

**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 dos usuários com HAS e/ou DM da UBS  
São Gonçalo, Fronteiras/PI**

**Raquel Sarrion Sanchez**

**Pelotas, 2016**

**Raquel Sarrion Sanchez.**

**Melhoria da atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM da UBS  
São Gonçalo, Fronteiras/PI**

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: Ailton Gomes Brant

Pelotas, 2016

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

S211m Sánchez, Raquel Sarrión

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com HAS e/ou DM da UBS São Gonçalo, Fronteiras/PI / Raquel Sarrión Sánchez; Ailton Gomes Brant, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

81 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. Brant, Ailton Gomes, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a meus pais, embora falecidos, nunca deixaram de estar presentes na minha vida me dando a força necessária para que eu me superasse como médica e soubesse enfrentar as adversidades da vida.

Ao meu filho querido, por trazer minha fé e esperança, por ser fonte constante de inspiração, por ser compreensivo e suportar minha ausência em todo este tempo.

A toda minha família e amigos que sempre me vêm apoiando e alentando a cumprir minhas metas na vida.

## **Agradecimentos**

Agradeço à nossa equipe de trabalho, pois sem eles não poderia ser possível à realização deste trabalho.

Aos meus orientadores Glebson Moura Silva e Ailton Gomes Brant, por serem os guias para a realização deste trabalho.

A todas as pessoas que de uma forma ou outra contribuíram na realização deste projeto.

Ao governo brasileiro por nos ter dado a oportunidade de apoiá-los na Saúde Pública Brasileira.

Graças a Deus pelo meu existir e poder estar aqui neste momento.

Obrigada!

## Resumo

SANCHEZ, Raquel Sarrion. **Melhoria da atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM da UBS São Gonçalo, Fronteiras/PI.** 2016. 80f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença de natureza multifatorial, caracterizada pela elevação da pressão arterial, cuja cronicidade está associada a alterações em órgãos alvos: coração, cérebro e rins. A Diabetes Mellitus (DM) é uma doença de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade de a insulina exercer adequadamente seus efeitos. Pensando nisso, realizamos um trabalho de intervenção na UBS São Gonçalo no município de Fronteiras/PI, durante 12 semanas, o qual teve como objetivo principal foi melhorar a atenção à saúde do usuário portador de HAS e/ou DM na área de abrangência da UBS. Para o alcance dos objetivos e metas foram elaboradas ações nos quatro eixos pedagógicos do curso: organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica, engajamento público, monitoramento e avaliação. As ações foram desde a adoção do protocolo preconizado pelo MS, monitoramento e avaliação dos registros, cadastramento e busca ativa, visitas domiciliares, atividades coletivas junto à comunidade e capacitação da equipe. Para avaliação e monitoramento das ações, foi utilizada uma planilha eletrônica disponibilizada pelo curso com os indicadores específicos de cada meta. De acordo com os dados da UBS, na área de abrangência havia 115 hipertensos e 15 diabéticos e a nossa estimativa era de cadastrar 60% dos Hipertensos e 50% dos Diabéticos. Para ampliar a cobertura de atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos, no primeiro mês da intervenção foram cadastrados 64 (22,4%) hipertensos e 14 diabéticos (19,7%), no segundo mês conseguimos cadastrar 133 (46,5%) e 29 (40,8%) diabéticos e no último mês alcançamos 205 (71,7%) hipertensos e 53 (74,6%) diabéticos, superando as metas propostas. Também foi alcançada a melhoria do atendimento aos hipertensos e diabéticos, a melhoria dos registros e a qualificação da equipe na atenção ao usuário, com destaque para a ampliação do exame dos pés dos diabéticos, da classificação de risco de ambos os grupos e na realização do exame clínico geral a todos os usuários, além de realizar ações de promoção em saúde com orientação nutricional, sobre realização de atividade física, sobre o risco do tabagismo e sobre a higiene bucal. Esta intervenção promoveu a integração de toda a equipe, de modo que a mesma, sentiu-se satisfeita pelo trabalho desenvolvido por todos. Com isso, espera-se que ocorra a incorporação efetiva das ações no processo de trabalho da UBS, assim como a realização de novas intervenções que visem outros seguimentos populacionais. Todas as ações para melhorar a saúde dos usuários já fazem parte da rotina do serviço da UBS. O mais importante de tudo foi que conseguimos mudar a nossa estratégia de trabalho com uma visão multiprofissional.

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

## Lista de Figuras

Figura 1-	Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao usuário com hipertensão na UBS São Gonçalo, PSF, Fronteiras / PI.....	58
Figura 2-	Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção aos usuários com diabetes na UBS São Gonçalo, PSF, Fronteiras / PI.....	59
Figura 3-	Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com exames complementares em dia na UBS São Gonçalo, PSF, Fronteiras / PI.....	60
Figura 4-	Gráfico indicativo da proporção de pessoas com diabetes, com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, PSF, Fronteiras / PI.....	61
Figura 5-	Gráfico indicativo da proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS São Gonçalo, PSF, Fronteiras / PI.....	62
Figura 6-	Gráfico indicativo da proporção de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS São Gonçalo, PSF, Fronteiras / PI.....	62

## Lista de Quadros

Quadro 1	População e faixa etária atendida pela UBS São Gonçalo.....	17
----------	---	----



## Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS -	Agente Comunitário de Saúde
APS-	Atenção Primária à Saúde
AVC-	Acidente Vascular Cerebral
CAP-	Caderno de Ações Programáticas
CAPS-	Centro de Atenção Psicossocial
CEO-	Centro de Especialidades Odontológicas
DM-	Diabetes Mellitus
DOE-	Diálogo Orientador/Especializando
DCNT-	Doença Crônica Não Transmissível
DCV-	Doença Cardiovascular
ECG-	Eletrocardiograma
ESB-	Equipe de Saúde Bucal
ESF-	Estratégia Saúde da Família
HAS-	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA-	Sistema de cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IAM-	Infarto Agudo do Miocárdio
NASF-	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMIA-	Objetivos, Metas, Indicadores e Ações
PCD-	Planilha de Coleta de Dados
PI-	Piauí
PMMB	Programa Mais Médicos Brasil
PROVAB-	Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica
PSF-	Programa Saúde da Família
RX-	Raios-X
SIAB-	Sistema de Informações da Atenção Básica
SIUM-	Sistema Integrado de Urgências Médicas
SUS-	Sistema Único de Saúde
TCC-	Trabalho de Conclusão de Curso
TQC-	Teste de Qualificação Cognitiva
UBS-	Unidade Básica de Saúde
UFPEL-	Universidade Federal de Pelotas
USG-	Ultrassonografia
VIGITEL-	Vigilância por Inquérito Telefônico

## Sumário

Apresentação .....	10
1 Análise Situacional .....	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	11
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	27
2 Análise Estratégica .....	28
2.1 Justificativa .....	28
2.2 Objetivos e metas .....	28
2.2.1 Objetivo geral .....	30
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	30
2.3 Metodologia .....	30
2.3.1 Detalhamento das ações .....	32
2.3.2 Indicadores .....	43
2.3.3 Logística .....	47
2.3.4 Cronograma.....	50
3 Relatório da Intervenção.....	51
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	51
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	54
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	55
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	55
4 Avaliação da intervenção.....	57
4.1 Resultados.....	57
4.2 Discussão .....	67
5 Relatório da intervenção para gestores .....	70
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	72
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	74
Referências .....	76
Anexos .....	77
Anexo A – Planilha de coleta de dados .....	78
Anexo B - Ficha-espelho .....	79
Anexo C – Documento do Comitê de Ética.....	80

## **Apresentação**

O presente trabalho é parte das atividades desenvolvidas no curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade à distância, através da Universidade Aberta do SUS, na Universidade Federal de Pelotas. Após realizar a análise situacional e estratégica coletamos e organizamos informações relacionadas aos indicadores epidemiológicos, oferta e organização dos serviços do PSF e após sistematizá-los, tendo-os como base para a escolha da intervenção prioritária para o nosso serviço, elaboramos o Projeto de Intervenção para melhorar a atenção à saúde dos Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS São Gonçalo no município Fronteiras - PI.

O volume inicia-se pela Análise Situacional que discorre sobre a situação da Unidade Básica de Saúde antes da intervenção. Segue com a Análise Estratégica, composta pelo projeto de intervenção propriamente dito, com sua justificativa, objetivos, metas, metodologia, ações, indicadores, logística e cronograma.

Na sequência, apresenta-se o Relatório da Intervenção, que versa sobre as facilidades e dificuldades encontradas no decorrer da intervenção e então a Análise da Intervenção com a apresentação dos resultados e discussão da importância da intervenção para a equipe, para o serviço e para a comunidade.

Há ainda o Relatório para o Gestor e o Relatório para a Comunidade, instrumentos que tem a finalidade de passar um feedback sobre o processo de intervenção desenvolvido. Por fim, conclui-se com uma Reflexão Crítica do Processo Pessoal de Aprendizagem no desenvolvimento do trabalho e o significado do curso para a prática profissional.

## **1 Análise Situacional**

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

Na comunidade de São Gonçalo do município Fronteiras temos uma população total de 1880 pessoas distribuídas em 537 famílias cadastradas; 937 pessoas do sexo masculino e 943 do sexo feminino na faixa etária. Menores de 20 anos são 583 pessoas, entre 20-59 são 1024 pessoas e com mais de 60 anos são 273 pessoas e ainda temos pessoas que não foram cadastradas.

Quanto às doenças crônicas temos a Hipertensão arterial com 115 pessoas e com Diabetes mellitus 15 pessoas. Não temos cadastros com outras. E em quanto às doenças infecciosas, temos um caso de Hanseníase que receberam tratamento precoce e está sendo acompanhado e supervisionado pela equipe de saúde.

No entanto, estes dados não expressam a realidade atual, devido a que as informações que alimentaram o banco de dados são oriundas de uma população parcialmente cadastrada e os cálculos efetuados, foram baseados em informações retiradas do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB).

O tempo de espera para marcação das consultas especializadas e exames é muito demorado, os serviços de maior complexidade não mandam a contra-referências da atenção, que nos orientem adequadamente no diagnóstico. Também existem dificuldades de relacionamento em responsabilidade do paciente em seus próprios cuidados de saúde.

Considerando as leituras do Manual de Estrutura da UBS e o artigo Barreiras Arquitetônicas, a Unidade Básica de Saúde (UBS) São Gonçalo, onde eu trabalho não tem as condições estruturais normatizadas no Manual porque ainda não foi concluída a construção, não cumpre com as normativas dos números de ambientes e as características descritas no Manual, já que não tem administração e gerencia banheiro para funcionários, sala de reuniões e educação em saúde sala de

utilidades e sala para Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Por tanto existem deficiências estruturais que afetam o atendimento dos pacientes, além de dificultar um melhor desempenho das atividades planejadas na Estratégia Saúde da Família (ESF).

Em relação às barreiras arquitetônicas, temos que ter em conta a numerosa demanda de atendimento a idosos e com doenças crônicas e deficientes, neste caso nossa unidade básica de saúde não cumpre com o preconizado no artigo, que inclui liberar todas as barreiras arquitetônicas permitindo o livre acesso ao posto de saúde, especialmente para portadores de deficiência, gestantes e idosos, como rampas de acesso, portas com dimensões ampliadas, barras de apoio, sinalização dos ambientes que permita a comunicação o através de textos figuras, em Braile etc.

Tendo em conta as dificuldades e limitações, é do critério que: temos que orientar as normas que preconiza o Manual em a proposta da conclusão das reformas do posto de saúde para lograr uma estrutura física adequada e livre das barreiras arquitetônicas.

Investir em qualificação para os profissionais médicos e equipe que trabalha na ESF, a partir de cursos e atividades de formação continuada. Para isso, os programas Mais Médicos e o de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB), orientados em função da APS, fazem parte de um amplo pacto de melhoria do atendimento aos usuários do SUS, por meio da operacionalização dos princípios de universalidade, integralidade e equidade. Este cenário nos leva a entender a necessidade de expansão das ações de cuidado como um conjunto de atitudes integradas dos distintos profissionais para produção de saúde, que não deve ser entendida como algo estanque, acabado e estritamente biológico, mas como parte de um todo que agrega os fenômenos psicossomáticos e socioambientais. O foco sempre estará na humanidade e para atuar na dinâmica de suas relações requer competências profissionais e habilidades que vão além da técnica. Requer um profissional qualificado que domine o fazer adequadamente e sobreponha à reflexão crítica.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

O município de Fronteiras está localizado no sudeste piauiense, na microrregião do Alto Médio Canindé, compreendendo uma área de 789,828 km<sup>2</sup>. Sua

população estimada em 2015, era de 11.372 habitantes, mas de acordo com o Censo de 2010 o município possui uma população de 11.117 habitantes. Fronteiras tem ênfase na produção de cimento na qual faz parte a fábrica de cimento Nassau, uma das mais importantes do Nordeste, constituindo-se em uma fonte de renda importante para a economia local (IBGE, 2010).

O sistema de saúde neste município é composto por sete UBS, duas UBS com ESF e cinco UBS tradicionais, delas, só um possui médico do Programa Mais Médicos Brasil (PMMB) e as outras seis são compostas por médicos brasileiros; existem também cinco Equipes de Saúde Bucal, mas não temos disponibilidade de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); temos disponibilidade de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), composto por uma nutricionista, um psicólogo, uma assistente social, uma fonoaudióloga, um fisioterapeuta. Contamos ainda com a disponibilidade de um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), para o qual são encaminhados os usuários conforme cada caso.

Também temos disponibilidade de serviço hospitalar já que contamos com um hospital de pequeno porte com 34 leitos, onde se oferecem serviços de internação, urgência e atendimento de demanda espontânea para as especialidades de Cirurgia Geral, Clínica geral, Obstetrícia e Pediatria; temos disponibilidade de atenção especializada através do Sistema Único de Saúde (SUS); além disso, se faz encaminhamento aos outros níveis do sistema respeitando fluxos de referências e contra referências e utilizando os protocolos de atendimento nas especialidades. Os serviços de exames complementares diagnósticos são realizados por um laboratório de análises clínicas, os serviços de raios-x (RX), eletrocardiograma (ECG) e de ultrassonografia (USG) são realizados no hospital de maneira particular ou conveniados, ou no município de referência pelo SUS, o qual se encontra a duas horas de nosso município. A marcação de consultas especializadas e exames complementares se faz do dia primeiro ao quinto de cada mês na Secretaria Municipal de Saúde.

A UBS “São Gonçalo” (Unidade José Pedro Sobreira ‘Seu Dezinho’), é rural e encontra-se localizada no interior do Município de Fronteiras. É responsável pela atenção integral continuada da saúde de uma população de 1880 pessoas residentes no território de. Este local foi construído para ser uma UBS com ESF e ela não está vinculada a nenhuma outra atividade, está em funcionamento há dois anos, têm dois turnos de atendimento, possui área de abrangência definida e é

responsável pelo cadastramento e o acompanhamento da população adstrita. Está conformada pela uma só equipe integrada por: Médico, Odontólogo, Enfermeiro, Técnico de enfermagem, quatro ACS, auxiliar de serviços gerais e motorista e recebemos o apoio da equipe do NASF. A atuação da nossa equipe ocorre principalmente na UBS, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde.

Em relação à estrutura física, nossa unidade está composta por: uma sala de espera para acomodação de menos de 15 pessoas; dois consultórios sem sanitários, destinados ao atendimento individual dos usuários e que são compartilhados pelos profissionais da equipe; farmácia, que dispõe de uma área física de menos de 10m<sup>2</sup>, dimensão não apropriada, conforme descrição dos modelos propostos na bibliografia revisada; um consultório odontológico destinado a realização de procedimentos clínicos-cirúrgicos odontológicos, o qual possui uma área específica para o compressor, mas não possui escovário, que é muito importante para a realização de procedimentos relacionados com a prevenção de doenças bucais; um banheiro para usuários, que não pode ser utilizado por deficientes e não possui banheiro para funcionários; uma copa / cozinha; depósito para material de limpeza. A UBS não possui: sala de vacina, sala de curativo, sala de recepção, lavagem e descontaminação de material, sala de esterilização e estocagem de material, almoxarifado, abrigo para resíduos sólidos (expurgo), material contaminado, nem depósito de lixo (não contaminado) já que são colocados numa área perto da UBS e são recolhidos pela prefeitura, uma vez por semana.

Os locais da UBS são claros e com suficiente luminosidade natural, dispõem de janelas possibilitando a circulação de ar e a ventilação adequada que é imprescindível para se manter a salubridade nos ambientes da nossa unidade, só o local destinado ao depósito de matérias de limpeza não tem janelas disponíveis. As paredes não são laváveis e o piso é de superfície regular, firme, estável e antiderrapante, para que não provoque trepidação em dispositivos com rodas. A estrutura de nossa unidade é em planta baixa, mas precisa de rampas de acesso que permitam o deslocamento de pessoas deficientes e com limitações, também não temos cadeiras de rodas à disposição dos usuários.

De acordo com as disposições contidas no Manual de Estrutura da UBS, podemos dizer que nossa UBS não está em conformidade com estes regulamentos

já que não há disponibilidade e adequação de todos os equipamentos e instrumentos necessários para um bom desenvolvimento do nosso trabalho, eu creio que esta situação é devida ao fato de ainda não ter concluída sua construção.

Em nossa coleta de dados, descobrimos que precisamos de autoclave, equipamento muito importante e essencial para esterilização de materiais e instrumentos para uso na abordagem clínica, física e curativo dos usuários que são atendidos. Nos consultórios não temos Negatoscópio, Oftalmoscópio, Otoscópio, Tensiômetro e Estetoscópio, muito importante para uma atenção de qualidade. Também não tem microscópio, também não se realizam testes diagnósticos, pois não temos laboratório para exames complementares, nem existe sala de coleção das amostras. No consultório odontológico não tem autoclave, temos uma estufa. O sistema de manutenção e reposição de equipamentos, instrumentos, mobiliário e de material de consumo é insatisfatório. Em quanto aos medicamentos, podemos dizer que também apresentamos problemas, pois a quantidade de cada um deles é insuficiente para atender as necessidades dos usuários, tanto daqueles com doenças agudas como os com doenças crônicas, não contamos com medicamentos fitoterápicos e homeopáticos.

Em relação às vacinas, descobrimos que só existem em quantidades suficientes aquelas destinadas as crianças durante os primeiros dois anos de vida. As outras vacinas se realizam por meio de campanhas. Não são disponibilizados meios de locomoção para o deslocamento dos ACS na área de abrangência e os mesmos tem que realizar seu trabalho com meios próprios. Uma dificuldade muito importante é que não temos sistema de informatização, pois não temos conexão com Internet, nem os meios necessários para o desenvolvimento desta atividade.

Segundo o preconizado no Manual da estrutura física das Unidades Básicas de Saúde e sobre as barreiras arquitetônicas podemos avaliar que nossa UBS não reúne todas as condições para o atendimento da população e se requiere de intervenção administrativa e institucional no sentido de qualificar e promover melhorias não apenas da estrutura, mas também na disponibilidade e suficiência dos equipamentos, instrumentos, materiais de consumo, de insumo e vacinas, dando solução às dificuldades encontradas, a fim de prestar assistência integral e de qualidade à população de acordo com suas necessidades e prioridades.

Na comunidade existem diferentes instituições sociais como: associação de moradores, igrejas, escolas, creches, onde tem sido realizadas várias atividades de



educação popular em saúde para promover a mobilização e participação das comunidades, os temas focados são Carta dos Diretos dos Usuários da Saúde, Acolhimento, Interação com os profissionais da UBS, alimentação Saudável, Atividades física, estilo de vida saudável, tabagismo, consumo de álcool, acidentes de trânsito, planejamento familiar, gestação e parto, cuidados com recém-nascido, cuidados com os filhos, desenvolvimento infantil, a crianças e a escola, relações com adolescentes. As estratégias coletivas usadas foram: conversas, palestras, teatros, grupo de reflexão, promoção de atividades físicas (caminhadas, atividades lúdicas e esportivas) conforme demanda do Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, Profissional da UBS, da escola. Estas atividades são dirigidas fundamentalmente a diferentes grupos específicos, adolescentes, hipertensos, diabéticos, idosos, planejamento familiar, prevenção do câncer ginecológico, puericultura, Saúde da mulher e são desenvolvidas no âmbito domiciliar, nas escolas, na associação de bairro /comunitária. Os profissionais que participam são: médico, enfermeiro, auxiliar técnica de enfermagem, odontólogo e os agentes comunitários de saúde.

Nossa UBS tem um grupo dedicado ao planejamento, gestão e coordenação das ações de saúde que está integrada pelo técnico de Gestão central, enfermeiro, medico, odontólogo, agentes comunitários e ainda não contamos com representantes da comunidade para enriquecer o trabalho comunitário.

Para refletir sobre os processos de trabalho devemos ressaltar o quanto a interação da equipe é importante, assim como a participação de todos no processo de mapeamento e territorialização da área de atuação da equipe. Em nossa UBS essas reuniões são cada vez mais produtivas e se realizam mensalmente, que eu considero, seriam mais eficazes se fossem realizadas num intervalo de tempo menor, mas a distância geográfica das localidades onde alguns ACS residem, impossibilita sua disponibilidade para as reuniões. De forma geral todos os profissionais de nossa equipe fazem visitas domiciliares aos usuários com alguma vulnerabilidade ou necessidade discutida pela nossa equipe planejando assim, ações Intersetoriais para ampliar o acesso aos moradores de localidades mais remotas da UBS, dentre as quais temos: atendimentos em casas e escolas de localidades distantes.

Em quanto à notificação compulsória de doenças e agravos notificáveis podemos dizer que todos os profissionais de nossa equipe realizam e além do mais

participam na busca ativa delas.

O acolhimento em nossa UBS é sempre realizado com direcionamento e orientações ao usuário conforme cada caso. Destinamos tempo para o atendimento da demanda agendada e espontânea, uma vez que alguns usuários se deslocam grandes distâncias em busca de atendimento em situações agudas. As urgências são atendidas com prioridade e temos suporte para a realização de alguns procedimentos como pequenas suturas, curativos, algumas medicações injetáveis, com acionamento da rede de urgência, quando necessário.

Com relação ao atendimento da demanda espontânea, nossa equipe de saúde tem feito programação e implementação das atividades, com a priorização de solução dos problemas de saúde mais frequentes, considerando a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea. Na programação das consultas se tem em conta as pessoas com riscos e as pessoas com doenças crônicas. A equipe tem feito também uma análise da demanda espontânea, ações diretamente com a comunidade e até agora a demanda espontânea não atrapalha a demanda programada, não temos excesso.

A UBS São Gonçalo possui uma equipe de saúde e é adequada ao tamanho da população de sua área de abrangência, já que atende um total de 1880 pessoas, o que corresponde aos limites estabelecidos pelo Ministério da Saúde. A população é distribuída da seguinte maneira segundo a faixa etária:

Sexo	<1	<5	5-14	15-59	60 e +	Total
Masculino	3	47	173	574	140	937
Feminino	6	41	148	615	133	943
Total	9	88	321	1189	273	1880

Quadro 1: População e faixa etária atendida pela UBS São Gonçalo.  
Fonte: Relatório da Secretaria Municipal de Saúde de Fronteiras, 2015.

Em relação ao Pré-natal e Puerpério, segundo o registro da UBS, temos um total de 15 gestantes residentes em nossa área de abrangência, as quais estão sendo acompanhadas na UBS. Esta quantidade de gestantes representa 80% da cobertura de pré-natal, de acordo com o número estimado no Caderno de Ações Programáticas (CAP) que é de 19 gestantes. Das 15 gestantes acompanhadas, 13 (87%) tem pré-natal iniciado no primeiro trimestre, sendo que nosso objetivo é melhorar este indicador, através de atividades educativas planejadas e colegiadas

pela nossa equipe juntamente com a população e basicamente com as mulheres em idade fértil, sobre a importância da assistência pré-natal ao início da gravidez e na comunidade, buscando líderes formais e informais, com apoio dos ACS, identificando precocemente as gestantes.

Em minha UBS o atendimento em pré-natal é realizado dois dias da semana pelo médico, juntamente com a enfermeira e a técnica de enfermagem. Não há nenhuma demanda em excesso para as gestantes com problemas agudos de saúde. Temos arquivos para os registros dos atendimentos e todas as gestantes possuem cartão de pré-natal. Nossa equipe de saúde realiza atividades de promoção de saúde com as gestantes, semanalmente e estimulamos a participação ativa do pai na consulta pré-natal por meio da divulgação dos benefícios que proporciona sua participação.

De forma geral todas estão com as consultas em dia de acordo com o calendário do Ministério de Saúde, na primeira consulta se faz a solicitação dos exames laboratoriais preconizados, orienta-se sobre a vacina antitetânica e contra a hepatite B conforme protocolo, além do mais, todas recebem suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico de acordo ao protocolo e orientação para o aleitamento exclusivo durante os seis primeiros meses de vida.

Em relação ao atendimento odontológico, infelizmente ainda não estamos com 100%, temos 80% (12) de gestantes acompanhadas, assim, intensificamos a pesquisa ativa das grávidas faltosas e nas palestras fazemos divulgação da importância da saúde bucal durante a gestação. Quando nasce a criança são avaliadas ambas no domicílio nos primeiros sete dias de vida e antes dos 42 dias pela equipe, programando ali a próxima consulta.

A cobertura de puerpério em nossa área está com 64% (18) de acordo com o número estimado pelo CAP que é de 28, indicador que também devemos melhorar, planejando e desenvolvendo ações que permitam alcançar nosso objetivo. Não podemos deixar de mencionar um aspecto importante que é o fato de até o momento não termos mortalidade materna.

Em relação à saúde da criança, é imprescindível melhorar o Serviço de Puericultura na Unidade Básica de Saúde, através da sistematização das atividades multiprofissionais, uso de protocolos, pressupondo um atendimento diferenciado de acordo com as necessidades de cada criança. A consulta de puericultura é feita em nossa UBS uma vez por semana e desde a gestação já orientamos as grávidas

sobre a importância do aleitamento materno exclusivo, cuidados do recém-nascido, diarreia transicional, cresse genital, vacinas, entre outras coisas, após o parto é muito importante para a avaliação do crescimento e desenvolvimento. Em nossa UBS, trabalhamos por protocolos de atendimento e valorizamos a estratificação de risco e vulnerabilidade.

Segundo o registro temos um total de nove crianças residentes em nossa área de abrangência, as quais estão sendo acompanhadas na UBS. Este número de crianças representa 32% de cobertura, de acordo com o número estimado no CAP que é de 28, indicador que nos mostra que ainda temos problemas nos cadastros, já que o número de crianças deveria ser igual ao número de puérperas. Esse problema já foi discutido e nosso objetivo é melhorar este indicador, através das ações dos ACS e de atividades educativas planejadas e colegiadas pela nossa equipe juntamente com a população e principalmente com as mães e suas crianças.

Em relação aos indicadores de qualidade, estamos com 100% em quase todos, como: realização do teste do pezinho no tempo estabelecido, avaliação do crescimento e desenvolvimento das crianças na última consulta, vacinação, orientações oferecidas em cada consulta às mães sobre aleitamento materno exclusivo, cuidados ao recém-nascido, acidentes, saúde bucal, entre outras. Porém, ainda temos atrasos nas consultas programadas nos primeiros sete dias, onde temos 22% (02). Além disso, temos outros aspectos onde devemos trabalhar para melhorá-los, como uma maior avaliação odontológica e a consulta de puericultura para as crianças maiores de um ano, já que apesar de ter um 100% (09) nos menores de um ano, ainda existem dificuldades nas outras faixas etárias e devemos intensificar nossos esforços por melhorar nesse sentido.

As ações a serem desenvolvidas são medidas de promoção à saúde e de prevenção de doenças, tais como, imunização contra doenças transmissíveis, proteção específica contra riscos ambientais e ocupacionais, diagnóstico precoce e tratamento imediato de doenças prevalentes, limitação das respectivas complicações e reabilitação de indivíduos com incapacidades.

O aperfeiçoamento do atendimento de puericultura permitirá a ampliação do olhar para as necessidades da comunidade adstrita e assistida, tanto por meio das visitas domiciliares, consultas clínicas e de acompanhamento médico e de enfermagem, como todo o atendimento realizado na própria Unidade Básica de Saúde, além de fortalecer o atendimento para promoção e não apenas para a

recuperação da saúde e que suas mães e famílias tenham o direito de receber informações que melhorem os cuidados com seus filhos, através de um protocolo de atendimento exequível capaz de promover a saúde das crianças. Sabe-se que o trabalho a ser enfrentado é um desafio para a equipe multidisciplinar e intersetorial, da qual, a Equipe Saúde da Família é um componente que despertará o início do trabalho e da metodologia e operacionalização propostos.

O controle dos cânceres do colo de útero e da mama depende de uma atenção básica qualificada e organizada, integrada com os demais níveis de atenção. Somente dessa forma é possível combater essas doenças e diminuir a mortalidade por elas. Em nossa UBS, nós desenvolvemos as atividades referentes à prevenção câncer de colo do útero um dia na semana e oferecemos palestras educativas, além de examinar, diagnosticar e tratar as doenças ginecológicas. Os profissionais da equipe encontram-se envolvidos em ações de promoção, de saúde e prevenção dos cânceres do colo do útero e da mama. Fazemos orientação para o uso de preservativos, os malefícios do tabagismo e do consumo excessivo do álcool, a importância do controle do peso corporal da mulher e a prática regular de atividade física, a importância da prevenção do câncer do colo do útero e educação a mulher para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer da mama.

Em relação ao controle do câncer do colo do útero, na nossa UBS o número estimado pelo CAP é de 455 mulheres de 25-64 anos, temos 442, o que representa 97% de cobertura e um total de 391 (88%) têm feito o exame citopatológico em tempo e com qualidade da coleta. Nossa equipe tem que elevar o indicador da qualidade da prevenção deste tipo de câncer, pois ainda temos 12% (51) de mulheres com atrasos na coleta de mostras, mas a coleta da amostra das usuárias atendidas é satisfatória e representativa da junção escamo-colunar, local onde se situa quase a totalidade dos cânceres do colo do útero. Nossa equipe tem um dia na semana para a prevenção, a coleta é feita pela enfermeira fundamentalmente, sempre examinando o colo e escrevendo no prontuário qualquer evento e a médica é chamada, geralmente, quando existe alguma alteração no resultado.

Em nossa área temos três mulheres com exames cito patológicos alterados, o que representa um 0,7% (03) da população alvo, realiza-se sua orientação, encaminhamento e seguimento. A baixa positividade pode indicar que alterações suspeitas não estão sendo identificadas pelo laboratório, o que acarreta exames falsos-negativos. Quando o índice de positividade é muito baixo, é necessário avaliar

e intensificar o monitoramento interno da qualidade do laboratório. A análise por prestador de serviço pode revelar os laboratórios que necessitam de alguma intervenção por parte das coordenações estaduais e municipais de detecção precoce do câncer.

Em relação ao câncer de mama fazemos exames clínicos das mulheres maiores de 40 anos anuais e das menores dependendo dos fatores de risco, em sentido geral, apoiado fundamentalmente nos ACS, os quais têm bem localizadas as mulheres que corresponde fazer os exames a cada mês. Em nossa UBS o rastreamento do câncer de mama é feito nos atendimentos domiciliares e na UBS todos os dias. No atendimento à mulher é realizado exame clínico da mama para detectar lesões palpáveis e se investigam fatores de risco para câncer de mama, sendo tudo registrado no prontuário clínico. A solicitação da mamografia é de acordo a faixa etária de 50 a 69 anos e pelo quadro clínico às de 40 a 49. É necessário reforçar que, para mulheres de 40 a 49 anos, a recomendação é o exame clínico das mamas, anualmente, e a mamografia diagnóstica em caso de alteração nesse exame.

Temos em nossa área um total de 142 mulheres na faixa etária (50-69 anos), sendo esse nosso denominador, é dizer 100% (142), porém só temos 56 mulheres com mamografia em dia o que representa um 39% (56) e 86 mulheres com mais de 3 meses de atraso para um 61% (86), tem pouca disponibilidade para sua realização e os agendamentos são muito demorados, mas em nossa área não temos até agora nenhuma paciente com patologia neoplásica de mama.

Em nossa UBS contamos com protocolos de atendimento para o câncer de mama, sendo utilizado na consulta do dia a dia e feito o exame clínico das mamas a mulheres a partir dos 40 anos que procuram consultas, indicamos mamografias segundo esses protocolos, feitos no Ministério de Saúde, e orientamos sobre os fatores de risco, sinais de alarmas e sintomas. Por isso é necessário em nossas reuniões de equipe fazer programas e estratégias do trabalho nesse sentido, para começar levar um controle da prevenção e promoção deste tipo de câncer, incluindo o registro, aproveitando todos os espaços públicos e a cobertura das palestras oferecidas por nossa equipe em praças, escolas e espaços comunitários, também aumentar a pesquisa de casos novos consideramos que as visitas domiciliares são uma excelente oportunidade de pesquisas contando sempre com a ajuda dos agentes comunitários e toda equipe, com um só objetivo: Elevar a cobertura e

qualidade da atenção primária destas pacientes.

Diversos fatores estão ligados ao controle do câncer de mama, e destaca-se em particular a importância de ações Intersetoriais que promovam acesso à informação e ampliem oportunidades para controle do peso corporal e a prática regular de atividade física. Medidas simples, mas que fazem toda diferença. É por este motivo que continuo defendendo a prática de palestras educativas, até conseguirmos atingir a maioria da população.

NO que diz respeito à atenção aos portadores de HAS e/ou DM, em nossa UBS realizamos atendimento de adultos portadores de HAS e/ou DM duas vezes por semana nos turnos da manhã, onde fazemos avaliação de forma geral e integral de cada um, monitorando fatores de risco e possíveis complicações. Não existe excesso de demanda de adultos para o atendimento com problemas de saúde agudos. Temos e utilizamos o protocolo de atendimento para portadores de HAS e/ou DM pelo Ministério da Saúde, geralmente é utilizado pelo médico e a enfermeira. As principais ações desenvolvidas em nossa UBS são: diagnóstico e tratamento de pacientes com sintomas e sinais de hipertensão arterial sistêmica e de Diabetes mellitus, orientação de hábitos alimentares saudáveis e problemas de saúde bucal, o controle do peso corporal, estímulo à prática regular da atividade física, ações que orientem sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e os malefícios do tabagismo.

Os atendimentos são registrados no Prontuário clínico. Existe arquivo específico para os registros dos atendimentos, este é revisado periodicamente com a finalidade de verificar pacientes faltosos ao retorno programado e identificar adultos com HAS de risco. Temos o Programa HIPERDIA do Ministério da saúde. Sabe-se que o HIPERDIA, destina-se ao cadastramento e acompanhamento de portadores de HAS e/ou DM atendidos na rede ambulatorial do SUS, permitindo gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados. Também com a Farmácia popular melhorou o acesso dos usuários a medicação, já que podem retirar nela se não está disponível na UBS, mas ainda são insuficientes, pelo qual temos pacientes que tem que comprar os medicamentos e às vezes muitos, não tem condição de comprar. A principal causa de hipertensão arterial resistente é a descontinuidade da prescrição estabelecida.

Em quanto a Hipertensão arterial sistêmica podemos dizer que a forma de

registro permitiu o preenchimento desta parte do Caderno de Ações Programáticas, com o uso desta documentação e a obtenção de informações necessárias para o prontuário clínico, formulário especial para hipertensos, ficha de atendimento odontológico, ficha de atendimento nutricional e ficha-espelho de vacinas. A estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área não é a adequada a minha realidade, pois de acordo ao total de pessoas cadastradas que é de 1880 a estimativa é de 377 e nós temos 115 hipertensos (31%) cadastrados e acompanhados, cifra que eu considero muito baixa, pelo qual penso que a causa é do cadastramento porque considero insuficiente a quantidade de ACS, que só são quatro e pelas características da região precisa-se pelo menos seis para cobrir toda nossa área de abrangência. Segundo o CAP, dos indicadores da qualidade da atenção avaliados, eu posso dizer que um 100% (115) de nossos usuários têm estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, só 4% (5) têm atraso da consulta agendada em mais de sete dias, 96 % (110) de exames complementares periódicos em dia, 100% (115) deles recebem orientação sobre a prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável, só 59% (68) deles têm avaliação da saúde bucal em dia, já que na nossa UBS só têm atenção odontológica uma semana ao mês, questão que foi discutida com a secretaria de saúde e agora colocaram o Odontólogo todas as segundas férias, com o qual temos que promover palestras educativas e informativas para a população.

Em quanto a Diabetes Mellitus a estimativa do número de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área não é a adequada a minha realidade, pois a estimativa é de 108 usuários e nós temos apenas 15 (14%) portadores de DM cadastrados e acompanhados pela UBS, assim, nós estamos identificando novos casos de acordo com os critérios estabelecidos para seu diagnóstico, também com a utilização dos protocolos de atuação feitos em parceria a secretaria municipal de saúde e nossa UBS, 100% (15) está com realização de risco de doença cardiovascular por critério clínico, 7% (1) com atraso das consultas agendadas em mais de 7 dias, 93% (14) com exames complementares em dia, 100% (15) com exame físico dos pés nos últimos 3 meses, com medida da sensibilidade dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso, com orientação da atividade física regular e com orientação nutricional, todos com avaliação de saúde bucal.

Todas as ações de atenção às pessoas com hipertensão e diabetes estão estruturadas de forma programática, ou seja, em nosso serviço adotamos os



protocolos de atendimentos produzidos pelo Ministério da Saúde, contamos com os registros específicos e realizamos planejamento e monitoramento regular destas ações e das atividades de educação em saúde com a participação dos diferentes membros da equipe de saúde e com a adesão da população às ações propostas.

Em relação à ação programática de Saúde do Idoso, em nossa UBS realizamos atendimento de idosos apenas um dia na semana, no turno da manhã. Após a consulta, o idoso sai com a próxima consulta programada agendada, mas no tocante ao atendimento do Idoso em nossa UBS, o mesmo é realizado principalmente através de visitas domiciliares direcionadas pelo ACS. Organizamos por vezes reuniões na casa de algum usuário onde os vizinhos (também da 3ª Idade) têm a oportunidade de realizar sua consulta. As visitas são solicitadas também pelo próprio usuário aonde o ACS vai antes, verifica a situação e nos repassa um panorama da mesma. Existe oferta de atendimento para idosos, mas não existe excesso de demanda de idosos para atendimento de problemas de saúde agudos. Temos protocolo de atendimento para eles pelo Ministério da Saúde.

As principais ações desenvolvidas no cuidado aos idosos são: Promoção da atividade física e de hábitos alimentares saudáveis; Diagnóstico e tratamento da obesidade, do sedentarismo, do tabagismo e Diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral. Avaliamos a Capacidade Funcional Global do idoso por ocasião do exame clínico. Explicamos ao idoso ou seus familiares como reconhecer sinais de risco relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência dos idosos, tais como a HAS, DM e Depressão. Existe levantamento dos idosos moradores da área de abrangência que necessitam receber cuidado domiciliar. Fazemos visita domiciliar para idosos acamados um dia da semana. Infelizmente não temos grupos de idosos, fazemos palestras para eles na visita domiciliar. Eu acho que a realização de grupos é extremamente importante, pois é nesse momento onde conseguimos disponibilizar informações, prevenção e promoção da saúde para esta população que necessita de uma atenção especial, pois muitas vezes são pessoas carentes e debilitadas que precisam de um atendimento humanizado.

A estimativa do número de pessoas idosas residentes na área, disponível na lista de denominadores na tela inicial do CAP é adequada a minha realidade já que temos uma cobertura do programa de saúde do idoso na área de 100% (201). Em quanto aos poucos indicadores da qualidade da atenção à Saúde da Pessoa Idosa avaliada, se pode dizer que um 97 % (195) dos idosos tem caderneta de saúde da

pessoa idosa, 95% (191) tem avaliação multidimensional rápida, 98 % (197) tem acompanhamento em dia, 27% (55) deles são hipertensos, 4 % (9) são diabéticos, 99% (198) tem avaliação de risco para morbimortalidade, 99% (198) tem investigação de indicadores de fragilização na velhice. Eu acho que não é um atendimento integral como este grupo merece, já que, infelizmente, não contamos com alguns serviços que são vitais neste grupo como é o serviço de saúde bucal, onde a cobertura está em 78 % (157), nós fazemos orientação nutricional durante as consultas e visitas domiciliares a todos os idosos para hábitos alimentares saudáveis e sob a realização de exercício físico e seu benefício sobre todo para diminuir as doenças crônicas, associada a dieta inadequada e ao sedentarismo assim como o uso do tabagismo, ainda temos muitas ações por desenvolver como os registros específicos para os idosos, melhorar a atenção odontológica, etc.

Os serviços de saúde bucal necessitam se reestruturar segundo os princípios do SUS e assumir uma nova postura diante da população, responsabilizando-se pelo enfrentamento dos problemas existentes. Um momento, também, em que, para operar esta transformação, é necessário romper com antigas formas de trabalhar e de lidar com o processo saúde-doença na sociedade e da necessidade de instrumentalizar equipes e profissionais para a consolidação dessas mudanças.

Nossas equipes de saúde bucal têm uma capacidade instalada para prática clínica de 80 % da carga horária semanal que representam 32 horas e dedicando 20% da carga horária semanal; oito horas, a ações coletivas distribuídas em duas horas para reuniões e seis horas para ações de educação e promoção de saúde. Neste sentido o total de usuários atendidos foi 70 e realizaram 135 procedimentos com uma média de procedimentos clínicos por habitantes de 0.9, que está dentro dos parâmetros estabelecidos, embora verdadeiramente, exceto o grupo das gestantes, os demais grupos populacionais prioritários não têm uma atenção na primeira consulta com índices adequados, chama muito à atenção o indicador de tratamento concluído, que foi aproximadamente o 70 % dos casos atendidos com este indicador completado.

A razão entre as primeiras consultas programáticas e os atendimentos não programados em geral não é bom, o que demonstra que ainda temos que fazer um melhor trabalho de conjunto com a equipe de saúde bucal na comunidade e com os ACS, principalmente.

Cada mês nossa equipe de saúde bucal tem programadas ações coletivas, que no último mês incluiu 915 usuários, por isso consideramos que se deve incrementar o número destas ações e, sobretudo a maior quantidade de pessoas, priorizando o trabalho com os grupos priorizados. Finalmente queremos apontar que nossa equipe de saúde bucal não fica todo o tempo na área, por isso considero muito importante aumentar o número de usuários atendidos a cada dia, aproveitando muito mais essas 32 horas semanais de atendimento, além disso, se deve intensificar as ações de educação e promoção de saúde, dando ênfase também na conclusão do tratamento, somente dessa forma poderemos reverter os indicadores a favor da saúde bucal e geral de nossos pacientes fazendo ênfases também na terminação do tratamento.

Realmente nossa UBS tem um longo caminho a ser traçado quanto às ações de saúde bucal. A orientação e educação em saúde nos ajuda muito nesse processo, dessa maneira promover palestras principalmente em escolas, onde abrange nosso principal foco que são as crianças é muito importante, mas também não podemos esquecer-nos dos adultos de nossas UBS que englobam as gestantes, idosos e portadores de doenças crônicas. Captar a população para dentro das unidades e promover sua saúde é a nossa missão, o aumento da carga horária do profissional odontólogo irá ajudar a reverter este quadro, e desta maneira ele conseguirá não só realizar o atendimento clínico, mas também participar das ações em saúde como as visitas domiciliares.

A análise situacional permitiu observar que a UBS 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, buscando garantir assistência integral à saúde. A estrutura física da unidade é um aspecto que melhorou após da sua reforma, mas ainda apresenta algumas dificuldades. De maneira geral, a equipe apresenta equivalência entre os atendimentos oferecidos e aspectos sócio demográficos, o que resulta em demandas de saúde semelhantes. O análise também possibilitou a visualização da realidade de trabalho na UBS, das necessidades da população e do perfil da comunidade, além de permitir num futuro planejamento das ações em saúde para o bem-estar do povo brasileiro.

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

Comparando o texto da situação da ESF/APS em nosso serviço feita na segunda semana de ambientação, pode-se concluir que agora ficamos com uma visão realmente mais profunda e abrangente de nossa UBS, onde realizamos nossas atividades e preenchimento do caderno de ações programáticas. Assim conseguimos identificar os problemas que devemos dar mais atenção, pois no primeiro texto ainda era muito cedo para identificar as realidades e necessidades de nossa UBS.

Ainda falta muito para que as diretrizes e preceitos do SUS sejam de fato realidade. Porém, ao concluir a análise situacional da UBS São Gonçalo (Unidade José Pedro Sobreira 'Seu Dezinho'), se constatou acima de quaisquer problemas ou dificuldades encontradas o esforço dos profissionais em oferecer um serviço de saúde gratuito na rede SUS.

Finalmente consideramos que os nossos maiores desafios estão na necessidade de trabalhar mais na comunidade, fazer mais visitas domiciliares, palestras e atividades de promoção e educação para a saúde, tendo como principal recurso à união entre todos os membros da equipe, pois somente desta maneira poderemos obter uma atenção eficaz para toda população, baseada em uma atenção integral, adequada, de qualidade, humanizada e oportuna. Nosso papel deve ser muito mais ativo nesse sentido.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a Diabetes mellitus (DM) são doenças que apresentam alta morbimortalidade, com perda importante da qualidade de vida, o que reforça a importância do diagnóstico precoce. Conforme Brasil (2006), a Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares. Juntamente com a Hipertensão arterial, ressaltamos neste contexto o Diabetes Mellitus. É um problema de saúde considerado como condição sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (BRASIL, 2013 a, b).

A UBS “São Gonçalo” está situada na zona rural da cidade do município Fronteiras/Piauí e é responsável pela atenção integral continuada da Saúde de uma população de 1880 pessoas residentes em seu território de abrangência, atendendo na modalidade da Estratégia Saúde da Família. A sua única equipe é composta de: Médico, Odontólogo, Enfermeiro, Técnico de enfermagem, Agentes comunitários de saúde, auxiliar de serviços gerais e motorista. A estrutura de nossa unidade é em planta baixa e neste momento já conta com rampas que permitem o acesso de pessoas deficientes e com limitações.

Nossa área possui 115 hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e 15 diabéticos que são acompanhados por nossa unidade. Segundo o CAP, para a população alvo tem-se uma estimativa de 377 usuários com HAS, acima de 20 anos, produzindo uma cobertura de 31% (n=115). No entanto, percebe-se que esta estimativa de cobertura é muito baixa. Em relação à DM, a estimativa é de 108 usuários com diabetes com 20 anos ou mais residentes na área, proporcionando uma cobertura de 14% (n=15). Nesse sentido, estamos identificando novos casos de

acordo com os critérios estabelecidos para seu diagnóstico e realizando busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde, conforme periodicidade recomendada. A nossa equipe procura realizar os exames complementares em dia e prescrever medicamentos do Programa da Farmácia Popular. Oferecemos orientação sobre a prática de atividade física regular, orientação nutricional para alimentação saudável, assim como os malefícios do hábito de fumar à população durante as consultas e visitas domiciliares. Ainda temos muitas ações à serem desenvolvidas, tais como: registros específicos para os diabéticos e hipertensos, melhorar a atenção odontológica, entre outras atividades.

Os profissionais que atuam na atenção primária estão diretamente envolvidos com as ações que visam reduzir danos à saúde da população, e através de registros podemos afirmar se é possível ou não alcançar as metas preconizadas pelo programa de hipertensão arterial e diabetes. Não podemos deixar de ressaltar que todo este contexto se caracteriza um verdadeiro desafio para o Sistema Único de Saúde, pois são situações que necessitam de intervenções imediatas e acompanhamento constante pela sua alta prevalência e pelo grau de incapacidade que provocam.

Finalmente é importante dizer que esta intervenção é necessária para nossa UBS. Possuímos um elevado grau de implementação das duas ações programáticas com envolvimento de toda equipe, mas nós temos algumas limitações tais como: distância que moram os pacientes da UBS, nível escolar baixo e nossa área é rural onde temos dificuldades para realizar os exames laboratoriais. Apesar destes problemas nossa equipe possui aspectos que viabilizam a intervenção, pois são profissionais excelentes e temos material necessário para as consultas de acompanhamento, além do material didático para as palestras educacionais. Neste sentido estamos confiantes que vamos elevar a cobertura destas ações para a população alvo e a equipe estará pronta para realizar os atendimentos da melhor maneira possível, seguindo os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e disponibilizando os exames complementares, atenção odontológica, consultas programadas, palestras educativas e aprimoramento dos registros para toda a população da área adstrita.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar da atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM na UBS São Gonçalo, Fronteiras/PI.

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

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas

1.1. Cadastrar 60% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

1.2. Cadastrar 50% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

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

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

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

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

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

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

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

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

2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

Objetivo 5. Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



## 2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na UBS São Gonçalo, no município de Fronteiras - PI. Participarão da intervenção os usuários com HAS e DM que estão dentro da faixa etária estabelecida pelo protocolo do MS.

### 2.3.1 Detalhamento das ações

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas

#### **Monitoramento e avaliação**

**Ações:** Monitorar o número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS; monitorar o número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

**Detalhamento:** Faremos o monitoramento do número de pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS. A atividade será feita com ajuda do Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes (Hiperdia), que constitui um sistema de cadastro de modo a permitir o monitoramento e gerar informações para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e organizada. Assim serão atualizados os cadastros de todos os hipertensos e diabéticos da área adstrita pela técnica de enfermagem conjuntamente com os ACS. Através da atualização do cadastro destes usuários, a equipe terá os dados necessários para o acompanhamento e o preenchimento da ficha espelho e após estes dados será organizada a agenda de atendimento e as visitas domiciliares, serão desenvolvidos relatórios e registros organizados de forma que todos os profissionais tenham entendimento destes dados e além, da mesma forma, serão organizados registros que permitam o monitoramento das consultas de acompanhamento e controle em dia ou em atraso, os procedimentos fora do período preconizado e ainda monitorar os hipertensos e diabéticos que não realizam os acompanhamentos na UBS, aquelas com acompanhamento em atraso realizar a busca ativa. Estabelecer a periodicidade da realização do monitoramento e avaliação dos dados será de responsabilidade da enfermeira.

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

**Ações:** Garantir o registro de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa; melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS; garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na UBS; garantir o registro das pessoas com diabetes cadastradas no Programa; melhorar o acolhimento para os usuários portadores de diabetes; garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na UBS.

**Detalhamento:** Com o desenvolvimento do projeto devemos ter uma sala específica para acolhimento para ouvir os usuários e suas necessidades e retomar o grupo destes usuários para aprimorar esse acolhimento e ao mesmo tempo garantir o registro de pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas no Programa, melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e/ou DM e garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na UBS. Serão ofertados atendimentos de acompanhamento aos usuários hipertensos e diabéticos residentes na área de atuação da equipe. A população alvo da intervenção serão todos os usuários com hipertensão e diabetes já diagnosticados e casos novos que sejam diagnosticados na área de abrangência da unidade. Também será organizada a agenda para os atendimentos e consultas com o médico, enfermeira e odontólogo, de forma que facilite o acesso para estas consultas, estes atendimentos serão realizados na UBS. As pessoas com descontrole na HAS e DM que procuram a unidade básica de saúde terão prioridade no atendimento.

Para realizar as visitas domiciliares e os atendimentos nas comunidades da ESF rural para os hipertensos e diabéticos será disponibilizado veículo para transporte da equipe e materiais necessários para o atendimento (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica, aparelho de glicose, materiais de expediente). Estes insumos são importantes e necessários para o desenvolvimento e aplicação do projeto, o veículo é necessário para a equipe se deslocar até a casa dos hipertensos e diabéticos acamados e realizar os atendimentos no domicílio, e também para a realização dos grupos nas comunidades do interior, os demais insumos são necessários para realizar parte do atendimento aos usuários que visam monitoramento da pressão arterial e da glicose.

### **Engajamento público**

**Ação:** Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus na UBS; Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente; orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg; Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

**Detalhamento:** Já no eixo de engajamento público, a ação visa sensibilizar as famílias e comunidade sobre a importância deste atendimento para os usuários hipertensos e diabéticos e suas famílias, através de uma troca solidária e capaz de fortalecer a participação comunitária. Com base nos objetivos propostos pelo projeto, a equipe realizará através de palestras educativas o desenvolvimento das seguintes atividades: Orientar a comunidade sobre a existência do programa de atenção da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e do Diabetes Mellitus (DM); Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos de idade, pelo menos anualmente; Orientar os pacientes e familiares sobre a importância da alimentação saudável, a prática de atividade física regular e sobre como evitar o tabagismo. Através das visitas domiciliares semanais efetuadas pelos ACS será realizado convite para cada hipertenso e diabético individualmente para comparecer aos atendimentos ofertados pela equipe.

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

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

**Detalhamento:** Neste eixo, será realizada a capacitação dos ACS para o cadastramento e atualização da população da área da UBS. Se realizará a capacitação da equipe da UBS para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, a capacitação dos profissionais da equipe para o atendimento aos usuários das duas doenças de acordo com o protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde. Será priorizada a sensibilização dos profissionais envolvidos neste atendimento, bem como, os

demais integrantes da unidade básica de saúde, para conhecimento do serviço oferecido a esta população e o fluxo de atendimento no serviço de controle e seguimento. Durante a capacitação que será realizada no início da intervenção pelo médico serão ofertados espaços de educação permanente para a qualificação da prática clínica da equipe.

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

#### **Monitoramento e avaliação**

**Ação:** Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos. Monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde. Monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada. Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

**Detalhamento:** Será feito o monitoramento da realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e diabéticos, o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade básica de saúde e o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada. Também será monitorado o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

**Ação:** Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e/ou diabéticos. Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais. Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde. Garantir a solicitação dos exames complementares. Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados. Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Detalhamento:** Faremos um plano organizado para a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados com a devida periodicidade para a atualização de cada um deles. De acordo com as atribuições específicas de

cada membro da equipe, é atribuição e competência da enfermeira realizar a consulta de enfermagem, abordando fatores de risco, tratamento não-medicamentoso, adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, encaminhando o indivíduo ao médico, quando necessário. Faremos a realização e atualização da história clínica, a realização de encaminhamento, o estabelecimento de consulta de retorno e registro de informações no prontuário. O ACS representa o elo entre o usuário e/ou comunidade e a equipe, de forma a encorajar a participação ativa do hipertenso e/ou diabético, ajudando-o a seguir as orientações alimentares, de atividade física e de não fumar, bem como de tomar os medicamentos de maneira regular. Ao mesmo tempo será feito o controle de estoque e registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade básica de saúde.

Para um melhor acompanhamento dos pacientes, se realizará o estabelecimento da consulta de retorno após cada atendimento aos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus, que será realizado como rotina, garantindo ter um melhor controle dos níveis pressóricos destes indivíduos para a melhoria da qualidade de vida.

### **Engajamento público**

**Ações:** Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares. Orientar os pacientes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares. Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

**Detalhamento:** Orientaremos os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, a necessidade de realização de exames complementares, a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares e sobre o direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso. Serão organizadas palestras com a

participação de todos os membros da equipe e os líderes formais e não formais da comunidade, orientando medidas preventivas, tais como: redução da ingestão calórica associada com o aumento da atividade física, que leva à perda de peso e à redução da pressão arterial, pela queda da insulinemia, redução da sensibilidade ao sódio e a diminuição da atividade do sistema nervoso simpático.

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

**Ações:** Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado. Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares. Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão. Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

**Detalhamento:** Será realizada a capacitação dos profissionais da equipe para a realização de exame clínico apropriado, seguindo o protocolo adotado na unidade básica de saúde para solicitação de exames complementares, realizaremos a atualização do profissional no tratamento da hipertensão e do diabetes, será feita a capacitação da equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

#### **Monitoramento e avaliação**

**Ação:** Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

**Detalhamento:** Se monitorará o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia), pelo médico, a enfermeira e a técnica de enfermagem, com apoio dos ACS.

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

**Ações:** Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos. Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

**Detalhamento:** Organizaremos visitas domiciliares para buscar os faltosos, visando organizar a agenda para acolher os hipertensos e/ou diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

#### **Engajamento público**

**Ações:** Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas. Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos

portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos). Esclarecer aos portadores de hipertensão e/ou diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

**Detalhamento:** A comunidade será informada sobre a importância de realização das consultas, além de ser ouvida a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e/ ou diabetes (se houver número excessivo de faltosos) e esclarecer aos portadores de hipertensão e/ou diabéticos e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

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

**Ação:** Treinar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

**Detalhamento:** Faremos treinamento dos ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

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

#### **Monitoramento e avaliação**

**Ação:** Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

**Detalhamento:** Monitorar através da avaliação do livro de registros de acompanhamento de cada usuário se esse está sendo preenchido de forma adequada. A enfermeira monitorará a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade básica de saúde.

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

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

**Detalhamento:** Realizaremos preenchimento adequado de formulário do Hiperdia disponível e ficha de acompanhamento. Elaboraremos uma ficha espelho do acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos e utilizá-la nas consultas. Organizaremos um local específico para o armazenamento dos registros,

de modo que esses fiquem de fácil acesso para os profissionais de saúde. Nossa equipe vai trabalhar em conjunto para manter as informações do SIAB atualizadas para o controle de atendimentos mensais realizados, implantando planilha/registro específico de acompanhamento, visando o planejamento das ações a serem desenvolvidas e executadas a cada mês baseado na demanda do mês anterior. Será pactuado com a equipe o registro das informações. Médico e enfermeira serão responsáveis pelo monitoramento dos registros e se organizará um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

### **Engajamento público**

**Ação:** Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

**Detalhamento:** Durante as consultas, visitas domiciliares e na reunião em grupo orientaremos os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Além disso, serão organizadas palestras para discutir nos grupos formados de pacientes sobre as modificações no estilo de vida, as quais são imperiosas quanto ao sucesso do tratamento destas doenças, pois a remoção de fatores de risco, através de hábitos e estilo de vida saudáveis, ajuda na manutenção dos níveis pressóricos dentro de limites de normalidade, mesmo o tratamento medicamentoso tende ao insucesso se a dieta não for adequada, o peso não for o ideal ou quando outros fatores do estilo de vida, uma vez presentes, não forem abolidos ou reduzidos.

### **Qualificação da prática clínica**

**Ação:** Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e do diabético. Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

**Detalhamento:** Disponibilizar para toda a equipe modelo de Hiperdia e ficha espelho e treiná-los para o seu preenchimento de forma adequada. Faremos treinamento da equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso e do diabético. Ao mesmo tempo será capacitada a



equipe para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas. Serão responsáveis destas atividades o médico e a enfermeira.

**Objetivo 5:** Mapear hipertensos e/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular.

#### **Monitoramento e avaliação**

**Ação:** Monitorar o número de pacientes hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

**Detalhamento:** Monitorar através do registro adequado na ficha espelho dos pacientes hipertensos e diabéticos se a avaliação de risco cardiovascular foi realizada. Identificar no registro da ação programática se o paciente foi encaminhado para verificação da estratificação de risco pelo menos uma vez por ano.

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

**Ações:** Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco. Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

**Detalhamento:** Através do correto registro na ficha espelho do paciente hipertenso e/ou diabético identificar se o mesmo possui risco cardiovascular. Uma vez identificando o paciente como sendo de alto risco cardiovascular encaminhar o mesmo para o serviço de referência respeitando o protocolo de referência e contra-referência. Conversar com a gestão da unidade de saúde para voltar esforços na garantia de acesso as referências.

#### **Engajamento público**

**Ações:** Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular. Esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

**Detalhamento:** Durante as consultas, visitas domiciliares e grupos de pacientes hipertensos e/ou diabéticos conversar com os (as) usuários (as) para orientá-los quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular e sobre a importância de demandar dos gestores esforços para referenciamento dos pacientes de alto risco. Além disso, esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

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

**Ações:** Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo. Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação. Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

**Detalhamento:** Durante as reuniões de equipe discutir com os profissionais de equipe sobre o preconizado no protocolo de MS para a classificação de risco e manejo de intercorrências dos usuários (as) com risco cardiovascular e capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo. Capacitaremos a equipe para a importância do registro desta avaliação e quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

**Objetivo 6:** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

#### **Monitoramento e avaliação**

**Ações:** Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista. Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos. Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos. Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.

**Detalhamento:** O monitoramento correrá através da verificação dos registros na ficha espelho dos hipertensos e diabéticos.

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

**Ações:** Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e ao diabético. Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico. Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes pacientes. Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável. Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade. Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física. Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade. Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

**Detalhamento:** Todos os profissionais da equipe de saúde estarão aptos a orientar aos usuários (as) quanto a organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e ao diabético; a estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico; a demandar

junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes pacientes; a organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável; a demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade; a organizar práticas coletivas para orientação de atividade física; a demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade e demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

### **Engajamento público**

**Ações:** Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde. Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista. Orientar hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável. Orientar hipertensos e/ou diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular. Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

**Detalhamento:** Durante as reuniões de equipe discutir com a equipe o preconizado pelo MS no que se refere a buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde e mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista, organizar palestras para orientar hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, orientar hipertensos e/ou diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

### **Qualificação da prática clínica**

**Ações:** Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do paciente hipertenso e/ ou diabético. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde. Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

**Detalhamento:** Organizaremos um plano para o treinamento da equipe para avaliação e tratamento bucal do paciente hipertenso e/ou diabético. Capacitaremos à

equipe sobre: práticas de alimentação saudável, metodologias de educação em saúde, sobre a promoção da prática de atividade física regular, para o tratamento de pacientes tabagistas e sobre metodologias de educação em saúde.

### **2.3.2 Indicadores**

**Objetivo 1.** Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas

**Meta 1.1** Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

**Meta 1.2** Cadastrar 50% 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.

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

**Meta 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.

**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.

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

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

**Meta 2.4** Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/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.

**Meta 2.5** Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/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.

**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 pessoas com hipertensão com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

**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 pessoas com diabetes com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

**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.

**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.

**Objetivo 3** - Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

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

**Indicador 3.1** Proporção de pessoas com hipertensão, faltosas às consultas médicas com busca ativa.

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

**Indicador 3.2** Proporção de pessoas com diabetes, faltosas às consultas médicas com busca ativa.

**Objetivo 4** - Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

**Objetivo 5.** Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes

**Meta 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.

**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.

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

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

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

**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.

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

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

**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.

**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.

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

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

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

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

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

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

### 2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), vamos adotar o manual técnico de HAS e de DM do Ministério da Saúde, 2011 e também os Cadernos de atenção básica Acolhimento à Demanda Espontânea e Rastreamento do Ministério da Saúde, 2013.

Utilizaremos a ficha-espelho de HAS e DM disponibilizada pelo curso com adição pela nossa equipe das informações faltantes. A ficha espelho disponibilizada não prevê a coleta de informações sobre: prescrição de medicamentos da farmácia popular, atendimento odontológico e orientação sobre higiene bucal, também não contém a informação do total de pessoas com hipertensão ou diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento, indicadores que são gerados a partir dos objetivos propostos na planilha de objetivos, metas, indicadores e ações (OMIA) HAS e DM, os quais devem ser transcritos semanalmente para a planilha de coleta de dados.

Estimamos alcançar com a intervenção 60% de cobertura (222 usuários) para os hipertensos e 50% de cobertura (54 usuários) para os diabéticos, assim, será necessário realizar semanalmente, aproximadamente, 15 cadastros/acompanhamentos de portadores de HAS e cinco cadastros/acompanhamentos de portadores de DM, para que ao final das 12 semanas possamos atingir as metas pactuadas. Para coletar todos os indicadores necessários para o monitoramento da intervenção o médico e a enfermeira realizarão o preenchimento da ficha-espelho. Além disso, a ficha-espelho terá arquivamento próprio para facilitar o monitoramento. Faremos contato com os gestores municipais para pedir seu apoio para poder fazer as fichas necessárias, imprimir as que serão anexadas para o acompanhamento mensal da intervenção, além será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados, para assim realizar o projeto com êxito.

O registro específico do programa será organizado pela enfermeira que revisará o livro de registro dos usuários da UBS, identificando todos que vierem ao serviço para consulta da ação programática por demanda espontânea. A enfermeira localizará os prontuários destes pacientes e transcreverá todas as informações



disponíveis no prontuário para a ficha-espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas, exames clínicos e laboratoriais em atraso. O médico e a enfermeira serão os responsáveis pela solicitação dos exames complementares dos usuários para diagnóstico das doenças, principalmente hipertensão e diabetes mellitus. Ao final de cada mês as informações coletadas na ficha espelho serão repassadas para a planilha eletrônica pelo médico.

Todos os HAS e DM que procurarem a UBS serão acolhidos pelos membros da equipe médico, enfermeira, técnica de enfermagem. Os usuários com problemas agudos serão atendidos no mesmo turno, para os demais será agendada a consulta conforme disponibilidade de cada usuário. Para os HAS e DM provenientes de busca ativa será disponibilizado data para consulta na agenda. Os ACS visitarão os pacientes faltosos e agendaram consultas. A enfermeira e o médico organizarão agendas para acolher os pacientes provenientes das buscas. O médico e odontólogo terão que organizar a agenda para acolher os usuários cadastrados no programa e dar prioridades para ampliar a cobertura. A enfermeira revisará a ficha espelho trimestralmente para identificar os pacientes com alto risco. Médico e enfermeira são responsáveis pelo preenchimento correto das fichas e registros. Toda equipe revisará o manual de atenção de hipertensão e diabetes para poder oferecer orientações aos usuários sobre alimentação saudável, saúde bucal, adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico, riscos do uso de drogas, tabagismo, álcool e a importância da realização de atividade física regular.

A enfermeira monitorará semanalmente o registro e as fichas do programa para identificar os faltosos e os que possuem exames clínicos e laboratoriais em atraso, avaliação da saúde bucal e os que possuem alto risco, para assim conseguir identificar e encaminhar ao serviço especializado. Semanalmente a enfermeira examinará as fichas individuais da UBS e de visitas domiciliares, os agentes comunitários de saúde farão busca ativa dos usuários com HAS e DM em atraso e novos casos. Estima-se 10 por semana totalizando 40 por mês. Ao fazer a busca já agendará aos usuários para um horário de sua conveniência.

Faremos contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade na primeira semana de intervenção para apresentar o projeto e ampliar a captação de novos usuários com HAS e DM. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos e de

esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional. Também realizaremos na UBS atividades educativas uma vez por mês com o intuito de orientar o grupo de HAS, DM e comunidade sobre as doenças e prevenção de possíveis complicações. Para isso usaremos escolas, praças e centros laborais para a realização dessas palestras educativas, onde toda a equipe participará destas ações.

Daremos início à intervenção com a capacitação da equipe sobre o manual técnico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), para que todos utilizem esta referência na atenção aos usuários. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS durante a realização da reunião da equipe que será realizada na primeira semana de intervenção. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e todos os profissionais da equipe discutirão sobre os temas abordados.

Todas as reuniões com a equipe se programará meia hora para a intervenção. Enfermeira e médico serão responsáveis por capacitar toda equipe, orientando sobre a importância do acolhimento dos usuários hipertensos e diabéticos, busca de faltosos, uso de registros e fichas espelho, classificação de risco, intercorrências, orientações sobre alimentação saudável, saúde bucal, adesão ao tratamento, risco do uso de drogas, tabagismo e álcool e a importância da realização atividade física regular.



### **3 Relatório da Intervenção**

O projeto deste trabalho foi organizado para a intervenção ser realizada em 12 semanas por orientação da coordenação do curso. Sendo assim, foram três meses de intenso trabalho. No mês de setembro começamos a nossa intervenção quando dificuldades foram encontradas no caminho, mas a equipe estava preparada, as metas e os objetivos propostos estavam bem definidos e todos os membros aguardavam com ansiedade e entusiasmo para desenvolver o projeto.

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

Durante a intervenção conseguimos seguir o cronograma, houve alguns atrasos e mudanças de planos, mas os quais foram adaptados e resolvidos. Conseguimos pôr em prática ações previstas no projeto nos eixos de Monitoramento e Avaliação, Qualificação da Prática Clínica, Organização e Gestão do Serviço e Engajamento Público. Algumas ações foram realizadas com atraso e outras foram realizadas parcialmente.

Realizamos o monitoramento da intervenção, cadastramos um total de 258 pacientes, 205 pacientes hipertensos e 53 diabéticos. Foram preenchidas as fichas espelho e os prontuários com os resultados dos últimos exames de cada um dos usuários. Fizemos capacitação dos profissionais de saúde da UBS, quando foi estabelecido o papel de cada profissional na ação programática com a realização de atividades de educação em saúde com grupo de hipertensos e diabéticos que entram no programa de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. A Secretaria de Saúde forneceu todas as fichas espelho destas doze semanas, as quais foram preenchidas para a atualização das Planilhas de Coleta de dados ao final de cada semana.

No Eixo de Monitoramento e Avaliação buscamos uma boa análise a cerca do correto preenchimento de todos os dados obtidos durante a entrevista, exame físico e análises dos resultados de exames complementares. Tínhamos como instrumentos de registros adotados para a coleta de dados e monitoramento e avaliação alguns que foram elaborados pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), como a Planilha de coleta de dados para Hipertensos e Diabéticos e a Ficha Espelho para o Programa de Hipertensão e Diabetes. Também utilizamos os instrumentos que fazem parte da rotina na UBS, como os prontuários. Nós não tivemos dificuldades na disponibilização pela gestão das Fichas Espelhos. Conseguimos preencher todas as fichas espelho com a atualização dos prontuários individuais de cada um dos pacientes hipertensos e diabéticos que foram cadastrados.

Durante os atendimentos programados ou agendados pelos ACS aos hipertensos e diabéticos foi feita a avaliação de riscos cardiovascular, exame dos pés e exame físico, orientação nutricional, orientação sobre atividade física, sobre tabagismo e sobre higiene bucal.

O monitoramento das ações foi realizado integralmente. As fichas espelhos ajudaram muito nesse aspecto, pois continha os dados necessários para fazermos este monitoramento. No início as dificuldades encontradas em monitorar a intervenção foram a falta de materiais adequados para medir peso, estatura e circunferência abdominal, além de pouca disponibilidade de material adequado para a realização de hemoglicoteste na unidade de saúde, não fornecido para a equipe, o que tornou as informações imprecisas em algumas ocasiões, não podendo fazer a avaliação do risco cardiovascular adequadamente nesse momento.

Também apresentamos outra dificuldade que atrapalhava nosso trabalho, em relação ao transporte para o deslocamento da equipe até a unidade básica de saúde ou para fazer às visitas domiciliares, por causa da pouca disponibilidade de carro que tem a secretaria municipal de saúde, mas essa situação foi resolvida em pouco tempo.

Também tivemos dificuldades com a busca ativa de pacientes faltosos pelo fato de que um dos nossos ACS saiu de férias e também pela disponibilidade do transporte para o deslocamento em algumas ocasiões, mas a gente conseguiu que todos esses usuários assistissem às consultas.

A falta de organização das consultas odontológicas trouxe dificuldades para atingir as metas no primeiro mês, o que ocasionou o não funcionamento correto da avaliação odontológica e baixo índice de acompanhamento odontológico dos usuários, de modo que foi preciso à equipe fazer estratégias e reuniões tratando dessa maneira de manter o desejo de trabalhar e cumprir com os objetivos de organizar as consultas e definir os dias de atendimento, mas logo foi corrigida com a ajuda do secretário de saúde, que orientou manter 2 turnos de atendimento odontológico, manhã e tarde para os usuários do projeto, conseguindo que a equipe mantenha esses dias como rotina de atendimento. Em relação aos outros parâmetros a serem monitorados, não tivemos dificuldades.

No eixo de Organização e Gestão do Serviço foi organizada a agenda de trabalho compartilhada. O registro de pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastradas no programa foi realizado através das Fichas espelho, das Planilhas de Coleta de Dados (PCD) e dos prontuários individuais de cada paciente. Conseguimos melhorar o acolhimento dos usuários portadores de HAS e/ou DM, o qual foi feito pela técnica de enfermagem já que não tínhamos recepcionista nesse momento e organizamos a agenda para acolher as pessoas diabéticas provenientes das buscas domiciliares. A secretaria municipal nos apoiou garantindo o material adequado para a medida da pressão arterial, como o esfigmomanômetro, manguito, fita métrica e para a realização de hemoglicoteste na UBS. Não apresentamos nenhuma dificuldade no atendimento dos pacientes hipertensos e diabéticos já que todos os equipamentos, insumos e materiais estiveram disponíveis.

No eixo de Engajamento público, segundo o planejado no cronograma, realizamos as atividades de educação em saúde como planejado, sendo uma média de uma atividade por semana.

Na maioria das comunidades que foram visitadas realizamos atividades educativas, informando a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus na UBS, sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente; sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes e quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e do diabetes, bem como sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas

periodicamente. Também orientamos as pessoas com hipertensão e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares, e quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares; quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, bem como sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente das pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes. Contamos com a presença das lideranças comunitárias os quais receberam explicação a cerca da importância de sua participação no desenvolvimento da intervenção e a necessidade de seu apoio. As lideranças comunitárias nos apoiaram, inclusive fornecendo locais adequados para realização das palestras e em algumas ocasiões nos disponibilizaram veículos para o deslocamento nas áreas de difícil acesso.

No Eixo de Qualificação da Prática Clínica, foram realizadas as reuniões como estavam previstas, a fim de capacitar os profissionais sobre o Protocolo adotado para o atendimento de pacientes Hipertensos e Diabéticos, ainda que algumas destas reuniões de capacitação tenham sido realizadas fora da data prevista inicialmente. Realizaram-se as capacitações dos ACS para o cadastramento e atualização da população da área da UBS; foi feita a capacitação da equipe para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito; realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg; capacitação para a realização de exame clínico apropriado e exame apropriado dos pés. Ainda, foi feita orientação sobre a solicitações de exames complementares; capacitação a cerca de como orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, além da necessidade de avaliação odontológica das pessoas com hipertensão e/ou diabetes. Foi esclarecido o papel de cada profissional na ação programática. Quando ocorriam as reuniões com todos os integrantes da equipe, sempre procurávamos mostrar o quanto à profissão de cada membro da equipe é importante para todo o bom funcionamento da UBS.

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

As principais dificuldades que apresentamos foram com relação às chuvas que, em muitas ocasiões, não permitiu a realização das atividades de consultas

odontológicas programadas para o dia previsto, não podendo agendar para outra data. Outra dificuldade foi que os usuários necessitaram dispor de recursos próprios para se deslocarem para a realização dos exames laboratoriais em outro município porque o gestor não disponibilizou o transporte, os quais sempre chegavam tarde, não conseguindo a realização dos exames. Não conseguimos atingir a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo dos usuários fumantes, pois orientar sobre os malefícios do tabagismo para a saúde não foi suficiente para obter o êxito de que eles assistissem a consulta. Tivemos também os feriados que interferiram nos resultados.

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

No início foram encontradas dificuldades na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coleta de dados e o cálculo dos indicadores, dado pela pouca familiarização com estes sistemas digitalizados, tais como preencher de forma adequada os dados da UBS. Recorrentemente os indicadores ficavam errados, mas com a orientação do meu antigo orientador Glebson Moura e agora meu novo orientador Ailton Brant tudo está dando certo e a gente já faz com melhor qualidade o preenchimento dos dados.

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

Todas as ações são incorporadas à rotina do serviço já que conseguimos ter usuários hipertensos e diabéticos todos os dias nas tardes. Ademais, no horário da manhã oferecemos assistência às demandas espontâneas e as outras ações programáticas que chegam ao posto. Os usuários assistem a consulta, os familiares acompanham a evolução dos usuários, perguntam, ajudam e oferecem suas opiniões. A equipe encontra-se entusiasmada com o trabalho e seus objetivos.

Temos que aumentar as visitas domiciliares, elas são muito importantes para levar às orientações precisas e estreitar a relação médico-paciente. Também temos que aumentar a busca ativa dos hipertensos e/ou diabéticos faltosos e dos casos novos, assim como conseguir com que todos assistam as consultas de reavaliação.



O secretário de saúde, o supervisor do programa e colegas de trabalho aceitaram a proposta de forma positiva. A equipe encontra-se entusiasmada com o trabalho e seus objetivos. Pelo menos a intervenção ajudou a equipe a ser mais participativa, unida, e muito mais ágil em todo o processo. Cada membro sabe o seu papel e ganhamos dia a dia credibilidade. É muito satisfatório modificar a realidade na unidade, sendo possível continuar em busca da melhoria da atenção destes usuários e, conseqüentemente, redução das possibilidades de complicações devido a estas doenças.

Temos que melhorar o acesso às visitas domiciliares, onde o meio de transporte é muito importante na hora de realizar visitas distantes, podendo assim trazer maior número de usuários acompanhados.

Primamos por melhorar o acompanhamento dos usuários de alto risco, realizando encaminhamento e orientações adequadas para suas patologias e complicações. A contra referência ainda é precária em alguns casos. Este tema já foi discutido com o secretário de saúde e o supervisor do programa, esperamos que em breve estes serviços estejam regularizados. Foram inseridas as ações planejadas no projeto de intervenção e as mesmas estão incorporadas à rotina da equipe. Continuamos trabalhando na busca ativa de pacientes hipertensos e diabéticos.

A intervenção modificou a visão dos profissionais da equipe em relação ao manejo dos pacientes hipertensos e diabéticos. Outros pontos positivos e benefícios para a população em geral foram às facilidades dos atendimentos, fortificação da relação médico-paciente e melhor controle de hipertensos e diabéticos.

A partir de agora a minha frente de trabalho voltada aos hipertensos e diabéticos adscritos à nossa UBS será oferecer assistência integral continuada, com cadastramento e acompanhamento, incentivando a atividade física regular, a promoção de atividades educativas, fornecimento de medicamentos, oferta de exames básicos, referência a especialistas estruturando o cuidado a partir da nossa equipe de saúde da família, levando em consideração as especificidades de cada um dos usuários. Ainda, enfatizar a busca das mudanças nos processos de trabalho da equipe e priorização no modelo centrado no sujeito e suas necessidades.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A intervenção durou 12 semanas no período do dia 21 de setembro até o dia 8 de dezembro de 2015. A mesma teve como objetivo melhorar e qualificar a atenção dos usuários hipertensos e/ou diabéticos da unidade UBS São Gonçalo do Município Fronteiras do estado Piauí. Nossa área adstrita tem uma população de 1880 habitantes e de acordo com o indicador de cobertura na UBS a estimativa de usuários com HAS com 20 anos ou mais residentes na área segundo o VIGITEL é de 286 e para os usuários com DM é de 71. Segundo o caderno de ações programáticas antes de iniciar a intervenção tínhamos 31% de cobertura para os usuários hipertensos e 14% para os usuários diabéticos na área adstrita da UBS.

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas

**Meta 1.1:** Cadastrar 60% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

A área adstrita da UBS tem uma estimativa de 286 hipertensos nesta faixa etária, de modo que a intervenção focalizou os usuários que fazem o atendimento na UBS e os novos casos achados na busca ativa, conseguindo um total de 205 usuários no total ao final da intervenção, alcançando uma cobertura final de 71,7%.

Conseguimos cadastrar 205 usuários durante os três meses de intervenção. No primeiro mês conseguimos cadastrar 64 usuários (22,4%), no segundo mês 133 usuários (46,5%) e no terceiro mês completamos 205 (71,7%) HAS cadastrados na área adstrita da UBS (Figura 1).

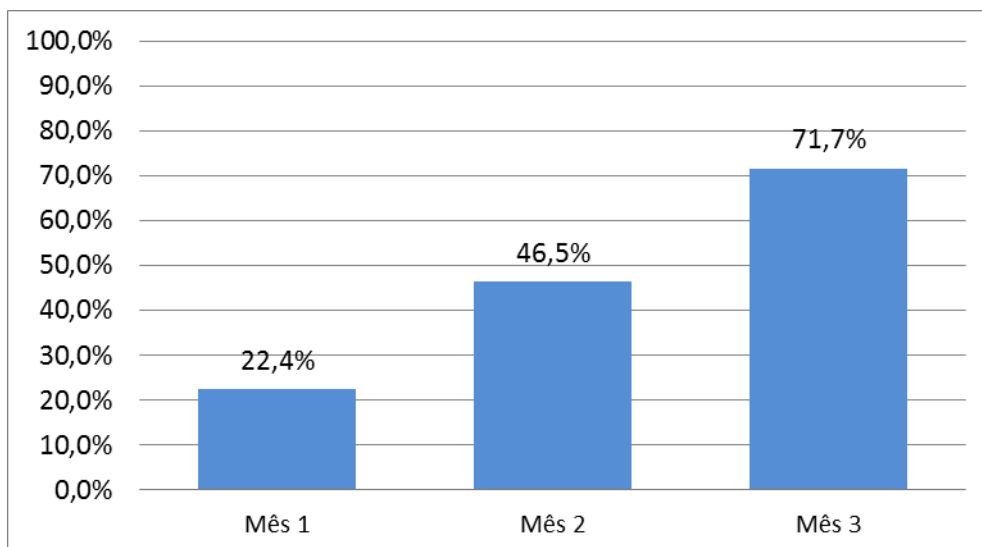


Figura 1 - Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao usuário com hipertensão na UBS São Gonçalo, PSF, Fronteiras / PI.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UBS São Gonçalo.

O trabalho em conjunto da equipe, o cadastramento dos usuários da área adstrita, a busca ativa de novos casos, o acompanhamento durante as visitas domiciliares e as orientações oferecidas a população ajudaram na evolução favorável deste indicador.

**Meta 1.2:** Cadastrar 50% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

A área adstrita da UBS tem uma estimativa de 71 diabéticos nesta faixa etária, de modo que a intervenção focalizou os usuários que fazem o atendimento na unidade básica de saúde e os novos casos achados na busca ativa, chegando a um total de 53 usuários ao final da intervenção, alcançando uma cobertura final de 74,6%. O trabalho em conjunto da equipe, o cadastramento dos usuários da área adstrita, a busca ativa de novos casos, o acompanhamento durante as visitas domiciliares e as orientações oferecidas a população ajudaram na evolução favorável deste indicador.

Conseguimos cadastrar 53 usuários durante os três meses de intervenção. No primeiro mês conseguimos cadastrar 14 (19,7%) usuários. No segundo mês 29 usuários (40,8%) e no terceiro mês completamos 53 (74,6%) diabéticos cadastrados na área adstrita da UBS (Figura 2).

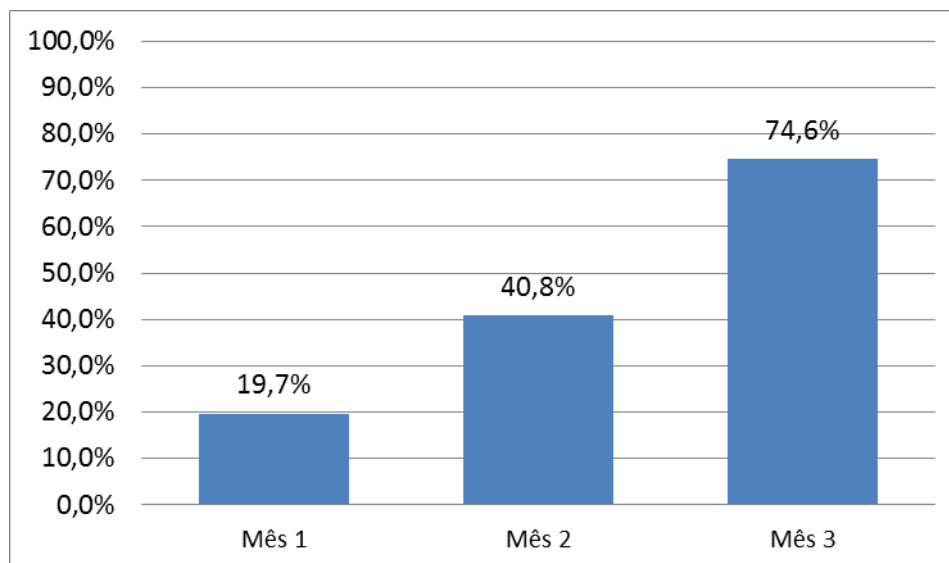


Figura 2 - Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção aos usuários com diabetes na UBS São Gonçalo, PSF, Fronteiras / PI

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UBS São Gonçalo.

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

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

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

No primeiro mês conseguimos realizar a 64 usuários o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, totalizando (100%). No segundo mês 133 usuários foram atendidos com exame clínico em dia (100%) e ao final da intervenção no terceiro mês também conseguimos chegar aos 100% de cobertura, quando os 205 usuários cadastrados estavam com o exame clínico em dia.

No caso das pessoas com diabetes, conseguimos no primeiro mês realizar aos 14 usuários o exame clínico em dia de acordo com o protocolo totalizando (100%), no segundo mês 29 usuários (100%) e no terceiro mês também conseguimos chegar aos 100% de cobertura, onde os 53 usuários cadastrados estavam com o exame clínico em dia.

Para fazer um exame clínico com qualidade, nós tivemos a participação dos ACS, os quais colaboraram muito para que as famílias proporcionassem as melhores condições para a realização do mesmo.

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

No caso das pessoas com diabetes, conseguimos no primeiro mês realizar aos 14 usuários o exame dos pés em dia de acordo com o protocolo totalizando (100%), no segundo mês 29 usuários (100%) e no terceiro mês também conseguimos chegar aos 100% de cobertura, onde os 53 usuários cadastrados estavam com o exame dos pés em dia.

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

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

No primeiro mês, dos 64 cadastrados 44 (68,8%) usuários tiveram os exames complementares em dia. No segundo mês, dos 133 cadastrados 113 usuários (85%) estavam com os exames complementares em dia e no terceiro mês 205 hipertensos foram cadastrados e 182 usuários (88,8%) estavam com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo (Figura 3).

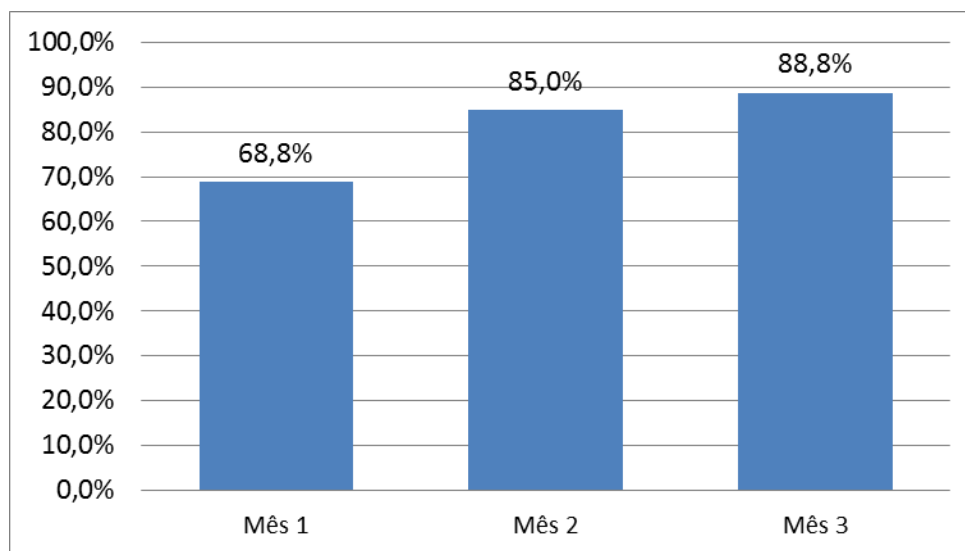


Figura 3 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com exames complementares em dia na UBS São Gonçalo, PSF, Fronteiras / PI.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UBS São Gonçalo.

No tocante aos usuários com DM, no início no primeiro mês, dos 14 cadastrados, 08 (57,1%) usuários estavam com os exames complementares em dia. No segundo mês, dos 29 cadastrados 22 usuários (75,9%) estavam com os exames complementares em dia e no terceiro mês foram cadastrados e acompanhados 44

usuários (83%) (Figura 4).

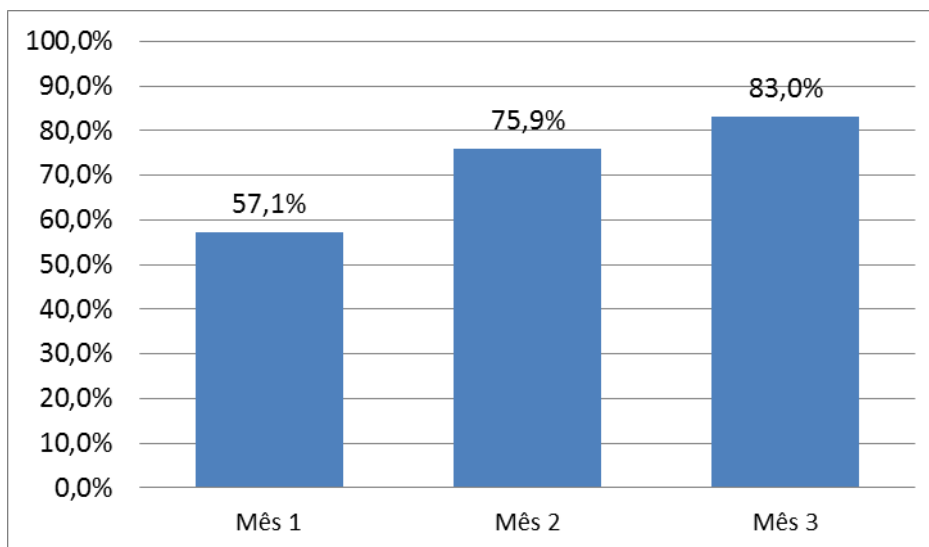


Figura 4 - Gráfico indicativo da proporção de pessoas com diabetes, com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, PSF, Fronteiras / PI.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UBS São Gonçalo.

Não conseguimos chegar aos 100%, pois além de nós oferecermos toda a informação necessária sobre a importância da sua realização, é uma situação muito difícil, já que só existe um laboratório do SUS e fica na cidade a 47 km de distância, onde muitos dos usuários não podem se transladar-se por alguma incapacidade e/ou dificuldade com o transporte, além do que a maioria são pessoas idosas de baixa renda e não tem como pagar os exames de forma particular.

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

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

No primeiro mês 56 (87,5%) usuários cadastrados com HAS recebem medicamentos da Farmácia Popular. No segundo mês 117 (88,6%) e no terceiro mês 183 usuários que utilizam medicamentos deste programa, totalizando 89,7% de cobertura (Figura 5).

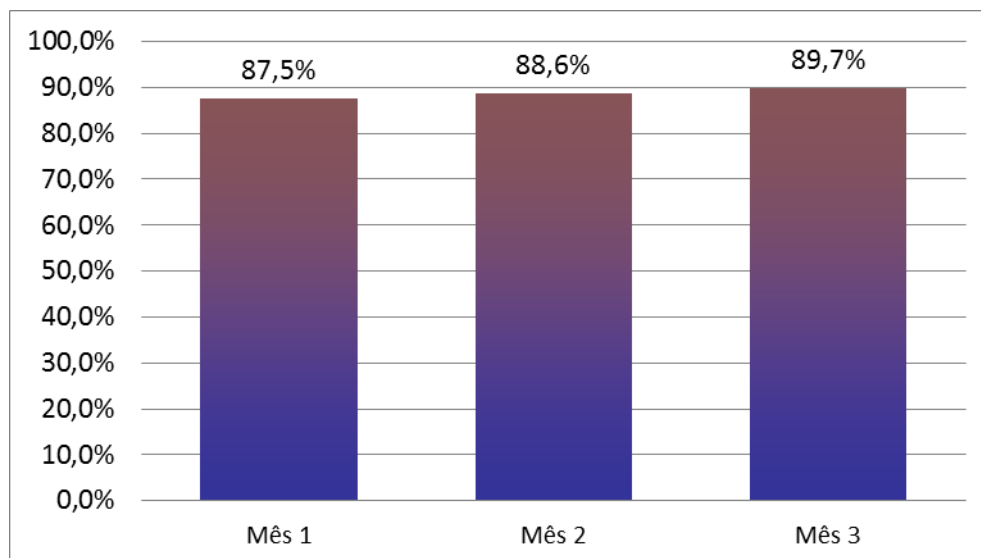


Figura 5 - Gráfico indicativo da proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS São Gonçalo, PSF, Fronteiras / PI.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UBS São Gonçalo.

Para aqueles com DM, chegamos no primeiro mês a 12 usuários cadastrados e recebendo medicamentos da Farmácia Popular, o que representa (85,7%). No segundo mês 27 (93,1%) e no terceiro mês 50 usuários que utilizam medicamentos deste programa totalizaram 94,3% de cobertura (Figura 6).

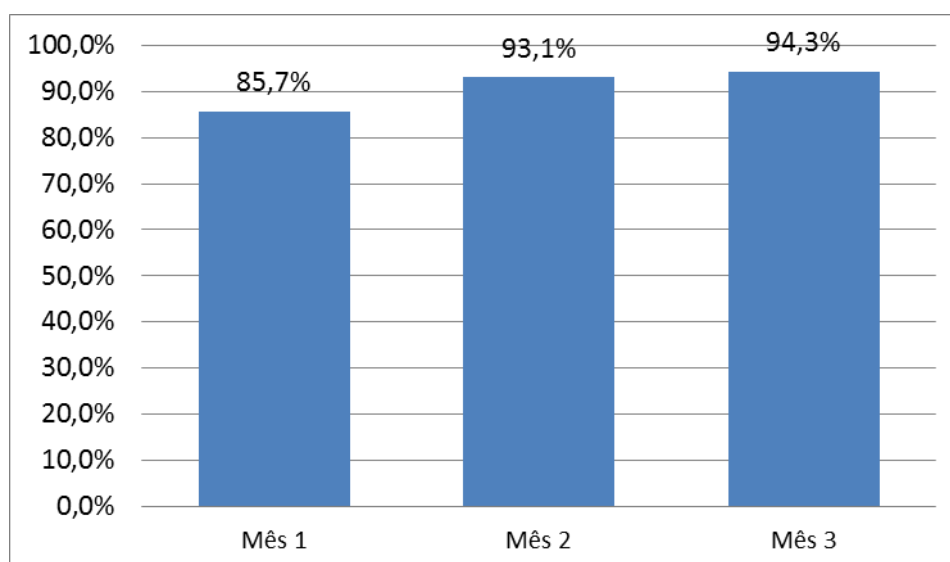


Figura 6 – Gráfico indicativo da proporção de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS São Gonçalo, PSF, Fronteiras / PI.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UBS São Gonçalo.

Em relação aos usuários com HAS e DM a equipe sempre manteve a informação e as orientações sobre as facilidades do Programa Farmácia Populares. Conseguimos trocar algumas medicações, outras não conseguimos, pois, apesar de

insistir explicando que os mesmos são muito bons e as vantagens de obter os medicamentos de forma gratuita em dita farmácia alguns deles referem que se dão bem com os remédios indicados por outros especialistas, tais como: endocrinologista e cardiologista, ao passo que preferem continuar com essa medicação, alguns argumentando que lhes está indo bem com o tratamento do especialista e não querem se arriscar.

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

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

No primeiro mês conseguimos fazer avaliação da necessidade de atendimento odontológico aos 64 usuários hipertensos cadastrados, no segundo mês aos 133 usuários cadastrados e no terceiro mês aos 205 cadastrados, chegando aos 100% de cobertura nos três meses da intervenção. O mesmo ocorreu com as pessoas com diabetes, sendo que no primeiro mês foram 14 usuários diabéticos cadastrados, no segundo mês aos 29 usuários cadastrados e no terceiro mês aos 53 cadastrados, chegando a 100% de cobertura nos três meses da intervenção.

Foi de muita ajuda as orientações oferecidas pela equipe sobre a importância da realização da atenção odontológica, já que muitos usuários têm a costume de assistir ao dentista só quando tem alguma urgência. As frequências de consultas ao dentista não eram suficientes para atender a demanda, por este motivo foi preciso falar mais de uma vez com os gestores. Felizmente este problema foi resolvido com mais dias de consultas, o que ainda é insuficiente.

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

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

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

No primeiro mês tivemos 6 usuários hipertensos faltosos a consulta, mas foi feita a busca ativa através dos ACS, os quais conseguiram 100% nas buscas. No segundo mês também tivemos 6 e no terceiro mês foram 14 usuários faltosos à



consulta, mas todos foram buscados, atingindo 100% nos três meses.

O mesmo ocorreu com os usuários diabéticos que faltaram às consultas, sendo que no primeiro mês foi 1 usuário, no segundo mês chegamos a 3 e no terceiro mês foram 4 usuários faltosos, mas todos foram buscados em cada mês correspondente à falta, totalizando 100% nos três meses.

Todos os ACS participaram no dia de consulta de sua micro-área, ao passo que tinham conhecimento dos faltosos para fazer a busca ativa e orientar a importância da consulta, já fazendo entrega da programação para próxima semana. Ainda, passava para nós da UBS as causas das ausências. Importante salientar que todos os usuários também eram atendidos em qualquer dia na unidade, conforme é a demanda espontânea.

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

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

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

No primeiro mês os 64 usuários acompanhados na UBS tiveram registro adequado na ficha de acompanhamento, o que representa (100%), no segundo mês 133 (100%) e no terceiro mês 205 usuários, totalizando (100%) de cobertura nos três meses da intervenção. No caso da diabetes, dos 14 usuários acompanhados 100% tiveram o registro adequado na ficha de acompanhamento, no segundo mês 29 (100%) e no terceiro mês 53 usuários, totalizando 100% de cobertura nos três meses da intervenção.

É de se destacar que antes do começo da intervenção já tínhamos as fichas espelhos para desenvolver o trabalho e começar o projeto, mas não tínhamos muita habilidade para preenchê-las corretamente, pelo qual recebemos ajuda da secretaria de saúde para o fornecimento contínuo das fichas e poder manter o ritmo de coleta de dados.

**Objetivo 5:** Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

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

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

No início da intervenção 64 (100%) usuárias foram avaliadas para o risco cardiovascular. No segundo mês 133 e no terceiro mês 205 hipertensos tiveram avaliação da estratificação do risco cardiovascular, chegando aos 100% de cobertura nos três meses da intervenção.

No caso dos usuários com diabetes foram 14 usuárias (100%) no primeiro mês, no segundo mês 29 e no terceiro mês 53 diabéticos tiveram avaliação da estratificação do risco cardiovascular, chegando aos 100% de cobertura nos três meses da intervenção.

É importante que a avaliação de risco seja permanente, em todas as consultas, isto constitui um processo dinâmico para identificar agravos à saúde e consequente redução das possibilidades de complicações devido a estas doenças.

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

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

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

No primeiro mês orientamos 64 usuários hipertensos sobre alimentação saudável, no segundo mês 133 e no terceiro mês 205 usuários tinham orientação nutricional. Dessa maneira 100% dos usuários cadastrados estavam com esta orientação em dia ao longo dos 03 meses de intervenção.

Em se tratando dos usuários com DM, no primeiro mês orientamos 14 usuários diabéticos sobre alimentação saudável, no segundo mês 29 e no terceiro mês 53 usuários sobre orientação nutricional. Dessa maneira 100% dos usuários cadastrados estavam com esta orientação em cada mês da intervenção.

Todos os usuários receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável pela médica, a enfermeira, a técnica de enfermagem, os ACS e a nutricionista do NASF no transcurso da intervenção, apoiados nos encontros, nas palestras, nas visitas domiciliares e nas consultas clínicas.

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

**Meta 6.4:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física

a 100% das pessoas com diabetes.

No primeiro mês 64 usuários hipertensos foram orientados em relação à prática regular de atividade física, no segundo mês 133 e no terceiro mês os 205 usuários hipertensos cadastrados estavam com orientação em relação à prática regular de atividade física.

Em relação aos usuários com diabetes, no primeiro mês 14 usuários foram orientados em relação à prática regular de atividade física, no segundo mês 29 e no terceiro mês os 53 usuários diabéticos cadastrados estavam com orientação em relação à prática regular de atividade física.

As ações que ajudaram para manter o indicador foram às orientações oferecidas nas consultas clínicas, nas visitas domiciliares e nos encontros com os hipertensos, onde através de palestras cada integrante da equipe foi participante da fala sobre as vantagens de fazer atividade física de forma regular.

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

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

Em relação a esta meta, 64 usuários hipertensos receberam orientação sobre os riscos do tabagismo no primeiro mês, no segundo mês 133 usuários e no terceiro mês os 205 hipertensos cadastrados receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, ou seja, o 100% dos usuários com HAS cadastrados receberam esta orientação nos três meses da intervenção.

Em relação à meta 6.6, 14 usuários diabéticos receberam orientação sobre os riscos do tabagismo no primeiro mês, no segundo mês 29 usuários e no terceiro mês os 53 diabéticos cadastrados receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, ou seja, os 100% dos usuários com HAS cadastrados receberam esta orientação nos três meses da intervenção.

Todos receberam a orientação e participaram de forma ativa nos encontros. A médica em conjunto com a enfermeira, a técnica de enfermagem, e os ACS realizaram a orientação de todos os usuários sobre o alto risco do uso do tabagismo, apoiados na cobertura das palestras, dos encontros, das visitas domiciliares e das consultas.

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

hipertensão.

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

No primeiro mês 64 usuários com HAS receberam orientação sobre higiene bucal, no segundo mês 133 e no terceiro mês 205 usuários receberam esta orientação atingindo 100% de cobertura durante os três meses de intervenção. A meta foi atingida com ajuda de métodos alternativos de educação, com destaque para a participação do dentista e a assistente de saúde bucal nas palestras, além das orientações oferecidas nas visitas domiciliares no conhecimento sobre o tema, ajudando na assistência disciplinada dos usuários à consulta odontológica.

No caso dos usuários com diabetes no primeiro mês 14 usuários receberam orientação sobre higiene bucal, no segundo mês 29 diabéticos e no terceiro mês 53 usuários receberam esta orientação atingindo 100% de cobertura durante os três meses de intervenção. Assim com na meta 6.7, referente aos usuários com hipertensão a meta 6.8 foi atingida com ajuda de métodos alternativos de educação, com a participação do dentista e da assistente de saúde bucal nas palestras, além das orientações oferecidas nas visitas domiciliares.

## 4.2 Discussão

A intervenção proporcionou a ampliação da cobertura na atenção em relação aos hipertensos e diabéticos, atingimos a meta estipulada. Melhoramos os indicadores de qualidade como, exame clínico em dia, números de usuários com exames laboratoriais em dia, proporção de HAS e DM fazendo uso de medicamentos da farmácia popular, fizeram avaliação da necessidade de atendimento odontológico à todos os HAS e DM, melhoramos os registros, conseguimos fazer a avaliação do risco cardiovascular de todos os usuários e aumentamos a educação em saúde, priorizando orientação nutricional, orientação sobre a prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo e a orientação sobre a higiene bucal.

Antes de iniciar a intervenção a equipe teve capacitações com o médico e a enfermeira, com a intenção de seguir as recomendações e orientações do Ministério de Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da HAS e DM. Esta atividade proporcionou um trabalho em equipe da médica, da

enfermeira, da técnica em enfermagem e dos ACS. Em linhas gerais ficaram como atribuição do médico e da enfermeira, a consulta clínica, os registros e as palestras. O rastreamento, a tomada da pressão arterial e o teste de glicose a técnica em enfermagem, os ACS ficaram encarregados pelas visitas domiciliares, busca ativa de faltosos e de novos casos.

Todas estas atividades tiveram impacto na atenção odontológica e sua incorporação conosco foi consolidada, trazendo atenção integral e completa aos usuários hipertensos e diabéticos. Antes da intervenção as atividades de atenção aos HAS e DM não era tão organizada, o profissional envolvido era apenas o médico, agora é uma equipe multidisciplinar composto além do médico, da enfermeira, a técnica em enfermagem, os ACS, o assistente dental e o dentista que também fazem parte das atividades.

A intervenção ajudou a equipe a ser mais unida, participativa e mais ágil em todo o processo de trabalho. Cada membro sabe o seu papel e importância para a comunidade e ganhamos credibilidade dos usuários, isto é muito satisfatório.

A intervenção proporcionou um maior controle das doenças desses usuários e um maior número de HAS e DM foram cadastrados. Será possível continuar em busca da melhoria da atenção destes usuários e conseqüente redução das possibilidades de complicações devido à estas doenças.

Agora com as atividades organizadas podemos atender melhor a demanda espontânea e outras ações programáticas. O impacto da intervenção felizmente já é percebido pela comunidade. Os usuários estão satisfeitos com o serviço desenvolvido e com a prioridade no atendimento. Ainda precisamos melhorar o número de vagas para o dentista que gera insatisfação, a realização de maior número de exames laboratoriais, número maior de usuários utilizando medicamentos da farmácia popular e chegar a 100% de HAS e DM cadastrados e acompanhados na UBS.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional eu tivesse discutido melhor as atividades que vinha desenvolvendo com a equipe e maior quantidade de dias de atendimentos que foram tirados pela secretaria de saúde por não ter recursos suficientes para levar a equipe todos os dias para trabalhar em nossa unidade básica de saúde rural. Também faltou melhor articulação com os gestores para conseguir fazer os exames laboratoriais com facilidade para os usuários mais carentes e com dificuldades de se locomover.

Agora que estamos no final do projeto, eu considero que a equipe está mais integrada e que temos condições para superar algumas das dificuldades encontradas. A intervenção será incorporada a rotina do serviço, temos trabalhado em conjunto com a comunidade na busca das melhores soluções para os nossos usuários HAS e/ou DM, mas ainda falta informação para os usuários, sobre o funcionamento e organização do trabalho em nossa unidade.

A intervenção proporcionou uma panorâmica do funcionamento do programa de atenção à saúde dos usuários HAS e/ou DM na nossa área e temos logrado pôr em prática nossas ideias, sempre registrando cada detalhe, e logrando a continuidade da ação, não somente buscando um resultado, sempre pensando que o logro não é só realizar uma ação de doze semanas, mas sim uma intervenção que fique como funcionamento da UBS e que de continuidade à realização de outras ações programáticas e com o objetivo final de que essas boas práticas em saúde pública melhorem a saúde de nossa população.

Neste momento, realmente eu acredito que a intervenção tem sido todo um sucesso, embora com algumas dificuldades, muitas vezes relacionadas com o papel dos gestores municipais, mas eu tenho certeza que estas ações desenvolvidas por nossos profissionais nas UBS, serão um incentivo para grandes mudanças, que ainda são muito necessárias.

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

À Secretaria Municipal de Saúde:

Conforme foi do conhecimento e aval dessa gestão, realizamos uma intervenção em atenção aos usuários Hipertensos e/ou Diabéticos de nossa área de abrangência durante 12 semanas.

Com a intervenção conseguimos aumentar a cobertura da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), onde foram cadastrados 205 (71,7%) usuários durante os três meses de intervenção. Em relação aos usuários com Diabetes Mellitus (DM) conseguimos aumentar a cobertura de forma significativa com 53 (74,6%) usuários diabéticos cadastrados. Também melhoramos os indicadores de qualidade como: exame clínico em dia, usuários com exames laboratoriais em dia, usuários fazendo uso de medicamentos do programa farmácia popular. Promovemos a avaliação da necessidade de atendimento odontológico, melhoramos os registros na UBS, conseguimos a avaliação do risco cardiovascular de todos os usuários, aumentamos a educação em saúde, priorizando orientação nutricional, orientação sobre a prática de atividade física, sobre os riscos do tabagismo e orientação sobre a higiene bucal.

Estamos muito felizes, pois com a intervenção nossa equipe não ganhou somente credibilidade, mas também asseguramos acompanhamento de um número maior de usuários e, assim, a prevenção de muitas das complicações que podem causar estas doenças crônicas não transmissíveis.

Agradecemos a Secretaria de Saúde que forneceu todas as fichas espelho ao longo dessas 12 semanas, além de nos apoiar garantindo o material adequado para a medida da pressão arterial, como o esfigmomanômetro, manguito, fita métrica e, ainda, na realização de hemoglicoteste na UBS. Também agradecemos o apoio da gestão para a realização das capacitações que foram realizadas no início da

intervenção, nos disponibilizando horário e fornecendo materiais audiovisuais. Apesar do referido apoio aproveitamos a oportunidade para informar que enfrentamos algumas necessidades dependentes da gestão para a realização de algumas ações e, conseqüentemente, melhora nos resultados, como a falta de disponibilidade do transporte em algumas ocasiões para o deslocamento até a UBS e atendimento odontológico insuficiente.

Todas as ações previstas no projeto foram desenvolvidas, mas temos algumas como a atenção do dentista, que com a colaboração dos gestores conseguimos aumentar a quantidade de atendimentos em mais dias de consultas, mas que ainda são insuficientes. Em relação aos exames complementares, muitos usuários não conseguem fazê-los, pois temos apenas um laboratório com convênio do SUS, que fica a 47 km de distância da UBS, sabemos que a maioria dos usuários são pessoas idosas, de baixa renda e que não possuem condições para fazer estes exames de maneira particular, por este motivo precisamos que os gestores possam propiciar meios de ampliar essas vagas para os usuários dessa região. Penso que uma das estratégias também pode ser a promoção da coleta dos exames na UBS, ao invés do usuário deslocar-se até o laboratório. Seria uma forma de buscarmos a atenção a alguns princípios da Atenção Básica, como a acessibilidade. Nesse sentido a gestão poderia ter disponibilizado o pessoal de laboratório treinado para a coleta de exames e os meios necessários para a extração na UBS.

Depois de concluída a intervenção, vimos a equipe bem mais organizada, cada um sabendo melhor as suas funções e com a ideia de incorporar novas ações programáticas. Felizmente a comunidade está aderindo aos serviços prestados e estão procurando a unidade de saúde com maior frequência. A comunidade está percebendo o profissionalismo da equipe e que suas necessidades de atenção médica podem ser resolvidas perto de donde moram e que não precisam se deslocar para outras unidades de saúde, como hospitais, com o conseqüente gasto de tempo e dinheiro.

Estamos ainda nos mobilizando para melhor aperfeiçoar o nosso serviço. Há outras dificuldades encontradas em nossa intervenção e que necessitam fundamentalmente da gestão para funcionamento ótimo, de modo que estamos à disposição para discutir como continuar melhorando essa ação programática, bem como novas estratégias.

Atenciosamente, UBS São Gonçalo do Município.



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

Prezada comunidade.

Vimos por meio desse relatório com a finalidade de descrever para a população vinculada a essa unidade de saúde acerca da intervenção feita durante 12 semanas. A mesma teve como objetivo melhorar e qualificar a atenção dos usuários Hipertensos e/ou Diabéticos de nossa área de abrangência.

A importância desta intervenção foi que melhorando o atendimento feito pela equipe juntamente com a melhora da frequência dos portadores dessas doenças às consultas, à realização dos exames complementares necessários e controlando os índices de glicemia capilar e de pressão arterial poderemos reduzir o número de mortes e sequelas devido a problemas cardiovasculares.

Ampliamos a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos, melhoramos a adesão desses ao programa, melhoramos a qualidade do atendimento, do registro das informações. Realizamos um mapeamento do risco de doença cardiovascular e promovemos à saúde aos hipertensos e diabéticos inscritos no programa, por meio de diversas orientações em saúde ministradas ao longo do processo, como orientação nutricional, orientação sobre a prática de atividade física, sobre os riscos do tabagismo e orientação sobre a higiene bucal. Assim, finalizamos essa etapa com muitos usuários hipertensos e diabéticos com o exame clínico em dia, com os exames laboratoriais em dia, com medicamentos prescritos de acordo com o que é disponível na farmácia popular e com a avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Saibam todos vocês da comunidade que também melhoramos os registros na unidade de saúde, a organização das ações e serviços oferecidos.

Temos ainda algumas dificuldades como a atenção do dentista, ainda que tenhamos conseguido aumentar a quantidade de atendimentos em mais dias de consultas, mas reconhecemos ainda ser insuficientes. Ainda precisamos melhorar a

realização dos exames complementares e as manobras de deslocamento da equipe até a Unidade de Saúde e o seu micro áreas.

As ações realizadas na Intervenção já fazem parte da rotina do trabalho diário da Unidade Básica de Saúde, continuamos trabalhando na busca ativa de pacientes hipertensos e diabéticos maiores de 18 anos de idade para garantir que todos tenham uma saúde de qualidade.

Precisamos sempre do apoio e participação da comunidade para que nós possamos melhorar a qualidade de todos, não apenas dos usuários com hipertensão e diabetes, pois todos merecem um atendimento adequado, com tudo o necessário para se obter uma saúde de qualidade.

Atenciosamente, equipe da UBS São Gonçalo.

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

O curso de especialização em saúde da família superou minhas expectativas, eu penso que esse curso à distância foi muito legal e interessante, ajudou-me muito na superação com o idioma português, também na aprendizagem e atualização dos protocolos do Brasil, além da utilização de uma bibliografia atualizada. Todas as unidades foram organizadas de uma maneira integral e os orientadores trabalharam com muita paciência e de maneira Profissional.

No começo, na recepção dos “Mais Médicos” gostei muito do acolhimento por todos os profissionais do curso e da interação e troca de experiências da chegada do programa ao Brasil, quando falamos sobre os nossos sonhos para a saúde pública e conhecemos muito melhor a política nacional de Atenção Básica.

Durante as semanas de ambientação tivemos a oportunidade de falar sobre as expectativas em relação ao curso e de estabelecer paralelo com o projeto pedagógico e guia do especializando, além disso, conhecemos a carta de direitos dos usuários da saúde, além no fórum das dúvidas clínicas e fórum de saúde coletiva. Compartilhamos experiências e falamos de nossas vivências, além de estudar temas relacionados sobre promoção de saúde e educação popular, os quais são de muita importância para fazer a prevenção sobre como eliminar os riscos e controlar os fatores de riscos.

Achei muito interessante os questionários desenhados pelo curso, os quais foram de muita utilidade para conhecer as debilidades e fortalezas de nossa UBS. Também possibilitou fazer reflexões sobre a estrutura física e sobre as principais ações programáticas, o que permitiu fazer o Relatório da Análise Situacional, o qual foi de grande importância para fazer o Projeto de Intervenção e também para melhorar o trabalho na UBS.

Na Análise Estratégica realizamos a definição do Foco da Intervenção com a ação programática de maior dificuldade na UBS e a partir daí fizemos toda a estrutura do projeto da intervenção, o que facilitou a organização do nosso trabalho futuro, além do mais, foi de muita utilidade para o conhecimento da metodologia e das ferramentas para fazer novas intervenções com outras ações programáticas. Ainda, realizamos os Testes de Qualificação Cognitiva, com muitas perguntas que foram de muita utilidade para consolidar os temas principais do curso. Eu acho que todo esse conhecimento ajudou muito.

O Diálogo Orientador/Especializando (DOE), com os orientadores Glebson Moura e Ailton Gomes Brant foi um espaço de grande ajuda para aclarar as dúvidas e pouco a pouco melhorar todos os documentos postados. A elaboração final do volume do TCC nos permite olhar uma parte importante de todos os esforços e conhecimentos adquiridos durante o projeto e todo o curso de especialização em saúde da família.

Os estudos da prática clínica foram de muita utilidade para fazer a revisão dos temas que tiveram o nível de dificuldade maior durante os TQC. Gostei que depois dos exames foram postados os resultados, experiência muito interessante na qual tentei aproveitar a maioria dos livros e arquivos disponibilizados pelo curso.

Uma das atividades que mais gostei durante o curso foram os casos interativos, os quais abordaram temas de muita utilidade na prática médica diária que ajudaram na preparação para o trabalho em nosso dia a dia.

Para concluir, eu gostaria de dizer que o curso foi excelente para conhecer melhor as ações desenvolvidas nas unidades da Atenção Básica e suas peculiaridades no Brasil, o que resultou em um maior profissionalismo e aceitação pela população e a comunidade, as quais eu considero que foram as mais beneficiadas com este processo de aprendizagem.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.58p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 160 p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 128 p.

IBGE. **Censo demográfico 2010**. Brasil, 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=220430>>. Acesso em: 25 fev. 2016.

## **Anexos**

## Anexo A - Planilha de coleta de dados

### Aba Dados da UBS

4	Número total de <b>pessoas com hipertensão</b> com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)				→ Considere o total de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao hipertenso na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.
5	Número total de <b>pessoas com diabetes</b> com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)				→ Considere o total de pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao diabético na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.
9	<b>Pessoas com hipertensão</b>	Mês 1	Mês 2	Mês 3	→ <b>OBSERVAÇÕES</b> Considere as pessoas que tem APENAS hipertensão e são residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa na UBS. Você pode obter este dado contando as fichas de pessoas com hipertensão / fichas espelho /
10	Número total de pessoas com hipertensão com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao hipertensão em cada mês da intervenção				
11	<b>Pessoas com diabetes</b>	Mês 1	Mês 2	Mês 3	→ Considere as pessoas que tem APENAS pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa na UBS.
12	Número total de pessoas com diabetes com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao diabético em cada mês da intervenção				
20	*Estimativa no território				
21	População total				→ Digite a <b>população total</b> nesta célula de acordo com sua realidade e as estimativas serão calculadas automaticamente. <b>Utilize estes números se você não dispõe de dados cadastrais.</b> Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.
23	Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais (67% da população)	0			→ Este seria o número total estimado de pessoas com hipertensão com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C5. → Este seria o número total estimado de pessoas com diabetes com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C6.
24	Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais COM HIPERTENSÃO (22,7%) (VIGITEL, 2011)	0			
25	Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais COM DIABETES (5,6%) (VIGITEL, 2011)	0			

### Dados do mês

Indicadores Pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes - Mês 1		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
1	Nome do usuário	Nome	Em uso	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim			

### Aba Indicadores

INDICADORES HIPERTENSÃO E/OU DIABETES				
	Mês 1	Mês 2	Mês 3	
<b>1.1</b>	<b>Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na unidade de saúde</b>	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
	Numerador: Número total de pessoas com hipertensão com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS	0	0	0
	Denominador: Número total de pessoas com hipertensão com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de saúde	0	0	0
		0,0%	0,0%	0,0%
<b>1.2</b>	<b>Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na unidade de saúde</b>	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
	Numerador: Número total de pessoas com diabetes residentes na área e acompanhados na UBS	0	0	0
	Denominador: Número total de pessoas com diabetes com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de saúde	0	0	0
		0,0%	0,0%	0,0%
<b>2.1</b>	<b>Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo</b>	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
	Numerador: Número de pessoas com hipertensão com exame clínico em dia de acordo com o protocolo	0	0	0
	Denominador: Número de pessoas com hipertensão residentes na área e acompanhados na UBS	0	0	0
		0,0%	0,0%	0,0%
<b>2.2</b>	<b>Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo</b>	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
	Numerador: Número de pessoas com diabetes com exame clínico em dia de acordo com o protocolo	0	0	0
	Denominador: Número de pessoas com diabetes residentes na área e acompanhados na UBS	0	0	0
		0,0%	0,0%	0,0%
	<b>Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia</b>			





## Anexo C - Documento do comitê de ética



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

---

OF. 15/12  
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>  
Prof<sup>a</sup> Ana Cláudia Gestal 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