

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma 8**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção à saúde de hipertensos e/ou diabéticos na ESF Gaspar  
Bartholomay em Santa Cruz do Sul/RS**

**Juan Carlos Esquivel Guerra**

**Pelotas, 2015**

**Juan Carlos Esquivel Guerra**

**Melhoria da atenção à saúde de hipertensos e/ou diabéticos na ESF Gaspar  
Bartholomay em Santa Cruz do Sul/RS**

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

**Orientador: Manoel Messias Santos Alves**

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

G934m Guerra, Juan Carlos Esquivel

Melhoria da Atenção à Saúde de Hipertensos e/ou Diabéticos na ESF Gaspar Bartholomay Em Santa Cruz do Sul/RS / Juan Carlos Esquivel Guerra; Manoel Messias Santos Alves, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

97 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1. Saúde da Família 2. Atenção Primária à Saúde 3. Doença Crônica 4. Diabetes Mellitus 5. Hipertensão I. Alves, Manoel Messias Santos, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

*Dedico este trabalho a toda comunidade da  
ESF Gaspar Bartholomay, que sempre  
reconheceu meu esforço e demonstraram  
gratidão pelo serviço prestado.*

## **Agradecimentos**

Agradeço a todas as pessoas que contribuíram para que eu pudesse concretizar um grande sonho, ajudar o povo brasileiro a melhorar seu estado de saúde, em especial a equipe de saúde Gaspar Bartholomay, por sua dedicação nessa trajetória.

A meu orientador Manoel Messias Santos Alves, que me acompanhou ao longo do curso e no desenvolvimento do Projeto de Intervenção, por sua dedicação e importantes recomendações.

A UFPEL, pela excelência de ensino e por ter me proporcionado essa especialização.

A minha família que sempre acreditaram em mim, e mesmo distante me deram todo apoio e incentivo para seguir em frente.

Por fim, agradeço a comunidade da ESF Gaspar Bartholomay, que colaboram no desenvolvimento da intervenção.

## Resumo

ESQUIVEL GUERRA, Juan Carlos. **Melhora da atenção à saúde de Hipertensos e/ou Diabéticos na ESF Gaspar Bartholomay em Santa Cruz do Sul/RS.** 2015. 96f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) são das causas de maior redução da expectativa de vida dos indivíduos, de incidência crescente, que apresenta alta morbimortalidade e também afetam prejudicialmente a qualidade de vida da população. A escolha do foco de intervenção voltado à atenção aos hipertensos e diabéticos tornou-se necessário para promover e desenvolver ações de prevenção, proteção, e promoção da saúde para melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na área de abrangência da ESF Gaspar Bartholomay, em Santa Cruz do Sul-RS. O projeto foi estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas e as ações foram planejadas de acordo com os quatro eixos pedagógicos, monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da Prática Clínica. A intervenção foi desenvolvida na ESF Gaspar Bartholomay, localizada no bairro Bom Jesus, na periferia da cidade. Há um grande grupo de fatores de risco na população, como tabagismo, abuso de drogas e hábitos alimentares inadequados. Ao longo da intervenção foram acompanhados 390 usuários residentes a área de abrangência da USF, sendo 284 (88,6%) portadores de Hipertensão Arterial, e 106(100%) usuários portadores de Diabetes Mellitus. Ao longo da intervenção os indicadores de qualidade foram mantidos em 100% durante todo o período. A implementação do projeto de intervenção foi de grande importância para comunidade assistida devido ao aumento do número de atendimentos deste grupo da população, melhorou a organização e qualidade da atividade de promoção de saúde, assim como aumento conhecimento da população referente ao autocuidados para diminuir fatores de riscos e melhorar qualidade de vida. Melhorou o engajamento com líderes comunitários e com os gestores para maior apoio nas atividades. Os líderes comunitários em atividades de divulgação e gestores em fornecimento de recursos necessários para atendimento integralizado, com mais organização do serviço e planejamento das ações do HIPERDIA. Ao término da intervenção a equipe ficou mais capacitada para prestar atendimento de qualidade.

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

## Lista de Figuras

<b>Figura 1</b>	Gráfico 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na ESF Gaspar Bartholomay, Santa Cruz do Sul-RS, 2015.....	67
<b>Figura 2</b>	Gráfico 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na ESF Gaspar Bartholomay, Santa Cruz do Sul-RS, 2015.....	68
<b>Figura 3</b>	Gráfico 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na ESF Gaspar Bartholomay, Santa Cruz do Sul-RS, 2015.....	80
<b>Figura 4</b>	Gráfico 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na ESF Gaspar Bartholomay, Santa Cruz do Sul-RS, 2015.....	80

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

<b>ACS</b>	Agente comunitário da Saúde
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>CAP</b>	Caderno de Ações Programáticas
<b>CAPS</b>	Centros de Atenção Psicossocial
<b>CAPS AD</b>	Centro de Atendimentos Psicossocial Para Álcool e Drogas
<b>CAPS IA</b>	Centro de Atendimentos Psicossocial para Infância e Adolescência
<b>CEMAI</b>	Centro Materno Infantil
<b>CEMAS</b>	Centro Municipal de Atendimento a Sorologia
<b>CEO</b>	Centro de Especialidade Odontológica
<b>CEREST</b>	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
<b>CME</b>	Central de Material Esterilizado
<b>CSIIM</b>	Casa de Saúde Ignez Irene Morais
<b>DM</b>	Diabetes Mellitus
<b>DTS/AIDS</b>	Doença transmissão sexual/Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
<b>ESB</b>	Equipe de Saúde Bucal
<b>ESF</b>	Estratégia da Saúde da Família
<b>HAS</b>	Hipertensão Arterial Sistêmica
<b>HIPERDIA</b>	Programa de Atenção ao Hipertenso e Diabético
<b>HIV</b>	Vírus de imunodeficiência Humana
<b>HPV</b>	Vírus de Papiloma Humano
<b>NASF</b>	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PA</b>	Pronto Atendimento
<b>PSF</b>	Programa de Saúde da Família
<b>RN</b>	Recém-Nascido
<b>SAMU</b>	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
<b>SIAB</b>	Sistema de Informação em Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UFPEL</b>	Universidade Federal de Pelotas
<b>UMREST</b>	Unidade Municipal de Referência em Saúde do Trabalhador
<b>UNISC</b>	Universidade Santa Cruz do Sul
<b>UPA</b>	Unidade Pronto Atendimento
<b>USF</b>	Unidade de Saúde da Família



## SUMÁRIO

<b>Apresentação</b> .....	8
<b>1 Análise Situacional</b> .....	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	10
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	27
<b>2 Análise Estratégica</b> .....	29
2.1 Justificativa .....	29
2.2 Objetivos e metas .....	30
2.2.1 Objetivo geral .....	30
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	30
2.3 Metodologia .....	32
2.3.1 Detalhamento das ações .....	33
2.3.2 Indicadores .....	43
2.3.3 Logística .....	49
2.3.4 Cronograma.....	55
<b>3 Relatório da Intervenção</b> .....	659
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	59
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	62
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	63
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	63
<b>4 Avaliação da intervenção</b> .....	65
4.1 Resultados.....	65
4.2 Discussão .....	74
<b>5 Relatório da intervenção para gestores</b> .....	77
<b>6 Relatório da Intervenção para a comunidade</b> .....	81
<b>7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem</b> .....	83
<b>Referências</b> .....	85
<b>Apêndices</b> .....	86
<b>Anexos</b> .....	89

## **Apresentação**

O presente trabalho corresponde na última etapa do curso de Especialização em Saúde da Família, da Universidade Federal de Pelotas. Foi realizada uma análise situacional dos serviços de atenção primária prestados na Estratégia Saúde da Família Gaspar Bartholomay, em Santa Cruz do Sul-RS, no qual deu origem ao projeto de intervenção com o objetivo de qualificar a assistência prestada aos portadores de hipertensão e diabetes. A intervenção foi organizada em quatro eixos: engajamento público, organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica e monitoramento e avaliação.

O volume do trabalho apresentado está organizado em sete tópicos. Análise Situacional, resume as principais características da população alvo, estrutura da UBS, recursos humanos e materiais disponíveis, assim como o funcionamento da unidade.

A Análise Estratégica, relata a organização do projeto de intervenção, justificativa, os objetivos, metas e indicadores, a logística necessária, assim como a metodologia e o cronograma das atividades planejadas para um período de 16 semanas.

Em sequência, o Relatório de Intervenção apresenta as principais atividades desenvolvidas, vivências, desacertos, e dificuldades encontradas no período.

O capítulo nº 4, Avaliação da Intervenção, faz uma análise de cumprimento dos indicadores quantitativos e qualitativos, bem como dos resultados apresentados com a discussão dos benefícios proporcionados para a comunidade, equipe e organização do serviço após a implementação do projeto.

Foi criado ainda o Relatório para Gestores e o Relatório para Comunidade, o primeiro explica aos gestores municipais os resultados do projeto e sua relevância e disponibilidade de continuar como rotina do serviço, e o segundo é destinado a

comunidade, através de uma linguagem simples que relata com os principais pontos da intervenção, sua importância para a comunidade assim como os resultados obtidos de forma geral.

A última parte deste trabalho corresponde a Reflexão Crítica do Processo de Aprendizagem, na qual foi descrita as principais intercorrências presentes ao longo do curso, expectativas iniciais, assim como a importância do curso para minha preparação e superação profissional.

Por fim, será apresentado as referenciais bibliográficos, os apêndices e os anexos.

## **1 Análise Situacional**

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

A Unidade de Saúde da Família (USF) Gaspar Bartholomay foi criada em 22 de junho de 1996, destinada a atender as necessidades da população. No ano de 1998 esta unidade passou a fazer parte do Programa de Saúde da Família (PSF) e conseqüentemente, em 2009, com o serviço de Estratégia Saúde da Família (ESF).

O modelo de ESF substituiu o modelo tradicional, no qual a população tinham atendimentos centrados em hospitais e postos de saúde, e agora essas ações são realizadas em unidades básicas locais (e até mesmo em domicílio dos usuários). Essa nova reorganização visa à redução da procura a hospitais e postos de saúde especializados de usuários que necessitem apenas de atendimento básico, reservando para essas unidades somente casos mais graves ou emergenciais.

A ESF Gaspar Bartholomay localiza-se na Avenida Gaspar Bartholomay, no bairro Bom Jesus, em Santa Cruz do Sul-RS.

As atividades de gerenciamento da ESF são realizadas pela enfermeira que coordena a equipe assistencial da unidade, constituída por: 01 Médico de Família; 01 Pediatra (1 vez por semana); 01 Enfermeira; 02 Técnicas de Enfermagem; 01 Odontóloga; 01 Auxiliar de Saúde Bucal; e 03 Agentes Comunitárias de Saúde (ACS).

As principais atividades assistenciais oferecidas na unidade são: consulta médica, consulta de enfermagem, consulta odontológica, acolhimento aos usuários, coleta de exames citopatológico, testes rápido de HIV e Sífilis, administração de vacinas, realização de curativos, nebulizações, administração de medicações, atividades em grupos, visitas domiciliares, e demais procedimentos realizados conforme a demanda.

A USF Gaspar Bartholomay tem a seguinte estrutura: Recepção, sala de vacinas, consultório odontológico, consultório médico, consultório de enfermagem, sala de procedimento, farmácia, espaço para grupo e atividades. A unidade apresenta o seguinte horário de atendimento: Manhã das 07h 45 min às 11h 45 min e pela Tarde das 13h00min às 17h00min; e funciona ainda um sábado por mês na parte da manhã.

Localizada na periferia da cidade, a população bairro Bom Jesus é caracterizada por uma população de baixa renda. Sua atividade principal de trabalho é a agricultura do fumo para grandes empresas da localidade, principal fonte de renda para a economia doméstica. Há um grande grupo de fatores de risco na população, como tabagismo, abuso de drogas e hábitos alimentares inadequados.

Há uma boa aceitação das pessoas com os serviços realizados na ESF que atende da melhor forma todos os usuários que chegam para atendimento. E a cada três vezes por ano ocorrem reunião da equipe com gestores e membros da comunidade para avaliar e planeja as ações futuras. Temos uma caixa de sugestões, na recepção, onde o usuário expressa seu pensamento sobre o serviço, e essa caixa é aberta na reunião da comunidade, quanto a Carta ao usuário, fica uma cópia da carta exposta na recepção.

A equipe procura atender a todos com ordem e organização, o usuário não precisa ficar em filas aguardando atendimento, já que é realizado o acolhimento a todos que entram na unidade e o agendamento conforme a prioridade, em caso de necessidade de encaminhamento a outros serviços ou especialidades, são conduzidos através de agendamento prévio.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

O município de Santa Cruz do Sul está localizado na encosta inferior nordeste do Rio Grande do Sul, a 155 km da capital Porto Alegre, apresenta uma extensão territorial de 795,53 km<sup>2</sup>, sendo 722,53 km<sup>2</sup> de área rural e 73 km<sup>2</sup> de área urbana, e atualmente possui uma população de 119997 habitantes, sendo que 12,12% destes pertencem ao meio rural e 87,88% ao meio urbano (IBGE, 2010). A área rural é constituída basicamente de minifúndios, cuja atividade principal ainda está centrada em cultivo de fumo.

Quanto aos serviços de saúde na Atenção Primária à Saúde (APS), o município Santa Cruz de Sul possui um total de 12 UBS, sendo 07 localizadas na zona urbana e 05 na zona rural, sendo que 11 delas são formadas por equipe de ESF, 10 na zona urbana e uma na zona rural, e dentre elas, oito possui equipe de Saúde Bucal formada.

O município tem disponibilidade de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Tem um Ambulatório Central que presta atendimento a idosos, diabéticos e hipertensos, os atendimentos são direcionados a hipertensos, diabéticos e idosos que residem no centro da cidade e no interior do município, que não tenham unidade de saúde de referência. Quanto aos serviços de assistência à saúde mental, o município conta com funcionamento de três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): CAPS AD, (Centro de Atendimentos Psicossocial Para Álcool e Drogas), CAPS IA, (Centro de Atendimentos Psicossocial para Infância e Adolescência) e CAPS II, (Centro Atendimentos Psicossocial) que atendem usuários com transtornos mentais.

A rede de atendimento as urgências e emergências na cidade Santa Cruz de Sul é composta por: Centro Materno Infantil (CEMAI); Casa de Saúde Ignez Irene Moraes (CSIIM); UPA Hospital Santa Cruz; UPA Bairro Esmeralda, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Além desses, o município conta ainda com os seguintes estabelecimentos e serviços de saúde: Rede de Saúde do Trabalhador, UMREST (Unidade Municipal de Referência em Saúde do Trabalhador), CEREST (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador), em que os usuários devem receber avaliação diagnóstica, indicação e seguimento terapêutico, encaminhamentos para reabilitação, fornecimento de receitas, atestados de afastamento do trabalho e perícia médica. Rede de Atenção às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST/AIDS), Centro Municipal de Atendimento a Sorologia (CEMAS). Rede Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência, junto a Universidade Santa Cruz do Sul (UNISC). Rede hospitalar com três hospitais, Hospital Santa Cruz; Hospital Ana Nery e o Hospital Monte Alverne, além dos serviços prestados por cinco laboratórios contratados que prestam serviços conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS). O município não possui Centro de Especialidade Odontológica (CEO), Serviço de Prótese Dentária e nem Serviço de Urgência Odontológica.

A USF Gaspar Bartholomay foi criado em 22 de junho de 1996, destinado a atender as necessidades da população. No ano de 1998 a unidade começou a atuar como PSF e posteriormente, em 2009, com o serviço de ESF. A ESF Gaspar Bartholomay localiza-se na Avenida Gaspar Bartholomay, nº 1842, bairro Bom Jesus, na cidade Santa Cruz do Sul. Como está localizada na periferia da cidade, a comunidade assistida é caracterizada por uma população de baixa renda econômica, e sua principal atividade de trabalho é a agricultura do fumo para grandes empresas da localidade. A população apresenta vários fatores de risco, como elevada incidência de tabagismo, abuso de drogas e hábitos alimentares inadequados.

As atividades de gerenciamento da ESF Gaspar Bartholomay são realizadas pela enfermeira que coordena a equipe assistencial da unidade constituída por: 01 médico da família, 01 pediatra (que atende uma vez por semana), 01 enfermeira, 02 técnicas em enfermagem, 01 odontóloga, 01 auxiliar de saúde bucal, e 03 ACS. Dentre as principais atividades assistenciais e serviços oferecidos pela equipe destacam-se as consultas médicas, consultas de enfermagem, consultas odontológica, acolhimento aos usuários, coleta de exames citopatológico, testes rápido de HIV e Sífilis, aplicação de vacinas, realização de curativos, nebulizações, administração de medicações, atividades em grupos, visitas domiciliares, e demais procedimentos realizados conforme a demanda. A USF tem vínculo com as instituições de ensino da UNISC, e da Faculdade Dom Alberto, com as especialidades de enfermagem e nutrição. O horário de atendimento da unidade é das 07h 45 min às 11h 45 min e das de 13h às 17h de segunda a sexta-feira, e durante um sábado por mês na parte da manhã, para atenção saúde do homem e do trabalhador.

Na área de abrangência do ESF Gaspar Bartholomay é encontrada centros de umbanda; benzedeiras, que usam muito chás; um salão pertencente à igreja católica onde celebram missas, festas católica sendo esta crença mais prevacente na comunidade; uma casa onde tem cultos evangélicos, conhecida como casa da sopa, pois é distribuído refeições, ao meio-dia para crianças, idosos, e gestantes; uma Escola Municipal de Educação infantil, conhecida como creche, pois atende crianças de 04 meses a 03 anos de idade.

A UFS citada em estudo, onde eu trabalho, possui a seguinte estrutura física: 01 recepção, 01 sala de reuniões e educação em saúde, 01 sala de espera,

01 consultório médico, 01 consultório de enfermagem, 01 sala de vacinas, 01 sala para realização de curativo e demais procedimentos, 01 farmácia, 01 consultório odontológico, 01 banheiro para os usuários, 01 banheiro para funcionários, 01 copa/cozinha, e 01 depósito de materiais de limpeza. A unidade tem acesso à internet, e o uso de prontuários eletrônicos que melhoram a qualidade da atenção multiprofissional prestada aos usuários, permitindo que todos os profissionais tenham acesso aos atendimentos e evolução dos usuários.

Dentre as deficiências de maior relevância evidenciadas na USF e que devem ter prioridade em serem melhoradas para o bom funcionamento do serviço, destacam-se: problemas na estrutura física, pois há apenas 01 consultório médico, dificultando consulta de Pediatria, que tem que ficar em sala de reuniões e educação em saúde, sem a privacidade requerida; não há sala de nebulização, sendo realizado em pátio perto ou na sala de curativos; só conta com um sanitário para usuário, e não é adaptado para deficientes; não tem uma Central de Material Esterilizado (CME), o procedimento é realizado na sala de curativo, dificultando o trabalho dos profissionais e aumentando o risco de contaminação; a autoclave fica na farmácia; não tem abrigo para resíduos sólidos (expurgos); não há depósito para lixo não contaminado e o lixo fica em ar livre na rua, no qual se sabe que com o gerenciamento adequado desses resíduos torna-se possível reduzir a possibilidade de contaminação do lixo comum, e dos acidentes com trabalhadores de saúde, reduzindo também o impacto causado ao meio ambiente; nenhum dos ambientes possui janelas ou ventilação indireta, e possibilita circulação de ar, e apenas as janelas da sala de reuniões e educação em saúde têm telas mosquiteiras.

A USF apresenta uma sala de odontologia com todas as condições necessária de equipamento, mas não tem instrumental para instalação de próteses. A disponibilidade e suficiência de medicamentos e insumos estabelecidos no elenco de referência nacional de medicamentos são suficientes, mas ainda não há disponibilidade dos medicamentos fitoterápicos e homeopático. A unidade não oferece alguns testes diagnósticos de rotina, exame bacterioscópico a fresco de secreção vaginal, teste rápido de gravidez e teste rápido para detecção de alterações patológicas na urina, esses exames são indicados para fazer em laboratório clínico, por sua vez com maior demora nos resultados e não são fornecidos exames complementares de urgência. Outra dificuldade evidenciada está relacionada com o sistema de manutenção e reposição de mobiliário, pois esse



sistema é insatisfatório, já que alguns mobiliários ficam quebrados e não são reparados, como por exemplo, as cadeiras da sala de espera. Há também algumas dificuldades com a disponibilidade de equipamentos e instrumentos de comunicação, informação e informática como: câmera fotográfica, câmera filmadora, gravador de som e projetor de slides, que são importantes para as ações de educação e promoção à saúde realizadas na unidade.

A equipe trabalha sempre unida para um ótimo atendimento aos usuários, todos os profissionais participam do processo de territorialização e mapeamento da área de trabalho, contribuindo com seus conhecimentos, participando do processo de cadastramento de famílias, indivíduos e grupo expostos a riscos, fazendo demais sinalizações dos equipamentos sociais na comunidade, como escolas e igrejas, onde se realizam atividades em grupo com adolescentes, gestantes e puérperas, crianças e adultos com ações educativas voltadas ao combate do tabagismo e álcool, atenção aos hipertensos e diabéticos, saúde dos idosos, planejamento familiar, pré-natal, prevenção do câncer ginecológico, puericultura, saúde da mulher, saúde bucal, entre outras. Ainda não foi possível realizar algumas dessas atividades nas indústrias pertencentes à área de abrangência, locais onde há mais fatores de risco.

O atendimento no domicílio é realizado de forma programada semanalmente ou quando os usuários precisam em dependência da gravidade da doença ou problema de saúde. As atividades e procedimentos na visita domiciliar são realizados pelo médico, enfermeira, técnico em enfermagem e os ACS, na realização de curativos, administração de medicamentos, vacinação, revisão puerperal, troca de bolsa de usuário ostomizado, retirada de pontos, verificação dos sinais vitais, coleta de exames, entrega de medicamento e demais atividades de prevenção de agravos e promoção da saúde.

A USF Gaspar Bartholomay dispõe de equipamentos, material e instrumentação para fazer cirurgias e pequenos procedimentos, o atendimento de urgência/emergência se realiza de forma básica, sem equipamento suficiente para dar suporte básico de vida de qualidade. Por isso, a maioria dos casos que precisam desse atendimento é referida para Unidade de Pronto Atendimento (UPA) que fica na cidade. Com relação à continuidade, integralidade e coordenação do cuidado, a equipe usa os protocolos do Ministério da Saúde (MS) e segue os princípios do SUS para referenciar usuários ao nível secundário e outros níveis de atenção. Todos os

profissionais da equipe participam em atividades de qualificação profissional da atenção à saúde multiprofissional para transformação das práticas e participam do gerenciamento dos insumos necessários para o funcionamento adequado da UBS.

Nas quintas-feiras ocorre reunião da equipe onde é discutido as estratégias de intervenção da semana, planejamento das visitas domiciliares, dos casos priorizados, há discussões de casos com a participação de todos os membros da equipe. A enfermeira faz relatórios das atividades planejadas para a semana, pesagem a crianças da creche, acompanhamento das pessoas que beneficiam do programa bolsa família, puericultura programada, pré-natal, também como responsável pelas atividades com esses grupos. Não há problemas relacionadas a organização desse trabalho.

A equipe da ESF não está completa, não tem recepcionista, não tem técnico de farmácia e há apenas três ACS, a pesar de ficar dividida em seis micros áreas, esta composição da equipe de saúde dificulta um pouco o trabalho, mas não impede a atenção de qualidade. Em relação aos ACS os mesmo não têm uniformes para ser identificados pela comunidade no trabalho, não tem disponível meio para o deslocamento pelas comunidades. É necessário trabalhar mais em identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe. Dentro da cada comunidade existem pessoas que ganharam voz de liderança e podem se tornar porta-vozes para ajudar a ter uma melhor aceitação e participação da comunidade nas atividades de saúde, bem como a colaboração de outros setores, como educação, esporte e cultura, para realizar atividades em conjunto, com os temas de saúde.

A USF Gaspar Bartholomay tem uma população de 2.819 pessoas distribuídas em 730 famílias cadastradas em sua área de abrangência, sendo que 1631 correspondem ao sexo feminino para um 57,8% e 1188 ao masculino representando um 42,2%. Essa população está distribuída de acordo com a seguinte faixa etária: 37 menores de 01 ano (1,3%); 140 habitantes com idade entre 01 a 04 anos (4,7%); entre 05 a 09 anos há 246 usuários (8,7%); sendo que na faixa de 10 a 19 anos são 642 cadastrados, (22,7%); com 1505 usuários adultos (53,3%); e 249 usuários com 60 anos e mais (8,8%) (SIAB, 2014). No entanto, devido à existência de três micros áreas sem atuação de ACS, não foi possível conhecer o levantamento real e atualizado de toda a população.

Na USF em estudo, o acolhimento é realizado todos os dias, manhã e tarde, e o tempo que demoram os usuários até que tenham suas necessidades acolhidas é de aproximadamente 15 a 20 minutos, procurando uma consulta de qualidade e resolução dos problemas, e não há dias específicos para a demanda espontânea. Os usuários chegam à unidade para atendimento e são acolhidos neste mesmo dia na sala de enfermagem e procedimentos, todos os integrantes da equipe participamos deste processo junto com a enfermeira, auxiliar de saúde bucal e os técnicos em enfermagem, que são os principais responsáveis.

No período da manhã, o funcionamento da UBS está voltado para atender uma capacidade de cinco usuários agendados, mais os atendimentos as doenças agudas e as urgências e/ou emergências que surgirem durante o dia. No período da tarde, nas segundas-feiras são agendados consultas de puericultura, terças-feiras consulta pré-natal, quartas-feiras consulta a grupos de doenças crônicas e visitas domiciliares, nas quintas-feiras são cinco consultas agendadas e depois, às 14h30minh é realizada a reunião da equipe, e nas sextas-feiras tem as consultas de pediatria. A equipe participa da atenção à comunidade residente na área de abrangência e fora de abrangência, os usuários são ouvidos de forma humanizada, recebem orientações e atendimentos adequadamente sempre que buscam a UBS. Os usuários que necessitam de atendimento médico de urgências ou de emergências são avaliados pela enfermeira e pelo médico geral, se o problema pode ser resolvido na UBS, senão, é encaminhado ao hospital ou UPA do município, se precisar se transportado é acionado rapidamente o SAMU. Os usuários que procuram atendimento no dia, mas que não se configuram como atendimento imediato/prioritário, são atendidas pela enfermeira, identifica os riscos e analisa a vulnerabilidade e oferta atendimento.

A equipe de saúde conhece avaliação e classificação de vulnerabilidade social e risco biológico e define o encaminhamento da demanda do usuário. Assim também acontece com as demandas dos usuários para o dentista. Quando estão com problemas de saúde agudos que precisam ser atendidos no dia. Em caso de atendimento imediato/prioritário para médico e dentista os usuários recebem atendimento priorizado, mas não esperaram mais de 30 minutos. Não existe excesso de demanda para consulta médica e odontológica na unidade, sempre se oferece as ofertas possíveis: Orientação específica e/ou sobre as ofertas da unidade, adiantamento de ações programáticas, inclusão em ações programáticas,

agendamento de consulta (médica, de enfermagem e odontológica), conforme necessidades e em tempo oportuno, discussão do caso com a equipe de referência do usuário, encaminhamento para outros pontos de atenção conforme a necessidade de usuário. Não existem queixas por parte dos usuários, pois tratamos de resolver todos os problemas de saúde que requerem atenção.

Dentro das principais tarefas da equipe de saúde para diminuir a demanda espontânea, destaca-se o aumento do número das visitas domiciliares e das ações de prevenção e promoção de saúde nas comunidades, diagnóstico adequado e tratamento das doenças, há um esforço da equipe em não ter atraso de nenhuma das atividades programadas através de um agendamento adequado das atividades acordo com os principais problemas de saúde identificados na comunidade.

O MS organizou uma estratégia para reduzir as taxas de mortalidade infantil e materna através da Rede Cegonha, esse programa traz um conjunto de ações que envolvem mudanças no modelo de cuidados durante a gravidez, no puerpério e na atenção integral a saúde da criança, principalmente nos primeiros dois anos, e em especial no período neonatal. Na atenção primária se realizam muitas ações integrais a criança, que tem como objetivos principal à redução da morbimortalidade infantil, melhorar desenvolvimento da criança, identificar, diagnosticar e tratar principalmente os problemas de saúde que possam surgir e dar orientações aos pais sobre os cuidados e atenção a seus filhos.

A equipe da ESF Gaspar Bartholomay realiza atendimento de Puericultura todas segundas-feiras no período da tarde, com a participação do médico geral e da enfermeira, já nas sextas-feiras, esse atendimento é realizado no turno da manhã pelo pediatra. A equipe realiza visitas domiciliares na primeira semana pós-parto onde ocorre a primeira consulta do recém-nascido e da puérpera conduzida pelo médico e enfermeira, é feito a avaliação de risco e vulnerabilidade à saúde do recém-nascido (RN), é coletado o sangue para o teste do pezinho, no terceiro ao quinto dia de vida é encaminhado para fazer a triagem auditiva no CEMAI. É oferecido a mãe e a todos os demais integrantes da família, orientações sobre cuidados do RN, importância do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida, cuidados com o bebê, prevenção de acidentes, verificar se o cartão de vacina está em dia, além do agendamento da consulta seguinte.

Em cada consulta de puericultura se realiza a avaliação antropométrica do bebê, (peso, estatura, perímetro cefálico e perímetro torácico), avaliação de saúde

bucal, alimentação, desenvolvimento neuropsicomotor, exame físico completo e demais ações preconizadas pelo MS. Alguns dados da consulta são registrados na caderneta da criança onde se preenchem todas as informações atuais, e os demais são passados para o prontuário eletrônico, ficha de atendimento odontológico, nutricional e ficha espelho de vacinas. As consultas são realizadas mensalmente até que a criança complete um ano de idade, ou de acordo a classificação de risco da criança. O atendimento é feito de acordo com os protocolos do ministério de saúde, e não é realizado atendimento de puericultura a crianças fora da área de abrangência.

A ESF fornece atendimento todos os dias para as crianças que apresentam problemas agudos, mas não existe um excesso de atendimentos por esses problemas. As crianças com critério para encaminhar, são feitas de acordo os protocolos para atendimento nas especialidades no CEMAI. Há arquivo específico para os registros dos atendimentos de puericultura na unidade, bem como profissionais que fazem o planejamento, gestão e coordenação do Programa de Puericultura, com a avaliação e monitoramento desse programa, para identificar as crianças faltosas a consultas.

Os indicadores de cobertura de atenção da criança na ESF Gaspar Bartholomay são favoráveis, o número de crianças em relação à população é maior, temos aproximadamente 37 crianças, 100% da quantidade estimado, com cobertura de 100% dessas crianças acolhidas na unidade. Temos dividido as crianças por grupos de idades para participação em atividades de promoção de saúde em sala de atividades coletivas, grupo afeto com 9 crianças menores de 4 meses, grupo ternura com 12 crianças de 4 a 8 meses, e grupo carinho com 16 crianças de 8 a 12 meses, para uma melhor organização de as atividades. Existe o Programa Bolsa Família do Ministério da Saúde, a enfermeira é responsável pelo cadastramento das crianças e pelo envio dos cadastros à Secretaria Municipal de Saúde. A equipe trabalha todos os dias na atenção as saúde das crianças, mas é necessário aumentar a quantidade de visitas domiciliares a esses grupos, principalmente porque há três micro áreas que não há cobertura dos ACS, é importante apoio da Secretaria Municipal de Saúde para cobrir essas áreas sem profissionais de saúde.

A assistência Pré-natal na APS é muito importante para garantir o atendimento de qualidade, seguro, e humanizado para todas as mulheres, colaborando para o nascimento de uma criança saudável, com qualidade de vida e

sem complicações maternas. Para isso, é muito importante um bom controle das mulheres em idades férteis, começando com a identificação dos fatores do risco pré-concepcionais que possam alterar a evolução normal de uma gestação, entre eles, idade menos de 18 e mais de 35 anos, doenças crônicas não transmissíveis, doenças psiquiátricas, diferentes anemias graves, doenças autoimunes, doenças transmissíveis, malformação fetal, uso de álcool, drogas ilícitas, tabagismo entre outras. Também é importante avaliar aspectos epidemiológicos, económicos e sociais mediante as visitas domiciliares programadas.

Dessa forma, a atenção de pré-natal é desenvolvida na USF desde as reuniões com a equipe, em que são analisadas as ações da próxima semana, que serão realizadas nas terças-feiras no período da tarde. Toda a equipe colabora para uma atenção de qualidade, os ACS orientam as mulheres sobre importância pré-natal, realizam visitas domiciliares para identificação de novas gestantes e encaminhamento para captação precoce, informa sobre alguns fatores de risco presentes e ajudam nas buscas ativas das gestantes faltosas. Os técnicos em enfermagem ajudam nas atividades educativas individuais e em grupo, participam em visitas domiciliares, fazem triagem antes das consultas, e administram medicações prescritas. A enfermeira participa junto com o médico nas consultas de pré-natal, solicita exames complementares, realiza teste rápido de HIV e VDRL, orienta quanto à vacinação da gestante, faz acolhimento na UBS para gestante com problemas de saúde agudo, participa da avaliação e monitoramento junto com o médico, realiza exame de mama e coleta para exame citopatológico de colo de útero, participa das visitas domiciliares e das atividades em grupos.

Desde a primeira consulta de pré-natal é preenchido a ficha de pré-natal e o cartão de gestante, a enfermeira faz revisão calendário de vacinas, indica exames de rotina e encaminha a gestante para atendimento odontológico. Após a avaliação e classificação do risco gestacional, de acordo com a necessidade, as gestantes são encaminhadas para acompanhamento obstétrico no centro de referência da saúde da mulher CEMAI, e permanece sendo acompanhada pela equipe da UBS como de costume. É seguido os protocolos, manuais técnicos e demais recomendações do MS nesta atenção, com uma anamnese geral e obstétrica, exame físico geral completo que inclui exames das mamas e ginecológico com citologia a 100% das gestantes. As consultas puerperais são realizadas na primeira semana pós-parto e novamente entre os 30 e 42 dias, sendo avaliado o estado geral das puérperas, os

sintomas e sinais de complicações, além de educar em relação a cuidados do recém-nascido, alimentação saudável, planejamento familiar, higiene e aleitamento materno.

Os indicadores de cobertura de atenção ao pré-natal e ao puerpério na USF são considerados abaixo do esperado, pois ainda não se conhece exatamente o número de gestantes, nem de mulheres em idade fértil e que desejam engravidar, mas mesmo assim, tem-se conseguido 100% participação das gestantes acolhidas nas atividades desenvolvidas na USF. Foi constatado o número de 28 gestantes cadastradas das 42 estimadas no Caderno de ações Programáticas, delas 20 em acompanhamento pela equipe para um 47%, e 8 tem acompanhamento em setor privado. Das 34 puérperas estimadas no CAP, fizeram acompanhamento na USF 28 que representaram um 82% desse estimado. Dessa forma, é importante trabalhar muito com os ACS para conhecer a realidade da população da área de abrangência, assim como garantir que todos obtenham as informações necessárias para o trabalho da equipe, principalmente nas três micros áreas que ainda estão descobertas, para terminar o cadastramento da toda a população.

Dando continuidade à análise das ações programáticas desenvolvidas na comunidade, sabe-se que um dos problemas de saúde mais agravantes no mundo é o câncer (CA). Por esse motivo, o controle dos cânceres do colo de útero e da mama depende de uma atenção qualificada e organizada, integrada com os demais níveis de atenção. A USF referida realiza o rastreamento do CA de mama de forma organizada, com arquivo específico para o registro dos resultados da mamografia, desta forma conhecemos a quantidade de mulheres com exame de rotina feitos, em atraso e com exame alterado, avaliamos a qualidade do programa todas as semanas e organizamos ações para as mulheres com exame de rotina em atraso, verificar acompanhamento das mulheres com exame alterado e completude de registro. Todo equipe de saúde aproveita seu contato com as usuários para verificar a necessidade de realizar as ações de rastreamento do câncer de mama. Aproveitamos na consulta para orientação de atividade física para prevenção de obesidade, educação da mulher para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama, assim como ações de rastreamento deste câncer, que inclui mamografia e exame clínico das mamas segundo protocolo. Temos 250 mulheres entre 50 e 69 anos acompanhadas de 290 que estabelece o caderno das Ações Programáticas de Brasil para área de abrangência de nossa UBS, estimando 86%

de cobertura do programa, todas com avaliação de risco para câncer de mama, só 92 mulheres tem mamografias em dia ou seja, 36,8% de cobertura do programa. Nos últimos três anos temos 4 mulheres que foram identificadas com mamografia alterada para um 1,19%, todas com acompanhamento especializado de acordo com o protocolo. Os atendimentos às mulheres que realizam mamografia são registradas em Prontuários Clínicos e arquivos específicos. A enfermeira faz planejamento, gestão e coordenação das ações de controle do câncer de mama na unidade e todos os meses faz relatório com os resultados encontrados. Tudo isto possibilita o conhecimento dos resultados do programa.

Em relação ao CA do colo do útero, este é causado pela infecção de alguns tipos do Vírus de Papiloma Humano (HPV). A prevenção primária do CA do colo do útero está relacionada à diminuição do risco de contágio pelo HPV. Toda a equipe orienta às mulheres da área de cobertura ao uso de preservativo em todas as relações sexuais, contamos com eles em recepção. Quanto ao número de mulheres entre 25-64 anos, temos cadastrada 726 mulheres em nossa área de abrangência de 775 conforme estimava do CAP, representando um 94%, temos 520 exames feitos que representam um 72%, pelo que índice de cobertura para prevenção do câncer de colo de útero é ainda baixo.

Nos atendimentos clínicos orientamos sobre os fatores de riscos. A enfermeira da unidade realiza a coleta de exame cito patológico para a prevenção do câncer do colo uterino, e os dados são preenchidos no prontuário clínico e livro de registro todas as terças-feiras em ambos os turnos. Os resultados da citologia são avaliados pelo médico, se tem alguma alteração se encaminha para CEMAI para consulta especializada. Não atendemos mulheres fora da área de cobertura de nossa ESF. Contamos com arquivo específico para o registro dos resultados dos exames cito patológico coletados, existe controle sobre as usuárias com riscos, faltosas e pendentes de exames. Este arquivo é revisado e controlado pela enfermeira, que é responsável pelo planejamento, gestão e coordenação do programa, assim como avaliação e monitoramento do mesmo. Utilizamos rastreamento organizado para detecção precoce do Câncer do Colo de Útero. Na revisão dos prontuários médicos, e registros específico para o preenchimento dos dados das usuárias que fazem coleta para citopatologia observou-se que apenas 6 mulheres apresentaram exames alterados, todas foram encaminhadas para CEMAI.



Realizamos ações de educação da mulher para a realização periódica do exame preventivo do CA de colo de útero e de mama, em que participa toda equipe de saúde, estas atividades são desenvolvidas na recepção da UBS. As atividades de educação para a saúde de grupos específicos são feitas na sala de grupos uma vez ao mês. Ainda temos muitas dificuldades no desenvolvimento destes programas, não temos cobertura de ACS em 3 micro áreas que dificulta nosso trabalho, onde ficam muitas usuárias faltosas, mas temos melhorado a organização, controle e funcionamento de maneira geral. Contamos com o protocolo de Controle do câncer de mama e colo de útero 2013, do MS.

A Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) são duas doenças crônicas que ocorrem com muita frequência. O MS com a finalidade de oferecer o cuidado que merecem estes usuários organizou estratégias de cuidado e seguimento para eles através do Programa de Atenção ao Hipertenso e Diabético (HIPERDIA), o qual oferece os benefícios necessários para todos os usuários, que tem atendimento através da atenção primária.

Na USF Gaspar Bartholomay são realizados atendimentos aos usuários diabéticos e hipertensos todos os dias da semana em ambos horários. Não atendemos pessoas fora da área de abrangência da unidade, toda a equipe participa neste processo. Os ACS visitam usuários faltosos a programação, os técnicos de enfermagem ajudam em atividades educativas individuais e em grupo, participam em visitas domiciliares, fazem triagem antes das consultas, aplicam vacinas e administram medicações indicadas pelo médico, a odontóloga presta assistência à saúde bucal destes usuários, e todos nós juntos fazemos atividades de promoção, prevenção, educação de saúde na sala de espera e sala de grupo uma vez por mês. As consultas são feitas por médico e pela enfermeira, onde realizamos anamnese, exame físico, identificamos fatores de risco para DM e cardiovascular, avaliamos as condições de saúde e solicitamos os exames laboratoriais necessários. Também oferecemos orientações sobre modificações de fatores de risco. Todos os dados e informações são preenchidos no prontuário clínico eletrônico, ficha de atendimento odontológico, nutricional, e espelho de vacinas, e os usuários atendidos saem da unidade com sua próxima consulta agendada. O atendimento é feito de acordo ao protocolo e recomendações do MS. Oferecemos atendimentos aos usuários com problemas agudos de saúde por HAS e DM, mas não existe um excesso de

demanda para esses problemas. Os casos novos diagnosticados são atualizados no livro de registro de usuários com Hipertensão e Diabetes que temos na unidade.

O programa HIPERDIA, o qual alimenta os dados do MS em relação ao programa de atenção ao hipertenso e diabético, a enfermeira é a responsável pelo cadastro dos adultos no programa, assim como pelo envio dos mesmos à Secretaria Municipal de Saúde. Temos disponibilizado um arquivo específico para o registro dos atendimentos dos adultos com HAS e DM e tratamento medicamentoso indicado. O médico e enfermeira fazem planejamento, gestão, coordenação e avaliação das ações dispensadas aos adultos com DM e HAS, e todos os meses a enfermeira faz relatório com os resultados encontrados.

Atualmente contamos com um número de 258 hipertensos cadastrados (41%) de 630 estimados no CAP, a quantidade de 52 diabéticos (29%) para uma estimativa de 180 usuários. Os indicadores de cobertura em relação à população ainda é muito baixo, tema de análise na reunião da equipe todas as semanas. Esses usuários têm estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, assim como orientação nutricional para alimentação saudável e sobre prática de atividade física regular, porque em consulta sempre se faz essas recomendações. Não temos usuários com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias, e todos eles estão com os exames complementares periódicos em dia. Todos os usuários diabéticos têm estratificação do risco cardiovascular por critério clínico, exame físico dos pés nos últimos três meses, palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso, exames complementares em dia, assim como medida da sensibilidade dos pés. Enquanto a orientação da prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável, temos um indicador de cobertura de 100%. Nossa equipe tem que realizar mais pesquisa ativa destes usuários, fundamentalmente os que apresentam fatores de risco. Muito importante o acompanhamento dos ACS de saúde em 3 micro áreas que ainda não tem, para terminar o cadastramento da toda a população e este melhorará nosso trabalho. Ainda temos muito que trabalhar na educação permanente e sistematizada no desenvolvimento do autocuidado para contribuir a melhorar a qualidade de vida e diminuir a morbimortalidade de hipertensos e diabéticos.

A saúde do idoso aparece como uma das prioridades na história das políticas públicas no Brasil. Uma atenção contínua para a promoção e prevenção da saúde voltada para as especificidade deste grupo etário é uma tarefa importante a

ser desempenhada pelos profissionais da APS. Em minha USF temos muita preocupação com a saúde da população idosa. Esta população precisa de atendimento priorizado e diferenciado. Todos os dias da semana pela manhã trabalhamos com duas capacidade de atendimento para usuários idosos, eles têm prioridade pela alta demanda para este grupo etário devido a alta mobilidade dos mesmo. Toda a equipe participa neste processo. As consultas são feitas pelo médico e pela enfermeira, no qual realizamos o exame físico, avaliamos as condições de saúde e solicitamos os exames laboratoriais necessários, avaliamos a capacidade funcional global e dificuldades visuais. Sempre oferecemos orientações sobre hábitos alimentares saudáveis, controle do peso corporal, prática de atividade física, e sobre os malefícios do tabagismo e consumo de álcool, explicamos ao idoso ou seus familiares como reconhecer sinais de risco relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência.

Todos os dados e informações são preenchidos no prontuário clínico eletrônico, ficha de atendimento odontológico, nutricional, e espelho de vacinas. Temos obtido que todos os usuários saem da consulta com sua próxima agendada. O atendimento é feito de acordo ao protocolo e recomendações do MS. Oferecemos atendimentos aos idosos com problemas agudos de saúde, mas não existe um excesso de demanda para esses problemas. Contamos com Caderneta de Saúde da pessoa idosa, temos dificuldade que os usuários a utilizem.

Em nossa USF, toda a equipe faz ações no cuidado aos idosos: os ACS visitam usuários faltosos a programação, os técnicos de enfermagem ajudam em atividades educativas individuais e em grupo, participam em visitas domiciliares, fazem triagem dia consulta, aplicam vacinas e fornecem medicações indicadas pelo médico, odontóloga tem responsabilidade da saúde bucal destes usuários, e juntos fazemos atividades de promoção, prevenção, educação de saúde, sala de espera e sala de grupo uma vez por mês. Na unidade não existe um arquivo específico para os registros do atendimento dos idosos e seria importante sua existência para verificar Idosos faltosos ao retorno programado, com risco, procedimentos em atraso, identificar e controlar suas doenças crônicas. O médico e enfermeira fazem planejamento, gestão, coordenação e avaliação das ações dispensadas aos usuários idosos e todos os meses a enfermeira faz relatório com os resultados encontrados.

É seguido o protocolo de atendimento para idosos na Atenção conforme recomendações do MS, utilizado por toda a equipe da unidade, quando precisamos encaminhar para atendimento em outras especialidades, internação hospitalar, serviços de pronto-atendimento, e nas ocasiões em que surjam dúvidas no manejo destes usuários. Nossa USF oferece pesquisa ativa para prevenção adequada de doenças malignas em que indicamos a realização de exames específicos, para prevenção câncer de mamas e próstata muito frequentes neste grupo etário. Todos os usuários têm acompanhamento em dia, consultas com odontologia, avaliação de risco para morbimortalidade e multidimensional rápida, assim como orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e sobre prática de atividade física regular, para um 100% de índice de qualidade, porque na consulta sempre se faz essas recomendações. Nas reuniões da equipe, semanalmente discutimos sobre este tema e decidimos fazer arquivos específicos para o controle desses usuários, assim como trabalhar com as cadernetas dos idosos.

Nossa equipe tem que realizar mais pesquisa ativa destes usuários, para aumentar a adesão deles às consultas de atendimento. Muito importante completamente dos agentes comunitários de saúde em 3 micro áreas que ainda não tem, para terminar o cadastramento da toda a população e este melhorará nosso trabalho. Ainda temos muito que trabalhar na educação permanente e sistematizada no desenvolvimento do autocuidado para contribuir a melhorar a qualidade de vida e diminuir a morbimortalidade de usuários idosos. Toda a equipe participa neste processo para uma atenção de qualidade e integral, 90% das visitas domiciliares que planejamos correspondem aos usuários deste grupo da população.

Os atendimentos odontológicos em nossa UBS têm agendamento uma vez por semana. Os pacientes vêm apenas uma vez para agendamento, ficando sempre marcado a próxima consulta até o término do tratamento. Ao recebe uma carteira para marcar as revisões. Os grupos prioritários, gestantes, doenças crônicas (HAS, DM, Câncer), idosos, pacientes portadores de deficiências e crianças até 03 anos são agendados qualquer horário. As revisões tem agendamento qualquer horário. As urgências sempre são atendidas independentemente do número. A duração da consulta é de 30 minutos, no caso de cirurgia uma hora. Feitos visitas domiciliares com entrega de escovas, orientações, prevenções e exame bucal. Prevenção no EMEI (escola infantil), prevenção orientação e escovação e entrega de escovas.

Grupos de puericultura, gestantes, HAS/DM, com orientações, prevenção e exame bucal. Ao final do dia todo material é lavado e esterilizado.

Quanto às estratégias para enfrentar as dificuldades e solucionar as limitações evidenciadas durante a análise situacional, pode-se dizer que a equipe de saúde está envolvida na situação, mas nem tudo depende apenas desse esforço. Os gestores do município têm muita responsabilidade e com certeza tem conhecimento sobre todas essas dificuldades, já que essas deficiências são conhecidas pela Secretaria Municipal de Saúde, que estão passando por mudanças para erradicá-los, eles foram discutidos e analisados em reuniões da equipe de saúde, para elaborar algumas propostas de solução, como adaptar os banheiros para usuários com deficiência, fazer abrigo de resíduos sólidos e depósito de lixo não contaminado perto da UBS, centralizar o processo de esterilização de material em município, não fazendo o procedimento na USF, repor os mobiliários danificados. É provável que nem todas as dificuldades sejam resolvidas de imediato, mas foram direcionadas à pessoas responsáveis pela solução, que tem compromisso de resolvê-los em um curto, médio e longo prazo de acordo com o grau de complexidade.

Além da necessidade de melhorar a estrutura física da UBS, é necessária a participação de todos os integrantes da equipe de saúde no processo de trabalho, para melhorar as condições de saúde população pertencente à área de abrangência. Desta forma, podemos planejar melhor as ações de saúde para melhorar os principais indicadores que mude efetividade do sistema de saúde.

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

Depois de fazer uma comparação deste relatório com a tarefa na segunda semana de ambientação em resposta à situação de ESF/APS em meu serviço, acredito que temos uma visão mais ampla da situação de saúde de nossa população. Melhoramos no planejamento e organização das atividades de prevenção e promoção de saúde com a priorização dos grupos mais vulneráveis. Aproveitamos ainda mais as reuniões da equipe para avaliar os resultados de nosso trabalho. Nossa equipe trabalha com mais responsabilidade e qualidade.

Estamos melhorando o engajamento com nossa comunidade, neste sentido ainda há inúmeros desafios a enfrentar, mas nossa equipe conhece importância de

envolver ainda mais as comunidades, responsabilizando-as pela sua saúde, e colaborando com a equipe, é necessário identificar os principais líderes comunitários, para organizar as principais atividades que são importantes para desenvolver uma inclusão total no processo saúde-doença, para alcançar uma saúde de qualidade tanto no plano individual como familiar e comunitário.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A HAS é uma das principais doenças cardiovasculares existentes em todo o mundo, sendo o principal fator de risco para as complicações decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente por acometimento isquêmico cardíaco, cerebral, vascular periférico e renal. Estudos nacionais apontam uma prevalência de HAS acima de 30% na população em geral, sendo responsável por aproximadamente 25% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e por 40% da etiologia dos acidentes vasculares cerebrais, e corresponde a causa da cardiopatia hipertensiva. Como fator de risco para cardiopatia isquêmica e fator etiológico da cardiopatia hipertensiva, a HAS está frequentemente na linha causal de insuficiência cardíaca. De forma similar, o acometimento isquêmico e as alterações glomerulares diretas tornam a hipertensão arterial sistêmica uma das mais frequentes causas de insuficiência renal crônica (BRASIL, 2013).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o MS consideram a HAS como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos. Nessa perspectiva, o DM é uma doença comumente relacionada à HAS, de incidência crescente, que apresenta alta morbimortalidade e também afeta prejudicialmente a qualidade de vida da população. O DM é uma das principais causas de insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doenças cardiovasculares. Por esses motivos, a escolha do foco de intervenção voltado à atenção aos hipertensos e diabéticos tornou-se necessário para promover e desenvolver ações de prevenção, proteção, e promoção da saúde para melhoria da qualidade de vida desses usuários adstritos na área de abrangência da ESF Gaspar Bartholomay.

Com a análise situacional e estratégica, foi possível constatar que a atenção e cadastramento de hipertensos e diabéticos oferecidos na ESF desde o ano 2009, através de ações realizadas na unidade e até mesmo domicílio dos usuários, em que as atividades de gerenciamento são realizadas pela enfermeira que coordena a equipe assistencial da unidade. Atualmente há acompanhamento de 258 usuários hipertensos e 52 diabéticos na ESF Gaspar Bartholomay, esses valores correspondem apenas 41% e 29% dos indicadores de cobertura estimados no CAP aos adultos com HAS e DM, sendo considerados relativamente baixos, os atendimentos ao público alvo referido ocorrem em todos os dias da semana e em ambos os turnos de funcionamento, seguindo o protocolo do Ministério de Saúde no planejamento das ações e com a participação de toda a equipe multiprofissional que compõem a ESF.

No entanto, tornam-se evidentes algumas dificuldades relacionadas a essa assistência na unidade, como a falta de cronograma e periodicidade da realização das ações desenvolvidas, baixos indicadores de qualidade, necessidade de aumentar o quantitativo dos ACS, necessidade de qualificação e atualização de alguns profissionais e de ampliar as buscas ativas desses usuários para cadastrá-los no programa e no decorrer da intervenção, trabalhar na educação permanente e sistematizada para melhorar a qualidade de vida da população hipertensas e diabética da comunidade.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde de hipertensos e diabéticos na área de abrangência da ESF Gaspar Bartholomay, em Santa Cruz do Sul/RS.

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

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos.

**Meta 1.1:** Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.



**Meta 1.2:** Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus 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.

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

**Meta 2.3:** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

**Meta 2.5:** Priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

**Meta 2.7:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

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

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

**Meta 3.1:** Buscar 100% do hipertenso faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Meta 3.2:** Buscar 100% do diabético faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

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

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

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

cardiovascular.

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

**Meta 5.2:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários 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.

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

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

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

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

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

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

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

### **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na USF Gaspar Bartholomay, no município de Santa Cruz do Sul/RS. Participarão da intervenção todos os usuários adultos portadores HAS e/ou DM residentes na área de abrangência da unidade.

### 2.3.1 Detalhamento das ações

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos.

**Meta 1.1:** Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Meta 1.2:** Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Ações de monitoramento e avaliação:**

- ✓ Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.
- ✓ Avaliar índice de cobertura de acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos.

**Detalhamento:** Nossa equipe em reunião de equipe se propõe monitorar o número de usuários cadastrados com uma periodicidade semanal, assim como avaliar índice de cobertura uma vez por mês em última reunião de equipe desse mês.

**Ações de organização e gestão do serviço:**

- ✓ Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa.
- ✓ Melhorar o acolhimento para usuários portadores de HAS e DM que procurem atendimento na unidade de saúde.
- ✓ Garantir material adequado para a tomada de pressão arterial e realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.
- ✓ Redirecionar atividades para pesquisa ativa dos usuários com maior risco.
- ✓ Priorizar busca ativa de usuários hipertensos e diabéticos em micro áreas sem ACS.

**Detalhamento:** Minha equipe se propõe redirecionar atividades para pesquisa ativa dos usuários com maior risco com ajuda dos ACS, assim como abordagem do micro áreas sem ACS de forma prioritária. Na unidade de saúde conta com material adequado para a tomada da pressão arterial e para a realização

do hemoglicoteste para que sejam usados na busca ativa destes usuários (efigmomanómetro e hemoglicoteste sensor disponibilizado pelo MS). Garantir o registro atualizado dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa, todos os usuários que buscam a unidade de saúde, disponibilizado na consulta médico feito pelo médico e enfermeira. Para aumentar busca ativa minha equipe tem feito três grupos de trabalho, composto por médico, enfermeira, técnico de enfermagem e ACS.

**Ações de engajamento público:**

- ✓ Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus existente na unidade de saúde.
- ✓ Informar a comunidade sobre a importância de medir 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 maior que 140/80 mmHg.
- ✓ Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

**Detalhamento:** Melhorar engajamento público será incrementado as atividades com o grupo de hipertensos e diabéticos em sala do grupo uma vez por semana, feita pelo médico e enfermeira, onde participa todo equipe, assim com uso dos espaços comunitários presentes nossa área, (Escolas, indústrias, Igrejas), também aumentar periodicidade da reunião da comunidade a uma vez por mês.

**Ações de qualificação da Prática Clínica:**

- ✓ Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensão e/ou diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- ✓ Capacitar a equipe para verificação da pressão arterial e realização de hemoglicoteste de forma criteriosa.

**Detalhamento:** A capacitação será feita pelo médico e pela enfermeira em reunião de equipe com periodicidade semanal em segunda quinzena de mês de dezembro com um tema semanal, será feita na última hora da reunião em sala do grupo, será utilizado material disponibilizado pelo Ministério da Saúde (livros, e computador).

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

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

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

**Meta 2.3:** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

**Meta 2.5:** Priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

**Meta 2.7:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

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

#### **Ações de monitoramento e avaliação:**

✓ Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

✓ Monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde.

✓ Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular dos usuários cadastrados em unidade de saúde com hipertensão e diabetes.

✓ Monitorar os hipertensos e/ou diabéticos que necessitam de atendimento odontológico em unidade de saúde.

**Detalhamento:** Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuário hipertenso e/ou diabético solicitação de exames laboratoriais será feita pelo médico e enfermeira durante a realização de consulta, o médico será responsável pelo monitoramento destas ações com análise quinzenal em reunião de equipe. O monitoramento do acesso aos medicamentos da Farmácia Popular será feito pelas técnicas de enfermagem com periodicidade diária. Avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos será pelo médico e enfermeira, assim como organizar a agenda de saúde bucal para a

realização do atendimento será responsabilidade de dentista e técnico saúde bucal com agendamento semanal todas as segundas feiras em horário da manhã.

**Ações de organização e gestão do serviço:**

- ✓ Monitorar e avaliar qualidade atendimento destes usuários.
- ✓ Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

**Detalhamento das ações:** A enfermeira será responsável pela avaliação e monitoramento da qualidade de atendimento destes usuários e será discutido em reunião de equipe com periodicidade quinzenal, mediante revisão do registro e ficha espelho. Nossa USF conta com manual impresso atualizada com os protocolos para as duas doenças ano 2013.

**Ações de engajamento público:**

- ✓ Aumentar as atividades de promoção e educação em saúde com os grupos de hipertensos e diabéticos.
- ✓ Falar sobre importância da consulta de acompanhamento, realização de exames e periodicidade dos mesmos, riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças, importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, assim como de manter uma boa higiene bucal e avaliação periódica da cavidade bucal.
- ✓ Oferecer orientação sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular.

**Detalhamento:** Melhorar engajamento público será incrementado as atividades com o grupo de hipertensos e diabéticos, assim com uso dos espaços comunitários presentes nossa área, (Escolas, indústrias, Igrejas), assim como aumentar periodicidade da reunião da comunidade onde serão incluídos estes temas, todo equipe participa deste processo.

**Ações de qualificação da Prática Clínica:**

- ✓ Capacitar a equipe em quanto acompanhamento dos usuários com hipertensão e diabetes de acordo a protocolo.
- ✓ Capacitar a equipe para orientar ao usuário sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular.

**Detalhamento:** A capacitação será feita pelo médico e enfermeira em

reunião de equipe com periodicidade semanal em primeira semana de mês de janeiro.

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

**Meta 3.1:** Buscar 100% do hipertenso faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Meta 3.2:** Buscar 100% do diabético faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Ações de monitoramento e avaliação:**

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

**Detalhamento:** O médico e a enfermeira serão responsáveis pelo cumprimento da periodicidade das consultas, os quais se apoiarão em as técnicas de enfermagem ou ACS para agendamento de consulta de forma prioritária.

**Ações de organização e gestão do serviço:**

✓ Aumentar o número das visitas domiciliares para buscar os faltosos a consulta programada.

✓ Organizar a agenda para acolher usuários faltosos resgatados.

**Detalhamento:** A responsabilidade pelo resgate de usuários faltosos é de ACS e de organizar agenda para acolher usuários faltosos resgatados pelas técnicas de enfermagem.

**Ações de engajamento público:**

✓ Informar a comunidade sobre a importância das consultas.

✓ Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes.

✓ Esclarecer a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

**Detalhamento:** Melhorar engajamento público será incrementado as atividades com o grupo de hipertensos e diabéticos, assim com uso dos espaços comunitários presentes nossa área, (Escolas, indústrias, Igrejas), assim como

aumentar periodicidade da reunião da comunidade onde serão incluídos estes temas.

**Ações de Qualificação da Prática Clínica:**

✓ Capacitar os ACS para oferecer orientação a estes usuários em quanto às consultas e sua periodicidade.

**Detalhamento:** A capacitação será feita pelo médico e enfermeira em reunião de equipe em primeira semana de mês de janeiro.

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

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

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

**Ações de monitoramento e avaliação:**

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

**Detalhamento:** O médico e a enfermeira serão responsáveis pela avaliação e monitoramento da qualidade dos registros destes usuários e será discutido em reunião de equipe com periodicidade quinzenal.

**Ações de organização e gestão do serviço:**

✓ Manter as informações do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) atualizadas.

✓ Manter a ficha de acompanhamento.

✓ Pactuar com a equipe o registro das informações.

✓ Manter a enfermeira 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:** A enfermeira é a responsável pelo manter as informações do SIAB atualizadas com periodicidade diária, assim como por monitoramento dos registros, o médico e enfermeira são responsáveis pelo manter ficha de



acompanhamento assim como manter atualizado sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consultas 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 a estado de compensação da doença.

**Ações de 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:** Melhorar engajamento público será desenvolvido as atividades com o grupo de hipertensos e diabéticos, assim com uso dos espaços comunitários presentes nossa área, (Escolas, indústrias, Igrejas), assim como aumentar periodicidade da reunião da comunidade onde serão incluídos estes temas.

**Ações de qualificação da Prática Clínica:**

✓ Capacitar a equipe sobre o preenchimento dos dados destes usuários na ficha de acompanhamento.

✓ Capacitar a equipe sobre o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

**Detalhamento:** A capacitação será feita pelo médico e enfermeira primeiro sábado de mês de janeiro, depois da consulta de saúde do trabalhador, será feita em sala do grupo, será utilizado material disponibilizado pelo Ministério da Saúde (livros, e computador).

**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.

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

**Ações de monitoramento e avaliação:**

✓ Monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização

de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

**Detalhamento:** O médico e a enfermeira são o responsável pelo monitoramento do número de hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano com frequência quinzenal e discutida em reunião de equipe.

**Ações de organização e gestão do serviço:**

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

**Detalhamento:** A responsabilidade pelo organizar agenda para priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e das técnicas de enfermagem, previa identificação destes usuários pelo médico e enfermeira.

**Ações de 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:** Melhorar engajamento público será incrementado as atividades com o grupo de hipertensos e diabéticos, assim com uso dos espaços comunitários presentes nossa área, (Escolas, indústrias, Igrejas), assim como aumentar periodicidade da reunião da comunidade onde serão incluídos estes temas.

**Ações de qualificação da Prática Clínica:**

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

**Detalhamento:** A capacitação será feita pelo médico e enfermeira em reunião de equipe em segunda semana de mês de janeiro.

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

**Meta 6.1:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a

100% dos hipertensos.

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

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

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

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

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

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

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

#### **Ações de monitoramento e avaliação:**

✓ Monitorar a realização de orientação nutricional, realização de atividade física, risco de tabagismo, higiene bucal a todos os usuários diabéticos e hipertensos cadastrados.

**Detalhamento:** O médico e a enfermeira serão responsáveis pela avaliação e monitoramento à realização de orientação nutricional, realização de atividade física, riscos de tabagismo, higiene bucal a todos os usuários diabéticos e hipertensos cadastrados. A avaliação será feita todos os dias depois de culminar as atividades do dia, em última meia hora da tarde.

#### **Ações de organização e gestão do serviço:**

✓ Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável, e prática de atividade física.

✓ Demandar a compra de medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo.

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

**Detalhamento:** As atividades de prática coletivas sobre alimentação

saudável, e pratica de atividade física serão planejados em plano de atividades anuais feitos pela equipe de saúde, dando prioridade estes temas com maior frequência. A enfermeira solicitara a compra de medicamentos para tratamento do abandono ao tabagismo pelo pedido habitual mensal. O médico e a enfermeira são o responsável pelo organizar tempo médio de consulta com finalidade de garantir orientações em nível individual.

#### **Ações de engajamento público:**

✓ Orientar a comunidade, usuários diabéticos, hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, importância da prática de atividade física regular, sobre os riscos do tabagismo e a existência de tratamento para abandonar o memo.

✓ Oferecer orientações sobre a importância da higiene bucal a os hipertensos, diabéticos e a comunidade.

**Detalhamento:** Melhorar engajamento público será incrementado as atividades com o grupo de hipertensos e diabéticos, assim com uso dos espaços comunitários presentes nossa área, (Escolas, indústrias, Igrejas), assim como aumentar periodicidade da reunião da comunidade onde serão incluídos estes temas.

#### **Ações de qualificação da Prática Clínica:**

✓ Capacitar a equipe para oferecer orientações sobre alimentação saudável, promoção de atividade física tratamento de usuários tabagistas, assim como para oferecer orientações de higiene bucal.

✓ Capacitar a nossa equipe de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

**Detalhamento:** A capacitação será feita pelo médico, enfermeira e dentista em reunião de equipe em segunda quinzena de mês de janeiro.

Para alcançar os objetivos e metas traçados nos próximos quatro meses é importante organizar, planejar e coordenar adequadamente as atividades necessárias para cumprimentar esses objetivos, para isso nossa equipe conta com um plano de atividades anual feito em último mês do ano anterior e onde são planejadas todas as atividades a realizar com os diferentes grupos prioritários por semanas, depois de escolher o tema de intervenção nossa equipe incluiu todas as

atividades mencionadas em esse plano de atividades, para desta forma tratar de cumprir com todas as atividades sem desproteger as outras ações programáticas que não foram escolhidas pero também precisam de nosso trabalho e de nossa dedicação.

### 2.3.2 Indicadores

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos.

**Meta 1.1:** Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial 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 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Indicador 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 o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

**Indicador 4:** Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

**Meta 2.3:** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 2.3:** Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia

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

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

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

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

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

**Meta 2.5:** Priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 2.5:** Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

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

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

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

**Indicador 2.6:** Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

**Meta 2.7:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

**Indicador 2.7:** Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

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

**Indicador 2.8:** 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 adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa HIPERDIA.

**Meta 3.1:** Buscar 100% do hipertenso faltoso 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% do diabético faltoso 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 usuários 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 a 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 a 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 orientações 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 orientações 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 orientações 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 orientações 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

#### Referente ao monitoramento e avaliação

Para realizar a intervenção voltada à saúde de Hipertensos e/ou Diabéticos será adotado pela equipe da USF Gaspar Bartholomay o Caderno de Atenção Básica número 37, Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica, Hipertensão Arterial Crônica. (BRASIL, 2013). Assim como o Caderno de Atenção Básica número 36, Estratégias para o cuidado da Pessoa com Doença Crônica, Diabetes Mellitus, (BRASIL 2013), bem como a utilização da ficha de Cadastro do Hipertenso e/ou Diabético – HIPERDIA, ficha de acompanhamento do hipertenso e/ou diabéticos do MS e das fichas espelhos fornecidas pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) (*Anexo C*), que contém informações sobre sinais vitais, tratamento, resultado de exames, dentre outras informações que permitem o acompanhamento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos durante as consultas.

O monitoramento e avaliação do número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa HIPERDIA da unidade, bem como o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo, será verificado pela profissional enfermeira, relator do projeto e organizador da intervenção, juntamente com as técnicas de enfermagem por meio de dados atualizados do SIAB e dos relatórios dos ACS.

E para monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado, a enfermeira com ajuda das técnicas de enfermagem irá analisar os prontuários clínicos e questionar os usuários durante o acolhimento sobre a solicitação/realização de exames laboratoriais.

Em relação ao monitoramento do número de usuários hipertensos e diabéticos com verificação da estratificação de risco, será feita uma análise criteriosa dos prontuários clínicos e das fichas-espelho no final de cada semana de intervenção pela enfermeira e técnicas de enfermagem. Já para o monitoramento da

realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista, a enfermeira durante as reuniões estratégicas da equipe poderá socializar com odontologia sobre a realização das consultas, depois verificar os registros específicos de saúde bucal e os relatos dos ACS de cada micro área.

E o monitoramento da realização de orientação nutricional, sobre riscos do tabagismo e da prática regular de atividades físicas aos usuários hipertensos e diabéticos da unidade, será feito pela enfermeira mensalmente através da análise dos prontuários clínicos e registros na UBS.

### **Referente à organização e gestão do serviço**

Para melhorar a organização e gestão do serviço na unidade, no acolhimento, o primeiro contato com os usuários será realizado pelos ACS durante as visitas domiciliares, e posteriormente na USF pela enfermeira e/ou pelas técnicas de enfermagem. As demais funções específicas de cada integrante da equipe serão definidas durante as reuniões e capacitações na própria unidade, para serem desempenhadas no decorrer da intervenção.

Inicialmente, a equipe será capacitada de acordo com os protocolos adotados na unidade, nas primeiras semanas e durante toda a intervenção, sendo realizada pela enfermeira nas reuniões na própria USF. O registro e organização dos dados dos usuários hipertensos e diabéticos de cada micro área e o cadastramento no Programa HIPERDIA, serão feitos pelas técnicas de enfermagem e da enfermeira.

Quanto à organização das visitas domiciliares, os ACS irão acompanhar a enfermeira e/ou o médico durante as visitas para facilitar a interação, proporcionar maior confiança entre os profissionais e priorizar a busca dos faltosos. Em seguida, o agendamento dos hipertensos e diabéticos faltosos, provenientes das buscas ativas, será realizado pelos ACS e organizado pelas técnicas de enfermagem.

Os usuários hipertensos e diabéticos classificados com alto risco terão atendimentos priorizados, no qual os ACS realizarão os agendamentos, e o enfermeiro durante a triagem, avaliará a necessidade de atendimento imediato ou agendado. No decorrer dos atendimentos clínicos, os usuários terão os exames necessários e de rotina solicitados pelo médico e enfermeira. E para garantir seu fornecimento, a enfermeira solicitará ao gestor municipal, por meio de ofício a disponibilização desses exames complementares de acordo com o protocolo.

Para manter as informações do SIAB atualizadas, a enfermeira periodicamente digitará a produção dos ACS do SIAB, e durante o atendimento diário, será implantada e preenchida pela enfermeira a planilha específica de coleta de dados, disponibilizada pela UFPEL (*Anexo B*).

A organização da agenda da atenção à saúde bucal, para possibilitar a atenção ao hipertenso e diabético, será feita pela técnica de saúde bucal, com o uso dos respectivos formulários e agendamento dos ACS. E para estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico, a enfermeira encaminhará para consulta odontológica os usuários hipertensos e diabéticos com maior necessidade de avaliação odontológica.

Durante os atendimentos clínicos individuais e por meio de ações educativas desenvolvidas mensalmente nos encontros dos grupos de hipertensos e diabéticos, os usuários serão orientados sobre alimentação saudável, a importância de realizar atividades físicas regularmente e alertados quanto ao risco do tabagismo através do desenvolvimento de palestras informativas ministradas pela enfermeira e demais profissionais como, médico, técnicas de enfermagem e ACS. A enfermeira irá elaborar e organizar relatórios e ofícios a Secretária Municipal de Saúde, ressaltando a necessidade em fornecer medicamentos para o tratamento do “abandono do tabagismo” na comunidade assistida.

### **Referente ao engajamento público**

Para possibilitar um maior engajamento público na comunidade, antes de iniciar o projeto de intervenção, será divulgado à população sobre a existência do Programa de HIPERDIA na unidade, essa divulgação ocorrerá por meio de cartazes e por intermédio dos ACS durante as visitas domiciliares, alertando também sobre os riscos da HAS e DM. Durante essa fase de divulgação, a comunidade será informada também sobre a importância dos adultos jovens verificarem a pressão arterial e a glicemia regularmente, bem como da realização de consultas, e incentivar a população a participar ativamente dos encontros em grupos e aderir às recomendações ofertadas pela equipe.

Além de informar a comunidade sobre a importância da realização das consultas, enfatizando sobre a necessidade do acompanhamento regular, a população também terá oportunidade para sugerir melhorias nas ações e conseqüentemente facilitar sua adesão ao tratamento e realização das consultas, na

qual a enfermeira terá uma importância fundamental nessa etapa para ouvir esses usuários desde o acolhimento e no decorrer das consultas. Os usuários hipertensos e diabéticos serão orientados também quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e do diabetes, bem como da importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, sendo que o médico e a enfermeira, no decorrer das consultas, ou na triagem, que orientarão e avaliarão os usuários quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas.

Os usuários e a comunidade serão orientados pela enfermeira sobre seus direitos de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso durante as consultas. Para a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via, quando solicitado, serão disponibilizadas cópias dos prontuários clínicos e segunda via de exames laboratoriais aos usuários sempre que necessário.

Os usuários e a comunidade serão esclarecidos pelo enfermeiro sobre a importância do adequado controle de seus fatores de risco modificáveis, enfatizando a necessidade de ter uma alimentação saudável, uso adequado dos medicamentos, mudanças de hábitos, dentre outros.

É importante fazer contato com associações de moradores, representantes de igrejas e com membros da comunidade para desenvolver atividades em grupo, exposição de temas educativos e demais ações para esclarecer a importância do projeto de intervenção, dessa forma, sempre que possível, será enfatizado a busca de parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde, em que a enfermeira entrará em contato com líderes comunitários para ressaltar sobre a importância do projeto de intervenção, e ao mesmo tempo solicitar apoio e parcerias para implementação das ações. Na expectativa de alcançar melhoria da assistência na unidade, durante o encontro dos grupos e ações educativas, a enfermeira tentará mobilizar a comunidade para solicitar aos gestores a garantia da disponibilização do atendimento adequado com dentista na UBS.

E para orientar os hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, da prática de atividade física regular e da existência de tratamento para abandonar o tabagismo, a enfermeira e o médico ofertarão essas orientações tanto individualmente, nas consultas individuais, como em grupos, durante as palestras e ações educativas.

### **Referente à qualificação da prática clínica**

O processo de capacitação de equipe será feito na própria, em que eu e a enfermeira seremos os responsáveis pela capacitação, que estão previstas para acontecerem em todas as semanas às quintas feiras, no período da tarde, na última hora da reunião da equipe, para isto utilizaremos sala de atividades do grupo. A capacitação terá embasamento técnico/científico nos Cadernos de Atenção Básica números 36 e 37, Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica, HAS e DM (BRASIL, 2013).

Os ACS serão capacitados sobre a forma correta de preenchimento dos dados dos hipertensos e diabéticos para o cadastramento de toda área de abrangência da unidade de saúde no HIPERDIA. Os demais integrantes da equipe da unidade serão capacitados para verificação da pressão arterial de forma correta e criteriosa, bem como para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 140/90 mmHg, essas capacitações também serão realizadas pelo médico e enfermeira na própria USF durante as reuniões, esclarecendo as principais dúvidas e seguindo as recomendações dos manuais técnicos do MS.

As capacitações com a equipe ocorrerão praticamente durante toda a intervenção, pois durante as reuniões de rotina, sempre haverá algum levantamento relacionado às ações que serão realizadas, atualizações e compartilhamento de ideias e opiniões, inclusive para a realização do exame clínico apropriado, seguindo o protocolo e manuais técnicos do MS. Todas as capacitações serão desenvolvidas na unidade, de forma continuada, na qual a enfermeira poderá solicitar suporte a Coordenação de Atenção Básica do município.

A qualidade dos registros dos dados clínicos dos usuários e do andamento da intervenção é uma peça fundamental para o monitoramento da intervenção, levantamento e compreensão dos indicadores, por esse motivo, a equipe também será treinada antecipadamente para o preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do hipertenso e diabético, no qual esse treinamento será ofertado pelo médico e enfermeira uma semana anterior ao início da intervenção, e terá continuidade no decorrer das semanas para esclarecer as principais dúvidas que surgirem durante esse período.

O médico e enfermeira capacitarão os técnicos de enfermagem e ACS,

conforme o Manual Técnico do MS para à estratificação de risco segundo o escore de *Framingham* ou de lesões em órgãos alvos, bem como sobre a prática de alimentação saudável, realização de atividade física regularmente e sobre o tratamento para o tabagismo. Para as capacitações voltadas à metodologia de educação em saúde, serão utilizados materiais impressos, multimídias e demais recursos necessários durante todo o período de intervenção.











### **3 Relatório da Intervenção**

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

Durante a elaboração da Intervenção foi analisado todos os programas previstos pelo MS para oferecer um atendimento de qualidade aos usuários no âmbito da Atenção Básica de Saúde, na qual minha equipe, diante da realidade vivenciada na análise situacional, escolheu implementar a intervenção voltada a assistência aos portadores de HAS e/ou DM conforme o programa HIPERDIA na área de abrangência da ESF Gaspar Bartholomay, para aumentar adesão desses usuários nesse programa.

Após a escolha do foco de intervenção começamos a fase de preparação, e capacitação da equipe com os protocolos e manuais atualizados do MS. Foi feita pelos meios disponíveis em nossa unidade a divulgação da realização de nosso projeto, assim como a importância dele, aproveitando intercâmbio direto com a população e mediante postagem de materiais educativos em lugares públicos e na unidade. Na reunião da equipe realizada no mês de fevereiro com a Secretária Municipal de Saúde foi informado à Coordenadora da Atenção Básica do município sobre a realização do projeto, aproveitando um espaço ao final da reunião para dialogar com ela sobre os objetivos propostos assim como a necessidade de disponibilizar os recursos necessários para a realização do projeto. A responsável da atenção básica mostrou-se muito receptiva, comprometendo-se em apoiar em todo o necessário para um bom desenvolvimento do projeto. Dessa forma, nas primeiras semanas as principais atividades desenvolvidas foram centradas no processo de capacitação de da equipe, com o fornecimento de todos os materiais necessários para um bom desenvolvimento do projeto de intervenção.

Todos os membros da equipe foram participativos nas atividades de capacitação, que teve como mediadores responsáveis, eu, na condição de

profissional médico e relator desse projeto e a enfermeira da unidade, sempre em horários que não interrompessem as demais atividades realizadas como rotina na nossa unidade. Para isso, foram utilizados os horários destinados às reuniões com a equipe, principalmente as duas últimas horas de cada reunião. Dentre os principais temas abordados nas capacitações, destacam-se: cadastramento de hipertensos e diabéticos; capacitação sobre verificação da pressão arterial e realização de hemoglicoteste de forma criteriosa e correta; de como orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos relacionados ao HIPERDIA da Farmácia Popular; sobre a realização de exame clínico apropriado; preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos; sobre a importância do rastreamento para DM em adultos de risco; bem como da importância dos adultos jovens verificarem a pressão arterial rotineiramente; de como orientar sobre a importância da alimentação saudável e da prática regular de atividades físicas; sobre os riscos do tabagismo a esses usuários; e demais ações importantes relacionadas ao HPERDIA.

Antes de iniciar efetivamente a intervenção, foram disponibilizados também todos formulários e registros impressos necessários ao acompanhamento da população alvo, como ficha espelho (*Anexo C*), Planilha de coleta de dados (*Anexo B*), além dos documento, prontuários já utilizados normalmente na unidade. Também foram disponibilizadas na USF cópias impressas dos protocolos de atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos elaborados pelo Ministério de Saúde, que serviram de revisão, além dos materiais necessários para rastreamento desses usuários, como aparelho para realização de hemoglicoteste, efigmomanoômetro e estetoscópio para aferição da pressão arterial, e disponibilidade de exames laboratoriais conforme necessidade. Vale ressaltar que foi de muita importância o apoio da Secretária Municipal de Saúde, que sem medir esforços forneceu esses recursos para nossa equipe. Muito importante também, documento do comitê de ética (*Anexo A*), e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (*Anexo D*), ambos fornecidos pela UFPEL, que foram utilizados para garantir o respaldo ético e legal da intervenção.

Na primeira semana de intervenção houve a definição de forma clara sobre as atuações de cada membro da equipe no desenvolvimento das ações programáticas do projeto, no qual o médico e enfermeira ficaram como os responsáveis pelas consultas, avaliação e demais atendimentos clínicos dos usuários assistidos, as técnicas em enfermagem ficaram responsáveis pela

organização da agenda e ajudarem na triagem e acolhimento, os ACS assumiram um comprometimento em realizar iniciar as buscas ativas dos usuários faltosos, e a dentista, juntamente com a auxiliar de saúde bucal, se encarregaram pelo atendimento odontológico dos usuários conforme o protocolo utilizado. No decorrer das semanas, contamos ainda com o apoio de algumas acadêmicas de enfermagem, da faculdade de enfermagem da UNISC, que ajudaram nas atividades de promoção de saúde juntamente com toda a equipe.

Os atendimentos para os usuários hipertensos e diabéticos foram planejados todas as quintas feiras nos dois horários seguem a demanda, começando a consulta as 08:00 horas da manhã até as 11.45 horas, e de 01:00 horas da tarde até as 14.30 horas, planejando outros dias na semana seguem necessidade, sempre dando prioridade de agendamento para neste grupo de usuários. O tempo de espera de exames de laboratório foi de 72 horas, e os encaminhamento de usuários a especialistas foi de 15 dias. As visitas domiciliares foram programadas dando prioridade a usuários que por alguma causa não poderiam fazer consulta na USF, assim como a usuários faltosos previa visita pela ACS.

Visando melhorar o engajamento público da comunidade e reforçar intersectorialidade, ao longo das semanas, entramos em contato com alguns líderes comunitários e criamos parcerias para solicitar apoio em divulgação do projeto e o desenvolvimento das ações coletivas de promoção à saúde, assim como para uso de lugares públicos para a realização de atividades coletivas, facilitando assim, a organização do trabalho. Foram utilizados espaços públicos de maior confluências de usuários, Igreja católica da comunidade, casa da sopa, onde é distribuído refeições ao meio-dia para crianças, idosos e gestantes, Escola Municipal de Educação Infantil (creche), a UBS mesma, assim como através das visitas domiciliares por micro áreas e as diferentes reuniões comunitárias. Nas quintas feiras foram ofertadas as atividades do grupo HIPERDIA, com apoio dos profissionais do NASF do município planejamos diferentes atividades educativas, sendo de agrado dos participantes. No primeiro e segundo mês da intervenção foram feitas 02 atividades de grupo fora da USF, em igreja da comunidade onde foram ofertados além das ações educativas um feira de roupa doada pela mesma comunidade para os usuários mais carentes.

Foi feito em todas as reuniões de equipe o monitoramento do número de usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus cadastrados no programa,

realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos, o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde, o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA, qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde, atualização das informações do SIAB, o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista, a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos, assim como cumprimento da periodicidade das consultas segundo o protocolo, no qual a enfermeira foi responsável pela realização desta avaliação periódica.

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

Ao longo do projeto de intervenção, a maioria das ações foi desenvolvida sem intercorrências. Só foram suspendidas algumas visitas domiciliares planejadas devido à chuva, mas foram reprogramadas para semanas subsequentes, podendo ser feitas sem dificuldades. Uma das ações que não foi desenvolvida foi à compra de medicamentos para o tratamento do abandono de tabagismo pelo gestor municipal, sendo muito caros e impossibilitando seu uso por uma grande parte de população tabagista. Ainda não são completados os agentes comunitários de saúde necessários para as 03 micro áreas carentes desse pessoal, independentemente que a secretaria de saúde faz um grande esforço ainda não temos resposta desta problemática.

Outra dificuldade evidenciada foi a realização das atividades em grupo com a participação da população alvo, já que nas primeiras semanas não foram obtidos bons resultados devido à falta de comparecimento dos usuários hipertensos e diabéticos, mas nas semanas posteriores melhorou muito esse aspecto. Foram feitas 10 atividades de grupo, delas 8 em sala de grupo e 02 atividades em sala de espera. Também foram realizadas 02 atividades em locais pertencentes na comunidade, onde a participação dos grupos de usuários hipertensos e diabéticos foi muito maior, resultado a ter em conta para planejar mais atividades fora da unidade.



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

Durante a intervenção apresentamos algumas dificuldades para coletar os dados necessários em nosso projeto de intervenção, temos que sinalizar que em alguns momentos foi necessário coletar os dados fora do horário de trabalho devido à grande demanda de atendimento, mas sempre foi possível fazer a coleta no mesmo dia do atendimento, sem prejudicar as demais ações desenvolvidas. Nas primeiras semanas da intervenção nos deparamos com algumas dificuldades relacionadas a compreensão da planilha de coleta de dados, mais ao longo da intervenção neste problema foi solucionado com ajuda de meu orientador e todos os erros presentes foram corrigidos.

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

É importante ressaltar que cada uma das ações planejadas foram desenvolvidas com a intenção de continuar como rotina do serviço em nossa USF, e não apenas nas 16 semanas de intervenção. Desta forma, pudemos fazer um ótimo trabalho constatado ao analisar os resultados. Com relação às atividades planejadas com grupo HIPERDIA, neste período foi decidido fazer um dia de atendimento só para usuários cadastrados no HIPERDIA, todas as quintas-feiras no período da manhã, e com agendamento corresponde com prioridade neste grupo, além de realizar atendimento em outros dias da semana conforme demanda.

Nas quartas-feiras foram planejadas as visitas domiciliares, onde foram visitados usuários hipertensos e diabéticos que por sua doença associada com outras condições de saúde, não era possível fazer atendimento na unidade, e os usuários visitados nesta etapa gostaram muito de nossa visita.

Lembrando que muitos dos usuários cadastrados no programa HIPERDIA trabalham nos mesmos horários de funcionamento da unidade, e não podem faltar no trabalho, por esse motivo foi disponibilizado um horário de atendimento para eles, chamado atendimento à saúde do trabalhador, em que foi escolhido o primeiro sábado do mês para realizar este serviço e agendamos consulta aos homens e mulheres trabalhadores, prestamos assistência integral que inclui, atendimento médico, consulta de enfermagem, coleta de citopatológico do colo uterino, exame das mamas e atendimento odontológico, assim, foi possível diminuir os usuários

faltosos segundo o protocolo. Foi uma boa iniciativa que trouxe melhoria para o serviço, comunidade e agradou muito a população.

Ainda temos algumas dificuldades que melhorar em nossa ESF para poder oferecer um melhor serviço à comunidade, mas acreditamos que deve ser priorizado a contratação dos 03 ACS para compor as micro área 01, 05 e 06, e complementar os cadastramentos e aumentar adesão dos usuários ao programa na USF. A secretaria municipal de saúde é responsável e se comprometeu em ajudar neste aspecto. Nosso maior desafio é aumentar a cobertura da população alvo acompanhada pela equipe, mas aos poucos teremos condições de proporcionar bons resultados, sendo muito importante criar incentivos que aumentem dinamismo das atividades, não só falar um tema específico, também utilizar métodos que ajudem a melhorar o entendimento dos usuários que motivem sua participação nas ações desenvolvidas.

Por fim, não restam dúvidas do quanto a intervenção realizada promoveu melhorias para toda ESF, percebemos que a equipe trabalhou de forma articulada e com muita dedicação para poder garantir uma assistência ainda melhor para a população assistida. Esperamos que todas as ações desenvolvidas ao longo da intervenção possam se tornar rotina em nossa unidade, até mesmo por outros profissionais futuramente.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

O objetivo geral da intervenção foi melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na área de abrangência da ESF Gaspar Bartholomay, em Santa Cruz do Sul-RS, no qual foi obtido os seguintes resultados para os objetivos, metas e indicadores estabelecidos:

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos.

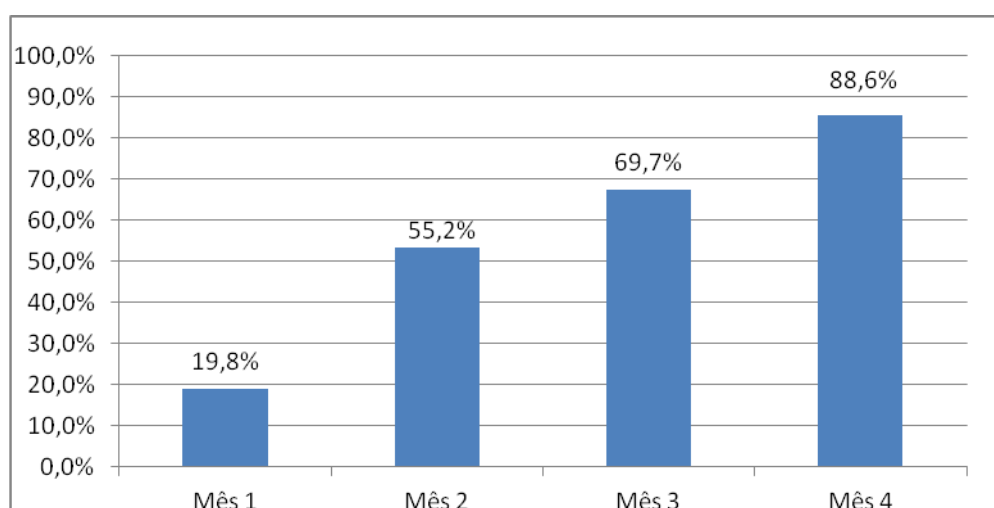
**Meta 1.1:** Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

A população total residente na área de abrangência da ESF Gaspar Bartholomay é de 2.819 usuários, na qual foi percebido uma diferença significativa das estimativas presentes no CAP e na Planilha de Coleta de Dados. A estimativa informada no CAP era de 630 usuários hipertensos e 180 usuários diabéticos, no entanto, como parte dos registros da ESF encontrava-se desatualizada, foi utilizado para análise dos resultados a própria estimativa existente na Planilha de Coleta de Dados, que baseia-se no VIGITEL (2011), pois as estimativas apontadas são mais condizentes com nossa realidade.

Dessa forma, a estimativa correspondeu a 429 usuários (22,7% da população total) portadores de hipertensão arterial, com idade acima dos 20 anos. Antes de realizar a intervenção apenas 258 usuários (60,1%) faziam acompanhamento regular na UBS, no decorrer da intervenção novos usuários foram cadastrados e tornou-se perceptível o quanto houve melhoria da qualidade da

assistência e da cobertura desses usuários, chegando ao término do quarto mês com um total de 380 usuários hipertensos (88,6%) acompanhados, superando assim a meta de 80% estabelecida no Projeto de Intervenção, conforme ilustrado na *Figura 1*. No primeiro de intervenção, devido às capacitações, fornecimentos de materiais e dos registros específicos necessários, foram acompanhados 85 usuários hipertensos (19,8%) na unidade; no segundo mês com a intensificação das buscas ativas e visitas domiciliares, a equipe atendeu mais 152 novos usuários, totalizando 237 usuários (55,2%) ao término do segundo mês de intervenção, sendo este o de maior cobertura da intervenção; até o terceiro mês a quantidade de usuários hipertensos acompanhados correspondeu a 299 (69,7%); e no término do quarto e último mês da intervenção, a quantidade geral de hipertensos acompanhados resultou em 380 usuários (88,6%).



**Figura 1:** Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na ESF Gaspar Bartholomay, Santa Cruz do Sul-RS, 2015.

**Fonte:** Planilha de Coleta de Dados.

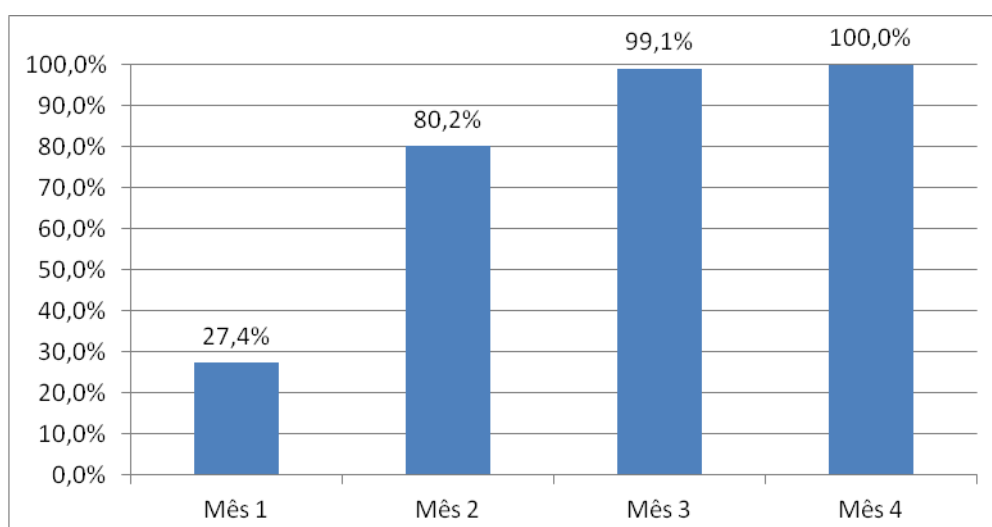
**Meta 1.2:** Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Ainda de acordo com VIGITEL (2011), a estimativa de usuários diabéticos acima de 20 anos residentes na área de abrangência da USF é de 106 usuários (5,6% da população total), e apenas 52 desses usuários (49%) eram acompanhados

regularmente pela equipe, e no final das 16 semanas de intervenção, a quantidade de diabéticos atendidos e cadastrados correspondeu a 106 usuários (100%).

No primeiro mês foram assistidos 29 usuários (27,4%) diabéticos; o segundo mês também foi o mês que mais houve atendimento clínico, e conseqüentemente, o que teve melhor cobertura com mais 56 novos usuários atendidos, consolidando o total de 85 diabéticos (80,2%) acompanhados; no terceiro mês com mais 20 usuários assistidos, alcançamos um total geral de 105 usuários (99,1%); e no quarto mês houve apenas o cadastramento de mais 01 novo usuário diabético, os demais atendimentos foram para os usuários já cadastrados e informados na planilha de coleta de dados, que no geral, foram acompanhados 106 usuários (100%) diabéticos, ultrapassando assim a meta proposta de 80% ao término da intervenção. Antes da intervenção 86 usuários apresentaram as duas patologias, HAS e DM, e no término do quarto mês a quantidade de usuários com as duas doenças foi de 96, com um incremento de 10 usuários. A *Figura 2* demonstra a evolução desses resultados.



**Figura 2:** Cobertura do programa de atenção ao diabético na ESF Gaspar Bartholomay, Santa Cruz do Sul-RS, 2015.

**Fonte:** Planilha de Coleta de Dados.

Para alcançar às metas de cobertura prevista para a população hipertensa e diabética houve colaboração dos gestores e um comprometimento de toda a equipe, com o aumento das buscas ativas da população alvo, priorizando as micro áreas sem ACS, no qual foi garantido o registro destes usuários, além de uma avaliação periódica dos índices de cobertura e de qualidade, seguindo os protocolos do

Ministério da Saúde, bem como divulgado à comunidade sobre a existência do programa HIPERDIA.

**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.

No que diz respeito a essa e as demais metas de qualidade, vale ressaltar que ao longo da intervenção sempre foi utilizado o protocolo preconizado pelo Ministério de Saúde aos usuários hipertensos, dessa forma, foi realizado o exame clínico apropriado a todos os 380 usuários (100%) acompanhados em cada mês da intervenção, e quinzenalmente era realizado o monitoramento dos registros e das ações realizadas. Nesse período conseguimos aumentar também as atividades com grupo HIPERDIA utilizando espaços comunitários e a própria UBS para realizar ações educativas com orientações voltadas à importância do exame clínico aos usuários portadores de hipertensão arterial.

**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.

Ao longo da intervenção sempre foi utilizado o protocolo de atendimento a usuários diabéticos disponibilizado pelo Ministério de Saúde, nos 04 meses da intervenção foi feito exame clínico apropriado aos 106 usuários cadastrados, representando um 100% dos diabéticos que participaram no projeto. Foi feito monitoramento com periodicidade quinzenal ao longo da intervenção. Foi aumentada as atividades com grupos de hipertensos e diabéticos utilizando espaços comunitários e própria UBS para falar sobre importância do exame clínico a usuários portadores de diabetes mellitus.

**Meta 2.3:** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 2.3:** Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

Durante os quatro meses da intervenção todos os 380 usuários hipertensos, e os 106 usuários diabéticos assistidos puderam realizar todos os exames complementares necessários de forma gratuita conforme o protocolo utilizado, pois esses exames eram fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde do município, alcançando assim o indicador de 100% das metas 5 e 6 em todos os meses. No decorrer dos atendimentos, esses exames complementares eram solicitados durante as consultas médica e de enfermagem na UBS e durante as visitas domiciliares, priorizando os mais necessitados e quinzenalmente durante as reuniões da equipe, fazíamos o monitoramento da indicação desses exames e de sua disponibilidade na UBS.

**Meta 2.5** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 2.5:** Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

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

**Indicador 2.6:** Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

Vale ressaltar que em relação às metas 7 e 8, também pudemos alcançar o indicador de 100% nos quatro meses da intervenção, pois durante os atendimentos clínicos os usuários portadores de HAS e DM eram prescritos os medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA, e esses medicamentos são disponibilizados na Farmácia do município gratuitamente devido a pactuação entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Secretaria Estadual de Saúde. Durante as atividades de grupo, assim como nas consultas individuais, a equipe orientava os usuários sobre esse fornecimento, algo que foi de extrema necessidade, já que a grande maioria da população é carente de recursos financeiros.

**Meta 2.7:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

**Indicador 2.7:** Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

Em todos os atendimentos realizados a população alvo do projeto, usuários hipertensos e diabéticos assistidos no decorrer da intervenção, foi realizada a avaliação da necessidade de atendimento odontológico, obtendo assim o indicador de 100% referente às metas 9 e 10 em todos os meses. Essas avaliações eram realizadas por mim e pela enfermeira durante as consultas médica e de enfermagem inicialmente e depois pela dentista da unidade. Nas atividades em grupo do HIPERDIA a equipe enfatizava sobre a importância desse atendimento aos usuários participantes, bem como das possíveis complicações relacionadas a uma saúde bucal deficiente.

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

**Meta 3.1:** Buscar 100% do hipertenso faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

Ao longo da intervenção foi baixa a proporção de usuários hipertensos faltosos as consultas segundo o protocolo. No primeiro mês apenas 01 usuário estava faltoso; no segundo mês verificamos que 08 usuários não tinham comparecido as consultas agendadas; no terceiro mês a quantidade de usuários hipertensos faltosos às consultas foi de 05 usuários; e no quarto mês não evidenciamos nenhum usuário faltoso. Ao todo foram 14 usuários portadores de HAS que não estavam com acompanhamento em dia conforme o protocolo, mas todos foram resgatados pela efetiva ação dos ACS que fizeram busca ativa deles, e graças a essa ação conseguimos alcançar o indicador de 100% referente a essa meta, sendo de grande relevância também a monitoração e o bom planejamento das



visitas domiciliares na comunidade com a presença dos demais profissionais para alcançar esse ótimo resultado.

**Meta 3.2:** Buscar 100% do diabético faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

Assim como os usuários hipertensos, a relação de diabéticos faltosos as consultas também foi baixa, sendo que no primeiro mês apenas 01 usuário diabético estava sem acompanhamento; no segundo mês 02 usuários; no terceiro mês 03 usuários; no quarto mês não constatamos nenhum usuário diabético que estivesse faltoso às consultas conforme protocolo. Todos esses 06 usuários foram resgatados através das buscas ativas realizadas pela equipe, proporcionando assim, o indicador de 100% em relação às buscas ativas aos usuários diabéticos faltosos às consultas na unidade conforme a periodicidade recomendada.

**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.

**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.

No que se refere às metas 13 e 14, é importante ressaltar que durante toda a intervenção os usuários hipertensos e diabéticos participantes tiveram seus registros adequadamente passados para as fichas de acompanhamento e planilha de coleta de dados disponibilizada pela UFPEL, bem como nos prontuários já existentes na unidade durante os atendimentos clínicos da equipe multiprofissional, resultando assim, no alcance do indicador de 100% referente a essas metas em todos os meses. Dentre os principais motivos que contribuíram para esse ótimo resultado, destaca-se as capacitações nas primeiras semanas realizada com a equipe e a colaboração de todos os profissionais.

**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.

**Meta 5.6:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 5.6:** Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Em relação à proporção de hipertensos e diabéticos com estratificação de risco cardiovascular, através do o esforço de toda a equipe foi possível também o cumprimento das metas 15 e 16, pois durante as consultas médica e de enfermagem a todos os usuários hipertensos e diabéticos que participaram do projeto foi realizado a estratificação de risco cardiovascular conforme preconiza o Ministério da Saúde, obtendo assim, o indicador de 100% em todos os meses da intervenção. Foram identificados 58 usuários com alto risco cardiovascular que representaram um 14.8% dos usuários que participaram do projeto, 172 classificados com risco moderado para um 44.10%, assim como 160 usuários classificados com baixo risco cardiovascular que representaram um 41.02%. Foi garantido aos usuários com alto risco cardiovascular maior prioridade no agendamento da assistência, os usuários que precisaram de encaminhamento para acompanhamento conjunto com especialistas foram avaliados e encaminhados com prioridade, seguem as necessidades particulares de cada usuário foi dirigido as ações de promoção de saúde para modificar os riscos presentes. Dentre os métodos utilizados, destaca-se o escore de *Framingham* para avaliação da população alvo, e nas atividades educativas do grupo HIPERDIA foi incluído capacitação sobre modificação de fatores de risco.

**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 a 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 a 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 orientações 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 orientações 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 orientações sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

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

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

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

Quanto às orientações voltadas a nutrição e alimentação saudável, sobre à prática regular de atividade física, bem como dos riscos do tabagismo e sobre higiene bucal à população hipertensa e diabética, foi possível alcançar o indicador de 100% em todos os meses da intervenção para essa metas de qualidade propostas, pois através das capacitações, como se tratavam de orientações simples,

toda a equipe assumiu esse compromisso em orientar os usuários durante os atendimentos clínicos, nas ações coletivas desenvolvidas nos grupos de HIPERDIA e em praticamente todos os contatos com a população assistida. Todas as atividades de grupo participaram além de equipe de saúde, nutricionista e psicólogo de equipe NASF do município, assim como equipe de saúde bucal da USF.

## **4.2 Discussão**

Com a intervenção desenvolvida na minha UBS, o atendimento aos usuários portadores de HAS e DM ficou qualificado e condizente com as recomendações do MS. Foram resgatados muitos desses usuários, que se encontravam faltosos através das buscas ativas e visitas domiciliares, principalmente nas micro áreas sem ACS. Além de garantir a ampliação da cobertura, também melhorou muito a qualidade de atendimento da população alvo. Em muitos casos os usuários estavam cientes sobre sua situação de saúde e aceitavam o fato de estarem doentes, eram medicados, mas não tinham um seguimento periódico e desconheciam seu grau de compensação da doença. Com as atividades de educação em saúde melhorou os conhecimentos da comunidade sobre o autocuidado, assim como os riscos presentes quando não se tem um acompanhamento regular.

Nossa comunidade em geral aprendeu muito e aumentou o interesse em melhorar os indicadores de saúde. Foram melhorados os registros para o controle deste grupo priorizando a qualificação dos atendimentos, sempre tendo em conta os aspectos presentes nos protocolos disponibilizados pelo MS, não descuidando de nenhum deles, como para avaliação de risco cardiovascular, sendo necessária a realização de exames complementares em dia, e demais ações importantes.

Para a equipe a intervenção foi muito proveitosa. Foi capacitado todo equipe em todos os aspectos referentes à atenção destes usuários, desde o acolhimento até as buscas ativas, com rastreamento, ações educativas e demais atividades em grupo. Anteriormente as atividades com o grupo de HIPERDIA era realizado, de forma aleatória, na UBS, pois faltava metodologia para alcançar os objetivos propostos. Melhoramos muito em monitoramento das atividades, dando mais qualidade a nossa reunião de equipe e alcançamos melhor planejamento das atividades. Agora cada membro da equipe conhece suas atribuições e ganhamos tempo fazendo um atendimento, evitando duplicar os procedimentos já realizados a

cada um dos usuários atendidos em nossa unidade. As técnicas de enfermagem melhoraram em triagem destes usuários, com acolhimento, rastreamento e orientação à população. Os ACS nas buscas ativa dos usuários faltosos a consulta, e na promoção de saúde aproveitando as visitas domiciliares. O médico e enfermeira melhoraram a qualidade dos atendimentos, monitoramento das atividades, e as atividades de educação em saúde. A equipe de atenção à saúde bucal também melhorou a prioridade de atendimento neste grupo, assim como uma maior colaboração nas atividades de educação em saúde. Em geral conseguimos uma melhor articulação de toda equipe multiprofissional para em melhor tempo fazer melhor nosso trabalho sem descuidar a qualidade e integralidade.

A intervenção foi muito importante para o serviço, contribuiu no planejamento das atividades diárias, sem sobrecarregar nosso trabalho. Cada dia fazíamos uma atividade específica. Agora temos apoio do NASF de forma periódica, poderemos continuar garantindo melhores resultados. A melhoria dos registros permitiu um maior atendimento de usuários, assim como um melhor controle desses, já que aumentamos os atendimentos à demanda espontânea, tendo mais cobertura em nossa agenda de consultas. Cada um dos profissionais conhece sua função e ajuda a planejamento das atividades.

Nossa comunidade agora conta com maior cobertura de atendimento, demonstra muita satisfação com nosso trabalho e entendem o nível de prioridade dos grupos específicos. Promovemos maior participação da comunidade nas atividades de grupo, demonstrando maior motivação e dando maior importância às atividades desenvolvidas na sala de espera e em grupo. Apesar de ter ampliado significativamente a cobertura de atendimento aos hipertensos e diabéticos, ainda temos muitos usuários sem acompanhamento adequado, principalmente os que residem nas micro áreas que estão sem ACS. O impacto da intervenção neste grupo de usuários foi muito importante, e felizmente a população assistida reconhece e valoriza o esforço da equipe para melhorar o atendimento, por isso eles e ajudam na divulgação destas atividades na comunidade.

Acreditamos que a intervenção faltou um pouco mais de integração com líderes comunitários, independentemente que podemos ter articulado com alguns deles, nem todas as micro áreas demonstraram apoio na divulgação de nosso projeto. Na fase inicial de preparação e capacitação feita pela equipe faltou maior trabalho com líderes comunitários, já que não são aproveitados todos os espaços

comunitários onde poderíamos fazer mais atividades e promover maior participação da população. Agora que temos todas as condições para continuar com as ações desenvolvidas, e por isso esperamos que o projeto mantenha-se como rotina em nosso serviço, mas temos que continuar buscando mais integração da comunidade, assim como planejar maior quantidade de atividades de grupo fora da USF.

Toda a equipe e comunidade estão prontas para continuar com as ações do projeto de intervenção como rotina em nosso serviço. A equipe encontra-se articulada para continuar realizando um bom atendimento aos grupos de hipertensos e diabéticos. O gestor municipal está providenciando a contratação dos ACS previsto para atuarem em 03 micros áreas desprotegidas e continuaremos inserindo a líderes comunitários e toda a população no desenvolvimento das ações.

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

A implementação do Projeto de Intervenção para a ESF Gaspar Bartholomay teve como objetivo principal, melhorar o atendimento dos usuários portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, devido alta incidência das duas doenças em nossa população. A maioria dos usuários que faziam atendimento em UBS não recebiam uma assistência de qualidade, além dos que ainda não tinham um diagnóstico e que apresentavam grande risco para sua saúde. Antes da intervenção apenas 61% dos usuários hipertensos e um 49% dos usuários diabéticos estavam cadastrados em nossa USF, mas nem todos faziam acompanhamento periódico conforme os protocolos e recomendações do MS.

O primeiro objetivo específico foi melhorar a cobertura dos atendimentos dos usuários portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, para isso foi proposto como meta alcançar o cadastro e acompanhamento de 80% desses usuários. A equipe se preparou para começar a intervenção mais cedo possível, mas foi necessário disponibilizar alguns recursos para alcançar os objetivos propostos. Foram feitas as diferentes capacitações a toda equipe, assim como disponibilizados os protocolos do MS, também foi garantido os materiais necessários para um bom atendimento destes usuários e obter apoio dos líderes comunitários e dos gestores municipais.

Foi proposto o objetivo específico também de melhorar a qualidade dos atendimentos da população alvo, realizar exame clínico apropriado, garantir a realização de exames laboratoriais, prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, assim como a avaliação de necessidade de atendimento odontológico para 100% dos usuários acompanhados. Essas metas foram alcançadas sem dificuldade, já que durante as consultas médica e de enfermagem foi seguido os protocolos e recomendações do MS ao longo da intervenção.

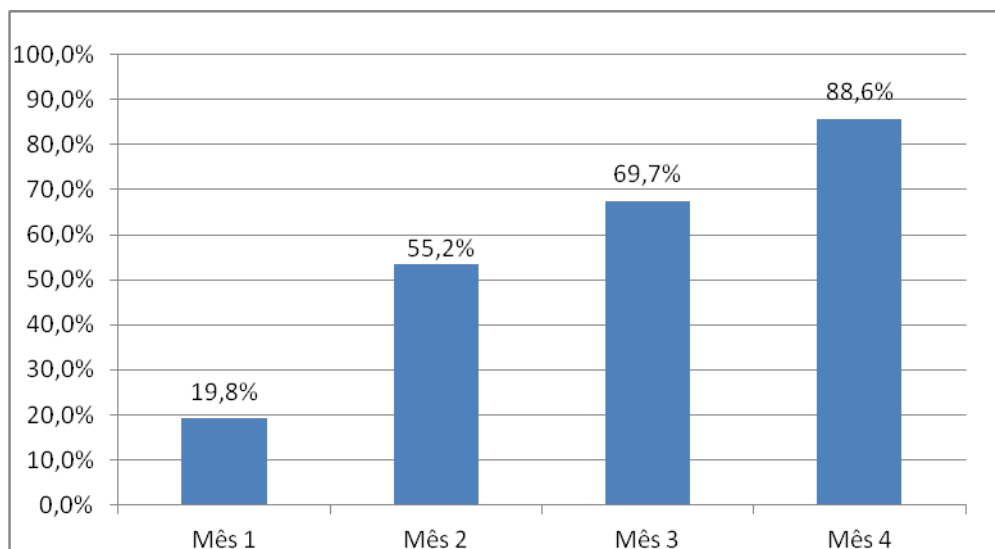
Durante a intervenção, foi possível melhorar a adesão dos usuários ao Programa HIPERDIA, pois a equipe organizou buscas ativas dos usuários faltosos a consultas com apoio dos ACS e dos líderes comunitários em todas as micro áreas, inclusive das que estão descobertas por ACS, foi organizada a agenda para priorizar os atendimentos destes usuários faltosos no tempo mínimo possível.

Também foi possível melhorar os registros específicos deste grupo, cada usuário cadastrado foi incluído na ficha de acompanhamento assim como planilha de coleta de dados disponibilizada pela UFPEL, que permitiu dar continuidade ao acompanhamento de forma periódica e fazer uma boa avaliação da qualidade das consultas nas reuniões de equipe. Durante todo o período foi realizada a estratificação de risco cardiovascular aos usuários diabéticos e hipertensos acompanhados, bem como a promoção da saúde deste grupo de usuários, já que toda a equipe recebeu capacitação para realizar as atividades de promoção de saúde voltadas em orientações nutricionais sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, orientações sobre riscos de tabagismo, assim como orientações sobre higiene bucal.

Depois de 16 semanas de intervenção os resultados foram favoráveis. Melhorou os atendimentos destes usuários, além de ampliar a cobertura de atendimento para 88,6% dos hipertensos (380 usuários), e 100% dos diabéticos (106 usuários) residentes na área de abrangência foram acompanhados de forma regular pela equipe, e os indicadores de qualidade mantidos em 100% nos quatro meses.

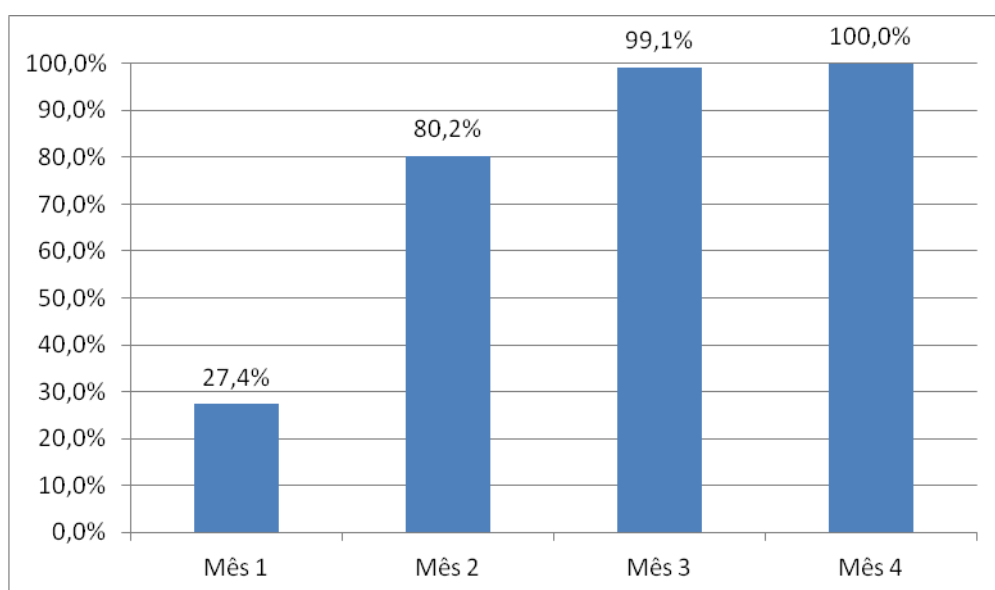
Os gráficos a seguir mostra a cobertura de hipertensos e diabéticos obtida nos quatro meses da intervenção:





**Figura 1:** Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na ESF Gaspar Bartholomay, Santa Cruz do Sul-RS, 2015.

**Fonte:** Planilha de Coleta de Dados.



**Figura 2:** Cobertura do programa de atenção ao diabético na ESF Gaspar Bartholomay, Santa Cruz do Sul-RS, 2015.

**Fonte:** Planilha de Coleta de Dados.

Em relação a organização de nosso trabalho, as atividades do grupo HIPERDIA eram realizadas todas as quintas-feiras com participação de usuários hipertensos e diabéticos em parceria com a equipe NASF do município. Nesse dia a prioridade de atendimento é para os usuários participantes.

Contudo, torna-se perceptível a necessidade de melhorar em alguns aspectos, como o apoio dos líderes comunitários em todas as micro áreas, bem como aumentar a utilização dos espaços comunitários para realização de atividades,

compra da medicação para auxiliar o combate ao tabagismo e promover maior participação da população nas ações realizadas.

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

Para melhorar a qualidade dos atendimentos em nossa USF, a equipe de saúde Gaspar Bartholomay fez um projeto de intervenção que foi desenvolvido no período de 16 semanas para melhorar os atendimentos dos usuários portadores de Hipertensão e Diabetes de nossa área de abrangência.

Antes de começar a intervenção os usuários hipertensos e diabéticos não faziam um atendimento de qualidade, muitos deles além de conhecer sua doença não tinham um atendimento com periodicidade recomendada pelos protocolos do Ministério da Saúde. As atividades do grupo não eram realizadas com periodicidade, às vezes por falta de tempo, dando prioridade aos atendimentos individualizados durante as consultas. Muitas pessoas desconheciam sua doença e compareciam na unidade quando estavam doentes.

Com a realização do projeto de intervenção foi possível aumentar os atendimentos a toda população, principalmente aos hipertensos e diabéticos, houve divulgação do programa HIPERDIA na comunidade. Antes da intervenção 258 (60.1%) usuários hipertensos e 52 (49%) diabéticos eram atendidos, agora são 380 usuários hipertensos que representam um 88.6% e 106 diabéticos que representam um 100%. Caso alguns familiar ou vizinho deseje fazer os exames e entrar no programa da nossa USF, entre em contato com sua agente comunitário de saúde para agendar uma consulta.

Foram priorizadas as áreas que ainda não tem ACS, os gestores municipais apoiaram nosso projeto disponibilizando os recursos materiais necessários para melhorar os atendimentos. Foi necessário parceria com líderes comunitários para divulgação do projeto de intervenção, para isso foram utilizados os espaços públicos de maior confluências de usuários, Igreja católica da comunidade, casa da sopa,

onde é distribuído refeições ao meio-dia para crianças, idosos e gestantes, Escola Municipal de Educação Infantil (creche), a UBS mesma.

Usamos os espaços comunitários disponível na comunidade para fazer atividades de promoção de saúde e falar sobre fatores de riscos e como melhorar a qualidade de vida destes usuários. No primeiro e segundo mês da intervenção foram feitas 02 atividades de grupo fora da USF, em igreja da comunidade onde foram ofertados além das ações educativas um feira de roupa doada pela mesma comunidade para os usuários mais carentes. Todas as atividades feitas foram muito importante para a comunidade devido a que aumentou conhecimento da população sobre modificação de modos e estilos de vida, prevenção de fatores de riscos, assim como controle das doenças.

Nas quintas feiras foram ofertadas as atividades do grupo HIPERDIA na UBS mesma, com apoio dos profissionais do NASF do município, planejamos diferentes atividades educativas, sendo de agrado dos participantes. Toda a equipe foi capacitada para poder melhorar ainda mais os atendimentos, e acreditamos que fizemos um bom trabalho.

Depois de terminar o projeto, tudo ficou pronto para continuar como rotina em nosso serviço, agora todas as quintas-feiras são realizadas as atividades do grupo HIPERDIA e cada usuário assistido recebe atendimento integral. Reconhecemos a necessidade de melhorar ainda mais em apoio dos líderes comunitários em divulgação do programa, assim como em participação de todos nas ações desenvolvidas.

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

Quando iniciei o Curso de Especialização em Saúde da Família, pela UFPEL, eu fiquei com muito medo, pois a modalidade à distância era uma das formas de aprendizagem desconhecida por mim, já que sempre use a modalidade presencial para aumentar meus conhecimentos no âmbito profissional, e como tudo o novo, foi um grande desafio. Mas ao longo do curso todos os medos foram superados e as expectativas dos resultados foram melhorando cada dia mais. A cada semana sempre tentei cumprir as orientações passadas, porém algumas vezes surgiam dúvidas que foram esclarecidas através de uma boa conversa com meu orientador. Todas as minhas expectativas iniciais foram alcançadas e com o final dessa etapa, percebo que os objetivos propostos também foram cumpridos da melhor maneira.

Para minha prática profissional foi muito proveitoso os temas abordados ao longo do curso. Foram esclarecidos muitos aspectos de organização de trabalho assim como funcionamento da USF. Abordando e interagindo temas de prática clínica com os de saúde coletiva, que proporcionaram mais conhecimentos sobre funcionamento do SUS na Atenção Básica, sem dúvida foi de grande relevância para minha prática profissional. Toda a equipe adquiriu conhecimentos novos, até mesmo os mais experientes, e muitas das ações desenvolvidas no dia-a-dia foram melhoradas. O MS disponibiliza um grande grupo de protocolos de atendimento para os principais eventos que um médico da comunidade precisa dominar em sua prática diária, mas às vezes não são utilizados e cumpridos de forma correta, podendo diminuir a qualidade dos atendimentos.

Fiquei muito feliz em poder concluir essa Especialização e ao mesmo tempo atuar na melhoria da saúde da minha comunidade. Irei usar todo o aprendizado adquirido ao longo do Curso para continuar as ações como rotina no serviço, não

apenas na a ação programática escolhida para fazer meu projeto de intervenção, mas também para as demais ações programáticas que incluem outros grupos populacionais de nossa área de abrangência. Confesso que me sinto qualificado profissionalmente para prestar assistência qualificada no âmbito da atenção primária à população.

## Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vol. 2. Cadernos de Atenção Básica, n. 29. Brasília-DF, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Medicina Ambulatorial**. Conduas de atenção Primária Baseadas em evidências. 3 Edição, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: VIGITEL 2011**. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações da Atenção Básica -SIAB**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>>. Acesso em: 07 set. 2014.

IBGE, Inst. Brasileiro de Geog. e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://ibge.gov.br/cidadesat/painel/populacao.php?codmun=431680&search=rio-grande-do-sul%7Csanta-cruz-do-sul%7Cinphographics:-demographic-evolution-and-age-pyramid&lang=>>. Acesso em: 13 junho. 2015.

## **Apêndices**



## Apêndice A – Fotos da Intervenção



**Figura 5:** Reunião de equipe onde foi feito capacitação.



**Figura 6:** Visita domiciliar a Sebastião, nosso hipertenso mais belho. Ele tem 108 anos.



**Figura 7:** Atividade com grupo HIPERDIA.



**Figura 8:** Busca ativa de usuário, aferição da PA.

## **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 Srª

Proª Ana Cláudia Gastal Fassa

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

Prezada Pesquisadora;

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

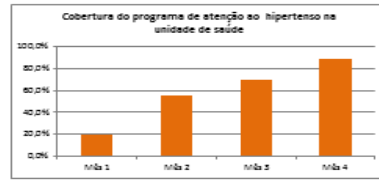
Assinatura manuscrita em tinta preta, legível como "Patrícia Abrantes Duval".

Patrícia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL



INDICADORES

		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
1.1	<b>Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde</b>	19,8%	55,2%	69,7%	88,6%
	Numerador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área abrangida na UBS	85	237	299	380
	Denominador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de saúde	429	429	429	429



		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
1.2	<b>Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde</b>	27,4%	80,2%	99,1%	100,0%
	Numerador: Número total de diabéticos residentes na área abrangida na UBS	29	85	105	106
	Denominador: Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de saúde	106	106	106	106



		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
2.1	<b>Preparação de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo</b>	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Numerador: Número de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo	85	237	299	380
	Denominador: Número de hipertensos residentes na área abrangida na UBS	85	237	299	380



		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
2.2	<b>Preparação de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo</b>	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Numerador: Número de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo	29	85	105	106
	Denominador: Número de diabéticos residentes na área abrangida na UBS	29	85	105	106



		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
2.3	<b>Preparação de hipertensos com o exame complementar em dia de acordo com o protocolo</b>	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Numerador: Número de hipertensos com exames complementares periódicos em dia	85	237	299	380
	Denominador: Número de hipertensos residentes na área abrangida na UBS	85	237	299	380



		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
2.4	<b>Preparação de diabéticos com o exame complementar em dia de acordo com o protocolo</b>	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Numerador: Número de diabéticos com exames complementares periódicos em dia	29	85	105	106
	Denominador: Número de diabéticos residentes na área abrangida na UBS	29	85	105	106









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

Eu, Juan Carlos Esquivel Guerra, médico (RMS 4300959/RS), 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