos uma maior preparação de toda a equipe para o seguimento destas doenças mediante a capacitação contínua. Com a reorganização do serviço e a realização das consultas agendas e exames estamos realizando a prevenção dessas doenças graves e melhorando a qualidade de vida da população.

A intervenção já está incorporada à rotina de trabalho da UBS, mas para isso estamos precisando da ajuda e apoio de cada usuário, para que a atenção à saúde seja de mais qualidade. Pretendemos a cada mês realizar atividades educativas coletivas para o rastreamento de estas doenças, com data agendada que será informada a toda a população para termos uma maior participação da comunidade. Vamos dar continuidade ao trabalho de conscientização da comunidade para que cada vez mais possam apoiar as ações da equipe, pois ao ter conhecimento da necessidade e forma de organização do trabalho, a população nos auxilia nas ações

e fica mais responsável por sua saúde, vindo à unidade buscar o atendimento. Continuamos solicitando o apoio de toda a comunidade para que as melhorias continuem em nosso serviço e poder oferecer a cada dia uma atenção de qualidade a toda a população.

## **7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem**

Este curso cumpriu minhas expectativas, porque esta modalidade de educação a distância foi experimentada por mim pela primeira vez, dessa forma foi um desafio para mim. A questão do idioma ser diferente foi difícil no início, apesar de já haver recebido o curso do idioma para minha preparação, com a interação com a população brasileira e com minha autopreparação, a adaptação e compreensão foram melhorando consideravelmente.

Considero que meu desempenho durante o desenvolvimento do curso pode ser considerado satisfatório, apresentei meus trabalhos de forma antecipada. Vale ressaltar que apesar dos contratempos apresentados durante o curso, que foram vários, os quais repercutiram em meu desempenho, sempre mostrei a importância que o curso merecia e consegui dar continuidade a todas as atividades e tarefas. Assim como também fiz boas ações de contribuição no momento do trabalho de grupo. Fico com uma boa experiência e conhecimento sobre o curso. Acerca dos meus tópicos de aprendizagem, me pareceu muito interessante, principalmente, necessário para o nosso treinamento. Proporcionou, ao longo das suas unidades, uma maneira de avaliar criticamente nossa unidade de saúde, melhorando muito nosso processo de trabalho. Consegui conciliar atividades teóricas e práticas, de modo a trazer para dentro da UBS os conhecimentos adquiridos ao longo de minhas atividades. Através da identificação dos principais grupos de riscos: hipertensos, diabéticos, idosos, gestantes, mulheres e crianças, e do estudo do que é preconizado pelo Ministério da Saúde a ser realizado como medidas preventivas, foi implantada na rotina de atendimento da UBS uma ficha para padronização do atendimento desses grupos vulneráveis. Logramos implementar todos os programas pois só trabalhamos puericultura e gestante em nossa UBS. Os casos clínicos interativos disponibilizados na plataforma virtual do curso foram excelentes com todos seus temas abordados, muito parecidos com a realidade brasileira, possibilitando que os conhecimentos adquiridos sejam utilizados em nosso trabalho da unidade. Os Estudos de Prática Clínica são ótimos, permitindo um enfoque mais profundo sobre os temas que o aluno apresenta maior dificuldade.

Com respeito ao meu processo de aprendizagem, tenho sido ativa (através do desenvolvimento das tarefas que temos feito ao longo do curso), participativa (embora não no grupo, mas participando dos fóruns, falando constantemente com minha

orientadora e outros colegas), reflexiva (já que estas sessões e alguns novos conhecimentos adquiridos me fazem pensar e refletir sobre outras questões).

Acho que contribui na aprendizagem dos meus colegas, com base em minhas observações ao executar tarefas, a participação nas mesmas, nas conversações que tivemos sobre os conteúdos teóricos em artigos publicados com resumos, reflexões, etc.

Meus objetivos estão focados em aprender o conteúdo do curso e sua implementação. Felizmente eles estão sendo cumpridos de uma forma gradual. Estes meses trouxeram-me uma aprendizagem processual, uma pesquisa por um fim cujo objetivo não era o fim em si mesmo. Tudo isso dá trabalho, mas o esforço vale a pena, tem uma recompensa de uma forma ou de outra. Minhas expectativas iniciais foram amplamente correspondidas ao princípio, acreditava, no início, que o curso a distância tivesse pouca cobrança por parte dos supervisores, que estaria desassistida, mas graça a Deus com o transcurso do curso tudo isso ficou esquecido, pois o curso exigiu muito estudo mediante a realização de tarefas com prazos curtos ademais de exigência. O diálogo contínuo entre colegas e orientadores nos fóruns proporcionou uma proximidade enorme entre alunos e professores mediante os fóruns. Então podemos concluir, falando que o médico da família deve conhecer a comunidade onde trabalha para entender seus pacientes e fazer uma assistência adequada de promoção e prevenção das doenças que encontram-se na comunidade de maneira tal que faz a verdadeira medicina preventiva que tanto precisa a população brasileira, ademais de atualizações de tudo o que foi implementado na UBS para ter um atendimento de alta qualidade.



**Referências:**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Hipertensão e diabetes**. Manual Técnico 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 38. **Estratégia para o cuidado das pessoas com doença crônica. – Obesidade**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 37. **Estratégia para o cuidado das pessoas com doença crônica. Hipertensão**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 36. **Estratégia para o cuidado das pessoas com doença crônica. Diabetes Mellitus**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2014.

SIQUEIRA F. C. V.; FACCHINI L. A.; SILVEIRA D. S.; PICCINI R. X.; THUMÉ E.; TOMASI E. **Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: Um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1):39-44, 2009.

## Apêndice









## **Anexos**

**Anexo A - 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>  
Pro<sup>a</sup> Ana Cláudia Gastal Fassa

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

Prezada Pesquisadora;

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

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







## **Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias**

Eu, Daniurky Garcia Moulin, Médica, Projeto Mais Médicos, Registro N° 2400184 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 à 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.

\_\_\_\_\_  
Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_,

Documento \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do declarante