

**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 das pessoas com HAS e/ou DM na UBS  
Independência, São Gabriel/RS**

**Liudmila Portelles Ricardo**

**Pelotas, 2015**

**Liudmila Portelles Ricardo**

**Melhoria da atenção à saúde das pessoas com HAS e/ou DM na UBS  
Independência, São Gabriel/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.

Orientadora: Ligia Menezes de Freitas

Pelotas, 2015

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

R488m Ricardo, Liudmila Portelles

Melhoria da Atenção à Saúde das Pessoas com HAS e/ou DM na UBS Independência, São Gabriel/RS / Liudmila Portelles Ricardo; Ligia Menezes De Freitas, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

93 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. Freitas, Ligia Menezes De, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho ao povo brasileiro que nos acolheu com muito carinho. A todos meus usuários, que muitos deles, viraram amigos neste tempo, com o desejo que outros profissionais continuem trabalhando neste e outros projetos para alcançar uma saúde pública de excelência no Brasil.

## **Agradecimentos**

Gostaria de agradecer, em primeiro lugar, a minha família maravilhosa, pois sem seu apoio não seria o ser humano que sou hoje;

À excelente equipe de profissionais das ESF 7 e 8 da UBS Independência por ter trabalhado junto neste tempo;

À minha orientadora, por ter tido muita paciência e ter me ajudado incondicional para eu me superar profissionalmente;

Aos integrantes da Secretaria Municipal de Saúde do município e a todos os gestores e outras pessoas que fizeram possível este trabalho.

A todos, muito obrigada!

## Resumo

RICARDO, Liudmila Portelles. **Melhoria da atenção à saúde das pessoas com HAS e/ou DM na UBS Independência, São Gabriel/RS.** 2015. 93f. 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.

As doenças e agravos não-transmissíveis tem sido um desafio para o trabalho da Atenção Primária à Saúde devido ao altos índices de morbimortalidade desses agravos. Intervenções para reduzir a morbimortalidade por essas doenças baseiam-se no controle da HAS, DM, dislipidemias, tabagismo, obesidade e sedentarismo. Assim, pessoas adoecem e morrem por doenças que poderiam ser trabalhadas com melhor promoção à saúde e prevenção dessas doenças voltadas a população. Nesse sentido, o objetivo deste trabalho foi melhorar a atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou com DM da UBS Independência do município São Gabriel, estado do Rio Grande do Sul. O projeto foi desenvolvido durante 18 semanas de intervenção, durante os meses de março, abril, maio e junho de 2015. Participaram da intervenção os usuários com HAS e/ou DM cadastrados e acompanhados em nossa unidade de saúde. Desenvolvemos ações nos quatro eixos temáticos do curso: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Com a implementação do projeto de intervenção foram cadastrados e acompanhados 529 usuários com HAS (57,9%) e 162 (72%) usuários com DM. Antes da intervenção, assistíamos 280 (31%) com HAS e 98 (38%) usuários com DM. Iniciamos a intervenção com somente uma equipe e, na quinta semana incorporamos outra equipe à intervenção. Conseguimos descentralizar a atenção à saúde dos usuários com HAS e/ ou DM para serem assistidos em nossa UBS; passamos a trabalhar com agendamentos dos usuários; realizamos cadastramento de toda nossa área; melhoramos a adesão ao programa de atenção aos usuários com HAS e/ou DM; realizamos atividades educativas com a comunidade e com a população alvo da intervenção. Nossas equipes estiveram mais próximas e mais engajadas com a intervenção. Aproximamos mais a população à nossa unidade de saúde. Com a intervenção, ainda, conseguimos realizar capacitações da nossa equipe. Por fim, melhoramos não somente a cobertura do programa, mas também a qualidade da atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM da nossa área de abrangência.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Hipertensão Arterial Sistêmica; Diabetes Mellitus; Saúde Bucal

### Lista de Figuras

Figura 1	Cronograma	55
Figura 2	Capacitação da equipe da ESF Independência. São Gabriel, RS, 2015	58
Figura 3	Grupos educativos na UBS Independência. São Gabriel, RS, 2015	59
Figura 4	Grupos educativos na UBS Independência. São Gabriel, RS, 2015	60
Figura 5	Grupos educativos na UBS Independência. São Gabriel, RS, 2015.	60
Figura 6	Grupos educativos na UBS Independência. São Gabriel, RS, 2015	61
Figura 7	Grupos educativos na UBS Independência. São Gabriel, RS, 2015	60
Figura 8	Grupos educativos na UBS Independência. São Gabriel, RS, 2015	61
Figura 9	Grupos educativos na UBS Independência. São Gabriel, RS, 2015	61
Figura 10	Cobertura do programa de atenção à saúde das pessoas com HAS da UBS Independência. São Gabriel, RS, 2015	68
Figura 11	Cobertura do programa de atenção à saúde das pessoas com DM da UBS Independência. São Gabriel, RS, 2015	69

## Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CAP	Caderno de Ação Programática
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
DSTs	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégias de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HGT	Hemoglicoteste
HiperDia	Hipertensos e Diabéticos
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PAM	Pronto Atendimento Médico
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SisPreNatal	Sistema Pré-natal
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPel	Universidade Federal de Pelotas
UNA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva



## Sumário

Apresentação .....	10
1 Análise Situacional.....	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS.....	11
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	13
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	23
2 Análise Estratégica .....	25
2.1 Justificativa .....	25
2.2 Objetivos e metas .....	27
2.2.1 Objetivo geral .....	27
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	27
2.3 Metodologia .....	29
2.3.1 Detalhamento das ações .....	29
2.3.2 Indicadores .....	46
2.3.3 Logística .....	52
2.3.4 Cronograma.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
3 Relatório da Intervenção.....	56
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	56
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	66
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	67
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	67
4 Avaliação da intervenção.....	69
4.1 Resultados.....	69
4.2 Discussão .....	89
5 Relatório da intervenção para gestores .....	92
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	95
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	98
Referências .....	100
Apêndices.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
Anexos 101	

## **Apresentação**

Este trabalho foi realizado com o objetivo geral de melhorar a atenção à saúde das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes Mellitus (DM) na UBS Independência, município de São Gabriel, estado do Rio Grande do Sul. O presente trabalho está organizado em sete unidades de trabalho interligadas e relacionadas entre si. Na primeira unidade, está presente a análise situacional, elaborada durante as doze semanas iniciais do curso. Na segunda parte, identificasse-se a análise estratégica em que foi construído nosso projeto de intervenção. Na terceira parte, apresentamos o relatório de intervenção em que foram colocadas todas as ações realizadas, não realizadas e as dificuldades encontradas durante a intervenção. A quarta unidade apresenta a avaliação da intervenção, com resultados, gráficos, indicadores e discussão do trabalho. A quinta unidade está constituída pelo relatório da intervenção para os gestores, refletindo ganhos e resultados positivos para o serviço da saúde oferecido pela UBS. A sexta unidade está conformada pelo relatório da intervenção para a comunidade com uma linguagem clara e fácil de compreensão em relação às vantagens da intervenção e a unidade sete, e última, é sobre a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso. Ao final, estão os anexos. O curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) teve início em julho do ano de 2014 e finalização em novembro de 2015 com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso.

## **1 Análise Situacional**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS em 22/08/2014**

Nesta semana, estamos falando sobre nossas UBS e a atenção primária de saúde, eu acredito que a APS é a base do qualquer sistema de saúde porque neste nível de atenção e possível atuar sobre o indivíduo de forma individualizada e integral, focando as ações aos problemas detectados durante o diagnóstico e sempre desde uma ótica de prevenção de doenças.

Atualmente, estou trabalhando na UBS Independência, do município São Gabriel, RS, a mesma está localizada na região da campanha gaúcha, próximo da fronteira com o Uruguai, na fronteira oeste, uma cidade que conta com 65 mil habitantes.

A UBS tem boas condições estruturais, conta com quatro consultórios médicos, mais um consultório odontológico, uma sala de vacina, sala de curativo, sala de pesagem, sala de espera, recepção, cozinha, banheiros públicos e para os funcionários além da sala de expurgo. Eu vou formar parte da estratégia de saúde da família que vai funcionar nesta unidade, a qual ainda não está montada completamente porque ainda está se cadastrando os ACS mais quando já este completa vai contar com seis destes profissionais, dois técnicos de enfermagem, uma enfermeira, a secretaria, a enfermeira chefe, uma auxiliar de enfermagem, o odontólogo, e a auxiliar de serviços gerais, nesta unidade além das pessoas que já trabalham também contamos com o pediatra e um obstetra. A população assistida por esta unidade e, aproximadamente, quatro mil habitantes, mas ainda não temos o número certo.

Todos juntos esperamos realizar um trabalho profundo dirigido à prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) na população por meio das ações de promoção, pois estas doenças são as principais causas de mortes no mundo e tem gerado elevado número de mortes, diminuição de qualidade de vida assim como prejuízos a economia da família a comunidade e a sociedade em geral, mais este impacto pode ser revertido.

Por enquanto, embora a equipe ainda não está completa mas já estamos trabalhando sobre grupos populacionais para detectar os problemas que afetam com maior frequência, aproveitando as consultas e as visitas domiciliares (VD) para fazer educação para a saúde por meio de palestras e orientações aos usuários, pois este trabalho vai nos ajudar num futuro para cumprir com sucesso os objetivos propostos, dentro destes esperamos realizar mudanças no estilo e modo de vida da população, realizar atividades educativas diferenciadas dirigidas aos grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda, assim aproveitamos as consultas para fazer atividades educativas relacionadas com temas como são o tabaco, a alimentação não saudável, a inatividade física e o consumo nocivo de álcool que constituem fatores de riscos para padecer DCNT. Até agora a maior parte dos problemas detectados é um alto nível de pessoas com este tipo de doenças, os quais na maioria não tem uma educação adequada acerca da sua condição.

Os encaminhamentos feitos até agora não são muitos, pois a gente tenta resolver a maior quantidade de problemas dos usuários na UBS para evitar os mesmos de forma necessária, assim a secretaria de saúde viabiliza o transporte dos usuários aos outros municípios no caso que nosso município não conte com o especialista que precisa a clientela.

Até hoje os usuários encontram-se agradecidos com o atendimento oferecido, o mesmo e feito pela demanda espontânea, e os usuários emitem comentários positivos aos integrantes da equipe sobre o atendimento recebido, só ficam preocupados porque as vezes os exames indicados demoram para ter os resultados, embora a secretaria de saúde do município faz seu maior esforço para evitar demoras no atendimento aos usuários.

Acredito que nos próximos dias vamos estar prontos para começar nosso trabalho como Estratégia de Saúde da Família (ESF), brindando assim nosso melhor esforço à população do Brasil que tanto merece um atendimento de excelência.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional em 03/12/2014**

São Gabriel é um município do estado do RS. Situa-se na região da Campanha Central do estado e população estimada de 60.425 habitantes (IBGE, 2010). É considerada uma cidade histórica do interior do estado. Os primeiros povoadores da região foram os espanhóis e portugueses, além dos indígenas que também viviam na área. Atualmente, a maior parte da população gabrielense é branca, mas há grande número de afrodescendentes. Entre as etnias, a maior parte dos moradores é de descendentes de portugueses, espanhóis, italianos e alemães.

O município conta com 15 UBS: em duas UBS a ESF já está implantada e temos mais 11 em fase de implantação. Conta, também, com a Central de Atendimento, Brandão Júnior, localizada na área central da cidade o que facilita o acesso dos usuários, nela estão localizadas duas ESF e são desenvolvidas as seguintes ações: serviços de atendimento médico, odontológico, de enfermagem, assim como realizar promoção, prevenção e educação a saúde a todos os usuários que chegam até lá na busca de uma solução para seus problemas. Na Central de Atendimento Brandão Junior são realizados exames radiológicos de odontologia. Os restantes dos exames radiológicos são realizados na Santa Casa. Há, também, serviços de farmácia popular, central de marcação das consultas, clínica de dor onde são atendidos usuários que apresentam dores crônicas. Nesta central de atendimento, também, está localizada a parte administrativa da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

São Gabriel possui um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo 1, no qual é atendida a população referenciada para este serviço. Conta com um centro de vigilância em saúde onde é realizada vigilância sanitária e epidemiológica. No município não há disponibilidade e não possui Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) ou Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF).

Dispõe de um serviço de fisioterapia municipal, farmácia básica e popular, além da clínica de dor onde os usuários recebem tratamento para dores crônicas e onde são realizadas a acupuntura, auriculoterapia e analgesias, funciona junto à Central de Atendimento Brandão Júnior.

O município conta com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e possui uma ambulância de suporte básico que atende toda demanda do município.

Há, também, o Hospital Irmandade da Santa Casa de Caridade e uma unidade de pronto atendimento 24 horas que recebem os usuários encaminhados com urgências ou emergências, além das internações hospitalares.

No município, contamos com os especialistas: cardiologista, otorrinolaringologista, cirurgião e traumatologista que atendem no Pronto Atendimento Médico (PAM). Os usuários que precisem de atendimento de outras especialidades ou serviços de saúde não disponibilizados pelo município são encaminhados para os municípios da região e que disponham de vaga mais rápida. Embora a SMS faça seu maior esforço para ter sucesso, ainda não é suficiente. Assim, é frequente o usuário ficar aguardando muito tempo pela avaliação médica. Em minha opinião, essa situação pode ter uma solução a curto e longo prazo. A curto prazo mediante contratos com entidades privadas e a longo prazo mediante a formação de especialistas que trabalhem no setor público. Os encaminhamentos para o

tratamento fora do domicílio são tramitados pela décima Coordenaria Regional de Saúde (CRS) de Alegrete e a central de marcação de consultas de Porto Alegre, sistema Gestão e Regulação Assistencial e Financeira de Saúde - Módulo de Regulação Ambulatorial de Consultas Especializadas.

O município tem convênios com laboratórios de análises clínicas. São Gabriel conta com um serviço de radiologia e tomografia local; os exames de ecografia são realizados por uma empresa contratada pelo município; os eletrocardiogramas são realizados pela equipe de enfermagem da SMS. Os exames de alta complexidade como as ressonâncias magnéticas, tomografia, eletroencefalograma, eletroneuromiografia, densitometria óssea, cintilografias, teste ergométrico e ecocardiograma são realizados em outros municípios que dispõem desses serviços e transportados gratuitamente pelo município.

O município possui um Conselho Municipal de Saúde atuante com sede na SMS. Todas as ações de saúde precisam de aprovação para serem desenvolvidas.

Neste ano de 2014, ocorreu a adesão do município ao Programa de Saúde Prisional e Telessaúde.

Nossa unidade é a UBS Independência, UBS urbana, encontra-se vinculada aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) pela prefeitura, modelo de atenção ESF. Na unidade trabalha uma equipe e está composta por: seis ACS, uma auxiliar de enfermagem, duas enfermeiras, um dentista, uma médica clínica geral duas técnicas de enfermagem. Contamos, ainda, com uma secretária e uma auxiliar de serviços gerais. Também, contamos com um pediatra e um obstetra, duas vezes na semana. A unidade não possui vínculo com instituições de ensino.

A unidade tem boas condições estruturais: conta com três consultórios médicos, um consultório ginecológico, um consultório odontológico, uma sala de vacina, sala de curativo, sala de pesagem, sala de espera, recepção, cozinha, banheiros públicos e para os funcionários e sala de expurgo. Além da administração, na UBS, não contamos com escovário. Ao fazer uma análise da estrutura da UBS, encontramos que apresenta barreiras arquitetônicas dadas pela presença de degraus para aceder à UBS. Além do fato de que não conta com corrimãos o que dificulta a mobilização dos usuários idosos e portadores de deficiência. Assim como o acesso a unidade, os ambientes não apresentam identificação com textos.

Não contamos com uma farmácia, nem medicamentos disponíveis na UBS para tratar os agravos dos usuários. A farmácia é centralizada e os usuários devem ir até lá para pegar os medicamentos, mas esta situação já se encontra em trâmites para solucionar.

Nos consultórios há só uma cadeira para o usuário. Assim, o acompanhante

deve ficar de pé, o que pode incomodar os usuários, pois não todos precisam do mesmo tempo de atendimento e se tivessem um grau maior de conforto poderia ajudar a um melhor entendimento das orientações que o médico oferece para o usuário e acompanhante.

Também, não contamos com material de sutura na UBS e dificulta o atendimento aos usuários que sofrem feridas. Os quais devem se deslocar até o pronto socorro para receber atenção, este problema teria solução se tivéssemos os materiais necessários na UBS.

Na UBS é oferecido aos usuários atendimento médico, odontológico, puericultura, pré-natal, pesquisa e seguimento de câncer de colo de útero e câncer de mama, curativos, aferimento da PA, diagnóstico, tratamento e acompanhamento de DCNT. Para a melhora na qualidade de vida da população da área de abrangência todos os integrantes da equipe devem desenvolver com sucesso todas as atividades.

Um dos problemas detectados na UBS é que os profissionais não realizam atividades de grupos, por exemplo, com adolescentes, gestantes, fumantes, mulheres em idade fértil, idosos, usuários com hipertensão e ou diabetes, entre outros. Outra das deficiências é que os profissionais também não promovem a participação da comunidade no controle social e não realizam reuniões de equipe. Assim, atrapalha o bom desenvolvimento do trabalho na equipe. Assim como o objetivo principal que é a melhora da qualidade de vida da população. Em todas as atividades da equipe a mesma deve realizar o engajamento com a comunidade, pois, para mudanças favoráveis toda a sociedade deve participar no processo. Assim, não se pode erradicar ou diminuir a dengue se os moradores de determinada comunidade não realizam atividades encaminhadas à eliminação do agente transmissor do agravo, só por mencionar um exemplo.

As deficiências detectadas influem negativamente no bom desenvolvimento do trabalho na UBS, pois, ao não realizar reuniões de equipe, não se conseguiu organizar ou também não planejar as atividades. A médio ou longo prazo irá atrapalhar o trabalho: se a equipe não se reúne não vai poder, por exemplo, planejar a realização de atividades de grupos vulneráveis, como são de idosos, adolescentes, de aleitamento materno, usuários com DCNT entre outros. As atividades grupais são uma ferramenta útil para levar orientações à população além e para obter mudanças no estilo de vida da mesma. Neste caso a solução primeira é reunir a equipe para discutir esses problemas e soluções. Ao realizar estas atividades a equipe já estaria promovendo a participação social da comunidade.

A população da área adstrita é de 4.000 habitantes, a qual é acompanhada por uma equipe de trabalho que corresponde ao tamanho da população de

abrangência, a mesma é atendida pela demanda espontânea e estamos organizando ainda as ações programáticas na nossa unidade. Nossa ESF ainda não está totalmente cadastrada.

O acolhimento aos usuários é realizado desde que eles chegam à UBS por todos profissionais da equipe, em dependência da queixa que apresente o mesmo, a enfermeira faz a primeira escuta das queixas. Após, os usuários são avaliados pelo médico, agendadas consultas para o dia mais próximo possível ou encaminhados e orientados para outro serviço conforme as necessidades dos usuários e da queixa relacionada. No caso de algum usuário precisar de atendimento de urgência por doenças agudas, são atendidos no dia, sempre tendo em conta os critérios para realizar as referências dos usuários para os serviços que seu estado necessita, seja atendimento por outras especialidades, referência para atendimento hospitalar ou em pronto atendimento, depois de ser avaliado pelo médico. A avaliação realizada pela enfermeira é importante, pois faz primeira avaliação dos agravos dos usuários e o médico a utiliza na sua própria avaliação.

Na UBS não existe excesso de demanda para consulta de usuários com problemas de saúde agudos que necessitam atendimento imediato, também não para os usuários com DCNT em acompanhamento. Sempre fazemos nosso melhor esforço para não tratar aos usuários de forma burocrática e tentamos colocar- nos no lugar do usuário.

Em relação a saúde da criança, acompanhamos 20 (42%) crianças menores de um ano, o estimado, de acordo com o Ministério da Saúde (MS), é de 48 crianças na faixa etária referida. Esta cifra foi obtida através de uma estimativa das crianças menores de um ano, pois não contamos ainda com dados específicos da situação da UBS. Na UBS, a puericultura é realizada pelo médico especialista em pediatria, duas vezes na semana. O médico generalista só faz puericultura poucas vezes, porém, atende mais crianças com necessidades de atendimento por agravos agudos.

Das 20 crianças acompanhadas na UBS, 13 (65%) têm as consultas em dia de acordo com o protocolo do MS; sete (35%) estão com atraso da consulta agendada em mais de sete dias. Todas as crianças acompanhadas (20) têm: teste do pezinho realizado até sete dias, primeira consulta de puericultura feita nos primeiros sete dias de vida, triagem auditiva realizada, monitoramento do crescimento e monitoramento do desenvolvimento realizados na última consulta. Em nossa unidade, 18 (90%) estão com as vacinas em dia. As mães de todas as crianças (20) receberam orientação para aleitamento materno exclusivo e orientação para prevenção de acidentes. Nenhuma criança recebeu avaliação bucal.

Para obter resultado positivo de indicadores de cobertura e qualidade da



atenção à saúde da criança, o mais importante é realizar mudanças no modelo de atendimento atual. Por exemplo, tanto o pediatra como o médico generalista realizem atendimento às crianças, seja acompanhamento de puericultura ou atendimento a agravos agudos. É necessário que todos os profissionais envolvidos nesse processo trabalhem conscientemente para obter resultados favoráveis, assim, devem planejar as atividades que vai efetuar, realizar reuniões da equipe de trabalho, revisar os documentos com os dados das crianças para detectar qualquer situação que possa atuar contra o bom desenvolvimento do acompanhamento das mesmas. Os médicos que fazem o acompanhamento devem usar o protocolo de atendimento em sua versão mais atualizada. Também devem realizar atividades grupais com as mães das crianças com o objetivo de promover ações de saúde saudáveis como promoção do aleitamento materno, a prevenção de acidentes, o reconhecimento de sinais de agravo de doenças agudas como as diarreias e as doenças respiratórias, a importância da vacinação das crianças, entre muitas outras coisas das quais depende em grande medida a diminuição da taxa de mortalidade infantil e a elevação dos indicadores de qualidade de vida. Como estamos em fase de implantação da equipe, temos somente os prontuários médicos.

A UBS deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde. É o ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades, inclusive proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado, principalmente, durante a gravidez. Na UBS Independência são desenvolvidas muitas ações de atenção à gestante, como: atenção no pré-natal, vacinação contra a hepatite B e contra o tétano, prescrição de suplementação de sulfato ferroso, exame ginecológico por trimestre, avaliação de saúde bucal, orientação para aleitamento exclusivo, solicitação dos exames laboratoriais preconizados pelo MS tudo isso conforme ao protocolo de atendimento. Esses dados são recolhidos na caderneta de saúde da gestante e no prontuário médico, este último é revisado uma vez ao mês pela enfermeira que, também, envia os dados ao Sistema de Pré-natal (SisPreNatal).

Na minha UBS o atendimento pré-natal é realizado pelo médico ginecologista e obstetra, o enfermeiro, o odontólogo, e não pelo médico generalista. Em relação à população adstrita, temos uma estimativa de 60 gestantes residentes na área, mas o número estimado das mesmas que residem na área de abrangência é de 29 (48%), valor que ainda está muito baixo em relação à população da área. Este valor foi obtido a través de uma estimativa das usuárias, pois não contamos ainda com dados específicos da situação da UBS. Das 29 gestantes residentes na área e acompanhadas na UBS, 22 (76%) iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre; 23 (79%) tiveram as consultas em dia de acordo com calendário do MS. Todas as gestantes

acompanhadas tiveram a solicitação na primeira consulta dos exames laboratoriais preconizados e fizeram a vacina antitetânica conforme protocolo.

Em relação à vacina contra hepatite B conforme protocolo, 22 (76%) receberam. Todas as gestantes acompanhadas na unidade tiveram prescrição de suplementação de sulfato ferroso conforme protocolo; 20 (69%) foram examinadas ginecologicamente em cada trimestre; 18 (62%) receberam avaliação de saúde bucal e todas receberam orientações para aleitamento exclusivo. A enfermeira e a técnica de enfermagem realizam a revisão dos prontuários das usuárias e de um caderno especificamente usado para os registros dos atendimentos às gestantes uma vez ao mês, as gestantes ao sair da consulta já têm a próxima consulta agendada. A enfermeira, o médico ginecologista e obstetra, o odontólogo, o técnico em enfermagem e a auxiliar de serviços odontológicos, também, tem acesso a estes registros para preencher as consultas.

Os elevados índices de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero e da mama no Brasil justificam a implantação de estratégias efetivas de controle dessas doenças que incluam ações de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce, tratamento e de cuidados paliativos, quando esses se fizerem necessários.

Na unidade, são desenvolvidas diversas ações de atenção à prevenção do câncer de colo de útero (PCCU) e controle do câncer de mama, no caso do câncer de mama na UBS é realizada avaliação de risco para câncer de mama, orientação sobre prevenção do câncer de mama, exame de mama às usuárias, indicação de mamografia. Em relação ao PCCU, na UBS são realizados exames citopatológicos para detecção precoce, acompanhamento a mulheres com exame alterado, avaliação de risco para, orientação sobre prevenção, orientação sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) todas baseadas no estipulado pelo protocolo de atendimento.

O CAP faz estimativa em base à população adstrita à área de 1.101 mulheres, entre 25 e 64 anos, acompanhadas na UBS para PCCU. Porém, são acompanhadas na unidade 420 mulheres nesse grupo etárias o que representa uma cobertura de 38%. Das 420 mulheres acompanhadas na UBS para, contamos com 298 (71%) delas com exame em dia e contamos com 54 (13%) mulheres com exame com mais de seis meses de atraso. A totalidade das mulheres acompanhadas tem avaliação de risco para câncer de colo de útero, além de isso receberam orientação sobre prevenção de CA de colo de útero e sobre DST. Em relação as mulheres acompanhadas temos 414 (99%) que tiveram exames coletados com amostras satisfatórias e com células representativas da junção escamocolumnar.

Não contamos com um arquivo específico para o registro dos resultados dos

exames citopatológicos coletados, uma das dificuldades é que a equipe não realiza atividades com grupos de mulheres e não existem profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação do programa de PCCU só a enfermeira se dedica à avaliação e monitoramento do programa.

Em relação ao câncer de mama temos 180 mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de mama para uma cobertura de um 44%, de acordo com o CAP.

Em relação aos indicadores da qualidade do Controle do Câncer de Mama temos 162 mulheres com mamografia em dia (90%); seis (3%) mulheres com mamografia com mais de três meses; todas (100%) as mulheres com avaliação de risco para câncer de mama e orientação sobre prevenção do câncer de mama. Uma das estratégias para não perder o seguimento e para melhorar a cobertura da saúde destas usuárias é a realização de exame de mama nas consultas, além da solicitação de mamografia às usuárias. Existe na UBS um caderno onde são registradas as usuárias em dependência da data de realização dos exames.

As DCNT são um problema de saúde global e uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano. Constituem umas das primeiras causas de morte no mundo e no Brasil, dentro destas encontra-se a HAS e a DM, as quais são muito frequentes na prática médica do dia a dia do país, razão pela qual é muito importante alcançar um controle delas e um ótimo acompanhamento dos usuários para evitar complicações à saúde. A estimativa do número de pessoas com HAS com 20 anos ou mais residentes na área é de 280 (31%) usuários, porém, a estimativa do CAP em relação à população é de 894 usuários com HAS. Isto é devido a que o atendimento é feito pela demanda espontânea dos usuários à UBS.

Na UBS são desenvolvidas várias ações de atenção aos usuários com HAS como a realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, indicação de exames complementares, orientação sobre prática de atividade física regular, orientação nutricional para alimentação saudável, avaliação de saúde bucal, vacinação, entre outras seguindo o preconizado pelo protocolo de atendimento a estes agravos. Estas ações são registradas nas fichas de atendimento dos usuários.

Importante colocar uma quantidade grande de usuários, que não sabemos precisar, são acompanhados de forma centralizada na Centra de Atendimento Brandão Júnior. Da totalidade dos usuários hipertensos, 272 (97%) tem a realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico e 19 (7%) usuários tem atraso da consulta agendada em mais de sete dias. Contamos com 251 (90%) usuários com exames complementares periódicos e 238 (85%) usuários têm a avaliação de saúde bucal realizada. Todos os usuários receberam orientação sobre

prática de atividade física regular e para alimentação saudável.

Para os usuários com DM, além das ações desenvolvidas para os usuários com HAS, também, são desenvolvidas outras ações como a realização de exame físico dos pés, palpação dos pulsos tibiais posteriores e pediosos, medida da sensibilidade dos pés, orientação sobre prática da atividade física regular, orientação nutricional para alimentação saudável, avaliação de saúde bucal entre outras. No caso dos usuários diabéticos, a estimativa do CAP é de 255 usuários, mas na realidade temos 98 (38%) usuários com DM que fazem acompanhamento na UBS.

Todos os usuários tiveram a realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico; 23 (23%) usuários com atraso da consulta agendada em mais de sete dias e 78 (80%) usuários com exames complementares periódicos realizados. Do total dos usuários com DM, temos 81 (83%) com exame físico dos pés, palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e com medida da sensibilidade dos pés feitos nos últimos três meses. Temos a totalidade dos usuários com orientação sobre prática da atividade física regular e sobre nutrição para uma alimentação saudável; 82 (84%) usuários têm avaliação de saúde bucal em dia.

Na UBS não existe um programa para o acompanhamento das DCNT, os dados referentes a este programa são coletados na SMS do município onde também são desenvolvidas ações de acompanhamento a estes usuários.

Um dos aspectos negativos é que na UBS não são realizadas atividades com grupos de adultos com HAS e, também não, com adultos que sofrem de DM. Porém, a equipe aproveita o contato com esses usuários para realizar trabalhos de educação, promoção de saúde e prevenção de agravos o qual constitui um aspecto favorável na melhora da qualidade de vida da população que incrementa seus conhecimentos sobre esses temas.

A longevidade e, sem dúvida, um triunfo. O envelhecimento, antes considerado um fenômeno, hoje, faz parte da realidade da maioria das sociedades. O mundo está envelhecendo. Tanto é verdade que se estima para o ano de 2050 que existam cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos ou mais no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento. No Brasil, estima-se que existam, atualmente, cerca de 17,6 milhões de idosos (BRASIL 2006). A estimativa de usuários idosos de 60 anos ou mais na área de abrangência da UBS que aparece no CAP é de 546 usuários, porém, na UBS só é feito o acompanhamento a 214 (39%) usuários idosos. Ainda é preciso incrementar a qualidade da atenção à saúde do idoso, aumentando a participação da equipe nas atividades de educação em saúde e também no planejamento e monitoramento das ações. Na UBS, são desenvolvidas várias ações para atenção à saúde da pessoa idosa como a avaliação

de risco para morbimortalidade, investigação de indicadores de fragilização na velhice, orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, orientação para atividade física regular, avaliação de saúde bucal, vacinação entre outras.

No serviço, não contamos com a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e também não é realizada a avaliação multidimensional rápida do usuário. Contamos com 186 (87%) usuários com acompanhamento em dia, 56 (26%) sofrem de HAS e 15 (7%) usuários sofrem de DM. São 96 (45%) usuários com avaliação de risco para morbimortalidade; em 211 (99%) idosos foi realizada a investigação de indicadores de fragilização na velhice. A totalidade deles recebeu orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, assim como orientação para realização de atividade física regular; 184 usuários têm avaliação de saúde bucal em dia o que representa 86%.

Dentro das dificuldades encontradas no serviço é o fato que não contamos com protocolo de atenção à saúde da pessoa idosa, também não com a caderneta de saúde da pessoa idosa e não é realizada a avaliação multidimensional rápida do usuário idoso.

Por fim, percebemos que é necessário melhorar muito os programas de atenção à saúde da população em nossa UBS. Precisamos do cadastro total de os usuários de nossa área de abrangência e contemplar o restante da equipe conforme estamos aguardando. As ações programáticas que surpreenderam foram às estimativas do CAP. Foram calculadas com muita precisão, ficamos surpresos com os números relacionados a nossa realidade.

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

Ao realizar comparação da situação da ESF no início da unidade de ambientação e, agora, ao concluir a unidade de análise situacional observamos que mudou a forma de registro dos dados obtidos do atendimento aos usuários, a forma de acolhimento aos mesmos e a resposta dos usuários às sugestões feitas pela equipe de trabalho para alcançar melhorar a qualidade de vida da população.

Realizar um levantamento minucioso como o realizado sobre os dados da situação de saúde durante a análise situacional é muito importante para o trabalho diário da UBS. Através dessa análise, podem ser identificados os principais problemas, como agravos à saúde, fatores de risco, costumes, hábitos alimentares e culturais da população. Podendo fazer uma caracterização minuciosa e detalhada das características demográficas, faixas etárias, características dos grupos mais vulneráveis, seja de grávidas, lactantes, idosos e usuários com DCNT. Esse deve

ser parte imprescindível e obrigatória dos documentos que regem o trabalho da UBS, assim como os protocolos de tratamento e de acompanhamento dos programas priorizados do MS. Em nossa UBS, não se contava com essa análise.

No início da especialização, tentamos fazer, só que como essa análise constitui um documento trabalhoso, detalhado e minucioso, a gente não tinha os elementos suficientes para a elaboração do mesmo e na semana dois da unidade de ambientação pudemos oferecer uma pobre estimativa do qual era momento a situação da ESF/APS. Agora, depois de toda uma unidade de trabalho, com a realização de muitos questionários, realização de ações reflexivas de cada uma das partes da UBS e dos programas priorizados a situação mudou consideravelmente e agora contamos com uma visão mais geral dos problemas da nossa população. Desta forma, observa-se no texto inicial que as informações não estavam completas e tão pouco sistematizadas. Mas, com a confecção do relatório, como visto no texto, está organizado, sistematizado e informações claras. Assim, no texto inicial, não foram analisadas nossas coberturas, nem estimativas dos nossos programas. Não havia observado os indicadores de qualidade como vimos no relatório completo. O relatório nos proporcionou sistematização das informações e analisar, detalhadamente, todas as ações realizadas pela equipe. Foi possível, com o relatório da análise situacional, observar e analisar nosso processo de trabalho.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de PA maior de 140 x 90mmHg e grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no país varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. Os profissionais da Atenção Básica têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da HAS e, igualmente, do DM. A carga de agravos representadas pela morbimortalidade devido a HAS e DM são altas e graves problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. O DM, configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para todos os sistemas de saúde de todo o mundo (BRASIL, 2013).

A UBS Independência tem boas condições estruturais, conta com três consultórios médicos, um consultório ginecológico, mais um consultório odontológico, uma sala de vacina, sala de curativo, sala de pesagem, sala de espera, recepção, cozinha, banheiros públicos e para os funcionários, sala de expurgo e a parte administrativa. A equipe é composta por seis ACS, uma auxiliar de enfermagem, um dentista, duas enfermeiras, um médico clínico geral, uma médica pediatra, um médico obstetra. Conta, ainda, com uma secretária e uma auxiliar de serviços gerais. A população total da área adstrita é, aproximadamente, de 4.000 pessoas.

Na UBS, atualmente, temos 280 usuários residentes na área e acompanhados na UBS com o diagnóstico de HAS, ou seja, uma cobertura de 31% de acordo com as estimativas do CAP. Em relação aos usuários com DM temos 98 (38%) usuários residentes na área e acompanhados na UBS. A adesão dos usuários às atividades desenvolvidas na UBS ainda não é boa, temos muitos deles faltosos e outros que são assistidos na Central de Atendimento Brandão Júnior. Sabemos na necessidade de serem todos assistidos em nossa unidade. Em relação à qualidade do atendimento, embora os profissionais da equipe oferecem um bom atendimento, ainda temos muito trabalho por fazer como incrementar a percepção de risco em usuários que sofrem

com HAS e DM. Quanto às ações de promoção em saúde realizamos a orientação sobre prática de atividade física regular, a orientação nutricional para alimentação saudável, assim como a realização da avaliação de saúde bucal para os usuários com HAS e com DM.

A intervenção em nossa UBS é importante e necessária porque contamos com uma baixa cobertura à saúde dos usuários que apresentam HAS e DM. O grau de implementação da ação programática de HAS e DM não é satisfatória. O envolvimento da equipe para a atenção a saúde dos usuários com HAS e DM é boa, mas pode continuar melhorando. Dentre nossas principais dificuldades é que muitos usuários são assistidos na Central de Atendimento Brandão Júnior e precisamos nos organizar para trazê-los para nossa UBS. Ainda, o encaminhamento aos especialistas, com os quais não contamos no município, são demorados, um mês ou mais de espera. Ainda, outra dificuldade é o pouco conhecimento que os usuários apresentam sobre seus agravos, assim como a baixa percepção de risco das consequências que implica o mal acompanhamento das mesmas. Embora os profissionais ofereçam orientação sobre nutrição para alimentação saudável e sobre a prática de atividade física, não contamos com o nutricionista e preparador físico na UBS. Os aspectos que viabilizam a realização da intervenção são a presença da equipe de profissionais identificados com a tarefa a necessidade da população de receber uma atenção médica de qualidade. Assim, concluo que a intervenção seja importante porque irá melhorar a qualidade de vida dos usuários com HAS e/ou DM, além de realizar diagnóstico de novos usuários com esses agravos para melhorar o acompanhamento e cobertura à saúde dos usuários com HAS e/ou DM.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde das pessoas com HAS e/ou DM na UBS Independência, município de São Gabriel, RS.

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

**Objetivo 1: Ampliar a cobertura aos usuários com hipertensos e/ou diabéticos.**

**Meta 1.1:** Cadastrar 50% dos usuários com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS.

**Meta 1.2:** Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de



Atenção à HAS e à DM da UBS.

**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 da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na UBS.

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

**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 a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa**

**Meta 3.1:** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

**Meta 3.2:** Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

**Objetivo 4: Melhorar os registros das informações**

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

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

**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 UBS.

**Meta 5.2:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na UBS.

**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 à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

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

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

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

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

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

## 2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na UBS/ESF Independência, no município de São Gabriel, RS. Participarão da intervenção os usuários com HAS e/ou DM pertencentes a área de abrangência da UBS.

### 2.3.1 Detalhamento das ações

**Objetivo 1: Ampliar a cobertura dos usuários com HAS e DM**

Meta 1.1: Cadastrar 50% dos usuários com HAS da área de abrangência no programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus da unidade de saúde

Meta 1.2: Cadastrar 50% dos usuários com DM da área de abrangência no programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus da unidade de saúde.

Ações:

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

Monitorar o número de usuários com hipertensão e ou diabetes cadastrados no Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS.

Detalhamento: O monitoramento do número de usuários com HAS e/ou DM será realizado mensalmente. Será realizado por meio dos registros como, prontuário médico, ficha de atendimento individual e ficha espelho disponibilizada pelo curso.

Será realizado pela enfermeira, técnica em enfermagem e médica. Será verificado, também, a data da próxima consulta e será comunicada aos ACS durante as reuniões de equipe realizadas todas as semanas.

### **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

Garantir o registro dos usuários com hipertensão e ou diabetes cadastrados no Programa. Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM. Garantir material adequado para a tomada da medida da PA (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) assim como para realização do hemoglicoteste (HGT) na UBS.

Detalhamento: Todos os usuários serão acolhidos pela enfermeira focando na integralidade do atendimento. Todos os usuários com HAS e/ou DM deverão ser assistidos no mesmo dia. Se não for possível, serão agendados para, no máximo, em

três dias. Para garantir o material adequado para aferir PA e glicemia capilar será realizado monitoramento pela técnica de enfermagem e enfermeira mensalmente. A secretaria municipal de saúde ficará responsável pelo fornecimento dos materiais necessários sob supervisão da enfermagem.

### **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

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

Detalhamento: A comunidade será informada através da rádio municipal, cartazes colocados na UBS, escola e igreja. Também, será informada através do ACS e membros da equipe durante as VD, durante as consultas individuais e reuniões com os grupos de usuários com HAS e/ou DM. Aproveitar as reuniões com os grupos de HAS e/ou DM para ouvir propostas para melhor assistir a população. Todos os grupos educativos de engajamento público acontecerão em quatro momentos durante a intervenção e serão organizadas pela enfermeira e médico da UBS. Será confeccionado um cronograma das atividades educativas com a data, lugar e hora em que as atividades educativas serão desenvolvidas e será anexado um documento com os nomes e assinaturas dos participantes em cada uma delas.

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

Capacitar os ACS para o cadastramento de usuários com hipertensão de toda área de abrangência da UBS. Capacitar a equipe para verificação da PA de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito. Capacitar os ACS para o cadastramento dos usuários diabéticos de toda área de abrangência da. Capacitar a equipe para realização do HGT em adultos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: As capacitações estão organizadas para ocorrer na primeira e nona semana de intervenção, após as reuniões de equipe e, assim, toda equipe ficará pronta para abordar a intervenção. A enfermeira e a médica vão fazer uma revisão

dos temas necessários para realizar as atividades educativas aos demais membros da equipe.

## **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

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

Ações:

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários com hipertensão e ou diabetes.

Detalhamento: O monitoramento será realizado todas as semanas durante as reuniões de equipe. Será realizado por meio dos registros como, prontuário médico, ficha de atendimento individual e, principalmente, ficha espelho disponibilizada pelo curso. Será realizado pela enfermeira, técnica em enfermagem e médica.

### **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários com HAS e DM. Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS. Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais. Dispor de versão atualizada do protocolo impresso.

Detalhamento: A enfermeira ficará responsável pelo acolhimento, aferição de PA e/ou glicemia capilar. O médico ficará responsável pelo exame clínico do usuário. A capacitação será organizada pela médica e enfermeira da unidade de acordo com os protocolos adotados na UBS. A médica e enfermeira entrarão em contato com a SMS para garantir versão atualizada do protocolo impresso.

### **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

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

Detalhamento: A comunidade será informada através da rádio municipal, cartazes colocados na, UBS escola e igreja. Também, será informada através do ACS e membros da equipe durante as VD, durante as consultas individuais e reuniões com os grupos de usuários com HAS e/ou HAS. Aproveitar as reuniões com os grupos de HAS e/ou DM para ouvir propostas para melhor assistir a população. Todos os grupos educativos de engajamento público acontecerão em quatro momentos durante a intervenção e serão organizadas pela enfermeira e médico da UBS. Será confeccionado um cronograma das atividades educativas com a data, lugar e hora em que as atividades educativas serão desenvolvidas e será anexado um documento com os nomes e assinaturas dos participantes em cada uma delas.

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: As capacitações estão organizadas para ocorrer na primeira e nona semana de intervenção, após as reuniões de equipe e, assim, toda equipe ficará pronta para abordar a intervenção. A enfermeira e a médica vão fazer uma revisão dos temas necessários para realizar as atividades educativas aos demais membros da equipe.

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.

Ações:

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

Monitorar o número de usuários com HAS e DM com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado. Monitorar o número de usuários com HAS e DM com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: O monitoramento será realizado todas as semanas durante as reuniões de equipe. Será realizado por meio dos registros como, prontuário médico, ficha de atendimento individual e, principalmente, ficha espelho disponibilizada pelo curso. Será realizado pela enfermeira, técnica em enfermagem e médica.

## **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

Garantir a solicitação dos exames complementares. Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados. Detalhamento: Será firmado que nas consultas médicas serão solicitados os exames complementares de acordo com o protocolo e durante o monitoramento verificar daqueles que ainda não foi solicitado os exames e será avisado na própria ficha espelho e prontuário. Durante as VD os ACS lembrarão os usuários da necessidade de realizar os exames. A médica e a enfermeira, durante reunião com o gestor, solicitarão agilidade quanto a realização dos exames complementares definidos em protocolo. Nosso sistema de alerta será os avisos em ficha espelho e comunicar aos ACS sobre a necessidade de solicitar os exames referidos.

## **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

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

Detalhamento: A comunidade será informada através da rádio municipal, cartazes colocados na UBS, escola e igreja. Também, será informada através do ACS e membros da equipe durante as VD, durante as consultas individuais e reuniões com os grupos de usuários com HAS e/ou DM. Aproveitar as reuniões com os grupos de HAS e/ou DM para ouvir propostas para melhor assistir a população. Todos os grupos educativos de engajamento público acontecerão em quatro momentos durante a intervenção e serão organizadas pela enfermeira e médico da UBS. Será confeccionado um cronograma das atividades educativas com a data, lugar e hora em que as atividades educativas serão desenvolvidas e será anexado um documento com os nomes e assinaturas dos participantes em cada uma delas.

## **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

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

Detalhamento: As capacitações estão organizadas para ocorrer na primeira e nona semana de intervenção, após as reuniões de equipe e, assim, toda equipe ficará pronta para abordar a intervenção. A enfermeira e a médica vão fazer uma revisão

dos temas necessários para realizar as atividades educativas aos demais membros da equipe.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na UBS.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na UBS.

Ações:

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HiperDia.

Detalhamento: O monitoramento ao acesso aos medicamentos da farmácia será realizado através de um mecanismo de retroalimentação, ou seja, o farmacêutico terá uma listagem dos usuários com HAS e/ou DM e cada sete dias, durante as reuniões de equipe, a técnica de enfermagem e o farmacêutico vão conferir os medicamentos em falta e os usuários que tiveram acesso aos medicamentos.

### **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. Manter um registro das necessidades de medicamentos dos usuários com HAS e/ou DM cadastrados na UBS.

Detalhamento: O farmacêutico e a auxiliar de enfermagem ficarão responsáveis por conferir o controle e a validade dos medicamentos. O farmacêutico ficará responsável pela listagem dos medicamentos necessários aos usuários com HAS e/ou DM da UBS.

### **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

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

Detalhamento: A comunidade será informada através da rádio municipal, cartazes colocados na UBS, escola e igreja. Também, será informada através do ACS e membros da equipe durante as VD, durante as consultas individuais e reuniões com os grupos de usuários com HAS e/ou HAS. Aproveitar as reuniões com os grupos de HAS e/ou DM para ouvir propostas para melhor assistir a população. Todos os grupos educativos de engajamento público



acontecerão em quatro momentos durante a intervenção e serão organizadas pela enfermeira e médico da UBS. Será confeccionado um cronograma das atividades educativas com a data, lugar e hora em que as atividades educativas serão desenvolvidas e será anexado um documento com os nomes e assinaturas dos participantes em cada uma delas.

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

Realizar atualização do profissional no tratamento da HAS. Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HiperDia.

Detalhamento: As capacitações estão organizadas para ocorrer na primeira e nona semana de intervenção, após as reuniões de equipe e, assim, toda equipe ficará pronta para abordar a intervenção. A enfermeira e a médica vão fazer uma revisão dos temas necessários para realizar as atividades educativas aos demais membros da equipe.

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:

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

Monitorar os usuários com HAS e DM que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: O monitoramento será realizado todas as semanas durante as reuniões de equipe. Será realizado por meio dos registros como, prontuário médico, ficha de atendimento individual e, principalmente, ficha espelho disponibilizada pelo curso. Será realizado pela enfermeira, técnica em enfermagem e pelo dentista.

### **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários com HAS e DM. Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos usuários com HAS e DM provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: Durante o exame clínico dos usuários o médico fará avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários com HAS e/ou Dm. Se sim, serão encaminhados ao dentista. O auxiliar de dentista ficará responsável pela organização da agenda para acolher todos os usuários encaminhados pelo médico.

### **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: A comunidade será informada através da rádio municipal, cartazes colocados na UBS, escola e igreja. Também, será informada através do ACS e membros da equipe durante as VD, durante as consultas individuais e reuniões com os grupos de usuários com HAS e/ou HAS. Aproveitar as reuniões com os grupos de HAS e/ou DM para ouvir propostas para melhor assistir a população. Todos os grupos educativos de engajamento público acontecerão em quatro momentos durante a intervenção e serão organizadas pela enfermeira e médico da UBS. Será confeccionado um cronograma das atividades educativas com a data, lugar e hora em que as atividades educativas serão desenvolvidas e será anexado um documento com os nomes e assinaturas dos participantes em cada uma delas. Para orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal contaremos com a presença do dentista.

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários com HAS e/ou DM.

Detalhamento: As capacitações estão organizadas para ocorrer na primeira e nona semana de intervenção, após as reuniões de equipe e, assim, toda equipe ficará pronta para abordar a intervenção. A enfermeira, médica e o dentista vão fazer uma revisão dos temas necessários para realizar as atividades educativas aos demais membros da equipe.

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

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

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

Ações:

## **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

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

Detalhamento: O monitoramento será realizado todas as semanas durante as reuniões de equipe. Será realizado por meio dos registros como, prontuário médico, ficha de atendimento individual e, principalmente, ficha espelho disponibilizada pelo curso. Será realizado pela enfermeira, técnica em enfermagem e médica.

## **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

Organizar VD para buscar os faltosos. Organizar a agenda para acolher os usuários com HAS e DM provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Os ACS farão buscas domiciliares dos faltosos. Assim, serão identificados os usuários faltosos e os ACS serão avisados para que façam VD e agendem a próxima consulta para uma data melhor para o usuário. A recepcionista da equipe realizará a organização da agenda e reservará dias de consulta para acolher os usuários provenientes das visitas.

## **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas. Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos usuários com HAS e DM (se houver número excessivo de faltosos). Esclarecer aos portadores de HAS e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: A comunidade será informada através da rádio municipal, cartazes colocados na UBS, escola e igreja. Também, será informada através do ACS e membros da equipe durante as VD, durante as consultas individuais e reuniões com os grupos de usuários com HAS e/ou DM. Aproveitar as reuniões com os grupos de HAS e/ou DM para ouvir propostas para melhor assistir a população. Todos os grupos educativos de engajamento público acontecerão em quatro momentos durante a intervenção e serão organizadas pela enfermeira e médico da UBS. Será confeccionado um cronograma das atividades educativas com a data, lugar e hora em que as atividades educativas serão desenvolvidas e

será anexado um documento com os nomes e assinaturas dos participantes em cada uma delas.

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

Capacitar os ACS para a orientação de usuários com HAS e DM quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: As capacitações estão organizadas para ocorrer na primeira e nona semana de intervenção, após as reuniões de equipe e, assim, toda equipe ficará pronta para abordar a intervenção. A enfermeira e a médica vão fazer uma revisão dos temas necessários para realizar as atividades educativas aos demais membros da equipe.

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

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

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

Ações:

#### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

Monitorar a qualidade dos registros de usuários com HAS e DM acompanhados na UBS.

Detalhamento: O monitoramento será realizado todas as semanas durante as reuniões de equipe. Será realizado por meio dos registros como, prontuário médico, ficha de atendimento individual e, principalmente, ficha espelho disponibilizada pelo curso. Será realizado pela enfermeira, técnica em enfermagem e médica.

#### **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

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

Detalhamento: A comunidade será informada através da rádio municipal, cartazes colocados na UBS, escola e igreja. Também, será informada através do ACS e membros da equipe durante as VD, durante as consultas individuais e reuniões com os grupos de usuários com HAS e/ou DM. Aproveitar as reuniões com os grupos de HAS e/ou DM para ouvir propostas para

melhor assistir a população. Todos os grupos educativos de engajamento público acontecerão em quatro momentos durante a intervenção e serão organizadas pela enfermeira e médico da UBS. Será confeccionado um cronograma das atividades educativas com a data, lugar e hora em que as atividades educativas serão desenvolvidas e será anexado um documento com os nomes e assinaturas dos participantes em cada uma delas.

### **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

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

Detalhamento: A comunidade será informada através da rádio municipal, cartazes colocados na UBS, escola e igreja. Também, será informada através do ACS e membros da equipe durante as VD, durante as consultas individuais e reuniões com os grupos de usuários com HAS e/ou HAS. Aproveitar as reuniões com os grupos de HAS e/ou DM para ouvir propostas para melhor assistir a população. Todos os grupos educativos de engajamento público acontecerão em quatro momentos durante a intervenção e serão organizadas pela enfermeira e médico da UBS. Será confeccionado um cronograma das atividades educativas com a data, lugar e hora em que as atividades educativas serão desenvolvidas e será anexado um documento com os nomes e assinaturas dos participantes em cada uma delas.

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos usuários com HAS e com DM. Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: As capacitações estão organizadas para ocorrer na primeira e nona semana de intervenção, após as reuniões de equipe e, assim, toda equipe ficará pronta para abordar a intervenção. A enfermeira e a médica vão fazer uma revisão dos temas necessários para realizar as atividades educativas aos demais membros da equipe.

### **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 UBS.

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

Ações:

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

Monitorar o número de usuários com HAS e com DM com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: O monitoramento será realizado todas as semanas durante as reuniões de equipe. Será realizado por meio dos registros como, prontuário médico, ficha de atendimento individual e, principalmente, ficha espelho disponibilizada pelo curso. Será realizado pela enfermeira, técnica em enfermagem e médica.

### **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

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

Detalhamento: Os usuários avaliados como de alto risco serão atendidos com prioridade. Serão consultados no dia que chegar a UBS e já sairão com a consulta de retorno agendada. Assim, serão assistidos 12 usuários, em média, em cada turno de trabalho com o objetivo de organizar o tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

### **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: A comunidade será informada através da rádio municipal, cartazes colocados na unidade de saúde, escola e igreja. Também, será informada através do ACS e membros da equipe durante as visitas domiciliares, durante as consultas individuais e reuniões com os grupos de usuários com HAS e/ou DM. Aproveitar as reuniões com os grupos de HAS e/ou DM para ouvir propostas para melhor assistir a população. Todos os grupos educativos de engajamento público acontecerão em quatro momentos durante a intervenção e serão organizadas pela enfermeira e médico da UBS. Será confeccionado um cronograma das atividades educativas com a data, lugar e hora em que as atividades educativas serão desenvolvidas e será anexado um documento com os nomes e assinaturas dos participantes em cada uma delas.

## **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

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

Detalhamento: As capacitações estão organizadas para ocorrer na primeira e nona semana de intervenção, após as reuniões de equipe e, assim, toda equipe ficará pronta para abordar a intervenção. A enfermeira e a médica vão fazer uma revisão dos temas necessários para realizar as atividades educativas aos demais membros da equipe.

### **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.

Ações:

## **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

Monitorar a realização de orientação nutricional aos usuários com HAS e com DM.

Detalhamento: O monitoramento será realizado todas as semanas durante as reuniões de equipe. Será realizado por meio dos registros como, prontuário médico, ficha de atendimento individual e, principalmente, ficha espelho disponibilizada pelo curso. Será realizado pela enfermeira, técnica em enfermagem e médica.

## **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável. Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento: Organizaremos práticas coletivas, grupos e palestras sobre alimentação saudável. O gestor será convidado às reuniões de equipe para realizar e manter parcerias com instituições educacionais e outras instituições com o objetivo de envolver nutricionistas nas práticas coletivas de alimentação saudável.

## **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

Orientar os usuários com HAS e com DM e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.



Detalhamento: A comunidade será informada através da rádio municipal, cartazes colocados na UBS, escola e igreja. Também, será informada através do ACS e membros da equipe durante as VD, durante as consultas individuais e reuniões com os grupos de usuários com HAS e/ou DM. Aproveitar as reuniões com os grupos de HAS e/ou DM para ouvir propostas para melhor assistir à população. Todos os grupos educativos de engajamento público acontecerão em quatro momentos durante a intervenção e serão organizadas pela enfermeira e médico da UBS. Será confeccionado um cronograma das atividades educativas com a data, lugar e hora em que as atividades educativas serão desenvolvidas e será anexado um documento com os nomes e assinaturas dos participantes em cada uma delas. Tentaremos conta com a presença da nutricionista para a ação de orientação aos usuários com HAS e com DM e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: As capacitações estão organizadas para ocorrer na primeira e nona semana de intervenção, após as reuniões de equipe e, assim, toda equipe ficará pronta para abordar a intervenção. A enfermeira, médica e a nutricionista vão fazer uma revisão dos temas necessários para realizar as atividades educativas aos demais membros da equipe.

### **Objetivo 6: Promover a saúde de usuários com hipertensão e ou diabetes.**

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

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

Ações:

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos usuários com HAS e com DM.

Detalhamento: O monitoramento será realizado todas as semanas durante as reuniões de equipe. Será realizado por meio dos registros como, prontuário médico,

ficha de atendimento individual e, principalmente, ficha espelho disponibilizada pelo curso. Será realizado pela enfermeira, técnica em enfermagem e médica.

### **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física. Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

**Detalhamento:** Organizaremos práticas coletivas, grupos e palestras sobre atividade física. O gestor será convidado às reuniões de equipe para realizar e manter parcerias com instituições educacionais e outras instituições com o objetivo de envolver nutricionistas nas práticas coletivas de atividade física.

### **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

Orientar usuários com HAS e com DM e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

**Detalhamento:** A comunidade será informada através da rádio municipal, cartazes colocados na UBS, escola e igreja. Também, será informada através do ACS e membros da equipe durante as VD, durante as consultas individuais e reuniões com os grupos de usuários com HAS e/ou DM. Aproveitar as reuniões com os grupos de HAS e/ou DM para ouvir propostas para melhor assistir a população. Todos os grupos educativos de engajamento público acontecerão em quatro momentos durante a intervenção e serão organizadas pela enfermeira e médico da UBS. Tentaremos a presença do educador físico para conversar com a prática de atividade física regular. Será confeccionado um cronograma das atividades educativas com a data, lugar e hora em que as atividades educativas serão desenvolvidas e será anexado um documento com os nomes e assinaturas dos participantes em cada uma delas.

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

Capacitar a equipe da UBS sobre a promoção da prática de atividade física regular. Capacitar a equipe sobre metodologias de educação em saúde.

**Detalhamento:** As capacitações estão organizadas para ocorrer na primeira e nona semana de intervenção, após as reuniões de equipe e, assim, toda equipe ficará pronta para abordar a intervenção. A enfermeira e a médica vão fazer uma revisão dos temas necessários para realizar as atividades educativas aos demais membros da equipe.

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

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

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

Ações:

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos usuários com HÁ e DM.

Detalhamento: O monitoramento será realizado todas as semanas durante as reuniões de equipe. Será realizado por meio dos registros como, prontuário médico, ficha de atendimento individual e, principalmente, ficha espelho disponibilizada pelo curso. Será realizado pela enfermeira, técnica em enfermagem e médica.

**ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

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

Detalhamento: O gestor será convidado às reuniões de equipe para demandar a comprar de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

**ENGAJAMENTO PÚBLICO**

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

Detalhamento: A comunidade será informada através da rádio municipal, cartazes colocados na UBS, escola e igreja. Também, será informada através do ACS e membros da equipe durante as VD, durante as consultas individuais e reuniões com os grupos de usuários com HAS e/ou HAS. Aproveitar as reuniões com os grupos de HAS e/ou DM para ouvir propostas para melhor assistir à população. Todos os grupos educativos de engajamento público acontecerão em quatro momentos durante a intervenção e serão organizadas pela enfermeira e médico da UBS. Será confeccionado um cronograma das atividades educativas com a data, lugar e hora em que as atividades educativas serão desenvolvidas e será anexado um documento com os nomes e assinaturas dos participantes em cada uma delas.

**QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas. Capacitar à equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde

Detalhamento: As capacitações estão organizadas para ocorrer na primeira e nona semana de intervenção, após as reuniões de equipe e, assim, toda equipe ficará pronta para abordar a intervenção. A enfermeira e a médica vão fazer uma revisão dos temas necessários para realizar as atividades educativas aos demais membros da equipe.

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

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

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

Ações:

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos usuários com HAS e DM.

Detalhamento: O monitoramento será realizado todas as semanas durante as reuniões de equipe. Será realizado por meio dos registros como, prontuário médico, ficha de atendimento individual e, principalmente, ficha espelho disponibilizada pelo curso. Será realizado pela enfermeira, técnica em enfermagem e médica.

### **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

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

Detalhamento: Nos organizaremos para que tenhamos, em média, 12 usuários por turno de trabalho com o objetivo de organizar o tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

### **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

Orientar os usuários com HAS e DM e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: A comunidade será informada através da rádio municipal, cartazes colocados na UBS, escola e igreja. Também, será informada através do ACS e membros da equipe durante as VD, durante as consultas individuais e reuniões com os grupos de usuários com HAS e/ou DM. Aproveitar as reuniões com os grupos de HAS e/ou DM para ouvir propostas para melhor assistir a população. Todos os grupos educativos de engajamento público

acontecerão em quatro momentos durante a intervenção e serão organizadas pela enfermeira e médico da UBS. Será confeccionado um cronograma das atividades educativas com a data, lugar e hora em que as atividades educativas serão desenvolvidas e será anexado um documento com os nomes e assinaturas dos participantes em cada uma delas.

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: As capacitações estão organizadas para ocorrer na primeira e nona semana de intervenção, após as reuniões de equipe e, assim, toda equipe ficará pronta para abordar a intervenção. A enfermeira, médica e a dentista vão fazer uma revisão dos temas necessários para realizar as atividades educativas aos demais membros da equipe.

#### **2.3.2 Indicadores**

##### **Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos**

Meta 1.1: Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS.

Indicador: Cobertura do programa de atenção ao usuário com hipertensão na UBS.

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

Denominador: Número total de usuários hipertensos residentes na área de abrangência da UBS.

Meta 1.2: Cadastrar 50% dos Diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

Indicador: 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: 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: 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: 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: 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 da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: 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 da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador: 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: 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: 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: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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



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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador: 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 UBS.

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

Indicador: 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 UBS.

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

Indicador: 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 UBS.

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

Indicador: 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 UBS.

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

Indicador: 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 UBS.

### 2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de atenção à saúde da pessoa com HAS e/ou DM vamos adotar o protocolo de atendimento do MS, 2013. Utilizaremos o prontuário médico dos usuários e a ficha espelho disponibilizadas pelo curso. Estimamos alcançar com a intervenção atingir 50% da cobertura à saúde dos usuários com HAS e/ou DM assim, aproximadamente, 447 pessoas com HAS e 126 pessoas com DM, baseando-se nas estimativas do CAP. Faremos contato com o gestor municipal para dispor de 573 fichas-espelho. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados disponibilizada pelo curso.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará os prontuários identificando todos os usuários que chegarem ao serviço com antecedentes de HAS e ou DM. A profissional transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação para determinar usuários faltosos ou com atraso em exames clínicos ou laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo e de acordo com a periodicidade recomendada, além dos usuários com realização da avaliação de risco cardiovascular, e aqueles que receberam orientações sobre alimentação saudável, prática de exercício e sobre o tabagismo. Nas consultas como parte do exame físico realizado ao usuário com HAS e/ou DM será realizada avaliação bucal para determinar os usuários que precisarem atendimento odontológico, os quais terão, ao sair da UBS, a consulta agendada.

Semanalmente, os registros específicos para usuários com HAS e/ou DM serão revisados pela enfermeira, médica e auxiliar de enfermagem para monitorar os registros, os exames complementares, orientações, medicações. Os ACS farão buscas ativas de todos os faltosos, estima-se cinco por semana, totalizando 20 no mês. Ao fazer busca já agendará o usuário para um horário de sua conveniência e o mais próximo possível. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.

Semanalmente, a auxiliar de enfermagem vai realizar um controle das necessidades dos medicamentos dos usuários com HAS e/ou DM cadastrados na UBS. Desta forma, a auxiliar trabalhará junto da farmacêutica realizando controle do acesso dos usuários, bem como da previsão e provisão dos medicamentos. Terá

supervisão da enfermeira e garantido junto a gestão municipal a oferta de medicamentos necessários durante a intervenção. O auxiliar de serviços odontológicos será o responsável pela organização da agenda de saúde bucal para a realização da consulta odontológica dos usuários.

A recepcionista realizará a organização da agenda para acolher aos usuários com HAS e/ou DM provenientes das buscas domiciliares e dos usuários faltosos às atividades programáticas, será reservada cinco consultas por semana para os usuários provenientes das buscas. O atendimento dos usuários com intercorrências agudas terá lugar no dia que eles vierem à UBS, pois serão agendadas como uma médica de dez consultas por cada turno de trabalho, e mais duas vagas ficarão reservadas para o atendimento desses usuários. Os usuários avaliados como de alto risco serão atendidos com prioridade. Serão acolhidos pela enfermeira ao chegar à UBS e serão consultados no dia e já sairão com a consulta de retorno agendada.

A equipe vai aproveitar as reuniões com grupos de com os usuários com HAS e/ou para ouvir as propostas para não ocorrer evasão dos usuários do programa. A enfermeira vai manter a revisão periódica mensal dos materiais para a aferição da PA, para que fiquem em ótimas condições, assim como realizar solicitação à SMS dos materiais necessários para realizar HGT.

A comunidade será informada através dos ACS, do médico, da enfermeira e auxiliares de enfermagem sobre o programa e todas as ações citadas, como prevenção aos fatores de risco e melhor qualidade de vida através de meios de comunicação como a rádio municipal em que um ACS capacitado pela equipe vai abordar tópicos relacionados com este tema e, também, por meio de cartazes colocados na unidade, na escola e na igreja. Estas ações serão desenvolvidas pelo médico e enfermeiro, além dos ACS, aproveitando todos os contatos com os usuários como as consultas, as reuniões com grupos de usuários com HAS e/ou DM, foram programadas quatro encontros na UBS, nas VD e através de meios de informação como a rádio municipal.

Os contatos com as lideranças comunitárias serão realizados pelo médico e enfermeira e solicitaremos apoio para divulgação do nosso programa na ESF. Realizaremos quatro encontros agendados com as lideranças.

Faremos capacitações para a equipe, terão lugar atividades educativas realizadas pelo médico generalista e enfermeira, dirigidas aos ACS e à equipe em

geral com o objetivo de capacitar quanto às ações já citadas no trabalho. Faremos dois capacitações, na primeira e na nona semana de intervenção. Utilizaremos o manual do MS, ano 2013, e será após a reunião de equipe. Ainda, de seis em seis meses serão desenvolvidas atualizações dos profissionais.

O médico vai se reunir, na primeira semana de intervenção, com o gestor municipal para solicitar aumento das vagas para a realização de exames complementares por convênios aos usuários com HAS e/ou DM, assim como a compra dos medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo.

## 2.3.4 Cronograma

Mês da Intervenção	Primeiro Mês				Segundo Mês				Terceiro Mês				Quarto Mês			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
<b>Ações Propostas</b>																
<b>Cadastramento de novos usuários</b>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x
<b>Visita domiciliar pelos ACS</b>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x
<b>Atendimento à população alvo</b>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x
<b>Reuniões para capacitação da equipe</b>	x								x							
<b>Registro das informações na planilha eletrônica</b>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x
<b>Monitoramento dos indicadores e avaliação da intervenção</b>				x				x				x				x
<b>Checagem de material de apoio</b>	x				x				x					x		
<b>Busca ativa dos usuários</b>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x
<b>Grupos educativos</b>	x				x				x				X			

**1 - As visitas domiciliares realizadas pelo médico, enfermeira e técnico de enfermagem serão agendadas conforme a necessidade.**

### **3 Relatório da Intervenção**

A intervenção foi realizada na ESF Independência do município São Gabriel, RS, nos meses março, abril, maio e junho. Estive de férias no período correspondente ao mês de abril. Antes das férias, a equipe trabalhou sete semanas no projeto, no período das minhas férias a equipe conduziu a intervenção durante as seis semanas que duraram o recesso e, depois de minha volta, trabalhamos cinco semanas mais. Assim, tivemos, ao final, dezoito semanas de intervenção.

Antes da intervenção, durante a elaboração do projeto para intervenção, tínhamos somente uma equipe trabalhando em nossa UBS, conforme exposto no relatório da análise situacional. Mas, durante a intervenção, no decorrer da semana cinco, outra equipe foi incorporada à nossa UBS. A nova equipe é composta por cinco ACS, uma enfermeira, uma médica e uma técnica de enfermagem. E, continuamos contando com os outros membros que compõe nossa unidade conforme já exposto no relatório anterior. Conseguimos incorporar a nova equipe a nossa intervenção. Desta forma, a partir da semana cinco de intervenção, trabalhamos com duas equipes em duas áreas de abrangência.

Ressalta-se que, por determinação da coordenação do curso de especialização em saúde da família da UFPel, a intervenção foi de 12 semanas de intervenção com minha presença na equipe da UBS.

Antes de iniciar a intervenção foram considerados a existência de protocolo de atenção à saúde de pessoas com HAS e DM, quem e como seriam desenvolvidas as ações, o uso da planilha de coleta de dados, como seria realizada a busca ativa das pessoas faltosas, planejamento das ações e cronograma.

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

Conforme previsto no cronograma, realizamos durante a primeira semana a capacitação dos ACS para o cadastramento de dos usuários com HAS e DM de toda



área de abrangência, assim como a capacitação da equipe para verificação da PA de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito adequado. Essas atividades foram realizadas através de palestras em que participaram todos os integrantes da equipe. A equipe gostou muito devido a possibilidade de formar parte de algo novo no município e no bairro onde moram e que poderiam melhorar a qualidade de saúde da população. O enfermeiro explicou como deviam proceder para cadastrar usuários portadores destas doenças. Assistiram apresentação em *power point* em que foi explicado os aspectos quanto as corretas verificações da PA, após, realizaram atividades práticas.

A capacitação da equipe para a realização de exame clínico apropriado foi realizada pela médica, através de palestra para as técnicas em enfermagem e o enfermeiro, este último realizou aportes na atividade que virou conversa sobre este aspecto e onde, também, foi abordado o tema da avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários com HAS e/ou DM, os quais foram examinados pela médica durante a consulta médica. Inicialmente, essa capacitação foi planejada para realizar em conjunto com o odontólogo, mas isso não foi possível pois eles estão trabalhando com uma escala que não foi possível estarem presentes.

Nas capacitações, também, foi tratado o tema de como orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HiperDia. Assim, foi explicado pela médica com a colaboração do enfermeiro, os medicamentos que tem disponibilizados na farmácia popular e na farmácia da SMS que são usados para o tratamento de HAS e/ou DM, assim como o tempo máximo de validade das receitas.

A capacitação da equipe para realização do HGT em adultos com planejada para ser desenvolvida na primeira semana não foi possível. Não tínhamos o glicosímetro na unidade, o que foi comunicado a uma das coordenadoras de saúde da secretaria e depois, na terceira semana, o mesmo foi fornecido. Assim a técnica de enfermagem fez a capacitação através de atividade prática para a realização HGT.

A capacitação da equipe sobre metodologias de educação em saúde foi realizada pela médica e enfermeira na terceira semana da intervenção, não na primeira semana como planejado, porque não tivemos mais tempo na primeira semana. O protocolo adotado para solicitação de exames complementares foi explicado, também, para a equipe durante as capacitações. Também foi informado

aos ACS, através de palestras, como orientar os usuários sobre a importância das consultas e a sua periodicidade, ação que foi desenvolvida pelo enfermeiro.



Figura 2 – Capacitação da equipe da ESF Independência. São Gabriel, RS, 2015. Fonte: arquivo próprio

A capacitação da equipe no preenchimento de todos os registros necessários foi uma roda de conversa. A atividade foi desenvolvida pela médica, técnica de enfermagem e enfermeira. A capacitação da equipe para realizar estratificação de risco foi realizada ao longo do projeto nas reuniões da equipe nas primeiras semanas de intervenção, foi realizada pela médica, em forma de roda de conversa. Nas reuniões da equipe foi explicado aos profissionais a importância do registro da avaliação de risco cardiovascular que foi só registrada pela médica.

Foi explicado aos integrantes da equipe as estratégias para o controle de fatores de risco, por meio de palestras na sala de espera da UBS com a ajuda de cartazes que mostravam a quantidade de sal contida em alguns alimentos que a população costuma ingerir com frequência. Também, foi abordado os temas de práticas de alimentação saudável, promoção da prática de exercícios físico e o tabagismo.

No cronograma, as capacitações foram planejadas para serem desenvolvidas somente em dois momentos. No entanto, no decorrer da intervenção, foram surgindo dúvidas e temas importantes para serem esclarecidos e foram realizadas 13 capacitações durante a intervenção.

A comunidade foi informada sobre a existência, importância e desenvolvimento do Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS através das atividades realizadas pelos ACS e enfermeira, na sala de espera da UBS e, também, por meio de cartazes colocados na UBS e na escola João Goulart perto da ESF. Foi explicado para a comunidade, através de palestras, os riscos para o desenvolvimento dos usuários, fizemos atividades desenvolvidas na UBS, nos projetos comunitários, assim como durante a consulta e nas VD. Buscamos atingir maior número de usuários e para isso participou toda a equipe nos diferentes cenários. A comunidade foi informada sobre a importância de medir a PA a partir dos 18 anos, assim como sobre os fatores de risco para o desenvolvimento dos usuários através dos mesmos meios. Foram orientados sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da HAS e da DM e sobre a importância de ter o exame clínico ao dia, além da avaliação da saúde bucal que foi feita pela médica.



Figura 3 – Grupos educativos na UBS Independência. São Gabriel, RS, 2015. Fonte: arquivo próprio

Nas consultas aos usuários portadores de HAS e ou DM a médica deu orientações com o objetivo de que a população conheça o direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular explicando sobre os disponibilizados assim como o prazo de validade das receitas. A comunidade foi orientada sobre a importância de realização das consultas pelos ACS durante as VD durante o processo de cadastramento, mas, também, pela médica e enfermeira nas consultas.



Figura 4 - Grupos educativos na UBS Independência. São Gabriel, RS, 2015. Fonte: arquivo próprio



Figura 5 - Grupos educativos na UBS Independência. São Gabriel, RS, 2015. Fonte: arquivo próprio

Nas atividades realizadas com a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos usuários, os usuários explicaram que a maioria dos faltosos às consultas são pessoas que trabalham durante todo o dia e não tem como faltar ao trabalho para se consultar na UBS.

A equipe aproveitou os encontros diretos com a comunidade para orientar os riscos e à importância do acompanhamento regular, assim como a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis como alimentação, exercício físico. Foi desenvolvido pela médica nas consultas e pelos ACS durante as atividades grupais.



Figura 6 - Grupos educativos na UBS Independência. São Gabriel, RS, 2015. Fonte: arquivo próprio

Ao longo da intervenção, a médica orientou os usuários e à comunidade sobre a importância da alimentação saudável, a importância da prática de atividade física regular, sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo, sobre a importância da higiene bucal, durante as consultas, aproveitando a presença de alguns familiares que acompanhavam os usuários para aproveitar a colaboração familiar na melhora da qualidade de vida desses usuários.



Figura 7 - Grupos educativos na UBS Independência. São Gabriel, RS, 2015. Fonte: arquivo próprio

O contato com lideranças planejado para ser desenvolvida na semana um, cinco, nove e treze da intervenção, foi realizado na semana cinco com o presidente da associação de bairro. O enfermeiro falou sobre a importância da ação programática de diagnóstico e tratamento da HAS e DM e sobre as demais estratégias que serão implementadas, sobre a importância do programa e a necessidade de transmitir à população por que é que devem consultar para pesquisar este tipo de agravos à saúde. Na semana nove, realizamos contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática de diagnóstico e tratamento da HAS e DM e sobre as demais estratégias que foram implementadas. Participaram os ACS, as técnicas de enfermagem, o enfermeiro, integrantes da comunidade. Foram abordados os temas, também, a necessidade de manter as atividades como os grupos com os usuários com HAS e/ou DM, além de trabalhar na parceria com a escola para educação sobre estilo de vida saudável nas crianças. Na semana treze, não foi realizada o contato com o presidente da associação do bairro, pois este não conseguiu participar.



Figura 8 - Grupos educativos na UBS Independência. São Gabriel, RS, 2015. Fonte: arquivo próprio



Figura 9 - Grupos educativos na UBS Independência. São Gabriel, RS, 2015. Fonte: arquivo próprio

Na primeira semana a reunião com o gestor para garantir os exames complementares, impressos e medicações, também, não foi possível se desenvolver porque o gestor tinha outras atividades de força maior. Assim, a reunião foi realizada na terceira semana da intervenção.

Conforme planejado, os usuários foram acolhidos pela enfermeira e técnica de enfermagem. Realizavam aferição de PA, teste de glicemia e medidas

antropométricas dos usuários. Conseguimos elaborar arquivos específicos para nossa população alvo. A periodicidade para atualização dos profissionais foi estabelecida para se desenvolver de seis em seis meses.

Infelizmente, só conseguimos ter acesso a versão atualizada do protocolo impresso no final do terceiro mês de intervenção. Anterior a esse tempo, utilizamos a versão digital do protocolo. A solicitação dos exames esteve garantida durante toda a intervenção pois a SMS disponibilizou a documentação. A maioria dos exames solicitados aos usuários ficaram prontos na média de 10 a 15 dias depois de ter sido indicados, devido à ajuda prestada pelo gestor municipal nesse aspecto.

As consultas dos usuários foram agendadas atendendo às necessidades e particularidades de cada um. Para este fim foi confeccionado um registro específico para os agendamentos das consultas. O restante dos atendimentos dos outros grupos programáticos que, nas primeiras semanas era por agendamento, foi mudado para ser realizado pela demanda espontânea. No entanto, foi mantido a forma de agendamento para todos os usuários com HAS e/ou DM. Ao consultar o registro de agendamentos e comparar com os usuários avaliados no dia tínhamos os faltosos, para os quais foram organizadas visitas pelos ACS e a recepcionista foi a responsável pelo agendamento da consulta.

Diariamente, foram preenchidos os prontuários dos usuários atendidos no dia, assim como a ficha espelho e a ficha de atendimento individual pela médica. Mas, no caso das fichas de atividades grupais e de procedimentos forem preenchidas pela enfermeira e técnica de enfermagem e repassadas para a ficha espelho.

Semanalmente, a médica e a técnica de enfermagem realizaram revisão dos prontuários dos usuários atendidos para avaliar os usuários com consultas em atraso, a qualidade dos registros, como o exame físico, a realização da estratificação de risco, entre outras ações planejadas antes da intervenção. A não realização de estratificação de risco foi avaliada através da revisão dos prontuários realizada semanalmente pela médica e técnica de enfermagem. Mas, tivemos poucos usuários nessa situação, só os que consultavam pela primeira vez na UBS e que não tinham tido acompanhamento no programa de acompanhamento às DCNT na Central de Atendimento Brandão Júnior, o qual foi descentralizado e os prontuários desses usuários foram levados à UBS para fazer o acompanhamento na UBS a partir da nossa intervenção.

Durante a revisão dos prontuários, também, foi avaliado o comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença tendo em conta a descrição



do exame físico do usuário e os achados dos exames clínicos e laboratoriais. Os atendimentos dos usuários avaliados como de alto risco foram priorizados no processo de agendamento. A equipe concordou em deixar sempre uma vaga para no caso dos usuários chegarem à UBS procurando atendimento de urgência. Assim, o mesmo foi prestado na hora.

Nas atividades grupais realizadas pela equipe, foram palestras e conversas sobre a prática de alimentação saudável e a importância do exercício físico. Essas orientações, também, foram oferecidas individualmente a todos os usuários acompanhados durante a intervenção. Porém, alguns conseguiam fazer caminhadas devido as nossas orientações, mas a maioria relatava dificuldades com horários devido a carga de trabalho.

O tempo médio das consultas foi organizado para realizar, aproximadamente, 13 consultas por sessão de trabalho com a finalidade de garantir orientações em nível individual. As orientações foram oferecidas aos usuários, porém, o tempo médio das consultas mudavam de um usuário para o usuário a outro, de acordo com as características.

Durante a intervenção foi monitorado o número usuários com HAS e/ou DM cadastrados no Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS mensalmente, foi realizada a revisão do registro específico para usuários com HAS e/ou DM confeccionado na UBS. Além desse registro específico, também, foram utilizados o prontuário do usuário, o registro de agendamento destes usuários. Uma vez ao mês, a médica fez análise dos usuários cadastrados e dos registros citados, verificando assim a data da próxima consulta. Esta foi comunicada aos ACS, assim como os usuários faltosos às consultas e, posteriormente, foram visitados.

Semanalmente, durante as reuniões da equipe, foram revisados os prontuários dos usuários com HAS e/ou DM pelo médico generalista e as enfermeiras para avaliar a qualidade do exame físico realizado nas consultas. Assim como os usuários com exames laboratoriais solicitados anualmente. A periodicidade recomendada e de acordo com o protocolo, que foi atendendo às necessidades e características de cada usuário assistido.

Realizamos, conforme planejado, a revisão do material adequado para a aferição da PA. Inclusive, precisamos fazer a troca de um esfigmomanômetro e foi trocado por um novo pela SMS.

Nas consultas, como parte do exame físico realizado ao usuário com HAS e/ou DM foi realizada avaliação bucal para determinar os usuários que precisavam de atendimento odontológico, dos quais saíam da UBS com consulta agendada. Porém, isso foi cumprido parcialmente pois a necessidade de atendimento superou as vagas na agenda do odontólogo pelo qual os atendimentos dos usuários atrasaram.

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

Durante a intervenção, não tivemos acesso ao tratamento indicado aos usuários tabagistas por não ter disponível na rede pública do município. Mas, essa necessidade foi comunicada ao gestor municipal de saúde para viabilizar a disponibilidade do medicamento o mais breve possível.

A capacitação da equipe em relação à avaliação da saúde bucal que foi planejada para ser desenvolvida pelo odontólogo não foi desenvolvida por ele. Pois, devidos alguns problemas pessoais, a agenda do dentista esteve muito sobrecarregada.

Não conseguimos divulgar a intervenção e o nosso programa através da radio municipal como a equipe tinha planejado. Quando o enfermeiro tentou divulgar não foi possível e, após três semanas de intervenção, a equipe concordou que essa ação já não seria necessária. As atividades realizadas para o conhecimento do programa já estavam dando frutos e a população já conhecia o programa e seus benefícios.

O controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos não foi realizada pois não contamos com farmácia na UBS, só tivemos alguns medicamentos usados em urgências.

Na primeira reunião da equipe que o gestor municipal foi convidado não conseguiu participar, pois se encontrava realizando outras tarefas que o impediram. Porém, depois, a equipe acordou em reunião colocar em um documento as necessidades da equipe e da UBS como, a necessidade de estabelecer parcerias institucionais para envolver nutricionistas nas atividades de orientação alimentar e educadores físicos nas atividades de orientação de exercícios físicos. Mas, nenhuma das duas parcerias foi possível, pois a secretaria só tem uma nutricionista contratada pelo SUS no município e, também, não tem educadores físicos para disponibilizar para as atividades da equipe. Neste caso a equipe tomou como estratégia encaminhar os usuários de difícil manejo nutricional à nutricionista.

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

Em relação à coleta e sistematização dos dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculo dos indicadores não tivemos grandes dificuldades. Utilizamos a planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso para coletar os dados quantitativos. Como minha equipe trabalhou durante seis semanas durante a intervenção, foi difícil compreender como seria colocado na planilha de coleta de dados. Mas, após, foi compreendido e tudo ficou da forma correta. A cada mês, durante a reunião de equipe conversávamos sobre os indicadores de cobertura e de qualidade. Trabalhamos muito para alcançar as metas tão importantes para bom funcionamento do projeto. Para o acompanhamento dos dados qualitativos, utilizamos o diário de intervenção elaborado todas semanas e enviadas ao curso para acompanhamento da orientadora.

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

A intervenção já faz parte de nossa rotina de serviço. Foram incorporados o cadastramento de todos os usuários com novo diagnóstico de HAS e ou DM da área adstrita. Assim como o atendimento clínico desses usuários, o agendamento das consultas de acompanhamento, a busca ativa dos usuários faltosos às atividades programáticas, a realização de atividades com grupos de usuários com HAS e/ou DM destas para elevar os conhecimentos em relação à prática de exercício físico, os benefícios de uma alimentação saudável, a importância da avaliação e manutenção da saúde bucal e aos efeitos nocivos do tabagismo para o organismo.

As reuniões da equipe, semanalmente, também foram incorporadas à rotina do serviço, além da revisão dos materiais como esfigmomanômetro, manguito, fita métrica, glicosímetro para mantê-los em ótimas condições.

Com o objetivo de manter o monitoramento do processo de atenção a estes usuários, a equipe decidiu continuar a revisão dos registros específicos e prontuários na periodicidade planejada. A atualização dos profissionais da equipe foi, também, incorporada ao trabalho da ESF como o objetivo de manter o profissional capacitado para o atendimento e acompanhamento correto dos usuários com HAS e/ou DM. Ainda, a revisão dos prontuários dos usuários para determinar o número destes com realização de pelo menos uma verificação da

estratificação de risco por ano foi planejada para acontecer de seis em seis meses, também, foi incorporada à rotina do serviço.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

Durante os meses de intervenção, a equipe desenvolveu um conjunto de atividades com os objetivos fundamentais de melhorar a atenção à saúde de usuários com HAS e/ou DM na UBS Independência, ampliar a cobertura da população alvo, melhorar a qualidade da atenção à saúde, melhorar a adesão ao programa, melhorar o registro das informações, mapear usuários com HAS e DM com risco para doença cardiovascular e promover a saúde das pessoas com HAS e DM.

Antes de apresentarmos os resultados, cabe destacar que utilizamos aqui as estimativas apresentadas na planilha de coleta de dados, ou seja, estimativa da Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (Vigitel). Conforme exposto no relatório de intervenção, a partir da quinta semana de intervenção, foi incorporada nova equipe a nossa UBS. Assim, a partir daí, passamos a trabalhar na intervenção com duas áreas adstritas e duas equipes. Enquanto que, durante o relatório da análise situacional, tínhamos população aproximada de 4.000 pessoas, após a quinta semana de intervenção, passamos a ter população total de 6.000 pessoas. Assim, nosso denominador na planilha é de 6.000 pessoas. Ainda que, nas cinco primeiras semanas da intervenção, tenhamos trabalhado com população de somente uma área de abrangência, nosso denominador foi de 6.000 habitantes, uma vez que não é possível trabalhar com denominadores diferentes entre os meses da planilha de coleta de dados. Desta forma, a estimativa de usuários com HAS em nossa área é de 913 pessoas e 225 pessoas com DM.

Foram cadastradas e acompanhadas 529 (57,9%) usuários com HAS e 162 (72%) usuários com DM, sendo que 368 usuários são acometidos pelos dois agravos. Acreditamos que vamos conseguir 100% com a continuação do trabalho.

Ressalta-se que, antes da intervenção, tínhamos uma cobertura de 280 (31%) pessoas com HAS e 98 (38%) com DM, porcentagem de acordo com o CAP.

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

**Meta 1.1:** Cadastrar 50% dos usuários hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e à DM da unidade de saúde.

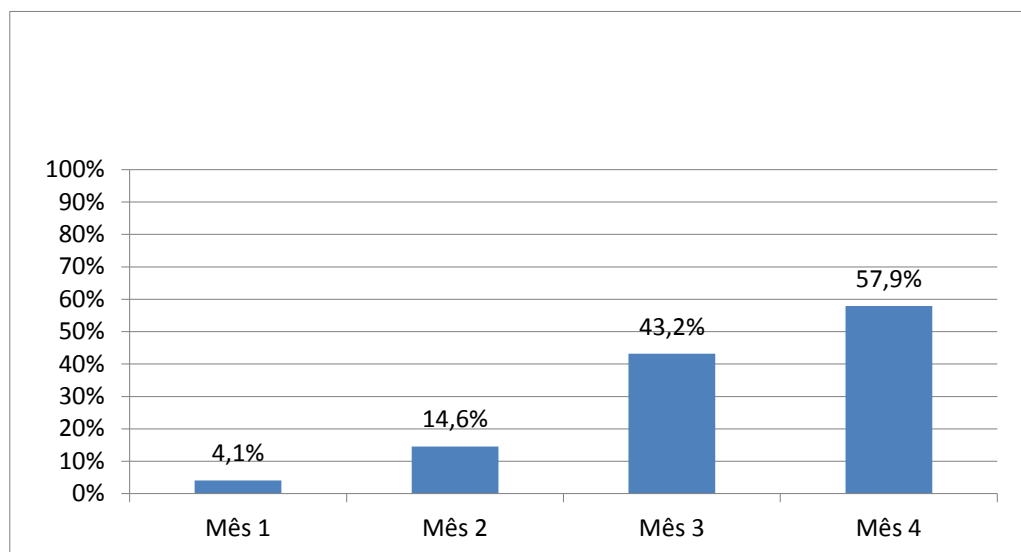


Figura 10 – Cobertura do programa de atenção à saúde das pessoas com HAS da UBS Independência. São Gabriel, RS, 2015. Fonte: arquivo próprio

Como podemos observar na figura 10, no primeiro mês, foram acompanhados 37 (4,1%) usuários com HAS; no segundo mês, foram cadastrados e acompanhados 133 (14,6%); ao final do terceiro mês, foram acompanhados 394 (43,2%) e no quarto mês foram cadastrados e acompanhados 529 (57,9%) usuários com HAS. Antes da intervenção, acompanhávamos somente 280 (31%) de nossa área, porcentagem estimada pelo CAP.

**Meta 1.2:** Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS.

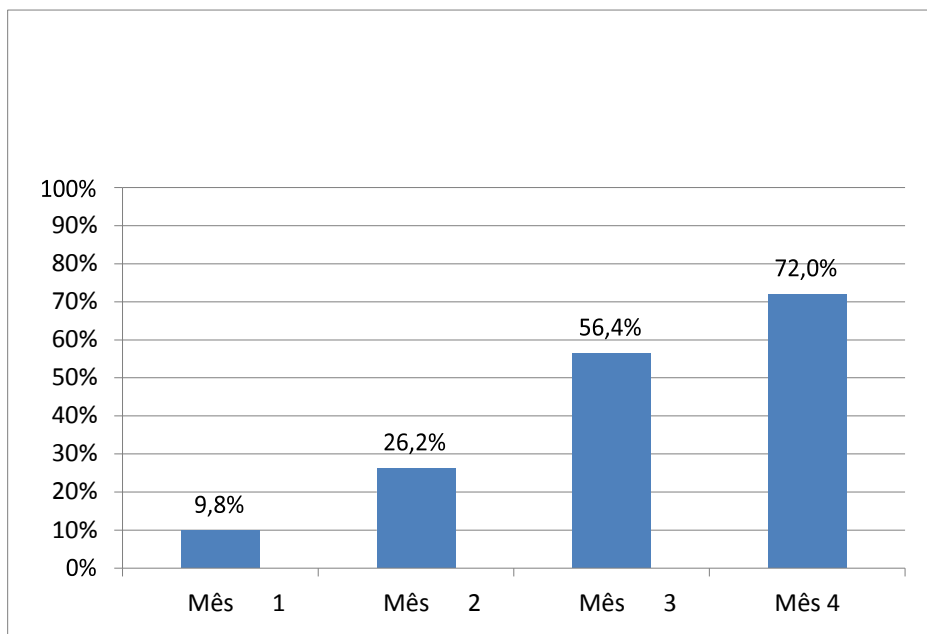


Figura 11 – Cobertura do programa de atenção à saúde das pessoas com DM da UBS Independência. São Gabriel, RS, 2015. Fonte: arquivo próprio

Como podemos observar na figura 11, no primeiro mês, foram cadastrados e acompanhados 22 (9,8%) usuários com DM; no segundo mês, foram cadastrados e acompanhados 59 (26,2%); ao final do terceiro mês, foram acompanhados 127 (56,4%) e no quarto mês foram cadastrados e acompanhados 162 (72,0%) usuários com DM. Antes da intervenção, acompanhávamos somente 98 (38%) de nossa área.

Ao final da intervenção, assistimos 395 usuários com HAS e 110 com DM da área de abrangência de nossa equipe. Quanto a área da outra equipe de trabalho, assistimos 144 usuários com HAS e 52 usuários com DM. No mês três, estão consolidados os dados de seis semanas de trabalho da equipe que foi realizado durante as minhas férias, de acordo com as orientações de nosso curso.

Podemos observar que ultrapassamos a meta inicial de atingir 50% de cobertura para atenção as pessoas com HAS e/ou DM. Durante o primeiro mês de intervenção, o cadastramento dos usuários com HAS e/ou DM esteve baixa devido à recente implantação da ESF que estava sendo implantada pela primeira vez no município. Muitas pessoas não desejavam se cadastrar por ter outros planos de saúde. Mas, depois que a equipe começou a realizar as atividades de orientação, cadastramento e acompanhamento, o nível de aceitação e conhecimento da população em relação ao trabalho da equipe aumentou, o que resultou em melhora dos indicadores. Ainda, antes da intervenção, não tínhamos concluído o cadastramento de toda nossa área. E, durante a intervenção, foi possível concluir.

Muito importante colocar que, antes da intervenção, grande parcela dos usuários com HAS e/ou DM eram tratados na Central de Atendimento Brandão Júnior. E, com o início da intervenção, esses usuários de nossa área de abrangência foram descentralizados e passaram a seguir tratamento em nossa própria UBS. Atingimos comunidades do interior do município nunca antes visitadas.

Importante apontar que o crescimento a partir do segundo mês de intervenção se deu, também, pelo trabalho conjunto de duas equipes. Ainda, no mês três da planilha, estão somados os usuários das seis semanas de intervenção da equipe durante as minhas férias e mês um e dois de forma acumulativa.

Por fim, e não menos importante, o alcance das metas se deram pelo grande trabalho da equipe, principalmente, relacionado ao acolhimento, cadastramento e de educação em saúde com a população assistida.

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

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

Quanto ao exame clínico apropriado, todos os usuários (100%) cadastrados e acompanhados tiveram realizado o exame clínico apropriado. Assim, no primeiro mês, 37 usuários com HAS tiveram o exame clínico apropriado; no segundo mês, foram 133; ao final do terceiro mês, foram 394 e no quarto mês foram 529 usuários com HAS.



**Meta 2.2:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com DM.

Quanto ao exame clínico apropriado, todos os usuários (100%) foram assistidos em todos os meses de intervenção. No primeiro mês 22 usuários com DM tiveram o exame clínico apropriado; no segundo mês foram 59, ao final do terceiro mês, foram 127 e no quarto mês foram 162 usuários com DM.

Devido as capacitações e atribuições aos membros da equipe fomos melhorando nossa meta de exame clínico completo aos usuários. Para a realização do exame clínico tive a facilidade de contar na UBS com o material necessário para realiza-lo, além dos benefícios das capacitações recebidas pelos profissionais da equipe. Uma das dificuldades foi que alguns usuários não deram seu consentimento para a realização do exame físico.

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

Quanto aos exames complementares de acordo com o protocolo, todos os usuários (100%) foram assistidos em todos os meses de intervenção. No primeiro mês, 37 usuários com HAS tiveram os exames complementares de acordo com o protocolo; no segundo mês, foram 137; ao final do terceiro mês, foram 394 e no quarto mês, foram 529 usuários com HAS.

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

Quanto aos exames complementares de acordo com o protocolo, todos os usuários (100%) foram assistidos em todos os meses de intervenção, no primeiro mês, 22 usuários com DM tiveram os exames complementares de acordo com o protocolo; no segundo mês, foram 59; ao final do terceiro mês, foram 127 e no quarto mês foram 162 usuários com DM.

Os exames complementares são indicados no momento da consulta, os usuários os leva à SMS para serem assinados pelo secretário de saúde do município e os usuários os realizam em dois laboratórios do município com os quais a secretaria de saúde tem um contrato para estes fins. Como podemos observar, mesmo com grande quantidade de usuários, conseguimos garantir a toda totalidade.

Estes resultados forem devidos ao fato de ter iniciado a intervenção quase ao mesmo tempo que forem implantadas as ESF no município. Pois, antes disso, os usuários eram acompanhados na central de atendimento Brandão Júnior, mas na maioria dos casos só trocavam as receitas da medicação, pois não existia um sistema para retroalimentar os usuários faltosos às consultas, dos que não tinham exames em dia entre outros aspectos. Assim, levamos um tempo para nos adequar à nova realidade.

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

Quanto aos medicamentos da farmácia popular, todos os usuários (100%) foram assistidos em todos os meses de intervenção, no primeiro mês, 30 (85,7%) usuários com HAS tiveram prescrição de medicamentos da farmácia popular; no segundo mês, foram 101 (80,2%); ao final do terceiro mês, foram 310 (82,2%) e no quarto mês foram 425 (82,8%) usuários com HAS.

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

Quanto aos medicamentos da farmácia popular, todos os usuários (100%) foram assistidos em todos os meses de intervenção, no primeiro mês, nove (40,9%) usuários com DM tiveram prescrição de medicamentos da farmácia popular; no segundo mês, foram 45 (77,6%); ao final do terceiro mês, foram 94 (75,2%) e no quarto mês foram 120 (75%) usuários com DM.

A proporção de usuários com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada teve pouca variabilidade no caso dos usuários com HAS, pois, tem uma boa disponibilidade de medicamentos hipotensores. Mas, no caso dos usuários com DM existiu diferença um pouco maior, pois a maioria dos usuários tinham tratamentos com medicamentos não disponibilizados na farmácia popular.

Todos os usuários têm acesso aos medicamentos, mas a meta não foi atingida em 100% porque existem usuários que realizam acompanhamentos com outros médicos que indicam medicamentos diferentes aos disponibilizados na farmácia popular, ou outros usuários que foram encaminhados para Interconsultas com outros especialistas quem também indicaram medicamentos diferentes e por isso ao final do mês 4 a meta foi menor em relação ao mês 1.

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

Quanto a realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico, todos os usuários (100%) foram assistidos em todos os meses de intervenção, no primeiro mês, 37 usuários com HAS tiveram avaliadas a necessidade de atendimento odontológico; no segundo mês, foram 133; ao final do terceiro mês, foram 394 e no quarto mês foram 529 usuários com HAS.

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

Quanto a realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico, todos os usuários (100%) foram assistidos em todos os meses de intervenção, no primeiro mês, 22 usuários com DM tiveram avaliadas a necessidade de atendimento odontológico; no segundo mês, foram 59; ao final do terceiro mês, foram 127 e no quarto mês foram 162 usuários com DM.

A necessidade de atendimento odontológico é alta na população alvo, pois tínhamos educação deficiente em relação a este tema como foi comprovado durante a intervenção, mas o trabalho da equipe também foi encaminhado a mudar esse aspecto.

A avaliação da necessidade de atendimento odontológico foi feita no momento da consulta como parte do exame físico realizado ao usuário. Ao sair da consulta, os usuários já eram encaminhados para atenção odontológica, deixando a consulta agendada. Mas, o baixo número de agendamentos por dia do odontólogo fez uma fila longa de usuários que precisavam da atenção odontológica.

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

**Meta 3.1:** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Quanto a buscar todos os faltosos às consultas na UBS, conforme periodicidade recomendada, somente tivemos um faltoso no primeiro mês e dois usuários faltosos no terceiro mês. Todos foram buscados.

**Meta 3.2:** Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Quanto à busca dos faltosos às consultas na UBS, não tivemos usuários com DM faltosos.

A busca ativa dos usuários faltosos às consultas foi mantida durante toda a intervenção e a equipe concordou que essa atividade vai ser incorporada à rotina de trabalho da ESF. No registro específico para os usuários com HAS e/ou DM era recolhida a data da próxima consulta. Assim, ao realizar a revisão verificávamos os nomes dos usuários faltosos que eram visitados pelos ACS, após logo as consultas eram remar cadas.

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

**Meta 4.1:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados

na UBS.

Quanto a manter a ficha de acompanhamento de todos os usuários com HAS, todos os usuários (100%) foram assistidos em todos os meses de intervenção, no primeiro mês, 37 usuários com HAS; no segundo mês, foram 133; ao final do terceiro mês, foram 394 e no quarto mês foram 529 usuários com HAS.

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

Quanto a manter a ficha de acompanhamento de todos os usuários com DM, todos os usuários (100%) foram assistidos em todos os meses de intervenção, no primeiro mês, 22 usuários com DM; no segundo mês, foram 59; ao final do terceiro mês, foram 127 e no quarto mês foram 162 usuários com DM.

O registro adequado na ficha de acompanhamento com o início da intervenção mudou, pois antes não eram recolhidos dados importantes como o exame físico correto, a estratificação de risco cardiovascular, os exames complementares entre outros. O prontuário e a ficha espelho foram preenchidas no momento da consulta como todos os dados, devido à boa disponibilidade de folhas e canetas fornecidas pela secretaria de saúde.

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

**Meta 5.1:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com HAS cadastrados na UBS.

Quanto a realizar estratificação de risco cardiovascular em todos os usuários com HAS, todos os usuários (100%) foram assistidos em todos os meses de intervenção, no primeiro mês, 37 usuários com HAS; no segundo mês, foram 133; ao final do terceiro mês, foram 394 e no quarto mês foram 529 usuários com HAS.

**Meta 5.2:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na UBS.

Quanto a realizar estratificação de risco cardiovascular em todos os usuários com DM, todos os usuários (100%) foram assistidos em todos os meses de intervenção, no primeiro mês, 22 usuários com DM; no segundo mês, foram 59; ao final do terceiro mês, foram 127 e no quarto mês foram 162 usuários com DM.

No início da intervenção um número pequeno da população alvo tinha feito a estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, devido que se encontravam faltosos às consultas, não existia uma estrutura de atendimento destes usuários pelo qual o acompanhamento não era desenvolvido com qualidade, isso melhorou com o projeto de intervenção e com a implantação das ESF, pois, ao ser acompanhados na UBS estes usuários melhoraram o indicador em questão.

Durante as consultas e como parte delas foi realizada a avaliação de risco cardiovascular dos usuários acompanhados determinando, assim, a estimativa de risco cardiovascular em 10 anos.

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

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

Quanto a garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável para todos os usuários com HAS, todos os usuários (100%) foram assistidos em todos os meses de intervenção, no primeiro mês, 37 usuários com HAS; no segundo mês foram 133; ao final do terceiro mês, foram 394 e no quarto mês foram 529 usuários com HAS.

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

Quanto a garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável para todos os usuários com DM, todos os usuários (100%) foram assistidos em todos os meses de intervenção, no primeiro mês, 22 usuários com DM; no segundo mês, foram 59; ao final do terceiro mês, foram 127 e no quarto mês foram 162 usuários com DM.

A orientação nutricional foi oferecida pela equipe nas consultas de forma individualizada, em palestras, atividades com grupos realizadas na UBS na sala de espera, também com ajuda de cartazes para exemplificar de forma mais simples as orientações, contando com a participação da técnica de enfermagem, a enfermeira e os ACS, não tivemos oportunidade de contar com a presença do nutricionista. Estas atividades foram bem aceitas pela população, pois ficaram sabendo de coisas

importantes em relação à alimentação.

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

Quanto a garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a todos os usuários com HAS, todos os usuários (100%) foram assistidos em todos os meses de intervenção, no primeiro mês, 37 usuários com HAS; no segundo mês, foram 123; ao final do terceiro mês, foram 394 e no quarto mês foram 529 usuários com HAS.

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

Quanto a garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a todos os usuários com DM, todos os usuários (100%) foram assistidos em todos os meses de intervenção, no primeiro mês, 22 usuários com DM; no segundo mês, foram 59; ao final do terceiro mês, foram 127 e no quarto mês foram 162 usuários com DM.

Durante a intervenção a equipe aproveitou todos os contatos com a comunidade para dar orientação sobre a prática de atividade física regular, mas isso foi também reforçado durante as consultas de acompanhamento. Esta ação também teve boa aceitação pela população. Embora não tivemos educador físico, receberam informações importantes em relação ao tema, nela participaram os ACS e a enfermeira.

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

Quanto a garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a todos os usuários com HAS, todos os usuários (100%) foram assistidos em todos os meses de intervenção, no primeiro mês, 37 usuários com HAS; no segundo mês, foram 133; ao final do terceiro mês, foram 394 e no quarto mês foram 529 usuários com HAS.

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

Quanto a garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a todos os usuários com DM, todos os usuários (100%) foram assistidos em todos os meses de intervenção, no primeiro mês, 22 usuários com DM; no segundo mês, foram 59; ao final do terceiro mês, foram 127 e no quarto mês foram 153 usuários com DM.

Durante a intervenção, a equipe aproveitou todos os contatos com a comunidade para dar orientação sobre os riscos do tabagismo, foi também reforçado durante as consultas de acompanhamento. As atividades educativas em relação a este tema foram bem aceitas, sobre todo as relacionadas com os prejuízos à saúde, sempre contaram com a presença dos ACS e da técnica de enfermagem.

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

Quanto a garantir orientação sobre higiene bucal a todos os usuários com HAS, todos os usuários (100%) foram assistidos em todos os meses de intervenção, no primeiro mês, 37 usuários com HAS; no segundo mês, foram 133; ao final do terceiro mês, foram 394 e no quarto mês foram 529 usuários com HAS.

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

Quanto a garantir orientação sobre higiene bucal a todos os usuários com DM, todos os usuários (100%) foram assistidos em todos os meses de intervenção, no primeiro mês, 22 usuários com DM; no segundo mês, foram 59; ao final do terceiro mês, foram 127 e no quarto mês foram 162 usuários com DM.

Durante as consultas, foi realizada avaliação da necessidade de atendimento bucal aos usuários e foram oferecidas orientações em relação a isso. A equipe constatou que existe uma baixa educação em relação a este tema na população, nestas atividades participaram os ACS e a médica, o dentista também realizou atividades educativas durante as suas consultas, todas elas tiveram boa aceitação pela população.

## **4.2 Discussão**

A intervenção realizada pelas equipes 7 e 8 da UBS Independência do município São Gabriel, RS resultou em melhora na qualidade de vida da população



da área de abrangência, embora não foram atingidas todas as metas que a equipe planejou, mas a equipe conseguiu enxergar as mudanças no estilo de vida dos usuários. A intervenção, em minha unidade básica de saúde, propiciou a ampliação da cobertura da atenção às pessoas com HAS e/ou DM. Conseguimos implantar a ESF e com a intervenção conseguimos realizar a atenção aos usuários com HAS e/ou de forma programada na UBS e nos mantemos assim até o momento. Grande parte de nossos usuários eram assistidos na Central de Atendimento Brandão Júnior e, agora, são assistidos em nossa UBS de forma descentralizada. Conseguimos melhorar nossos registros, implantar ficha espelho, fazer acompanhamentos dos nossos indicadores, melhorar a qualidade de atenção aos usuários, inclusive, a avaliação de saúde bucal.

Para a equipe a intervenção virou em um sistema de trabalho coletivo, encaminhado à obtenção de melhora na qualidade de vida da população, conseguimos um aumento da cobertura dos usuários com diagnóstico de HAS e DM, melhorou os indicadores relacionados ao atendimento destes usuários, teve influência positiva no inter-relacionamento equipe comunidade, além de melhorar a participação Inter setorial no estado de saúde populacional. Durante a intervenção a equipe aumentou o nível de conhecimento dos seus integrantes o que foi possível através das capacitações realizadas com a participação de toda equipe. Conforme exposto no relatório de intervenção realizamos 13 capacitações o que demonstra comprometimento, engajamento e anseio da equipe para melhorarmos nossos conhecimentos para melhorarmos nossas ações. Foram realizadas reuniões da equipe sistematicamente nas quais os ACS receberam informações relacionadas as orientações que deviam transmitidas aos usuários.

Por fim, a intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do MS relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da HAS e DM. Esta atividade promoveu o trabalho integrado de todos os membros das equipes. Todos participaram de prontamente.

A intervenção encerrou um período importante no trabalho da ESF como uma equipe de profissionais da saúde onde foi aproveitada a oportunidade do trabalho para aumentar a capacitação dos seus integrantes em relação ao manejo dos usuários com diagnóstico de HAS e DM. Estamos certos de que estas semanas foram a primeira de muitas etapas de trabalho. Mas, sobretudo foi relevante, pois coincidiu com a implantação das ESF no município, não existia com anterioridade um processo de trabalho focado na tarefa de melhorar a qualidade de vida dos usuários.

No início a população apresentou dúvidas em relação às atividades que a equipe começou a desenvolver, não tinham experiências relacionadas com um

trabalho onde a comunidade fosse o ponto alvo. Mas, ao entrar em contato com os integrantes da equipe, através do cadastramento da população realizada pelos ACS, com o trabalho do dia a dia, a intervenção representou uma mudança significativa na consciência da população, pois perseveraram a influência positiva do trabalho da equipe como ESF no seu estado de saúde.

O que faria diferente caso fosse realizar a intervenção neste momento seria uma maior promoção na comunidade e entre os líderes da comunidade das atividades planejadas pela equipe, assim como alcançar maior apoio Inter setorial para diminuir as dificuldades encontradas na intervenção.

A intervenção será incorporada à rotina do serviço. Agora, as equipes já têm experiência no desenvolvimento do trabalho, a população tem maior conhecimento em relação à HAS e DM, conhecem os objetivos da intervenção desenvolvida pela equipe e os benefícios que representam para todos. Mas, podem ser realizadas melhoras na ação programática, como aumento da cobertura de atenção odontológica aos usuários acompanhados que ainda é insuficiente, diminuir o tempo para a liberação dos exames depois de realizados, assim como diminuir o tempo que os usuários têm que aguardar para consultar com outros especialistas.

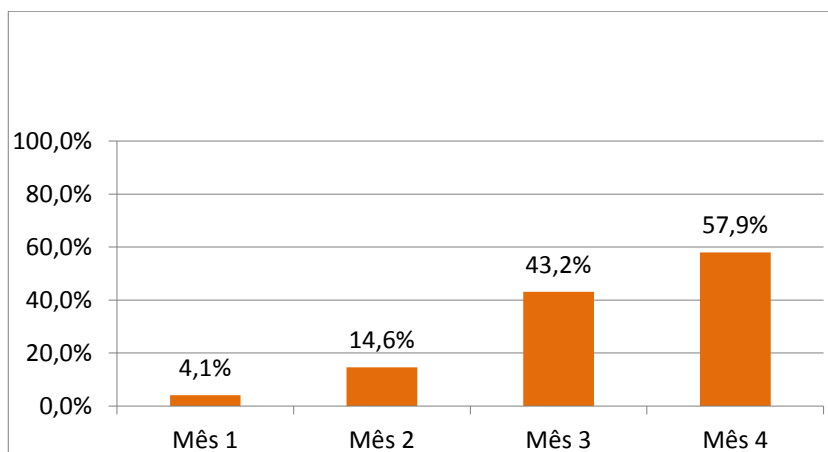
Para melhorar a atenção a saúde no serviço continuaremos o trabalho como foi desenvolvido até agora. Vamos focar nas dificuldades encontradas para mudar essas situações. Agora que as equipes contam com maior experiência em relação ao trabalho. Assim, nossos próximos passos é continuar com nosso trabalho para alcançarmos os 100% em todas nossas metas propostas. Acreditamos que podemos fazer isso. Futuramente, tomando este projeto como exemplo, também pretendemos implementar outros programas em nossa UBS.

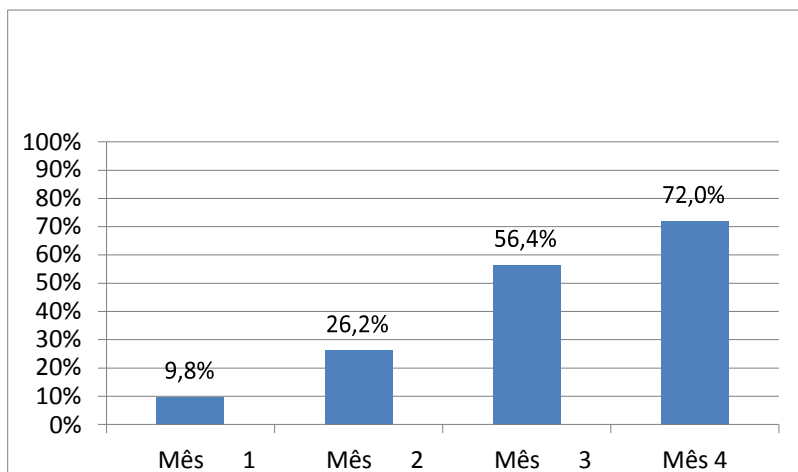
## 5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado gestor,

As equipes da UBS Independência do município são Gabriel realizou durante um período de 18 semanas uma intervenção à saúde como parte da especialização em saúde à família disponibilizada pela UFPEL, esta intervenção teve como objetivo geral a melhorar a saúde da população com HAS e ou DM da área de abrangência da UBS. A intervenção, além do atendimento específico aos usuários com estas doenças se focou também na prevenção de complicações causadas por elas, em atividades de promoção de saúde individuais e coletivas.

Durante as primeiras etapas da intervenção a equipe se planejou para realizar um grupo de atividades, todas elas encaminhadas a um fim comum, a melhora do estado de saúde da pessoa estes diagnósticos, isto pode se corroborar através dos dados obtidos na intervenção. Pois, se alcançou um aumento da cobertura do programa da atenção ao usuários com HAS e/ou DM. Hoje, assistimos a uma área de 6.000 habitantes e acompanhamos 529 (57,9%) usuários com HAS e/ou 162 (72) usuários com DM. Antes de iniciarmos a intervenção, não trabalhávamos com a ESF e tínhamos apenas uma equipe. Ainda, grande parte do usuários eram acompanhados na Central de Atendimento Brandão Júnior e, hoje, estão aqui conosco. Antes de iniciarmos a intervenção, tínhamos uma área de 4.000 pessoas cadastradas, e acompanhávamos 280 (31%) pessoas com HAS e 98 (38%) pessoas com DM.





Como parte do cronograma de atividades planejadas na intervenção foram oferecidas capacitações aos profissionais da equipe para melhorar o atendimento dos usuários, os ACS realizaram o cadastramento de 100% da população da área de abrangência, a equipe trabalhou com os protocolos de atendimento do MS. Foram determinadas as tarefas de cada profissional na equipe e seu papel durante a intervenção. Foram melhorados os registros específicos dos usuários com HAS e/ou DM e criados outros novos, todos com especial atenção na sua qualidade na hora do preenchimento por parte dos profissionais. Os usuários foram acompanhados em consultas periódicas, onde foram avaliados seu estado físico mediante os exames físicos, foram realizados exames complementares, receberam avaliação da necessidade de atendimento odontológico assim como o atendimento mesmo, receberam atividades educativas relacionadas com a prática de exercício físico, alimentação saudável, tabagismo, prevenção de complicações, entre outros aspectos.

Embora a intervenção foi mudança positiva na qualidade de vida da população assistida ainda tem alguns aspectos que, se melhorados, podem ajudar ainda mais como, por exemplo, a maior disponibilidade de medicamentos para o tratamento destas doenças na farmácia popular, ampliar os convênios feitos pela Secretaria de Saúde e a gestão do município com os laboratórios e outras entidades diagnósticas para garantir uma cobertura de atendimento maior. Assim, com maior rapidez na hora de realizar exames de baixa e alta complexidade o que ajudaria na prevenção de complicações e melhoras no acompanhamento dos usuários. Infelizmente, não tivemos acesso ao tratamento indicado aos usuários tabagistas.

Outro detalhe importante é referente às Interconsultas com outras especialidades como angiologia, oftalmologia, cardiologia, fisioterapia que, embora disponibilizadas pela gestão, ainda são demoradas em muitos casos, o que atrapalha o processo de acompanhamento aos usuários com HAS e/ou DM, pois atrasa tratamentos e outros procedimentos que os usuários deveriam realizar.

É de vital importância também ressaltar que, apesar das dificuldades, a gestão se mostrou identificada com o processo de intervenção, foram realizadas atividades de descentralização de saúde em conjunto com a secretaria municipal de saúde e a equipe, atingindo comunidades do interior do município nunca antes visitadas.

E para culminar, também, é importante mencionar o eixo fundamental deste processo que é a população, pois, sem a sua participação ativa, a equipe não teria alcançado bons resultados na intervenção, por isso as atividades da intervenção foram incorporadas à rotina do serviço com o objetivo de continuar melhorando a qualidade de vida da população.

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

Querida população,

AS equipes aqui da nossa UBS Independência do município São Gabriel realizou uma intervenção com o objetivo de melhorar o estado de saúde da população da sua área de abrangência. Isso foi possível graças à disponibilidade da especialização a distância em saúde da família oferecida pela Universidade Federal de Pelotas, mais especificamente uma intervenção dirigida aos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Antes da intervenção os usuários com diagnósticos das doenças eram acompanhados de forma centralizada na UBS Brandão Júnior, onde também eram acompanhados o restante dos usuários das UBS do município, não existia uma equipe de pessoas encarregadas de avaliar mais especificamente esse grupo de pessoas. Lá, o usuários não tinha a possibilidade de receber atividades educativas nem de promoção para a saúde, pois embora os médicos realizassem um excelente trabalho, estavam sobrecarregados de usuários, o que atrapalhava o bom desenvolvimento das consultas e o processo em geral. Com a implantação das ESF no município chegou a oportunidade de mudar todas essas situações, pois os usuários com diagnóstico de hipertensão e ou diabetes começaram a ser acompanhados na UBS por toda uma equipe de profissionais envolvidos na tarefa de melhorar a sua qualidade de vida.

Ao início, vocês mostravam um pouco de receio, mas ao constatar os benefícios da intervenção em suas vidas tudo mudou, pois comprovaram que os usuários foram acompanhados em consultas periódicas na UBS, com atenção diferenciada tendo em conta as suas características próprias, receberam atividades educativas tanto coletivas como individuais. Estas últimas, sobretudo durante as consultas onde foram orientados em relação ao tabagismo, os benefícios da prática de atividade física, alimentação saudável, uso adequado de medicamentos,

receberam avaliação da necessidade de atendimento odontológico, determinação de riscos a sua saúde, atendimento diferenciado aos casos que precisarem.



Realizaram exames complementares periódicos, assim como atendimentos por outros especialistas. Os ACS realizaram visitas domiciliares aos usuários faltosos às atividades programadas pela equipe os quais foram reprogramados para outras consultas. Durante a intervenção a população também teve a possibilidade de conhecer os medicamentos disponibilizados pela secretaria de saúde, como deviam ser usados, os benefícios e efeitos prejudiciais à saúde.

Como parte da intervenção a equipe chegou perto de vocês envolvendo-os em cada atividade realizada como, por exemplo, nas visitas domiciliares onde foram atendidos usuários acamados por sequelas de complicações de hipertensão e diabetes, usuários com necessidades especiais, idosos, incapacitados.

Todas estas mudanças à saúde de vocês que, antes da intervenção, parecia impossível agora virou realidade palpável, pois foi incorporado ao nosso trabalho do dia a dia e vamos continuar trabalhando em conjunto com todos para manter essas mudanças. Agora, para continuarmos melhorando, precisamos que continuem participando ativamente de nossa UBS, não somente vindo às nossas consultas agendadas. Mas, falando o que esperam da UBS, como fazemos para melhorar, participar de nossas atividades coletivas e educativas.

Para nossa UBS assistir a todos vocês da forma que precisam e necessitam é muito importante que cada habitante da área de Independência seja ativo, participativo. Queremos que nos ajudem a decidir o que é melhor para nossa unidade e para todos nós.

Contem conosco! Contamos com vocês!

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

Ao início da intervenção achei que o desenvolvimento do trabalho no curso seria mais fácil, mas não contava com a dificuldade do idioma ao princípio. Assim, foi um verdadeiro sacrifício começar o curso de especialização a distância em um idioma que, particularmente, acho bem difícil. Mas, com o apoio da minha orientadora que sempre esteve disposta a me ajudar, ante qualquer dificuldade, foram diminuindo os tropeços.

O curso oferecido pela UFPEL ajudou à equipe no fortalecimento de relacionamentos de amizade, de colaboração entre os membros da equipe, virou uma fonte de conhecimentos novos para a equipe que foram voltados na comunidade, nos usuários, para melhorar na qualidade de vida das pessoas que foi o nosso objetivo principal na intervenção. Assim os TQC, os estudos de prática clínica assim como os casos clínicos interativos me ajudaram a incrementar a minha preparação profissional, além de aumentar meus conhecimentos médicos também me ajudou a criar maior habilidades informáticas. Os fóruns de saúde coletiva e fórum de clínica médica ajudaram muito para melhorar meus conhecimentos sobre o assunto a saúde pública no Brasil, para interagir com os colegas, tirar dúvidas sobre o curso e sobre as tarefas da semana. Por meio dos fóruns, era possível melhorar as tarefas solicitadas pelo curso a cada semana.

A implantação das estratégias de saúde no município coincidiu com o processo de intervenção, foi um acontecimento novo que chegou para mudar o conceito que tinha a população em relação à atenção primária que até esse momento não conheciam, tiveram a possibilidade de ter profissionais perto das suas casas, profissionais envolvidos com seu estado de saúde que se interessavam não só com as doenças como também com a sua situação social, e que estavam prontos para ajudar ante qualquer situação, profissionais que viraram amigos.



Esta parceria de equipe comunidade permitiu o cadastramento da população, o acompanhamento dos usuários com DCNT, e não só HAS e a DM, o aumento da educação da população relacionada com o processo da saúde, como evitar doenças transmissíveis, como reconhecer sinais de alarma de doenças, como evitar fatores de risco para diversas doenças, também ajudou a diminuir complicações causadas pelas doenças alvo da nossa intervenção.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

IBGE. Censo demográfico 2010. Brasil, 2010. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=432240>>. Acesso em: 27 ago. 2015.

## **Anexos**

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

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

---

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

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

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

Prezada Pesquisadora;

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

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





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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

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

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

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