

**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 aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou  
Diabetes Mellitus na UBS/ESF Alto São Severino, Caraúbas/RN**

**Xiovery Hernandez Fleites**

**Pelotas, 2016**

**Xiovery Hernandez Fleites**

**Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou  
Diabetes Mellitus na UBS/ESF Alto São Severino, Caraúbas/RN**

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

Orientadora: Fernanda de Oliveira Meller

Pelotas, 2016

F596m Fleites, Xiovery Hernández

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS/ESF Alto São Severino, Caraúbas/RN / Xiovery Hernández Fleites; Fernanda de Oliveira Meller, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

86 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. Meller, Fernanda de Oliveira, orient. II. Título

CDD : 362.14

Dedico este trabalho a meu tesouro mais querido: minha família.

A meus pais por ser o livro que tem guiado o caminho da minha vida.

A minha esposa por sempre estar apoiando-me e ser a luz que me ilumina, e me da força para seguir adiante, mãe, esposa, mulher, amiga, fonte de um amor infinito e eterno, e está sempre comigo na alma e pensamento. A qual é a razão de minha vida.

As minhas lindas princesas, minhas filhas, que são a energia que impulsa cada latido de meu coração.

## **Agradecimentos**

Primeiramente a Deus, nosso guia e educador, sem o qual nossa vida não seria possível e que sempre está presente em minha vida.

A meus amigos virtuais e orientadores, Ângela Wilma Rocha, Jose Adailton e, sobretudo, a minha linda amiga e orientadora virtual Fernanda de Oliveira Meller, por sua compressão, sua paciência, seu apoio e ajuda. Sem os quais o presente trabalho não teria sido possível.

A todos meus professores e colegas médicos do curso que tanto nos comunicamos e nos deram apoio e ajuda através dos fóruns.

A meus amigos e gestores da secretaria de saúde, que tanta ajuda me deram.

A toda minha equipe de saúde que dia a dia trabalhamos juntos com muita dedicação e amor.

E a toda nossa população e a nosso povo que é a razão de nosso trabalho.

## Resumo

FLEITES, Xiovery Hernandez. **Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS/ESF Alto São Severino, Caraúbas/RN.** 2016. 87f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

As doenças crônico-degenerativas têm assumido uma importância cada vez maior no elenco de ações programáticas típicas da ação básica, em função da modificação da pirâmide populacional e do estilo de vida que levam estas doenças a condições epidêmicas na população brasileira. Este trabalho teve como objetivo melhorar a atenção à saúde dos usuários com 20 anos ou mais portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabete Mellitus pertencentes à área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Alto São Severino no município de Caraúbas-RN. Foi realizado um período de 12 semanas, seguindo um cronograma pré-estabelecido. Para o alcance dos objetivos e metas foram elaboradas ações nos quatro eixos pedagógicos (organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica, engajamento público, monitoramento e avaliação). Foram adotados como referencial teórico os cadernos de atenção básica: Hipertensão Arterial Sistêmica nº 37 e Diabete Mellitus nº 36, ambos do Ministério da Saúde e para as coletas dos dados foram utilizados os prontuários clínicos e as fichas espelho do Programa de Atenção aos hipertensos e diabéticos. Antes da intervenção, segundo estimativa da Planilha de coleta de dados, tínhamos cobertura de 78% de hipertensos e 57% de diabéticos. Além disso, em torno de 54 hipertensos e 6 diabéticos estavam com consultas atrasadas em mais de 7 dias. Em relação aos exames complementares em dia, 47% hipertensos e 28% dos diabéticos estavam em dia. No total, 360 hipertensos e 100 diabéticos participaram da intervenção, totalizando uma cobertura de 89,6% e 100%, respectivamente. Além disso, os exames complementares em dia tiveram uma melhora significativa contando com 97,2% dos hipertensos e 96% dos diabéticos. A intervenção proporcionou melhorias na atenção básica no território, mudanças no fluxo, no atendimento, no acesso e na qualidade da assistência à saúde da população. Após a intervenção alcançamos ter uma equipe mais capacitada com melhor organização e melhor conhecimento, capaz de fornecer uma atenção de melhor qualidade a nossa população, melhorou muito o acolhimento aos usuários hipertensos e diabéticos, as consultas programadas de cuidado continuado a nossos grupos de risco, a incorporação de nossa população à prática de exercícios físicos, às orientações nutricionais e a criação de grupos priorizados, além de reuniões com palestras educativas, tendo assim uma melhor participação de nossa comunidade e uma melhor satisfação da mesma pela realização de nosso trabalho. Alcançamos a manutenção da liberação dos exames laboratoriais gratuitamente a nossos grupos de risco para poder fazer uma avaliação de melhor qualidade e eficiência. Todos saímos com uma melhor preparação e a intervenção vai servir de exemplo para a realização da mesma em outros grupos de risco e assim contar com uma atenção de melhor qualidade, que nossa população tanto merece. As ações propostas foram incorporadas à rotina da Unidade, sendo um processo linear em busca de atingir as metas e os objetivos propostos que ficaram faltando.

**Palavras-chave:** Saúde da família; Atenção Primária à Saúde; Doença crônica, Diabetes mellitus; Hipertensão.

## Lista de Figuras

Figura 1	Proporção de hipertensos nos meses de outubro a dezembro de 2015, Caraúbas/RN	61
Figura 2	Proporção de diabéticos cadastrados nos meses de outubro a dezembro de 2015, Caraúbas/RN	62
Figura 3	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia nos meses de outubro a dezembro de 2015, Caraúbas/RN	64
Figura 4	Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia nos meses de outubro a dezembro de 2015, Caraúbas/RN.	65

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

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAP	Caderno de ações programáticas
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
CMS	Conselho Municipal de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
HA	Hipertensão Arterial
DANT	Doenças e Agravos. Não transmissíveis
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
RN	Rio Grande do Norte
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
VD	Visita Domiciliar

## Sumário

Apresentação.....	9
1 Análise Situacional.....	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	10
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	21
2 Análise Estratégica.....	23
2.1 Justificativa .....	23
2.2 Objetivos e metas .....	25
2.2.1 Objetivo geral .....	25
2.2.2 Objetivos específicos.....	25
2.3 Metodologia .....	27
2.3.1 Detalhamento das ações.....	28
2.3.2 Indicadores.....	42
2.3.3 Logística.....	48
2.3.4 Cronograma .....	52
3 Relatório da Intervenção.....	53
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	53
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	56
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	56
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	56
4 Avaliação da intervenção.....	58
4.1 Resultados.....	58
4.2 Discussão .....	69
6 Relatório da intervenção para a comunidade .....	75
7 Reflexão crítica sobre o seu processo pessoal de aprendizagem .....	78
Referências.....	80
Anexos.....	81
Anexo A - Documento do comitê de ética .....	82
Anexo B- Planilha de coleta de dados.....	83
Anexo C-Ficha-espelho .....	84
Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias.....	85

## **Apresentação**

Este volume trata-se de um projeto de intervenção realizado no Município de Caraúbas – RN, que teve o objetivo de melhorar a atenção dos hipertensos e diabéticos com 20 anos ou mais cadastrados na Unidade Básica de Saúde Alto São Severino. O documento apresenta a análise situacional da unidade, a análise estratégica, o projeto de intervenção, a avaliação da intervenção, a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem e a implementação da intervenção.

Este volume apresenta as seguintes etapas em sete seções. A primeira está composta pela Análise Situacional, na qual é feito um relato da realidade da atenção básica do município e da unidade alvo deste trabalho; a segunda pela Análise Estratégica – Projeto de Intervenção, na qual é descrito justificativa, objetivos e metodologia do trabalho; a terceira pelo Relatório da Intervenção, onde é realizada uma análise do processo de trabalho, dificuldades encontradas e perspectivas futuras; a quarta pela Avaliação da Intervenção, na qual descrevemos os resultados e os analisamos em uma discussão. A quinta e sexta seção são compostas pelos dois relatórios: um para a comunidade e outro para os gestores, respectivamente. Na sétima seção, é realizada uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem e implementação da intervenção, e por último, apresentaremos as referências bibliográficas e anexos utilizados no trabalho.

## **1 Análise Situacional**

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

Eu sou o médico Xiovery Hernandez Fleites do programa Mais Médicos. Minha Unidade Básica de Saúde está localizada em Caraúbas/Rio Grande do Norte e se chama Alto São Severino. É uma Unidade Básica adaptada, suas condições estruturais ainda precisam ser melhoradas, pois a nova está em construção, quase a terminar. De qualquer maneira, a estrutura de nossa unidade consta com: uma sala de acolhimento, uma sala de vacinação, recepção, consulta médica, sala de enfermagem, sala de curativos e sala de esterilização. Além disso, conta com uma equipe básica de saúde formada por: 12 agentes comunitários de saúde (ACS), 1 enfermeira, 2 técnicos em enfermagem, um médico, um odontólogo e uma técnica em odontologia, sendo que estes últimos trabalham em outro local, separados da UBS, mas pertencem à mesma.

Atendemos uma população de 2642 pessoas que compreende a zona rural e urbana. Os agendamentos são feitos para os atendimentos na unidade de saúde sempre nos dias que antecedem a consulta, pelo pessoal da recepção. Esses atendimentos são muito organizados, tendo dias específicos para cada consulta, pois baseamos nosso trabalho em programas ministeriais - como os de doenças crônicas (Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus), organizamos palestras educativas com estes grupos e também com o grupo de idosos. Além disso, programamos atividades de planejamento familiar, consultas de puericultura e de pré-natal, fazemos visitas domiciliares 2 vezes por semana a pessoas incapacitadas, idosos que precisem e demandem a visita juntos aos ACS, e trabalhamos na pesquisa de doenças como a tuberculoses, a Hanseníase e a Doença de Chagas.

O acolhimento é feito pelo pessoal da recepção e pelos técnicos de saúde, sempre existem turnos para a demanda espontânea e para as consultas programadas. O atendimento médico é feito de manhã e de tarde, começa às 7 horas e termina às 13 horas, descansa-se uma hora e continua na tarde das 14 horas até às 16 horas, sem contar os dois dias de visita domiciliar. As visitas domiciliares são agendadas pelos ACS, segundo as necessidades da população, e são realizadas pelo médico e pela enfermeira juntamente aos ACS nas tardes de terça e sexta-feira, visitando os usuários que devido a sua doença não podem ir até a unidade. As atividades de planejamento familiar, consultas de puericultura e de pré-natal são feitas pela enfermeira e pelo médico, respeitando o trimestre de gestação e a necessidade de tratamento, e são realizadas uma vez por semana (quarta-feira pré-natal e quinta-feira puericultura). As palestras educativas se realizam 2 vezes por semanas nas tardes e são feitas pela enfermeira e pelos ACS e, algumas vezes, o médico também participa.

A vacinação, os curativos e a entrega dos medicamentos são feitas pelos técnicos de enfermagem, assim como a aferição da pressão arterial e o peso dos usuários. As consultas de demanda espontânea e de doenças crônicas são feitas pelo médico que também participa junto aos ACS na pesquisa de enfermidades transmissíveis. Se o usuário precisa de encaminhamento médico, se tramita o mesmo com a secretaria de saúde. Existem muitas especialidades em nossa cidade, como ginecologistas, psicólogos, dermatologistas, ortopedistas, entre outras especialidades que se encontram em cidades perto da nossa. Existe um pouco mais de demora, mas sempre se busca atender a necessidade e urgência do usuário.

Realizamos reuniões com todo o pessoal da unidade, para trocar e transmitir os conhecimentos de medicina comunitária com enfoque biopsíquicosocial em todas as linhas de trabalho, para brindar uma atenção de melhor qualidade.

A equipe é muito unida e tem muito boa comunicação. Além disso, contamos com o apoio do Conselho de Saúde e Secretaria de Saúde para a realização de nosso trabalho. Porém ainda temos coisas que melhorar, como, por exemplo, o transporte, que às vezes não é adequado e precisamos dele para o trabalho na zona rural. A unidade é bastante pequena, tem espaços reduzidos e precisa de nova pintura, com vistas a melhorar a higienização. Há pouco tempo com a ajuda da prefeitura se climatizou a consulta do médico e da enfermeira. Ainda, estamos aguardando a nova Unidade Básica de Saúde (UBS), pois tudo vai estar melhor. Até

agora a população tem muita satisfação com a atenção médica e tem maior acessibilidade aos serviços de saúde. Eu acho que se a equipe continuar trabalhando assim pode proporcionar muitas mudanças de hábitos alimentares e fatores de risco aos quais a população está exposta, melhorando a qualidade de vida da mesma.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

Eu trabalho no município de Caraúbas/Rio Grande do Norte, na UBS Alto São Severino. A história do nosso Município começou em fins do século XVII quando era então habitado pelos Índios Potis, cuja aldeia se localizava nas imediações da Lagoa Apanha-Peixe. O primeiro povoador, segundo reza a tradição, foi Baltazar Nogueira, filho de Manoel Nogueira, fundador do Apodí. Estabelecendo uma fazenda de gado às margens da Lagoa Apanha-Peixe, construiu para defender-se dos ataques dos índios, uma casa forte, cujo local conserva ainda esse nome. A fazenda de Baltazar Nogueira foi saqueada e incendiada pelos índios na ausência de seu proprietário, quando teve que fazer uma viagem a Pernambuco.

Caraúbas tem como fundador o Tenente-General Francisco de Souza Falcão, fidalgo português, que ali se estabeleceu, fundando a fazenda Cachoeira na sesmaria do mesmo nome, adquirida por compra de Félix da Cruz. Souza Falcão em uma de suas viagens a Pernambuco, onde se casara, trouxe dois sobrinhos da esposa, Manoel da Cunha Pereira e Leandro da Cunha Bezerra Cavalcante. Pouco tempo depois de sua chegada, na fazenda Cachoeira, Leandro casou-se com sua prima Ana, filha de Souza Falcão. Após o casamento, fundou, por ordem de seu sogro, uma fazenda no Riacho das Caraúbas, data de terras que havia sido concedida a Souza no ano de 1780. Em 1791 uma grande seca ameaçou exterminar o gado da região. Leandro, devoto de São Sebastião, prometeu construir uma capela para o santo se surgisse água franca para a manutenção de sua fazenda. Cavando então um poço perto do riacho, viu surgir água franca, que nunca mais secou, passando o local a chamar-se “Poço de São Sebastião”. Construída a capela, as romarias e as festas religiosas, realizadas em honra do santo mártir, atraíam para o local grande número de fiéis, que vinham até mesmo dos mais distantes sertões.

A área do nosso município é de 1.099,90 km<sup>2</sup> sendo 14 km<sup>2</sup> na zona urbana e 1.076 Km<sup>2</sup> na zona rural. A densidade demográfica é de 17,98 hab./km<sup>2</sup> e a população municipal por sexo é 9.624 do sexo masculino e 10.068 do sexo feminino, totalizando 19.692 habitantes predominando a população rural. Foi utilizado como fonte para os dados o anuário estatístico de saúde do ano de 2013 do município.

A população rural se dedica à agricultura familiar, plantação de milho, feijões, arroz e criação de galinhas e gado para o consumo e venda. Em nossa população temos 504 crianças menores de 14 anos constituindo 19,7% da população total e um total de 285 idosos sendo 10,7%, predominando mais a população jovem que a idosa, e 69,6% da população está na faixa etária de 15 a 59 predominando a população adulta e trabalhadora.

A população da área de abrangência rural reside muito longe da UBS. São 4 assentamentos principais São José que fica a 6 km, Santo Antônio que fica a 13 km, Maravilha fica a 21 km e Aderramath a 26 km. O município disponibiliza o transporte 2 vezes na semana que é liberado pela secretaria de saúde para a realização de atendimentos e visitas domiciliares aos assentamentos rurais.

O município atualmente dispõe de uma capacidade instalada de: Hospital Regional e Caraúbas; Centro de Saúde de Caraúbas, com gabinete odontológico; 1 Estratégia de Saúde da Família (ESF) Centro de Saúde do Bairro Leandro Bezerra, com gabinete odontológico; 1ESF Posto de Saúde do Bairro São Severino; 1 ESF Posto de Saúde do Bairro Sebastião Maltes, com gabinete odontológico; 1ESF Posto de Saúde do Santo Antônio; UBS Tradicional Posto de Saúde da Comunidade de Apanha Peixe, com gabinete odontológico; UBS Tradicional Posto de Saúde da Comunidade de Mariana; 1 ESF Posto de Saúde da Comunidade de São Geraldo; USB Tradicional Posto de Saúde da Comunidade de Mirandas, com gabinete odontológico; 1 ESF Posto de Saúde da Comunidade de Abderramant; UBS Tradicional Posto de Saúde da Comunidade de Cachoeira, com gabinete odontológico; 1ESF 02 Centro de Análise Clínica; Clínica de fisioterapia; Policlínica; 03 Gabinetes Odontológicos privados; Centro de Especialidade Odontológica, com 04 gabinetes odontológicos e Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF).

O município tem 7 UBS com ESF e 4 UBS tradicional. As UBS são de gestão municipal e o Hospital é público, de responsabilidade estadual. Já os Centros de Análise Clínica e a policlínica são particulares, sendo prestadores de serviços ao

Sistema Único de Saúde (SUS). Todas as UBS encontram-se em funcionamento, contamos também com uma média de 30 pontos de atendimento em comunidades rurais que não dispõem de unidade básica. Estes pontos de atendimentos são centros comunitários ou residências.

No hospital regional temos algumas especialidades como: anestesiológico, cirurgião, clínico ginecologista, pediatra, psiquiatra, radiologista, nutricionista, psicólogo e fonoaudiólogo, aos quais encaminhamos nossos usuários, se necessário.

Nossa unidade é uma unidade rural e trabalha com o modelo do ESF, fazendo todos os atendimentos que estão contidos no programa, e a vinculação desta UBS com o SUS é com a prefeitura. A estrutura da unidade e o espaço são insuficientes e inadequados para atenção à saúde de acordo as necessidades da população. As palestras de promoção de saúde e prevenção de doenças são realizadas na sala de espera, com pouco espaço e condições deficientes de iluminação e ventilação, mas ainda estamos esperando a construção da nova unidade que conta com todos os espaços suficientes para poder realizar a ESF. Há mais de 20 anos, funciona como unidade. Era uma casa de família, foi adaptada para ser UBS, tendo 2 turnos de atendimento, de manhã e de tarde, sem oferecer atendimento nos fins de semana; nesta unidade não são desenvolvidas atividades de ensino. Temos definido área geográfica de abrangência e existe o mapa da área, atualizado neste ano.

Em nossa unidade de saúde existe apenas uma equipe de saúde, composta por: 01 médico, 01 enfermeira, 02 técnicas de enfermagem, 12 ACS, 01 odontólogo e 01 auxiliar em saúde bucal, os dois últimos fazem parte da equipe, mas trabalham em outro lugar fora de nossa UBS. Nossa UBS recebe apoio do NASF, formado por um farmacêutico, um ginecologista, um pediatra e um nutricionista que promovem o apoio para que a equipe cumpra com os programas e ações programáticas.

Em relação à estrutura, a UBS conta com: 7 salas - sendo 2 para consultas, 1 para vacinas, 1 para curativos, 1 sala copa/cozinha, 1 sala de recepção e 1 de esterilização. A sala de recepção não tem computador e é conjunta à sala de espera, ambas com deficiência de iluminação e ventilação, e não tem TV e nem vídeo. As consultas médicas não têm sanitários e nem negatoscópios. Para entrar na sala de curativos o usuário tem que tramitar pelas demais dependências. A sala/cozinha não tem geladeira, nem micro-ondas, não contamos com sala de

reunião e educação para a saúde e não existe sala de nebulização. Também temos dificuldades com estrutura, pois não há sala de farmácia e nem sala para armazenamento de medicamentos, de modo que os usuários só podem adquiri-los na Secretaria de Saúde; não existe depósito para material de limpeza e não tem depósito para o lixo não contaminado, assim o lixo é fechado em sacos plásticos, mas não é colocado em recipientes com tampa, para isso seria importante construir uma porta lixo para colocar esse material. Nesse sentido, acredito que os documentos do Ministério da Saúde "MS 2008, Manual da estrutura da UBS" e o artigo "Siqueira e cols 2009, Barreiras arquitetônicas" são muito importantes para orientar profissionais e gestores de saúde no planejamento, programação e elaboração de projetos para reforma, ampliação, construção ou até na escolha de imóveis para aluguéis de estabelecimentos ambulatoriais para UBS para o trabalho das Equipes de Saúde da Família.

Em nossa UBS todas as atividades domiciliares são feitas pelos ACS, pelo médico, pela enfermeira e pelas técnicas de enfermagem que participam no processo de territorialização e mapeamento da área de atuação. Assim, são identificados os grupos, as famílias e indivíduos expostos a riscos e os grupos de agravos como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), Tuberculose, Hanseníase, entre outros. Também realizamos cuidado em saúde da população da área de abrangência, na mesma Unidade, nas escolas e no domicílio. Infelizmente não temos a possibilidade de realizar pequenas cirurgias ou outros procedimentos, como também, não temos os recursos necessários para realizar atendimentos de urgências ou emergências. Os profissionais atuam diretamente com os usuários na realização das notificações compulsórias de doenças e agravos notificáveis e participamos na busca ativa destas doenças. Além dos problemas e da falta de recursos que estamos apresentando, gostamos de fazer palestras públicas na UBS sobre diferentes temas, como por exemplo: gravidez na adolescência, doença sexualmente transmissível, DM, HAS, entre outros.

Realizamos encaminhamento dos usuários a outros níveis do sistema utilizando as referências médicas, como também realizamos o acompanhamento dos usuários em situações de internação domiciliar e acompanhamos o plano terapêutico quando é encaminhado a outros níveis do sistema. Nossa UBS realiza reuniões de equipe mensalmente, na qual participam todos os trabalhadores de saúde, o que permite a construção da agenda de trabalho, da organização do

processo de trabalho, do planejamento das ações do monitoramento e da análise de indicadores de saúde. Assim, acredito que devemos seguir trabalhando em conjunto para a realização de outros grupos de população que precisam de ações de saúde, pois somente assim com a integração de ações coletivas, curativas e de promoção de saúde e prevenção, vamos poder garantir uma atenção básica de saúde de ótima qualidade.

Nossa UBS assiste a 2642 habitantes, dos quais predominam o sexo feminino (1600 mulheres) sobre o masculino (1042 homens). Há, também, um predomínio da população rural sobre a urbana, correspondendo a 78%. Além disso, o grupo etário predominante é de 20 a 49 anos. Nossa UBS tem uma só equipe de saúde que realiza atendimento tanto na população urbana como na rural, de modo que assiste 5 assentamentos de zona rural, nos quais existem lugares adaptados para consulta médica e a realização dos atendimentos acontecem distribuídas - 2 vezes por semana nos assentamentos e 3 vezes por semana na zona urbana e rural. Desta forma, acredito que seria necessária a implantação de outra equipe de saúde, na busca por maior qualidade.

Em nossa UBS o acolhimento da demanda espontânea se realiza na recepção, pois não temos uma sala específica para essa ação, sendo assim, o acolhimento é realizado pelo enfermeiro, pelos auxiliares de enfermagem, pelos ACS e pelo recepcionista. Temos uma equipe de acolhimento e a modelagem utilizada pela equipe é da primeira escuta a partir da demanda espontânea da população residente na sua área de abrangência e também as de seus usuários agendados, sendo que o médico faz a retaguarda para os casos agudos e também atende os agendados. O acolhimento se faz segundo a classificação do risco biológico e risco de vulnerabilidade social para definir o encaminhamento do usuário, sendo identificados pela recepcionista e pelos técnicos de enfermagem. Utilizando esta avaliação do risco, identificam-se as situações que representam maior risco ou que geram sofrimento intenso e precisam de um atendimento imediato. Esse processo nos permite orientar o tipo de intervenção necessária e o tempo em que deve ocorrer. Buscamos que o usuário não aguarde mais do que 30 minutos, de modo que não existe excesso de demanda, e acreditamos que a construção da nova unidade, com mais estrutura física irá melhorar a atenção à saúde nesse aspecto.

A UBS realiza, também, atendimento de puericultura para os grupos etários de crianças menores de 12 meses, sendo que a população da nossa área

compreendida nessa faixa etária é de 41 crianças (100% de cobertura). Também assistimos usuários que estão entre os 12 aos 24 meses, totalizando 33 e estamos começando a fazer a puericultura de 24 a 72 meses. Esse atendimento se realiza dois dias na semana (no turno da manhã as consultas e à tarde as visitas domiciliares). As consultas são realizadas pelo médico e/ou pela enfermeira e são remetidas ao odontólogo sempre que necessário. Ao final da consulta de puericultura, a criança já tem a próxima consulta agendada. Outro ponto importante é que a atenção à criança não está ancorada em um protocolo de atenção – esse é utilizado apenas para encaminhamentos para média e alta complexidade, o que dificulta o trabalho da equipe. As ações realizadas focam no cuidado, no diagnóstico, no tratamento, na imunização, na prevenção de anemia e em outros agravos, na orientação e promoção de hábitos alimentares saudáveis, saúde bucal e aleitamento materno, acompanhamento da caderneta da criança – acompanhando a curva de desenvolvimento e crescimento e reconhecendo sinais de risco. Para o controle e monitoramento de ações para esse público, temos a referência de um arquivo específico que é revisado semanalmente, na busca dos faltosos junto com os ACS, com vista a organizar e planejar ações para esse público. Utilizamos também os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e relatórios mensais como fontes de dados para esse planejamento. Também acompanhamos o programa de cadastramento do “Bolsa Família”, sendo responsabilidade do ACS e da enfermeira cadastrar e enviar os dados à secretaria de saúde, como também realizamos grupos semanais (na UBS, em escolas e em outros espaços disponíveis) com atividades para as mães. Para todas as crianças realizamos o teste do pezinho e a consulta no dia, de acordo com o protocolo Ministerial para menores de 12 meses, ainda temos que recuperar as consultas das crianças maiores de 24 meses até 72 meses.

Em relação à atenção ao Pré-natal, este acontece em nossa UBS um dia da semana programado em dois turnos (consultas pela manhã e visitas domiciliares à tarde). Para esse público temos 17 gestantes cadastradas (64% de cobertura de acordo com o CAP) e as consultas são realizadas pela enfermeira e/ou pelo médico.

O pré-natal também funciona a partir de agendamentos, porém também não temos um protocolo como referência para esses atendimentos, de modo que o acompanhamento segue fluxogramas propostos pelo Programa e a atenção é focada em diagnóstico e tratamento de problemas clínicos, controle de câncer de

colo de útero, imunizações, promoção de aleitamento materno e realização da avaliação de risco pré-concepcional, além de orientações sobre planejamento familiar e controle de doenças sexualmente transmissíveis. Há dificuldades, também, com o acesso à equipe odontológica, pois essa se encontra em outro espaço físico, e com os encaminhamentos a especialistas. Também temos um arquivo específico para controle e avaliação (acontecem semanalmente), planejamento e busca de usuários faltosos, também utilizamos o programa SIS pré-natal para o cadastro das gestantes. Os espaços de educação em saúde acontecem nas consultas individuais e em grupos, e utilizamos o SIAB e os relatórios mensais como fonte de dados. Os dados da nossa UBS, segundo o CAP, mostram que das 17 gestantes, todas estavam com as consultas em dia, com o pré-natal iniciado no primeiro trimestre, todas receberam prevenção de suplementos vitamínicos e exames ginecológicos e orientadas para aleitamento materno exclusivo. Porém como dificuldades, encontramos a dificuldade de assistir o pai, buscando um acompanhamento da família.

Em nossa UBS existe o grupo de mulheres com idades entre 25 e 64 anos, totalizando 604 usuárias, correspondendo a 84% da cobertura do programa do câncer do colo de útero de acordo com o CAP. Nesse programa, orientamos todas as mulheres (através de grupos e/ou consultas individuais) para o uso de preservativo em todas as relações sexuais, como também sobre o malefício do tabagismo e sobre a importância da realização periódica do exame preventivo do câncer de colo de útero. A coleta do citopatológico acontece todos os dias da semana, nos dois turnos pela enfermeira da UBS que, também orienta os ACS para informar e captar as mulheres para a prevenção. Todavia, não atuamos a partir de protocolos, mas realizamos um rastreamento organizado, de modo que sempre investigamos todos os fatores de risco. Encontramos apenas uma mulher com exame alterado nos últimos 3 anos, e pautamos a atenção a partir dos registros no livro e nos prontuários clínicos avaliados quinzenalmente para buscar usuários faltosos. Também utilizamos os dados do SIAB e relatórios mensais para o acompanhamento desse público.

Das 604 mulheres em idade compreendida no programa, existem 562 com exames citopatológicos em dia, correspondendo a 93%, de acordo com o CAP; somente 42 mulheres tem mais de 6 meses de atraso na realização da coleta (7%); nos 3 últimos anos tivemos uma mulher com exame do colo do útero alterado e com

acompanhamento adequado pelo médico; 93% têm avaliação do risco para câncer do colo do útero e todas são orientadas sobre a prevenção desta doença e sobre doenças sexualmente transmissíveis. Para melhorar esses números necessitamos de estratégias para resgatar esse público e ações educativas que apresentem informação e fortaleçam o vínculo.

Em nossa UBS temos 425 hipertensos (78% de indicador de cobertura de acordo com o CAP) e 89 diabéticos (cobertura de 57% de acordo com o CAP). Esses usuários cadastrados são orientados sobre hábitos alimentares saudáveis, ações para o controle do peso corporal, ações para o estímulo à prática regular da atividade física e malefícios do tabagismo para os portadores destas doenças. Os atendimentos a esse público são realizados todos os dias da semana nos dois turnos, de modo que os adultos com HAS e DM saem da UBS com a próxima consulta programada, além dos atendimentos a problemas de saúde agudos. Em consequência dos agendamentos, temos pouca demanda espontânea vinda deste público. Entretanto, não trabalhamos a partir de protocolo de atendimento para usuários portadores destas doenças, mas ainda realizamos imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos, mas não fazemos diagnóstico de obesidade, nem de sedentarismo e nem estratificação do risco de saúde cardiovascular dos adultos de ambas as doenças. Temos um arquivo especial de acompanhamento para HAS e DM, este é revisado quinzenalmente e visa reconhecer os usuários e acompanhar suas condições de saúde, planejando e avaliando as ações e fazendo os relatórios mensais de acompanhamento do programa.

Dos 89 diabéticos, 83 têm estratificação do risco cardiovascular por critério clínico e somente 6 têm atraso da consulta agendada por mais de 7 dias, 90% dos portadores de DM têm os exames complementares e os exames dos pés nos últimos três meses, assim como a palpação dos pulsos tibial e posterior e com medida de sensibilidade. Além disso, todos são orientados sobre a prática de atividade física regular e orientação nutricional, porém apenas 66% tem avaliação de saúde bucal. Já dos 425 Hipertensos, todos receberam estratificação do risco cardiovascular, 54 tem atraso da consulta agendada, todos recebem orientações sobre hábitos alimentares saudáveis e prática regular de atividade física, mas apenas 63% foram avaliados para saúde bucal. A partir do apresentado, entendo que necessitamos investir no cadastramento de usuários com essas enfermidades na busca por um

maior controle das doenças na área adstrita, visando à prevenção de agravos e a promoção de hábitos saudáveis.

Em relação aos idosos com 60 anos ou mais, temos 255 usuários acompanhados em nossa UBS, representando 79% de cobertura. Para os indicadores de qualidade, temos 100% dos idosos com caderneta de saúde e recebem orientação sobre hábitos alimentares saudáveis e prática regular de atividade física regular e 81% têm avaliação de saúde bucal. Quanto aos atendimentos, esses são realizados todos os dias e em todos os turnos e assistimos a população sem a referência de um protocolo, porém realizamos imunizações e diagnóstico, além das ações já citadas anteriormente. Já o tratamento clínico de alcoolismo, tabagismo e sedentarismo não acontece na UBS e é encaminhado para especialistas. Todos os atendimentos são registrados em prontuário clínico, mas não há um arquivo específico para esse atendimento. Também acompanhamos e avaliamos o usuário em relação à capacidade global e sobre o reconhecimento dos sinais de risco relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência, tais como a HAS, a DM e a depressão. Para os grupos, temos 50% de idosos participantes e as atividades realizadas contam com a participação do médico, da enfermeira e dos ACS. Os dados do SIAB servem como referência para o planejamento das ações.

Eu acho que nosso maior desafio é lograr uma maior pesquisa de toda a população, atualizar, através de visita em cada casa, cada prontuário familiar para assim ter um maior controle da população da zona atendida, trabalhar mais na prevenção e promoção de saúde nos grupos de riscos e grupos etários priorizados pelo programa, programando as visitas domiciliares e as consultas de cada grupo etário, lograr maior educação de saúde em nossa população, para um maior controle das doenças crônicas e um maior tratamento das mesmas e evitar as complicações que estas podem ter, criar mais grupos da população para o trabalho educativo através de palestras educativas para mudar o modo e estilo de vida, cada programa tem que ser revisado por toda a equipe de saúde para ser avaliado e reorganizar as atividades para seu controle. Eu acho que nosso maior acerto é o trabalho com as gestantes e as crianças, sobretudo menores de um ano, onde se realizam quase todas as atividades programadas e estabelecidas pelo programa de saúde. Com a união para o trabalho que existe em nossa equipe de saúde, quase todos os problemas de estrutura e de atenção devem ser resolvidos com a criação da nova

unidade, onde vamos contar também com mais recursos humanos e materiais, que hoje são um problema em nossa UBS, e poderemos melhorar programas como a atenção odontológica. Quanto à prevenção de câncer do colo uterino e prevenção de câncer de mama, temos que planificar cada uma das consultas e visitas domiciliares de cada usuário para o convencimento de todas as usuárias que não realizam o autoexame de mama, o exame mamário anual pelo médico e a citopatologia de colo de útero, logrando todas estas ações de saúde, e atuando em todos os problemas que temos como ESF, eu acho que podemos brindar uma atenção de maior qualidade e mais integral.

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

Ao longo destas semanas de análise da situação de minha UBS e comparando com minha impressão inicial e expectativa, o relatório permitiu avaliar que a UBS não tem boa estrutura, nem boa iluminação e ventilação, não tem barreira arquitetônica. Além disso, o relatório também nos permitiu conhecer nossa realidade de trabalho e particularidades das necessidades da comunidade, principalmente doenças, dificuldades que poderiam afetar o bom funcionamento da UBS, como não contar com equipe de saúde bucal, disponibilidade de alguns medicamentos e insumos médicos, difícil acessibilidade aos exames complementares e demora no encaminhamento para atenção especializada pelo SUS.

Para os profissionais, nos permitiu conhecer melhor o ambiente de trabalho, planejamento de novas estratégias de melhoria em nossa unidade, realizar reunião de equipes mensais, manter contato, tendo como temas das reuniões mais frequentes: construção de agenda de trabalho, organização do processo de trabalho, discussão de casos, planejamento das ações, monitoramento e análise de indicadores e informações em saúde, diminuição do tempo de espera dos usuários, necessidade de conversa entre os trabalhadores e usuário sobre o modo de funcionamento da unidade em diferentes momentos, tais como consultas, sala de espera e visitas domiciliares; além de oferecer diferentes palestras onde se aborde temas como a carta dos direitos dos usuários, engajamento público, idosos,

desapacitados, lactantes e grávidas, atendimento prioritário aos usuários com problemas agudos.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

As doenças crônico-degenerativas têm assumido importância cada vez maior no elenco de ações programáticas típicas da ação básica em função da modificação da pirâmide populacional e do estilo de vida que levam estas doenças a condições epidêmicas na população brasileira. A HAS e o DM representam dois dos principais fatores de risco, contribuindo decisivamente para o agravamento deste cenário em nível nacional. A hipertensão afeta de 11 a 20% da população adulta com mais de 20 anos. Cerca de 85% das pessoas com acidente vascular encefálico e 40% das vítimas de infarto do miocárdio apresentam hipertensão associada. O diabetes atinge a mulher grávida e todas as faixas etárias, sem qualquer distinção de raça, sexo ou condições socioeconômicas. Na população adulta, sua prevalência é de 7,6%.

Estas doenças levam, com frequência, à invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para o paciente, sua família e a sociedade (BRASIL, 2013a). Estudos mostram que aparição das doenças em jovens aumenta risco das complicações das mesmas. A ESF tem proposto, em parceria com os

usuários e comunidade em geral, fazer um controle adequado dos usuários com estas patologias, identificando um maior número de usuários com estas doenças e trabalhando nos fatores de risco destas para retardar sua aparição. É necessário um maior número de atividades de prevenção e promoção da saúde e com isto aumentar esperança de vida da população em geral (BRASIL, 2013).

A estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes em nossa área de abrangência é de 547, mas só temos 425 usuários cadastrados com diagnóstico de HAS que representa 78% da estimativa. Percebo que isto acontece, pois nas comunidades a HAS se desenvolve de forma silenciosa, onde o usuário não mostra sintomas ou sinais, portanto não realiza consultas para fazer verificação da pressão arterial. Dentre os hipertensos cadastrados, todos receberam estratificação do risco cardiovascular e orientações sobre hábitos alimentares saudáveis e prática regular de atividade física, 54 têm atraso da consulta agendada, e apenas 63% foram avaliados para saúde bucal. Igual seguimento acontece com a DM, onde a cobertura de DM é também baixa. Nossa estimativa é de 156 diabéticos e temos 89 cadastrados e acompanhados pela UBS, ou seja, 57% de cobertura. Desses, 83 têm estratificação do risco cardiovascular por critério clínico e somente 6 têm atraso da consulta agendada por mais de 7 dias, 90% têm os exames complementares e os exames dos pés nos últimos três meses, assim como a palpação dos pulsos tibial e posterior e com medida de sensibilidade. Além disso, todos são orientados sobre a prática de atividade física regular e orientação nutricional, porém apenas 66% tem avaliação de saúde bucal.

O foco da intervenção na HAS e DM tem muita importância para a UBS Alto São Severino, do município de Caraúbas-Rio Grande do Norte, já que são doenças muito frequentes na população em geral e as pessoas com estas doenças não tem ainda certeza do perigo real dessas doenças, além das complicações e sequelas que podem atingi-las e dos múltiplos fatores de risco. É importante desenvolver os diferentes aspectos do processo de trabalho e sempre em equipe para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção. Devemos aumentar a busca ativa nas visitas domiciliares, fazer palestras nas comunidades, verificar pressão arterial da população e identificar fatores de risco. A cobertura da atenção aos usuários com HAS e DM é baixa, mas somos conscientes que temos que continuar a melhorar nossos trabalhos diários na UBS e nas comunidades. Não podemos ficar na Unidade esperando pelo usuário, temos que participar mais nas atividades das

comunidades para alcançar 100% dos usuários, para isso é fundamental o trabalho da equipe e, sobretudo dos ACS. Por fim, estamos conscientes de que temos que continuar a melhorar nossos trabalhos diários na UBS e nas comunidades, onde os ACS terão um papel fundamental no cumprimento dos objetivos e metas de nosso projeto de intervenção. Assim, ofereceremos melhor qualidade de vida ao povo brasileiro.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM na UBS do Alto São Severino, em Caraúbas, Rio Grande do Norte.

### **2.2.2 Objetivos específicos**

Objetivo 1. Ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos.

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

METAS.

1.1. Cadastrar 85% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

1.2. Cadastrar 85% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

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

METAS.

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

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

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% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

METAS

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

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

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

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

METAS:

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

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

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

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

6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos

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

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

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

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de doze semanas na UBS Alto São Severino, no município de Caraúbas/Rio Grande do Norte. Participarão da intervenção os usuários com HAS e/ou DM com 20 anos ou mais pertencentes à área de abrangência da unidade.

### 2.3.1 Detalhamento das ações

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

METAS.

1.1. Cadastrar 85% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

1.2. Cadastrar 85% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Ações do eixo monitoramento e avaliação:

- Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde
- Monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Detalhamento da ação: O monitoramento do número de usuários cadastrados no programa será realizado em reuniões semanais com a enfermeira e o médico. A manutenção destes dados será garantida por meio das visitas domiciliares pelos ACS e a atualização da ficha de cadastramento por qualquer profissional da equipe. A avaliação e monitoramento destes dados serão realizados com o uso da ficha-espelho, individual e de acompanhamento, disponibilizada pelo curso, preenchimento da planilha de coleta de dados, também disponibilizada pelo curso, e registro específico em prontuário clínico.

Ações do eixo organização e gestão do serviço:

- Garantir o registro dos hipertensos cadastrados 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 unidade de saúde.
- Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de diabetes.
- Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento da ação: O cadastramento dos usuários diabéticos e hipertensos será realizado em visitas domiciliares, através de busca ativa dos ACS

ou por livre demanda. Qualquer usuário diabético ou hipertenso poderá ser cadastrado e através do cadastro participar ativamente do grupo de saúde específico para sua comorbidade. Todos os usuários hipertensos e diabéticos vão ser acolhidos na unidade pela técnica de enfermagem a qual verificará o peso e altura dos mesmos, medirá a pressão arterial, preencherá os dados do cadastro junto aos ACS e agendará a consulta para o médico. Vamos contar com todos os materiais necessários para o registro dos diabéticos e hipertensos. O responsável por garantir os materiais adequados será a Secretaria Municipal de Saúde.

#### Ações do eixo engajamento público:

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- 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 da ação: Através das visitas domiciliares e das consultas, a comunidade será orientada sobre a importância do acompanhamento de usuários diabéticos e hipertensos bem como da existência do grupo de saúde que acompanha os mesmos. A comunidade também deve receber informações sobre rastreio de diabetes, importância da aferição da pressão arterial em usuários adultos, fatores de risco para o desenvolvimento destas doenças, a fim de promover maior diagnóstico e início de tratamento correto destas doenças.

#### Ações do eixo qualificação da prática clínica:

- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
- Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento das ações: As capacitações ocorrerão na UBS no início da intervenção. Além de serem feitas capacitações menores nas reuniões semanais de equipe. Os responsáveis pelas capacitações serão o médico e a enfermeira da UBS.

#### METAS.

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

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

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% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

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

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

#### Ações do eixo monitoramento e avaliação:

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos.

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos.

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

- Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

- Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

- Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

- Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/DANT.

Detalhamento da ação: O monitoramento será realizado através da ficha-espelho e do prontuário individual de todos os usuários, onde será avaliado o exame clínico correto, exames laboratoriais, medicações que estão sendo utilizadas, bem como se eles estão utilizando medicamentos da farmácia popular.

Ações do eixo organização e gestão do serviço:

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários diabéticos.

- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

- Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame dos pés das pessoas diabéticas.

- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS.

- Providenciar junto a gestão o monofilamento 10g para exame dos pés

- Organizar a agenda para acolher as pessoas diabéticas provenientes das buscas domiciliares.

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

- 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 da ação: Definir em reunião o papel de cada membro da equipe no acolhimento e atenção aos usuários diabéticos e/ou hipertensos. Conscientizar todos os integrantes da equipe sobre o protocolo de atendimento a estes usuários, o qual foi impresso na secretaria de saúde e contamos com ele em nossa unidade, isso será protocolado e organizado nas reuniões semanais que acontecem entre toda a equipe. Fazer o exame dos pés dos diabéticos por parte da equipe de saúde principalmente pela enfermeira e o médico para avaliar se tem alguma lesão, ulceração que leve a tratamento, e prevenir complicações. Verificaremos também se há algum risco de ser um pé com predisposição a essas lesões, e iremos solicitar à secretaria de saúde o microfilamento de 10 g para poder realizar os exames dos pés integralmente a todos nossos diabéticos. Exames complementares, laboratoriais, devem ser solicitados pelo médico para melhor acompanhamento. Estes exames devem ser realizados de maneira eficiente em conjunto com a secretaria municipal de saúde. Garantir um dia de acolhimento para os doentes provenientes das buscas de visitas domiciliares e assim priorizar as consultas dos mesmos. Ter um encontro com especialistas com os especialistas de nossa cidade para pedir a emissão de contra referência dos usuários que vão a ser remitidos principalmente ao cardiologista, e orientar a nossos doentes para entregar a contra referência na consulta de retorno para sua melhor avaliação e seguimento na área de saúde. Definir com a secretaria de saúde os exames mais prioritários que devem ser liberados para este grupo de usuários. A técnica de enfermagem realizará a revisão do estoque de medicamentos e o pedido dos mesmos que faltarem, tendo muito cuidado na data de validade para sua distribuição gratuita a nosso grupo de usuários do programa, sendo avaliado e controlado pela enfermagem da unidade. Avaliar medicações em uso através das fichas-espelhos individuais de todos os usuários, a fim de avaliar suas medicações e de forma mais apropriada manter as medicações que são disponíveis na rede básica de saúde.

Ações do eixo engajamento público:

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

- Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

- Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

- Orientar aos usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/DANT e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento da ação: Durante as consultas, visitas domiciliares e através de panfletos, todos os usuários e a comunidade devem ser orientados e instruídos sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Também serão orientados sobre exames complementares de rotina em consultas médicas, a fim de rastrear as doenças, e sobre o direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/DANT.

Ações do eixo qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento das ações: Em capacitação na UBS realizaremos um treinamento com os profissionais seguindo os manuais e diretrizes do Ministério da Saúde sobre hipertensão e diabetes. O responsável será o médico da unidade.

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

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

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

Ações do eixo monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento da ação: Através da avaliação da ficha-espelho, trimestralmente, o médico e a enfermeira irão monitorar a periodicidade da consulta.

Ações do eixo organização e gestão do serviço:

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos
- Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

- Organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento da ação: Toda equipe, principalmente os ACS, devem fazer busca ativa domiciliar aos usuários faltosos, a fim de orientá-los e instruí-los a comparecer nas próximas consultas/grupo de saúde. Também será organizada a agenda para acolher esses usuários.

Ações do eixo engajamento público:

- 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 à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes (se houver número excessivo de faltosos).

- Esclarecer aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento da ação: Através das consultas e informes na UBS todo usuário e comunidade devem ser informados da importância da realização de consultas periódicas. A comunidade também deve ser ouvida, a fim de melhorar a relação da equipe com os usuários e assim melhorar a participação de todos nas consultas e nos grupos de saúde.

Ações do eixo qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento das ações: Toda equipe principalmente os ACS devem fazer busca ativa domiciliar a estes usuários faltosos, a fim de orientá-los e instruí-los a comparecer nas próximas consultas. O treinamento dos ACS se dará pela equipe de enfermagem nas reuniões semanais onde serão esclarecidas dúvidas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

METAS

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

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

Ações do eixo monitoramento e avaliação:

- Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.
- Monitorar a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento da ação: Através da ficha-espelho, que todos os usuários possuem, médico e enfermeira irão, mensalmente, verificar o preenchimento e a qualidade das anotações.

Ações do eixo organização e gestão do serviço:

- Manter as informações do SIAB atualizadas.
- Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não

avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento da ação: Todos os usuários possuem uma ficha individual que deve ser preenchida corretamente e monitorada pela equipe de enfermagem a cada reunião do grupo de saúde. A ficha deve conter dados como exames complementares, medicações em uso, realização de estratificação de risco. Toda equipe deve estar consciente das informações ali preenchidas. Estas fichas serão organizadas e separadas dos outros prontuários para acesso mais fácil e mais fácil organização. A equipe de enfermagem manterá estas fichas atualizadas e organizadas. O SIAB será atualizado ao fim da intervenção a fim de avaliar quais usuários ainda não estão cadastrados e assim fazer seu cadastro correto. Organizar sistema de registro para que se possa visualizar e detalhar bem os usuários que tenham atraso das consultas, atrasos dos exames complementares, que não tenha feito a estratificação de risco, não avaliação de comprometimento de órgãos-alvo, marcando com outra cor estes itens, para assim poder identificar rapidamente e agendar as consultas dos mesmos, a realização dos exames e avaliação clínica e do tratamento e não fiquem usuários sem ser avaliados.

Ações do eixo engajamento público:

- Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento da ação: Toda comunidade deve ter acesso a sua ficha-espelho bem como ao seu prontuário e estar de acordo e ciente de todas as informações ali contidas.

Ações do eixo qualificação da prática clínica:

- Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

- Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do diabético.

Detalhamento das ações: Em capacitação na UBS treinaremos os profissionais de saúde para registro adequado, sendo o responsável o médico e a enfermeira da unidade.

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

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

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

Ações do eixo monitoramento e avaliação:

- Monitorar o número de usuários hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.
- Monitorar o número de usuários diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento da ação: Avaliar clinicamente o número de usuários diabéticos e hipertensos cadastrados com realização de estratificação de risco cardiovascular. A estratificação do risco cardiovascular será realizada pelo médico nas consultas em que todos os usuários passarão. Através de seus exames laboratoriais poderemos avaliar este risco e preveni-lo.

Ações do eixo organização e gestão do serviço:

- Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.
- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento da ação: Dar atenção especial aos usuários que receberem classificação de alto risco. Consultas pré-agendadas devem fazer parte deste grupo de usuários. Organizaremos as fichas-espelhos dos usuários de alto risco identificando sua condição.

Ações do eixo engajamento público:

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

Detalhamento da ação: Através das consultas, visitas domiciliares e informes na UBS, será orientado usuário e comunidade sobre a importância do acompanhamento regular bem como tratamento correto destas doenças. A população também deve ser orientada sobre fatores de risco para o desenvolvimento destas doenças.

Ações do eixo qualificação da prática clínica:

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, (em especial a avaliação dos pés para usuários diabéticos)
- 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 das ações: A equipe deve ter conhecimento de avaliação de risco cardiovascular bem como identificar lesões em órgão-alvo, sabendo registrar de forma correta e orientando os usuários sobre a forma de prevenir riscos modificáveis. As capacitações da equipe ocorrerão em reuniões semanais onde leremos juntos todos os manuais e diretrizes do Ministério da Saúde para o manejo correto da doença. Assim também poderemos esclarecer nossas dúvidas durante a reunião.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

METAS:

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

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

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

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

6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos

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

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

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

Ações do eixo monitoramento e avaliação:

- Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos com o dentista.

- Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos diabéticos com o dentista.

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos

- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos.

- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos.

- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.

Detalhamento da ação: Verificar na ficha-espelho individual e no prontuário dos usuários sobre sua saúde bucal a fim de priorizar um melhor atendimento regular em saúde bucal. Toda equipe deve monitorar os usuários em relação à saúde bucal, orientações sobre atividade física e nutrição adequada, bem como cessação do tabagismo. Toda equipe deve estar capacitada para este monitoramento, que será realizado semanalmente pela equipe de enfermagem e pelo médico.

Ações do eixo organização e gestão do serviço:

- Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso.

- Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.

- Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para os usuários.
- Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao diabético.
- Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.
- Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para os usuários.
- 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 da ação: Manter adequado controle de agendamentos para consultas odontológicas em usuários diabéticos e hipertensos. Todo usuário deve ser avaliado, sob aspecto de saúde bucal. Todo usuário deve receber informação sobre forma de vida saudável, portanto palestras e debates sobre nutrição, tabagismo e prática de exercícios físicos serão realizados. Solicitar ao NASF profissionais para nos ajudar nas áreas como nutrição, pois não dispomos de nutricionista na unidade de saúde. Medicamentos para ajuda a cessar o tabagismo serão solicitadas também à Secretaria Municipal de Saúde para ajudar no combate ao cigarro.

Ações do eixo engajamento público:

- 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 seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

- Orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
- Orientar 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 da ação: A equipe e a comunidade devem trabalhar juntas para que toda a população seja esclarecida sobre uma forma de vida mais saudável bem como uma forma de prevenir maiores riscos de desenvolver doenças crônicas. Portanto serão realizadas palestras e debates envolvendo usuários e equipe para tirar suas dúvidas e dar mais esclarecimento sobre a importância da alimentação saudável, importância da prática de atividade física regular e existência de tratamento para abandonar o tabagismo. Essas orientações também serão dadas durante as consultas. Além disso, nestas mesmas palestras se deve coordenar com a comunidade para que junto a nossa equipe realize a demanda aos gestores municipais sobre a obtenção dos recursos necessários para que o atendimento do dentista seja realizado em nossa UBS, e assim poder melhorar a saúde bucal de nossa população. Além disso, nestas mesmas palestras se deve coordenar com a comunidade para que junto a nossa equipe realize a demanda aos gestores municipais sobre a obtenção dos recursos necessários para que o atendimento do dentista seja realizado em nossa UBS, e assim poder melhorar a saúde bucal de nossa população.

Ações do eixo qualificação da prática clínica:

- Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal dos usuários hipertensos.
- 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 para o tratamento dos usuários tabagistas.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento das ações: Toda a equipe será capacitada a repassar informações sobre forma de vida saudável, bem como prevenir riscos cardiovasculares e desenvolvimento de doenças crônicas a toda a população. Entre estes aspectos podemos citar a saúde bucal, alimentação adequada, prática de exercícios físicos e cessação do tabagismo. Além disso, a equipe será capacitada sobre metodologias de educação em saúde. A capacitação será feita durante a reunião semanal, onde esclareceremos dúvidas e trocaremos informações sobre o assunto.

### **2.3.2 Indicadores**

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

Meta 1.1. Cadastrar 85% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

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

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

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

Meta 1.2. Cadastrar 85% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS

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

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

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

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

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

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

Meta 2.3. 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).

Numerador: Número de pessoas com diabetes com exame dos pés em dia.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

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

Indicador 2.4: Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

Indicador 2.5: Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

Indicador 2.6: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/DANT priorizada.

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

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

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

Indicador 2.7: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/DANT priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/DANT.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **2.3.3 Logística**

Para fazer a intervenção com os usuários com HAS e/ou DM, vamos adotar os protocolos de atenção à HAS e ao DM do Ministério de Saúde de 2013 (BRASIL 2013a; BRASIL, 2013b). Vamos trabalhar com os registros do programa de hipertensos e diabéticos e a ficha-espelho disponível na UBS. Esta ficha não contém dados sobre o acompanhamento de saúde bucal, exame físico dos pés, exame físico dos pulsos, então para coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, o médico e a enfermeira vão elaborar uma ficha complementar.

Segundo a estimativa do CAP, nossa UBS tem 547 hipertensos e 156 diabéticos, e temos cadastrados 425 hipertensos (78% de cobertura) e 89 diabéticos (57% de cobertura). Estimamos alcançar com a intervenção 80% dos hipertensos e/ou diabéticos. Faremos contato com o gestor municipal para dispor das fichas-espelhos necessárias para o trabalho. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados disponibilizada pelo curso.

Para organizar o trabalho vamos receber os nomes de todos os usuários com hipertensão e diabetes cadastrados pelos ACS, a enfermeira vai fazer uma revisão do livro de registro do Programa Doenças e Agravos Não Transmissíveis, identificando os nomes dos usuários que tiveram consultas nos últimos 6 meses.

Para registro das informações de atendimento a fim de viabilizar o monitoramento das ações, utilizaremos instrumentos de coleta de dados para uso dos profissionais da unidade, como o prontuário clínico individual, a ficha-espelho, caderneta de pessoas idosa (com hipertensão e diabetes).

Organizaremos o “arquivo específico” que proporcionará revisão semanal para monitoramento e isto certamente facilitará a busca de faltosos. Para a organização do arquivo, os prontuários clínicos e fichas-espelhos serão organizados pelos ACS. Estas fichas junto com o livro de registro de pessoas com hipertensão e diabetes serão revisadas pelo médico e pela enfermeira semanalmente para monitorar indicadores de qualidade.

Será monitorada a realização de exame clínico apropriado dos hipertensos e diabéticos. Também serão monitorados semanalmente os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico. Também será monitorado o acesso das pessoas com HAS e DM aos medicamentos da Farmácia Popular. Além disso, será monitorado o Livro de Registros onde se registra a aferição da pressão arterial e realização de glicemia capilar de todos os usuários com estas doenças.

Para monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) desses usuários e estabelecer os faltosos à consulta, serão revisados os registros das consultas pelos ACS que nos informará na reunião semanal da equipe e será agendada a próxima consulta ou visita domiciliar.

Será analisado o livro de registro de pessoas com hipertensão e diabetes, com o objetivo de que todos os usuários hipertensos e diabéticos cadastrados tenham sua ficha de acompanhamento revisada de forma mensal.

O monitoramento de estratificação do risco cardiovascular dos hipertensos e diabéticos será revisado pelo médico nos dias em que serão realizados o atendimento a estas doenças, utilizando o prontuário individual e seguindo o protocolo, o qual diz que a estratificação de risco deve ser realizada pelo menos uma vez ao ano a todos os usuários e os usuários que não tenham feita essa avaliação, a mesma se realizará durante a consulta médica.

Mensalmente a enfermeira e o médico examinarão as fichas-espelhos e a planilha de monitoramento para acompanhamento das metas e indicadores da intervenção. Os dados coletados serão colocados em uma planilha do Excel para análise (Planilha de Acompanhamento de Coleta de Dados).

O monitoramento dos dados será realizado semanalmente e os resultados serão discutidos com a equipe mensalmente ou quando se fizer necessário nas reuniões semanais.

Inicialmente organizaremos o processo de trabalho da equipe de forma que através de “agendas compartilhadas” e acolhimento adequado possamos

priorizar o atendimento dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência da equipe, buscaremos priorizar o atendimento destes sem deixar de atender à comunidade nas demais ações programáticas típicas da UBS.

Os ACS farão busca ativa de todos os usuários com hipertensão e diabetes de suas micro áreas de abrangência. Em todas as visitas domiciliares, os ACS deverão informar sobre a existência do Programa de DANT dos hipertensos e diabéticos da unidade de saúde, bem como sobre a importância de assistir a consulta agendada, pelo menos, duas vezes no ano e sobre a importância dos fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

O cadastramento durante a intervenção será realizado pelo médico e pela enfermeira na consulta clínica na UBS ou em visita domiciliar, com ajuda dos ACS.

O acolhimento à demanda espontânea das pessoas com hipertensão e diabetes será realizado pela técnica de enfermagem. Aqueles com atraso em consulta, com problemas agudos serão atendidas no mesmo turno para viabilizar o tratamento de intercorrências. Aqueles que buscam consultam de rotina terão prioridade no agendamento, no mesmo dia.

Semanalmente os ACS farão busca ativa dos usuários cadastrados que não tiverem comparecido no serviço na data da consulta programada agendada.

Devemos assegurar com a gestão municipal de saúde a garantia da agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo bem como o controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos da Farmácia Popular para os usuários com hipertensão e diabetes; e garantir o encaminhamento dos hipertensos e diabéticos a exames complementares a outros níveis do Sistema.

Vamos organizar as agendas do médico e da enfermeira para acolher a demanda referenciada destes usuários das demandas espontâneas, bem como das provenientes das buscas ativas.

Vamos organizar a agenda da equipe compartilhada com a equipe de saúde bucal de outra UBS de forma que possam garantir o atendimento em saúde bucal para os hipertensos e diabéticos, após avaliação da necessidade de atendimento odontológico pelo médico e a enfermeira da equipe. Buscaremos incentivar a equipe para o encaminhamento e os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para estes usuários.

Os ACS, semanalmente, nas visitas domiciliares, farão busca ativa dos faltosos às consultas e aos atendimentos odontológicos e organizará em conjunto com o médico e enfermeira a agenda para acolher esses usuários.

A sensibilização da comunidade será realizada através de reuniões nas associações de moradores, na UBS e nas escolas, onde se informará a população sobre a existência do programa de DANT na atenção à saúde das pessoas com hipertensão e diabetes da UBS e solicitará o apoio para o rastreamento dos hipertensos e diabéticos, orientando sobre os fatores de riscos sobre o desenvolvimento da doença. Vamos orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes em consultas de demanda espontânea e DANT, nas palestras e nas visitas domiciliares, e a necessidade de realização de exames complementares.

Iremos também sensibilizar os usuários com hipertensão e diabetes e a comunidade sobre a importância de assistir às consultas. Nestas atividades utilizaremos ferramentas como palestras, conversas, grupos, onde serão responsáveis o médico e a enfermeira, mas terá participação de toda a equipe.



### **3 Relatório da Intervenção**

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

A maioria das ações foi realizada, monitoramos a intervenção através de reuniões onde participou toda a equipe e discutíamos os passos a serem seguidos e o cumprimento de cada objetivo proposto. Foi fácil incentivar toda a equipe sobre o trabalho com este grupo de risco e envolver todos no projeto que foi muito bem acolhido desde o início. Melhoramos o acolhimento e conseguimos garantir o registro da maioria de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, sendo possível através do trabalho unido da equipe. Focamos nossa atenção principalmente neste grupo de risco sem descuidar em nenhum momento as outras atividades da unidade básica, no início foi um pouco difícil, pois requereu um pouco mais de trabalho, chegar um pouco mais cedo na unidade e dedicar um expediente de trabalho a nosso grupo prioritário, algo que foi se integrando como rotina e que a população foi se educando sendo muito bem aceitado.

Informamos a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, o mesmo foi garantido, utilizando o apoio da rádio do município a qual informou a nossa população sobre o projeto realizado em nossa UBS, e também pelo trabalho diário dos ACS indo de casa em casa na busca ativa dos usuários faltosos. Além disso, fornecemos informações através dos murais existentes em nossa unidade de saúde onde se explicou tudo acerca do projeto a realizar, suas metas, seus objetivos e o cronograma proposto.

Capacitamos os ACS para exercer suas funções seguindo o protocolo. Capacitamos a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos e, posteriormente, orientamos a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal especialmente dos hipertensos e diabéticos. As capacitações foram feitas em horário da tarde, após terminar o trabalho. No início foi um pouco difícil, pois só assistiam os ACS da zona urbana, já que os ACS da zona rural ficavam muito longe de nosso centro. Além disso, era um horário extra de trabalho. Então se criaram 2 grupos de capacitação um na zona urbana e outra na rural e através de nossa conscientização sobre a importância de nossa intervenção e o significado do mesmo para a melhoria da saúde de toda a população, logramos a participação de todos os ACS e de toda a equipe muito comprometida com nosso trabalho. Graças a isso foi possível o cumprimento de todos nossos objetivos propostos.

Monitoramos o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) dos usuários com hipertensão e diabetes e organizamos consultas em lugares mais próximos dos usuários, como igrejas, no período da tarde, além das visitas domiciliares para buscar os faltosos, e agendamos um dia de terça e quarta-feira para acolher os hipertensos ou diabéticos provenientes das buscas domiciliares sem afetar outros serviços da UBS. Às vezes, foi um pouco difícil realizar as visitas domiciliares na zona rural, por ser muito longe e o caminho é muito ruim, além de não contarmos em certas ocasiões com transporte adequado. Mas, apesar do calor, da poeira, do cansaço, dos grandes expedientes, a satisfação do dever cumprido e o sorriso das pessoas ao receber nossa atenção foi o que nos motivou a trabalhar com maior dedicação para o cumprimento de nosso trabalho.

Também foram realizadas palestras e trocas de conversas com os usuários para ouvir a comunidade sobre estratégias a fim de não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e/ou diabéticos, além de conseguir esclarecer aos portadores de hipertensão, diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Implantamos e atualizamos a ficha de acompanhamento, com definição dos responsáveis pelo monitoramento dos registros. Organizamos 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 com ajuda de toda a equipe.

Organizamos práticas coletivas sobre alimentação saudável, atividade física regular, risco do tabagismo e higiene bucal em parcerias institucionais para envolver educadores físicos nestas atividades, NASF, participação dos usuários com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade em geral. Assistiam de 40 a 50 usuários com HAS e/ou DM quase semanalmente, além da enfermeira, o médico, os ACS e a equipe, os quais eram os responsáveis pelas palestras educativas. Além disso, contamos com a participação de professores de educação física os quais brindavam assessoramento e realização de exercícios adequados para nossos usuários, assim como a nutricionista que também realizou várias palestras educativas. Na maioria das vezes contávamos com merendas de frutas naturais e sucos, garantidos pela secretaria de saúde para nossos usuários do projeto.

Todas essas ações foram desenvolvidas integralmente graças às facilidades que tivemos já que contamos com ajuda dos Gestores de Saúde, por exemplo, nas impressões das fichas espelho, a facilidade com o transporte, para assim conseguir uma maior cobertura dos usuários com hipertensão, diabetes e comunidade em geral no programa. Também tivemos ajuda dos dirigentes das Comunidades para assim levar o projeto às igrejas, além da nossa equipe que trabalhou com muito esforço nas capacitações feitas, nas palestras e reuniões.

O apoio da nossa Secretaria de Saúde que melhorou a estrutura da UBS, uma vez que agora já contamos com uma UBS nova, ampla e confortável. Foram solicitadas novas cadeiras, além de uma nova balança, aparelho de glicose e de medida da pressão arterial.

Temos enfrentado problemas com a realização dos exames laboratoriais, por serem muito demorados, situação frequente em nosso município e de conhecimento da secretaria da saúde. Devo mencionar que durante os últimos cinco meses tivemos sérias dificuldades com os medicamentos dos usuários com hipertensão e diabéticos na UBS. Ainda não temos disponibilidade dos mesmos e os usuários e a comunidade são orientados a ter acesso aos medicamentos na Farmácia Popular e possíveis alternativas para obter este acesso.

Os hipertensos ou diabéticos que necessitam de atendimento odontológico, foram encaminhados para o CEO, com autorização da secretaria da saúde, já que em nossa UBS não contamos com equipe de saúde bucal. Mas, felizmente, a equipe

da saúde bucal vai começar a trabalhar em nossa nova UBS dentro de pouco tempo. A intervenção já finalizou, mas como continuaremos o acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, os mesmos serão monitorados e avaliados.

Estas últimas ações foram desenvolvidas parcialmente, pois não contamos com todo o recurso para a realização dos exames laboratoriais a nossos usuários, e alguns não podem realizar seus exames tão importantes para o seguimento e tratamento. Mas como o projeto já é rotina em nossa unidade, quando forem liberados os exames nos próximos meses, melhorarmos nossa atenção e lograremos cumprir integralmente as ações que ainda temos pendentes, e assim forneceremos atendimentos de melhor qualidade à população.

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

Todas as ações previstas foram realizadas, umas parcialmente e outras integralmente, mas continuamos trabalhando para o cumprimento total das mesmas e assim lograr uma melhor qualidade de vida a nossa população.

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

Não apresentamos dificuldades na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.

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

Ocorrerá a incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço, mesmo com a finalização do curso. As mesmas serão adequadas ou melhoradas com ajuda de toda a equipe de saúde, ainda mais agora que já contamos com equipe completa, pela incorporação da equipe de saúde bucal.

A equipe continuará com sua reunião com frequência semanal para conversar com a equipe sobre continuidade da mesma e a importância de continuar nosso trabalho com a grande ajuda dos ACS, orientando-os a continuar com a busca do maior número de usuários pendentes para serem avaliados e manter o contato com os usuários para seu retorno e poder avaliar seus exames.

Sobre envolvimento da equipe e outras ações programáticas, estamos conseguindo cumprir o cronograma e a equipe está envolvida no projeto, ampliando

o número de atendimentos dos usuários com hipertensão. Mesmo não atingindo as metas propostas, continuaremos com o cronograma da mesma sem afetar outros serviços dos usuários e as metas serão cumpridas plenamente.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

Os resultados apresentados a seguir refletem a intervenção realizada na UBS Alto São Severino, no município de Caraúbas/RN, entre os meses de outubro e dezembro de 2015. A intervenção foi voltada para a melhoria da atenção à saúde de hipertensos e diabéticos.

Residem na área de abrangência, aproximadamente, 360 hipertensos e 100 diabéticos (dados da UBS) e deveríamos ter 402 hipertensos e 100 diabéticos (estimativa da planilha coleta de dados).

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

Meta 1.1 - Cadastrar 85% dos usuários hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

A participação de toda a equipe favoreceu a boa evolução do cadastramento dos usuários hipertensos. No primeiro mês cadastramos 106 usuários (26,4%). No segundo mês conseguimos cobertura de 230 usuários (57,2%). Já no terceiro mês a cobertura chegou a 360 usuários hipertensos (89,6%). Atingimos a meta proposta de 80%, aumentando o número de consulta a estes usuários brindando palestras na comunidade, fazendo reuniões com o grupo de hipertensos e diabéticos e incorporando nosso projeto à rotina trabalho da UBS, aumentando e garantindo a cobertura dos usuários com a ajuda de toda a equipe de saúde.

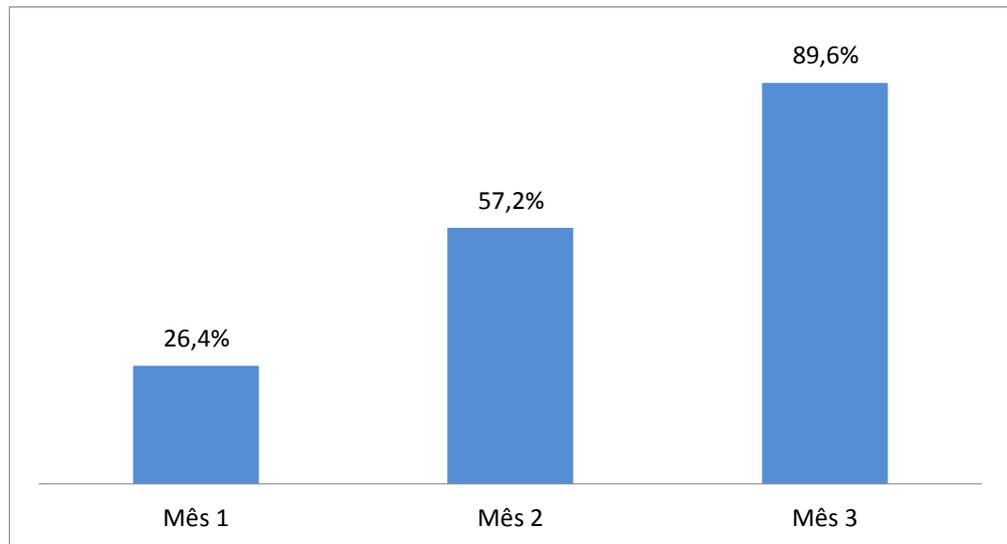


Figura 1- Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na unidade de saúde

Meta 1.2. Cadastrar 85 % 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 aos diabéticos na unidade de saúde.

A evolução da intervenção na cobertura de atenção aos usuários com diabetes ocorreu de forma favorável com a participação de toda a equipe de saúde. No primeiro mês foram 42 (42%), no segundo mês conseguimos cobertura de usuários 83 (83%), já no terceiro mês a cobertura foi de 100% com um total de 100 diabéticos. Este indicador foi cumprido, já que além de ter um bom planejamento, mantemos estabilidade em nosso trabalho e assistência diária. Além disso, juntamente à equipe, levamos as consultas mais perto possível das comunidades tanto urbana como rural, além de ter consulta em dia fixo na UBS para este grupo populacional e reuniões semanais com os usuários, onde explicamos a importância da assistência às consultas e a participação dos mesmos no projeto para a melhoria de sua saúde. Ademais, realizamos visitas domiciliares aos acamados fazendo sua avaliação na casa dos mesmos.

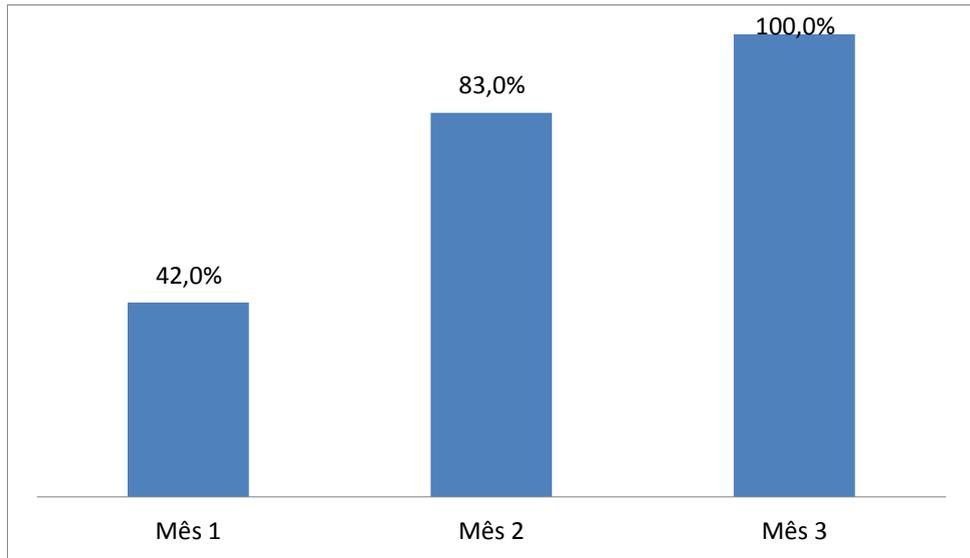


Figura 2- Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na unidade de saúde.

## 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.

Em relação à proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo foi muito importante a participação e trabalho da equipe em geral, assim como do médico e da enfermeira, através de sua assistência diária ao trabalho e apoio dos ACS. Durante o primeiro mês, o número de usuários com exame clínico em dia foi de 10, o que representou 100% de usuários. Durante o segundo mês, tivemos 230 usuários com exame clínico em dia (100%) e o terceiro mês terminou com um total de 360 usuários com exame clínico em dia de um total de 360 usuários o que representou um 100% dos cadastrados. A todos os usuários cadastrados realizou-se o exame médico, tanto nas consultas como nas visitas domiciliares. Já que se contava com um dia para a consulta programada e uma tarde para as visitas domiciliares dos usuários acamados e com dificuldades para chegar até à unidade.

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.

Com relação à proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo, durante o primeiro mês realizamos o exame em 42 usuários (100,0%), no segundo mês conseguimos 83 usuários com exame clínico em dia (100,0%) e o terceiro mês terminou com um total de 100 usuários com exame clínico em dia (100,0%). Foi muito importante a participação e trabalho da equipe em geral, principalmente do médico e da enfermeira, com sua assistência diária ao trabalho e apoio dos ACS na UBS e nas visitas domiciliares.

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.

Com relação aos diabéticos com exame dos pés em dia, a todos os 42 diabéticos atendidos no primeiro mês se realizou o exame dos pés (100%), no segundo mês a todos os 83 usuários atendidos também foram realizados o exame (100%) e o terceiro mês terminou com 100 usuários com exame dos pés ao dia (100%). Para o cumprimento desta meta foi muito importante a capacitação do toda a equipe para o exame dos pés e o trabalho constante, principalmente do médico e da enfermeira da UBS, contando com a disponibilidade do monofilamento para a realização deste exame.

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

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

Quanto à garantia dos exames complementares em dia de acordo com o protocolo, tivemos durante o primeiro mês 96 usuários (90,6%), no segundo mês o número de usuários com exames complementares em dia foi de 217 (94,3%), e para concluir nossa intervenção, no terceiro mês finalizamos com 350 usuários com exames complementares em dia, o que representou 97,2%. O principal é que

conseguimos identificar os usuários que não estavam com exames em dia. Importante para ajudar a cumprir este indicador foram as facilidades do município para a realização dos exames através do SUS, parceria da secretaria da saúde, gestores municipais e equipe em geral.

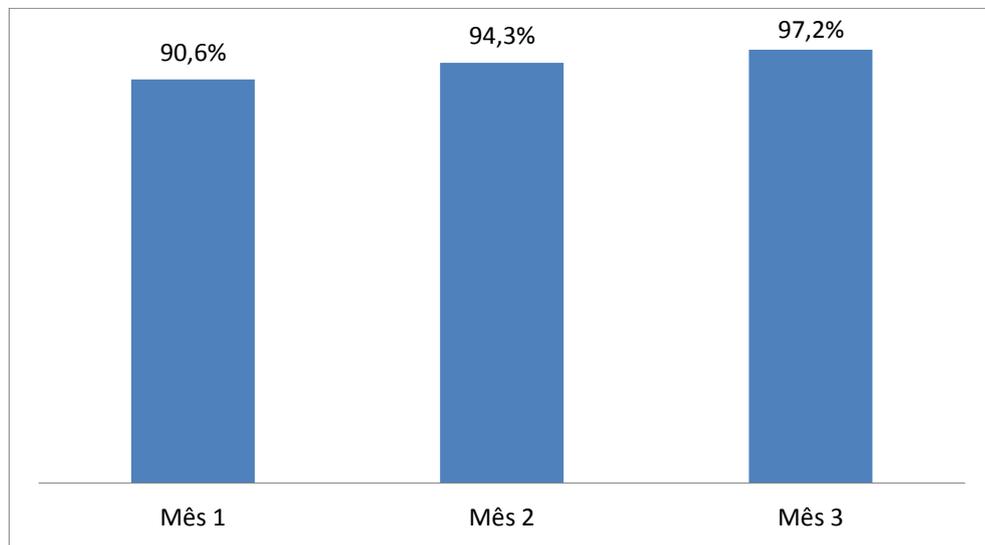


Figura 3 - Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Assim é todo o esforço realizado não foi possível liberar pelo SUS todos os exames complementares dos usuários, no tempo dado, já que a secretaria de saúde não fez a liberação de todos os exames a mesma foi muito devagar, alguns fizeram os exames pagos outros pelo SUS e os mais carentes e de lugares mais apartados nos foi difícil de realizar pelo que não atingimos a meta proposta ,mais já com os usuários identificados e com a continuação do trabalho vamos realizar os mesmos .

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

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

Importante para ajudar a cumprir este indicador foram as facilidades do município para a realização dos exames através do SUS, a parceria da secretaria da saúde, gestores municipais e equipe em geral. Em relação à proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, no

primeiro mês o número de usuários foi de 37 (88,1%), no segundo mês o número de usuários com exames complementares em dia foi de 79 (95,2%), para concluir nossa intervenção no terceiro mês tivemos 96 usuários com exames complementares em dia (96,0%). Destaco ter conseguido identificar os usuários com exames atrasados.

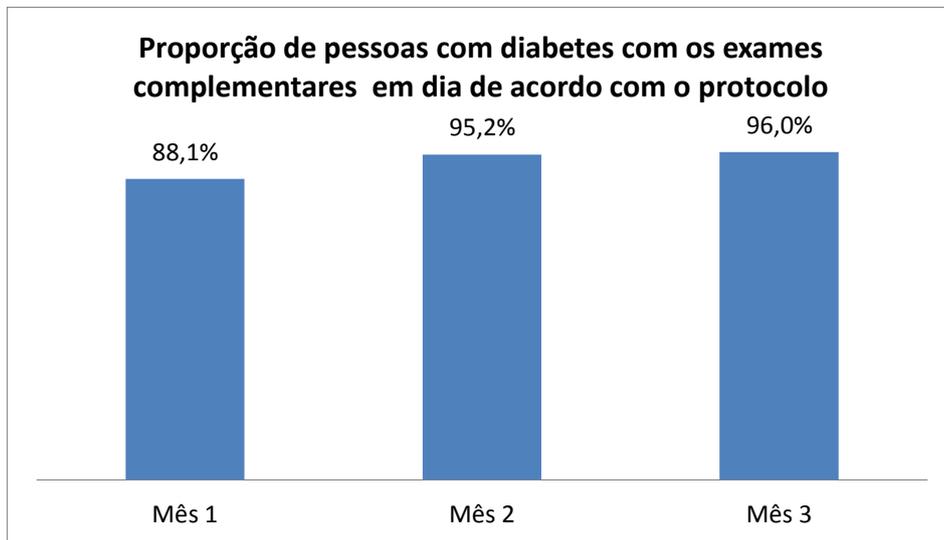


Figura 4 - Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Apesar do esforço realizado Não foi possível liberar pelo SUS todos os exames complementares dos usuários, no tempo dado, já que a secretaria de saúde não fez a liberação de todos os exames, a mesma foi muito devagar, alguns fizeram os exames pagos, outros pelo SUS, e os mais carentes e de lugares mais afastados foi difícil de realizar.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos.

Indicador 2.6: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/DANT.

O indicador proporção de hipertensos com prescrição de medicamento da Farmácia Popular/DANT, durante o primeiro mês foi de 106, o que representou 100%, no segundo mês o número de usuários foi de 230 usuários (100%), para concluir nossa intervenção no terceiro mês com um total de 360 (100%) usuários com prescrição da Farmácia Popular, o que é muito bom, já que os usuários podem

acessar de forma muito econômica e adquirir seus medicamentos a baixo custo e diminuem os riscos de abandono do tratamento por falta de dinheiro. Importante contar no município com as farmácias populares, que ajudam aos usuários com a compra de medicamento a baixo custo ou de graça, já que na UBS durante os primeiros meses do ano 2015 tivemos pouca disponibilidade de medicamentos.

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

Indicador 2.7: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/DANT.

Durante o primeiro mês tivemos 42 usuários com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, representando 100%, no segundo mês o número de usuários foi de 83 (100%), para concluir nossa intervenção no terceiro mês com um total de 100 (100%) diabéticos com prescrição da Farmácia Popular. Isto é muito bom já que os usuários podem adquirir seus medicamentos a baixo custo e diminuem os riscos de abandono do tratamento por falta de dinheiro. Importante contar no município com as farmácias populares que ajudam aos usuários com a compra de medicamento a baixo custo ou de graça, já que na UBS durante os primeiros meses do ano 2015 tivemos pouca disponibilidade dos medicamentos.

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

Em relação à proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, realizamos parceria com o CEO municipal e também com uma equipe de saúde bucal de outra UBS, os quais ofereceram ajuda com os usuários da intervenção, além de capacitar a equipe de saúde da UBS na avaliação da saúde bucal dos usuários. Isso foi muito importante para nós, pois assim pudemos ajudar na avaliação da saúde bucal dos mesmos. No primeiro mês foram 106 usuários (100%), no segundo mês 230 usuários (100%) e, para terminar, no terceiro mês com um total de 360 com avaliação da necessidade de atendimento odontológico (100%).

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.

Em relação à proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, realizamos parceria com o CEO municipal e também com uma equipe de saúde bucal de outra UBS, os quais disponibilizaram ajuda com os usuários da intervenção, além de capacitar toda equipe de saúde da UBS na avaliação da saúde bucal dos usuários. A proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico aconteceu da seguinte maneira: no primeiro mês 42 usuários (100%), no segundo mês 83 usuários (100%) e no terceiro mês 100 usuários (100%), atingindo a meta.

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

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

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

Com relação à proporção de hipertensos faltosos com busca ativa durante o primeiro mês, os 27 usuários assistiram a consulta (100%), depois no segundo mês os faltosos com busca ativa foram 38 (100%) e no terceiro mês conseguimos avaliar um total de 41 usuários faltosos com busca ativa (100%). Continuamos na busca dos demais usuários faltosos com ajuda dos ACS, elemento chave para identificar usuários faltosos e encaminhar para a UBS, além dos usuários faltosos terem porta aberta para serem avaliados a qualquer momento na UBS.

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

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

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

Com relação à proporção de diabéticos faltosos com busca ativa, durante o primeiro mês tivemos 7 usuários faltosos com busca ativa (100%), no segundo mês

os faltosos com busca ativa foram 10, todos com busca ativa (100%) e no terceiro mês conseguimos avaliar um total de 12 usuários faltosos com busca ativa (100%). Continuamos na busca dos demais usuários faltosos com ajuda dos ACS, elemento chave para identificar usuários faltosos e encaminhar para UBS, além disso, os usuários faltosos têm porta aberta para serem avaliados a qualquer momento na UBS.

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

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

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

A proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento comportou-se da seguinte maneira: durante o primeiro mês foram 106 usuários (100%), no segundo mês foram 230 usuários (100%) e no final do terceiro mês conseguimos ter 360 usuários com registro adequado (100%). Muito importante dispor das fichas para o controle adequado, as quais foram disponibilizadas e trabalhadas pela enfermeira e pelo médico.

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

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

Durante o primeiro mês tivemos 42 diabéticos com registro adequado (100%), no segundo mês foram 83 diabéticos (100%) e no final do terceiro mês conseguimos 100 diabéticos com registro adequado (100%). Muito importante dispor das fichas para o controle adequado, as quais foram disponibilizadas e trabalhadas pela enfermeira e pelo médico.

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

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.

Importante para conseguir a meta foi a participação dos usuários e comunidade em geral, para a realização do exame clínico e complementar, ajuda do município com a realização dos exames pelo SUS e o trabalho da equipe em geral na busca ativa e avaliação dos usuários. O indicador de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia foi muito bom, durante o primeiro mês realizou-se estratificação de risco a 106 usuários (100%), no segundo mês 230 usuários (100%) e terminamos no terceiro mês com um total de 360 usuários com estratificação de risco em dia (100%).

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.

O indicador proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia foi muito bom, durante o primeiro mês realizamos estratificação de risco em 42 usuários (100%), no segundo mês 83 usuários (100%) e terminamos no terceiro mês com um total de 100 usuários com estratificação de risco em dia (100%). Importante para conseguir a meta foi a participação dos usuários e comunidades em geral, para a realização do exame clínico e complementar, ajuda do município com a realização dos exames pelo SUS e o trabalho da equipe em geral na busca e avaliação dos usuários

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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 usuários 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 usuários 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 usuários 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 usuários 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 usuários hipertensos.

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

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

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

Optou-se por agrupar os resultados do objetivo 6, uma vez que foram os mesmos em todos os meses. Resumindo, todas as metas foram cumpridas, o número de usuários com HAS teve o seguinte comportamento: no primeiro mês orientamos 106 usuários (100%), no segundo mês 230 usuários (100%) e no terceiro mês 360 usuários com HAS (100%). Em relação aos diabéticos, no primeiro mês orientamos 42 diabéticos (100%), no segundo mês 83 diabéticos (100%) e no terceiro mês 100 diabéticos (100%).

Em relação à proporção de hipertensos e ou diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e orientação sobre higiene bucal, para cumprir essas metas tivemos um ótimo apoio da secretaria da saúde, NASF e toda a equipe da unidade, com a participação ativa na UBS e praças da comunidade, oferecendo palestras com diferentes temas da orientação na prevenção destas doenças. Muito importante a ajuda e o acolhimento da comunidade e dos usuários em geral para receber as orientações.

O indicador relacionado com a orientação sobre higiene bucal não contou com ajuda da equipe de saúde bucal por não contar com equipe de saúde bucal na nossa UBS, mas a ESF ajudou muito na promoção da boa higiene bucal, e nas consultas todos receberam orientações adequadas, recebendo ajuda do CEO municipal e da equipe de saúde bucal que forma parte de nossa UBS e que se encontra no CEO.

## **4.2 Discussão**

Ao final da intervenção, a equipe ficou muito feliz com os resultados alcançados, assim como a comunidade. Muitas ações foram cumpridas e o cronograma foi seguido em quase sua totalidade. Conseguimos trabalhar com mais união, dedicação, integralidade e preocupação pelos usuários com hipertensão, diabetes e comunidade em geral. Também propiciou uma melhora dos registros, controle nas consultas, adequado exame clínico, laboratorial, estratificação de risco, além de ampliar as medidas de prevenção e promoção em saúde.

Exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas à saúde dos usuários com Hipertensão ou Diabetes, abordando rastreamento, monitoramento, estratificação de risco, característica destas doenças, exame clínico, preenchimento dos dados, orientações na prevenção e promoção aos usuários e comunidade entre outras ações.

A importância para nossa equipe foi que conseguimos melhorar os serviços aos usuários com hipertensão ou diabetes de forma geral sem afetar outros serviços da UBS. Aumentamos a qualidade das consultas e avaliação dos usuários, aumentamos os níveis dos indicadores que ficavam baixos em relação aos anos

anteriores. Também todas as ações para melhorar a saúde dos usuários foram incorporadas a rotina de trabalho de nossa unidade de saúde.

A intervenção também favoreceu o trabalho integrado do médico, enfermeira, técnicas de enfermagem, recepção e ACS, que foi a peça chave na realização do projeto. No nível de UBS, as consultas aumentaram e foram qualificadas. Tivemos a realização de atividades educativas individual nas consultas e coletivas na recepção e sala de reuniões com a participação de toda a equipe, usuários e comunidade em geral. Agora toda equipe se vê envolvida no projeto, já que participaram na realização e execução das mesmas. O melhor de tudo foi que conseguimos mudar nossa estratégia de trabalho incorporando agora todas essas ações na rotina diária de nosso trabalho na UBS.

Acabou tendo impacto favorável na comunidade a realização de palestras em diferentes pontos da comunidade como igrejas, onde a população participou de forma ativa, além dos usuários com hipertensão ou diabetes. Nas visitas domiciliares foi muito interessante avaliar os usuários que, por idade ou doença, não podem locomover-se a UBS, desta forma conseguimos interagir com eles e seus familiares nos cuidados dos mesmos e dúvidas sobre suas doenças e como melhorar a saúde dos mesmos em casa.

A população de nossa área de abrangência gostou muito do projeto e para a comunidade também foi importante, já que conseguimos cadastrar, avaliar e dar orientações de forma correta a um maior número de usuários e familiares, além das atividades levada pela equipe de saúde com participação ativa do NASF, reabilitador físico nas diferentes localidades. Conseguimos restabelecer a parceria com os líderes da comunidade e igrejas, ficamos mais perto da comunidade levando as consultas fora da UBS, o que também favoreceu poder avaliar mais usuários.

Para o bem da comunidade e para melhorar nosso trabalho, a intervenção foi incorporada a rotina do serviço. Para isso ampliaremos o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção da Saúde dos usuários com Hipertensão ou Diabetes.

Uma pequena reflexão do por que não cumrimos algumas metas é que, apesar de ter um bom planejamento, nem sempre tivemos a disponibilidade dos exames laboratoriais pelo SUS, o que dificultou um pouco nosso projeto no início.

Nossos próximos passos são tomar este projeto como exemplo e pretendemos organizar outros programas na UBS como o Pré-natal, Saúde dos

idosos e Saúde da mulher para cumprir com os princípios do SUS, além dos atributos e funções da atenção primária à saúde, por exemplo, integralidade, focalização na família, orientação comunitária, resolutividade e sempre trabalhar em equipe.

## **5 Relatório de intervenção para os gestores**

Caros gestores,

Eu sou o médico Xiovery Hernández da equipe de saúde de nossa comunidade Alto São Severino. Inicialmente queria agradecer o apoio e a estrutura oferecida para a realização da intervenção que se dedicou a aprimorar a atenção e qualificar a atenção à saúde de hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência. Temos aproximadamente, 402 hipertensos e 100 diabéticos na UBS-ESF do Alto São Severino, Caraúbas/RN e maioria deles se beneficiou com nosso trabalho. Foi de suma importância o apoio da gestão na capacitação realizada no início da intervenção e no fornecimento de materiais necessários, como aparelho de glicemia, balança, aparelho para verificação da pressão arterial, impressões das fichas-espelhos, facilidade com o transporte, para assim conseguir uma maior cobertura dos usuários com hipertensão, diabetes e comunidade em geral no programa.

Primeiramente pactuamos os objetivos, metas e o papel de cada profissional na intervenção.

A intervenção primariamente buscou ampliar a cobertura dos usuários com hipertensão ou diabetes inscritos no programa. A maioria das ações foi realizada, monitoramos a intervenção, melhoramos o acolhimento e conseguimos garantir o registro de um bom número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. A cobertura chegou a 360 usuários hipertensos (89,6%), e dos diabéticos a cobertura foi de 100% com um total de 100 usuários diabéticos. Atingindo a meta estabelecida, a intervenção foi realizada nas 12 semanas propostas e nossos resultados foram favorecidos pelo trabalho organizado de toda a equipe de saúde comprometida com nosso projeto de intervenção que hoje está incorporado à rotina de trabalho da UBS e que seguirá aumentado e garantindo a cobertura dos usuários.

Terminamos com um total de 360 usuários hipertensos com exame clínico em dia de um total de 360 usuários o que representou 100% dos cadastrados e os diabéticos terminaram com um total de 100 usuários com exame clínico em dia (100%). Foi oferecida a indicação de diferentes exames complementares para avaliação adequada dos usuários, concluindo nossa intervenção com um total de 350 usuários hipertensos com exames complementares em dia, o que representou 97,2%. Quanto aos usuários diabéticos, 96 deles tiveram com exames complementares em dia (96%).

O principal é que conseguimos indicar os exames aos usuários em consultas ou visitas domiciliares e identificar os usuários com exames que não estavam em dia. Importante para ajudar a cumprir este indicador foram as facilidades do município para a realização dos exames através do SUS, parceria da secretaria da saúde, gestores municipais e equipe em geral.

A proporção de hipertensos com prescrição de medicamento da Farmácia Popular/DANT teve um total de 360 usuários (100%) e um total de 100 usuários diabéticos (100%), o qual é muito bom, já que os usuários podem acessar de forma muito econômica e adquirir seus medicamentos a baixos custos, o que diminui os riscos de abandono do tratamento por falta de dinheiro. Importante contar no município com as farmácias populares, já que na UBS durante os últimos meses do ano 2015 tivemos pouca disponibilidade de medicamentos, limitação que precisa da ajuda dos gestores e da secretaria da saúde

Em relação à proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, realizamos parceria com o CEO municipal já que nossa equipe de saúde bucal atua no mesmo, os quais disponibilizaram ajuda com os usuários da intervenção, além de capacitar toda equipe de saúde da UBS na avaliação da saúde bucal dos usuários. Tivemos 360 usuários hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico (100%) e 100 usuários diabéticos (100%). Organizamos práticas individuais a cada usuário em consulta e coletivas na comunidade e UBS sobre alimentação saudável, atividade física regular, riscos do tabagismo e higiene bucal em parcerias institucionais, envolvendo educadores físicos e NASF.

Para finalizar, queria ressaltar a importância da continuação do apoio dos gestores envolvidos nesta intervenção, já que é de conhecimento de todos

que se conseguirmos agir preventivamente conseguiremos resultados expressivos num futuro breve, trazendo ainda mais benefícios para a população, além de reduzir os recursos investidos em tratamentos curativos que são muito mais caros que os tratamentos preventivos, buscando melhorar a qualidade de vida de todos os usuários com hipertensão ou diabetes.

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

Comunidade do Bairro Alto São Severino,

Eu sou o médico Xiovery Hernandez da equipe básico de saúde de nossa comunidade. Primeiro queria informar que este trabalho se desenvolveu no período de outubro, novembro e dezembro de 2015. Pretendíamos cadastrar 402 hipertensos e 100 diabéticos da UBS-ESF Alto São Severino, ou seja, todos os usuários hipertensos e diabéticos da área adstrita e fazer consultas multiprofissionais, com objetivo geral de melhorar a atenção à saúde de hipertensos e diabéticos da UBS.

Reunimos a equipe toda, estudamos e nos preparamos para melhorar o atendimento dos usuários com hipertensão e/ou diabetes. Estabelecemos metas e definimos ações para alcançá-las. Esta intervenção estava planejada para ocorrer em 12 semanas, três meses, mas ela vai continuar ocorrendo na rotina da UBS. Primeiro, definimos que tínhamos que ter pelo menos 80% dos usuários com hipertensão e/ou diabetes cadastrados adequadamente na comunidade de Alto São Severino. Neste item tivemos um bom resultado, conseguimos garantir o registro de um bom número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

A participação de toda a equipe favoreceu a boa evolução do cadastramento dos usuários hipertensos. A cobertura chegou a 360 usuários hipertensos (89,6%), e dos diabéticos a cobertura foi de 100% com um total de 100 diabéticos. Também informamos a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Capacitamos os agentes de saúde para exercerem suas funções seguindo o protocolo. Capacitamos também a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos e posteriormente orientamos a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal especialmente dos hipertensos e diabéticos. Monitoramos o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) dos usuários com hipertensão e diabetes e organizamos as consultas em lugares mais perto dos usuários, como igrejas, no período da tarde, além das visitas domiciliares para buscar os faltosos, e agendamos um dia de terça e quarta-feira para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares sem afetar outros serviços da UBS. Continuamos na busca dos demais usuários faltosos com a ajuda dos ACS, elemento chave para identificar usuários faltosos e encaminhá-los para a UBS; além disso, os usuários faltosos têm porta aberta para serem avaliados a qualquer momento na UBS.

Além disso, realizamos palestras e trocas de conversas com os usuários para ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e/ou diabéticos e conseguir esclarecer aos

portadores de hipertensão, diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Organizamos práticas coletivas sobre alimentação saudável, atividade física regular, riscos do tabagismo e higiene bucal em parceria com educadores físicos e NASF.

Temos que dizer a vocês que agora temos o registro de todos os atendimentos em uma ficha para cada usuário hipertenso ou diabético e conseguimos ter um controle de como está a condição de cada usuário. Além disso, podemos avaliar se nossas ações como profissional estão atingindo o que queremos. Queremos ajudar ainda mais a comunidade nas questões educativas, como realizar palestras em diferentes temas da saúde, não só dos hipertensos ou diabéticos, outros problemas também podem afetar a nossa comunidade e precisa de nossa ajuda permanente.

Esta ação é muito importante, pois a informação ajuda as pessoas a tomarem atitudes corretas para melhorar a qualidade de vida. Para finalizar, quero destacar o apoio da comunidade para o sucesso de nosso trabalho para a melhora da saúde dos usuários com hipertensão ou diabetes. Acredito que todos os profissionais estão felizes e satisfeitos de terem trabalhado nestas atividades. Para o bem da comunidade e para melhorar nosso trabalho, a intervenção foi incorporada a rotina do serviço. Para isso ampliaremos o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção à saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

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

Desde o começo do meu projeto de estudo sobre a melhoria da atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes, fiquei curioso, já que nunca tinha feito um curso a distância e também foi um pouquinho difícil pelo idioma, o qual foi um grande desafio, tanto a escrita como a leitura, mas fui superando no transcurso do curso. Também foi necessário para o desenvolvimento deste, estudar os protocolos de atuação no Brasil e compreender o Projeto Pedagógico. Tive problemas com a internet, muitas vezes, o que dificultou um pouco meu trabalho e, às vezes, não podia mandar as tarefas em tempo. Destaco o apoio dos diferentes professores que trabalharam durante todo o curso nas orientações, avaliação e revisão das diferentes tarefas e TCC finalmente.

Quando levei o projeto a minha UBS, todos ficaram muito felizes, já que nosso trabalho em equipe melhorou e conseguimos trabalhar com a saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes, oferecendo um atendimento humanizado e de qualidade. Toda a equipe ajudou muito na realização e no cumprimento das ações do cronograma, e não tivemos grandes problemas na trajetória deles.

Minha expectativa foi cumprida já que conseguimos cadastrar o maior número de usuários com estas doenças e agora incorporamos todas essas ações na nossa rotina diária da UBS, e com isso os usuários e a comunidade em geral ficaram muito contente com nosso trabalho.

Com relação ao significado na prática profissional, considero muito bom, já que tive a possibilidade de adquirir conhecimentos acerca da Estratégia Saúde da Família, com muitas coisas novas para mim.

Creio que os aprendizados mais interessantes do curso foram o planejamento das ações em saúde e a organização do processo do trabalho, com os membros da equipe. Com relação ao planejamento das ações, aprendi que temos que trabalhar com os principais problemas da comunidade, com os dados obtidos na análise situacional da UBS, para assim alcançar esses problemas e tentar dar soluções através de trabalhos preventivos no processo de saúde–doença da comunidade, e pela organização do trabalho em equipe, já que com a união encontramos a força para assim dar resolubilidade as demandas dos usuários.

Sem dúvida foi um projeto de intervenção que nos ensinou muitas coisas novas e que disfrutamos muito da equipe de saúde em união com toda a comunidade. Serve de exemplo para realizar outras intervenções futuras e assim melhorar ainda mais a saúde de nossa população que tanto precisa. Fico muito feliz com todo o aprendido e todo o trabalho realizado e, sobretudo, por saber da utilidade do trabalho e da melhora da atenção brindada com muita mais qualidade e eficiência a nossa população que tanto merece.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 128 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 160 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde**. Saúde da Família. 2ª edição Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF, 2008.

SIQUEIRA, F.C.V.; FACCHINI, L.A.; SILVEIRA, D.S.; PICCINI, R.X.; THUMÉ, E.; TOMASI, E. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, n. 1, p:39-44, 2009.

## **Anexos**

**Anexo A - Documento do comitê de ética**

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

---

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>  
Pro<sup>a</sup> Ana Cláudia 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 da Saúde.

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





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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

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

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

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