

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
MODALIDADE À DISTÂNCIA  
TURMA 6**



**Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários Hipertensos e Diabéticos da  
Estratégia de Saúde da Família São José, Ivorá/RS**

Luma Manfio Canzian

Pelotas, 2015

**Luma Manfio Canzian**

**Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários Hipertensos e Diabéticos da  
Estratégia de Saúde da Família São José, Ivorá/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Especialização  
em Saúde da Família – Modalidade à  
Distância - UFPel/UNASUS, como  
requisito parcial para a obtenção do título  
de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Luíla Bittencourt Marques

Pelotas, 2015

## Universidade Federal de Pelotas / DMS

## Catalogação na Publicação

C235m Canzian, Luma Manfio

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários Hipertensos e Diabéticos da Estratégia de Saúde da Família São José, Ivorá/RS / Luma Manfio Canzian; Luíla Bittencourt Marques, orientadora. – Pelotas: UFPeL, 2015.

108 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. Marques, Luíla Bittencourt, orient. II. Título

CDD 362.14

Gabriela N. Quincoses De Mellos CRB: 10/1327

Dedico a meus pais, que nunca  
mediram esforços para apoiar  
minhas escolhas e por sempre  
acreditarem em meus sonhos.

## **Agradecimentos**

Agradeço a todos que colaboraram direta ou indiretamente com a realização deste trabalho, em especial...

...aos pacientes e familiares, pela participação,

...à equipe, pela dedicação, competência e persistência,

...às minhas orientadoras Luíla e Michelle, pelo imenso auxílio durante a trajetória do curso,

...aos colegas, pelas discussões nos fóruns, por compartilhar conhecimentos e vivências,

...à toda a minha família, pela paciência e compreensão,

...aos meus pais, pela minha vida e pelo apoio incondicional,

...às minhas irmãs, pelo carinho e amizade,

...ao meu amor, pelo incentivo a nunca desistir dos nossos sonhos.

## Resumo

CANZIAN, Luma Manfio. **Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários Hipertensos e Diabéticos da Estratégia de Saúde da Família São José, Ivorá/RS.** 2015. 108f.; il. Trabalho de Conclusão de Curso. Especialização em Saúde da Família UNA SUS-UFPEL Departamento de Medicina Social. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS.

Segundo dados do Ministério da Saúde, a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus são as doenças responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde do Brasil. Essa referência ainda afirma que os profissionais da atenção básica têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitoramento e controle dessas doenças, concluindo que fazer uma intervenção educativa, sistematizada e permanente com os profissionais da saúde é um aspecto fundamental para mudar as práticas em relação a esses problemas. Entretanto, na análise situacional da Unidade de Saúde da Família São José foi possível perceber que a grande maioria dos usuários hipertensos e/ou diabéticos estavam realizando tratamento irregular, com deficiente acompanhamento clínico e monitoramento das complicações. Assim, concluiu-se ser necessário um programa de melhoria na atenção à saúde desses usuários. O presente trabalho teve como objetivo melhorar a atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos da ESF São José, Ivorá/RS. Foi desenvolvido um projeto de intervenção para cadastrar e avaliar os usuários seguindo-se protocolos do Ministério da Saúde. Foram cadastrados e acompanhados durante a intervenção 203 usuários hipertensos e 37 usuários diabéticos, correspondendo, respectivamente, a 61,9% e 45,7% do número estimado de hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência da unidade. O sucesso da intervenção foi possível devido ao apoio da gestão municipal, da dedicação dos profissionais envolvidos e da participação dos usuários. A realização da intervenção foi de grande importância para o serviço de saúde do município e para a comunidade, pois foi implantada na unidade uma estratégia eficaz para promoção de saúde aos usuários portadores de HAS e DM. Com o conhecimento adquirido pela equipe, os registros adequados e a realização das ações de acordo com o protocolo estabelecido, é possível reduzir a morbidade e a mortalidade causadas por HAS e DM, que correspondem à maior causa de óbitos em todo o mundo. Assim, foi possível perceber que com engajamento e trabalho em equipe podemos realizar grandes avanços na qualidade de saúde da comunidade.

Palavras-Chave: Saúde da família; Atenção primária à saúde; Doença crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

### Abstract

CANZIAN, Luma Manfio. **Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários Hipertensos e Diabéticos da Estratégia de Saúde da Família São José, Ivorá/RS.** 2015. 108f.; il. Trabalho de Conclusão de Curso. Especialização em Saúde da Família UNA SUS-UFPEL Departamento de Medicina Social. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS.

According to the Ministry of Health, Hypertension and Diabetes Mellitus are the pathologies responsible for the first cause of mortality and hospitalizations in the Unified Health System in Brazil. This reference also states that the primary care professionals have paramount importance in prevention strategies, diagnosis, monitoring and control of these diseases, concluding that make an educational, systematic and ongoing intervention with health professionals is a key aspect to change practices in regarding these problems. However, in the situation analysis of the Health Unit Family São José was revealed that the vast majority of hypertensive and / or diabetic users was performing irregular treatment with poor clinical follow-up and monitoring of complications. Thus, it concluded that it is necessary an improvement program in health care these users. This study aimed to improve the health care of hypertensive patients and diabetics of São José ESF, Ivora / RS. An intervention project is designed to register and evaluate the users followed by the Ministry of Health protocols. Were registered and monitored during the operation 203 hypertensive patients and 37 diabetic users, corresponding respectively to 61.9% and 45.7% the estimated number of hypertensive and diabetic residents in the unit's area of coverage. The success of the intervention was made possible by the support of municipal management, the dedication of the professionals involved and the participation of users. The completion of the intervention was of great importance to the municipal health service and the community because it was located on the unit an effective strategy for health promotion for users with hypertension and DM. With the knowledge gained by the team, the appropriate records and conducting such activities in accordance with established protocol, you can reduce the morbidity and mortality caused by hypertension and DM, corresponding to the largest cause of death worldwide. Thus, it is noted that with commitment and teamwork can accomplish great advances in the quality of community health.

Keywords: Family Health; Primary Health Care; Chronic Disease; Diabetes Mellitus; Hypertension.

## Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.....	66
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.....	67
Figura 3	Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo o protocolo.....	68
Figura 4	Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.....	68
Figura 5	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.....	69
Figura 6	Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.....	70
Figura 7	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.....	71
Figura 8	Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.....	71
Figura 9	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento Odontológico.....	72
Figura 10	Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento Odontológico.....	73
Figura 11	Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.....	74
Figura 12	Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.....	74
Figura 13	Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.....	75

Figura 14	Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.....	75
Figura 15	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.....	76
Figura 16	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.....	77
Figura 17	Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.....	78
Figura 18	Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.....	78
Figura 19	Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular.....	79
Figura 20	Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.....	80
Figura 21	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.....	80
Figura 22	Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.....	81
Figura 23	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.....	82
Figura 24	Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.....	82
Figura 25	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.....	88
Figura 26	Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.....	89

### **Lista de Abreviaturas**

Agentes Comunitários de Saúde - ACS

Centro de Atenção Psicossocial - CAPS

Diabetes Melitus - DM

Estratégia de Saúde da Família - ESF

Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS

Ministério da Saúde - MS

Programa de Valorização da Atenção Básica - PROVAB

Pronto Atendimento - PA

Sistema Único de Saúde - SUS

Unidade Básica de Saúde - UBS

## Sumário

<b>Apresentação.....</b>	<b>12</b>
<b>1 Análise Situacional.....</b>	<b>13</b>
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF.....	13
1.2 Relatório da análise situacional.....	15
1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	31
<b>2 Análise Estratégica.....</b>	<b>32</b>
2.1 Justificativa.....	32
2.2 Objetivos e Metas.....	33
2.2.1 Objetivo Geral.....	33
2.2.2 Objetivos Específicos.....	33
2.2.3 Metas.....	33
2.3 Metodologia.....	35
2.3.1 Ações.....	35
2.3.2 Indicadores.....	51
2.3.3 Logística.....	57
2.3.4 Cronograma.....	58
<b>3 Relatório da Intervenção.....</b>	<b>60</b>
3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.....	60
3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.....	63
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coleta de dados e cálculo dos indicadores.....	63

3.4	Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço, descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.....	64
<b>4</b>	<b>Avaliação da Intervenção.....</b>	<b>65</b>
4.1	Resultados.....	65
4.2	Discussão.....	83
4.3	Relatório da Intervenção para a Comunidade.....	84
4.4	Relatório da Intervenção para os Gestores Municipais.....	86
<b>5</b>	<b>Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....</b>	<b>89</b>
<b>6</b>	<b>Bibliografia.....</b>	<b>91</b>
<b>Anexos</b> .....		<b>92</b>
	Anexo A - Ficha espelho.....	93
	Anexo B - Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa.....	95
	Anexo C – Planilha de Coleta de Dados.....	96
<b>Apêndices</b> .....		<b>97</b>
	Apêndice A- Fotos da Intervenção.....	97

## **Apresentação**

Este volume trata do trabalho de conclusão do curso de especialização em Saúde da Família – Modalidade EAD, da Universidade Federal de Pelotas, realizado durante os meses de março a dezembro de 2014. Foi desenvolvido um trabalho de intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos da Unidade de Saúde da Família São José, no município de Ivorá/RS. O volume está dividido em cinco unidades. Na primeira parte, é apresentada a análise situacional da unidade de saúde, realizada no primeiro período do curso. Em sequência, é apresentada a análise estratégica e o projeto de intervenção desenvolvido durante a segunda unidade de curso. Na terceira seção, encontra-se o relatório da intervenção desenvolvida durante 12 semanas, na unidade 3 do curso. Na quarta parte é apresentada a avaliação dos resultados da intervenção, com gráficos dos indicadores de saúde, realizada durante a unidade 4 do curso. Na última seção do volume é apresentada a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem ao longo do curso de das atividades da intervenção. Para finalizar o volume, em seguida encontram-se os anexos e apêndices utilizados durante a realização do trabalho.

## **1 Análise Situacional**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da Estratégia de Saúde da Família (ESF)**

Estou trabalhando no ESF de Ivorá, município de cerca de dois mil habitantes. A equipe é composta por dois médicos, uma enfermeira, uma auxiliar e uma técnica em enfermagem, um cirurgião-dentista, uma auxiliar de consultório dentário, uma farmacêutica, três recepcionistas, uma funcionária de serviços gerais, uma telefonista e cinco agentes comunitários de saúde (ACS). Aqui o ESF apresenta boa estrutura física, com duas salas de atendimento médico, salas de enfermagem, de triagem, de vacinas, de procedimentos, de administração, de coleta de exames, farmácia, cozinha, banheiros para usuários e banheiro para funcionários.

São atendidas em média 40 consultas por dia, entre os dois médicos. Não há agendamento de consultas, nem limite de fichas por dia, sendo que os usuários são atendidos a qualquer hora. São feitas visitas domiciliares uma vez na semana, ou mais conforme necessário. Há grupos de hipertensos, gestantes e tabagistas, que se encontram mensalmente para palestras e conversas. Há ginecologista que atende uma vez por mês no município. É realizada reunião de equipe do ESF mensalmente. A Unidade Básica de Saúde (UBS) fica aberta das 07h30min às 11h30min e das 13h30min às 17h30min de segunda a sexta-feira. No município não há nenhuma outra UBS nem Pronto Atendimento. Há um hospital localizado ao lado da UBS, mas não há atendimento médico de plantão no hospital durante o dia, apenas a partir do horário em que fecha a UBS.

Dispomos de uma farmácia com a maior parte dos medicamentos básicos. Duas vezes por semana há coletas para exames laboratoriais, que são realizadas na UBS. Temos uma psicóloga e uma terapeuta ocupacional que atendem uma vez por semana no município. Em Nova Palma, cidade vizinha, há uma unidade de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), para onde encaminhamos usuários que necessitam avaliação de saúde mental. Exames como radiografia e eletrocardiograma são realizados em cidades vizinhas. Casos de maior complexidade são encaminhados para o Hospital Universitário de Santa Maria.

O fato de não termos um Pronto Atendimento (PA) na cidade atrapalha a organização do atendimento na UBS, pois com frequência surgem atendimentos de urgência, como gestante em trabalho de parto, ferimentos que necessitam de sutura,

usuários que necessitam de medicação endovenosa, entre outros, o que acaba atrasando as outras consultas. Esse é um dos motivos de não haver agendamento de consultas, o que considero inadequado, pois assim os usuários vêm consultar apenas quando apresentam algum sintoma. Isso foge de uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), que orienta “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”. O que está ocorrendo na prática da atenção primária em Ivorá é que a promoção de saúde e prevenção de doenças está sendo deixada de lado.

Após descrever toda a estrutura da UBS, percebo que dispomos de uma boa assistência tanto material quanto de profissionais. Entretanto, ainda enfrentamos dificuldades como demora na espera por consultas na unidade, consultas com especialistas e realização de exames. Acredito que esses problemas poderiam ser solucionados, ao menos em parte, se houvesse mais investimentos em educação em saúde.

Quando cheguei à UBS, encontrei a seguinte rotina: os usuários deixam suas receitas de medicações de uso contínuo na recepção e o médico deve renovar a receita, às vezes até mesmo sem ver o usuário. Grande parte dessa população não sabe por que usa aquela medicação, o nome de sua patologia, os nomes das medicações, assim como as doses e os horários que devem tomá-las. Quando os usuários são informados que devem consultar para avaliar a necessidade do uso da medicação reagem de forma negativa, pois precisam ficar na fila para conseguir uma consulta. Dessa forma, a aderência ao tratamento fica prejudicada e temos como resultado um inadequado controle de doenças crônicas, o que leva a complicações, necessidade de exames complementares com frequência e internações hospitalares.

Um dos maiores problemas que eu como médica enfrento na unidade é o excesso de consultas, principalmente nos dias em que o outro médico não trabalha. Há falta de organização, comunicação e de orientação na recepção e na triagem, de forma que não é feito agendamento de consultas nem preferência na ordem de atendimento para pessoas que mais necessitam. Assim, os usuários esperam muito tempo para serem atendidos, ficam irritados, e eu sou pressionada pelos usuários e pela equipe por atendimentos mais rápidos. Isso dificulta a abordagem integral do usuário e as atividades preventivas, além de gerar tumultos e um ambiente de trabalho desagradável.

Acredito que deve haver uma reorganização do processo de atendimento à atenção básica, começando pela educação em saúde tanto para profissionais quanto para usuários, a fim de que todos reconheçam seus direitos e deveres. Apenas dessa forma é possível conseguirmos garantir que todos os princípios do SUS sejam assegurados.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

Trabalho como médica na Unidade Básica de Saúde (UBS) São José, em Ivorá, município de 2.156 habitantes, situada no Rio Grande do Sul. A unidade localiza-se na área urbana do município, embora a maior parte da população resida na zona rural.

A UBS São José dispõe de uma equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF), composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar de enfermagem, um cirurgião-dentista, uma auxiliar de consultório dentário, uma farmacêutica, três recepcionistas, uma funcionária de serviços gerais, uma telefonista e cinco agentes comunitários de saúde (ACS). A área de abrangência da unidade corresponde a toda a população residente no município, isso equivale a 2.156 pessoas. Dessa forma, segundo as orientações do Ministério da Saúde (MS)(PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011), uma equipe de saúde de ESF seria suficiente para atender à demanda. Entretanto, no momento há dois médicos atendendo na unidade, o médico da ESF e eu, pelo Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB), e nos próximos dias haverá mais um médico, procedente do projeto “Mais Médicos”. Assim, teremos três médicos para atender uma população que teoricamente necessitaria apenas um médico.

No entanto, no município não há nenhuma outra UBS para assistir a população e não há Pronto Atendimento (PA). Há um hospital de pequeno porte localizado ao lado da unidade, mas não há atendimento médico de plantão no hospital durante o dia, apenas a partir do horário que fecha a unidade, às 17h 30min. O fato de não haver um PA na cidade dificulta a organização do atendimento na UBS, pois com frequência surgem atendimentos de urgência, como gestante em trabalho de parto, ferimentos graves que necessitam de sutura, usuários que precisam de medicação endovenosa, entre outros, o que acaba atrasando as outras consultas e as ações de prevenção e promoção de saúde.

A UBS do município de Ivorá de maneira geral apresenta boa estrutura física. Contamos com uma área de recepção e sala de espera de tamanho e materiais adequados, com assentos em número suficiente, uma televisão e murais com cartazes e avisos sobre campanhas de vacinação e outras atividades preventivas, além de avisos sobre o funcionamento da unidade. Existe uma sala destinada à administração, porém o coordenador da unidade trabalha na prefeitura do município e vai à UBS com pouca frequência. As reuniões da equipe são realizadas na sala de espera e os grupos de usuários hipertensos e diabéticos, tabagistas e gestantes são realizados no salão paroquial da igreja do município. Também não há sala específica para os agentes comunitários de saúde. Eles vão à unidade em dias de visitas domiciliares e nas reuniões de equipe.

Há dois consultórios médicos com mesa tipo escritório, computador com internet, impressora em um consultório, ambos possuem cadeiras para médico, usuário e acompanhante, mesa para exame físico, escada com dois degraus, negatoscópio, estetoscópio, esfigmomanômetro, otoscópio, lixos identificados de material orgânico, reciclável e contaminado. Não há balanças, régua antropométrica nem glicosímetros. Nos dois consultórios há uma sala em anexo com mesa de exame ginecológico, escada de dois degraus, instrumentais, luzes apropriadas e pia, porém não há nenhum consultório com banheiro.

O consultório odontológico dispõe de cadeira, equipo odontológico, refletor e compressor. Há uma sala de procedimentos onde são feitos curativos, aplicação de medicações, nebulização, suturas, pequenas cirurgias dermatológicas, lavagens de ouvidos, entre outros. Nessa sala há material para os curativos, instrumentais cirúrgicos, mesa para exames, escada de dois degraus, armários, suporte de soro, estetoscópio, esfigmomanômetro, cilindro de oxigênio, nebulizador, glicosímetro, foco de luz. Há também uma sala de vacinas, com refrigerador para as vacinas, armários, mesa de escritório, cadeiras. Porém, os usuários precisam entrar na unidade para acessá-la, diferente do que preconiza o Manual do Ministério da Saúde.

Temos uma farmácia, onde as medicações ficam em prateleiras, cadeira, mesa de escritório com computador e acesso à internet. Da mesma forma que a sala de vacinas, a farmácia localiza-se dentro da unidade, sendo que os usuários precisam entrar no mesmo ambiente dos usuários que estão aguardando consulta. Há uma sala de depósito, onde são armazenadas as medicações. A lavagem e

esterilização dos instrumentos em autoclave são realizadas em uma sala destinada a essas finalidades.

A UBS possui uma cozinha com fogão, geladeira, micro-ondas, armário e bancada. Não há mesa nem cadeiras. Os produtos de limpeza são armazenados no mesmo local. Há três sanitários, um para funcionários e dois para usuários, um feminino e um masculino. Nenhum deles tem chuveiro nem espaço suficiente para cadeirantes. No acesso à unidade não há degraus e há rampa para cadeirantes na calçada. Porém, em seu interior o piso é liso e não há corrimãos nos corredores, apenas em um dos banheiros. Dessa forma, identifica-se a não conformidade com o que preconiza o Ministério da Saúde (MS) no que tange a barreiras geográficas (MANUAL DE ESTRUTURA FÍSICA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, 2008).

Além das salas já descritas há também uma sala para a enfermeira, uma sala de vigilância sanitária e uma sala para a telefonista. O acolhimento dos usuários é realizado na sala de recepção. A UBS possui um subsolo onde são realizadas as coletas de exames de sangue duas vezes por semana, além de outros cômodos sem uso. Nos consultórios dos médicos, do dentista, na farmácia, na recepção e nas salas de enfermagem e vigilância sanitária há computadores com acesso à internet. Todas as salas possuem janelas e iluminação natural, algumas possuem ar condicionado. Em todas as salas há baldes de lixo com identificação de contaminado, orgânico e reciclável.

Em comparação com o Manual do Ministério da Saúde (MANUAL DE ESTRUTURA FÍSICA DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE, 2008), percebo que há alguns pontos a serem melhorados, tais como implantar corrimãos nos banheiros e nos corredores, aumentar o tamanho dos banheiros para uso dos cadeirantes, trocar o piso por um antiderrapante. Em relação aos consultórios, há necessidade de construção de um banheiro para a sala de atendimento ginecológico. Outra mudança que considero importante é a troca das torneiras, pois nenhuma tem fechamento automático. Há necessidade de organizarmos um espaço para reuniões de equipe e dos grupos. Para isso, podem ser utilizadas as salas do subsolo que estão em desuso. Na cozinha, há falta de uma mesa com cadeiras, pois alguns profissionais, como eu, almoçam na própria UBS. Ademais, a lavanderia deve ser separada da cozinha e é preciso um ambiente para o depósito de lixo e resíduos.

Um ambiente agradável certamente influencia diretamente no trabalho de todos os profissionais. Primeiro, porque quando nosso local de trabalho é bem

estruturado, sentimos que somos valorizados pela gestão do município e estimulados a realizar atendimentos cada vez melhores. Além disso, com boa estrutura conseguimos praticar as atividades de prevenção adequadamente, como administração de vacinas e encontros dos grupos de usuários.

As limitações estruturais em minha UBS existem, mas acredito que elas podem facilmente ser resolvidas. O que observo na unidade é um ambiente com grande potencial de ser uma referência em relação à estrutura material, mas que necessita de um planejamento e investimentos adequados para esse fim. Primeiramente, é necessário reorganizar as salas da unidade, pois algumas não estão sendo usadas. Como em minha UBS há dois andares, sendo que ambos têm portas de entrada com fácil acesso, poderíamos dividi-los em ambientes para consultas e para as outras atividades. Dessa forma, o andar térreo continuaria sendo usado para usuários que necessitam de consultas médicas, odontológicas, curativos e outros procedimentos. Enquanto isso, o subsolo, que atualmente possui salas em desuso e é utilizado apenas para coletas de exames, poderia também ser organizado para reuniões de equipe e grupos. Ademais, como todas as salas possuem ventilação adequada, a farmácia e a sala de vacinas poderiam ser transferidas para esse ambiente, a fim de separá-las da sala de espera, para evitar que usuários que vão à unidade pegar medicações ou fazer vacinas se exponham às doenças transmissíveis dos usuários.

As outras mudanças necessárias para tornar a estrutura física da unidade conforme as normas do MS são de fácil execução e não requerem grandes investimentos financeiros. Considero como medidas prioritárias instalação de corrimãos nos corredores e pisos antiderrapantes, adequação de ao menos um sanitário para portadores de deficiências físicas e construção de um depósito adequado para lixo e resíduos sólidos. Acredito que com disposição da equipe e da gestão para reorganizar a UBS utilizando recursos já disponíveis e com investimentos nas estruturas e materiais adequados, poderemos estar continuamente melhorando o nosso atendimento à comunidade.

Na sequência da análise estrutural da UBS, foi avaliada a suficiência de equipamentos e instrumental, os quais apresentam boas condições de uso. Temos oito computadores com acesso à internet, usados por recepcionistas, médicos, enfermeira, auxiliar de consultório dentário, farmacêutica, auxiliar de vigilância epidemiológica e equipe de enfermagem na sala de vacinas. Há duas impressoras,

na recepção e em um consultório médico. Há pouco tempo foi instalado o Sistema e-SUS, com prontuários eletrônicos, o qual aos poucos nós estamos implantando na rotina da UBS. Os computadores são usados para os registros dos prontuários eletrônicos, agendamento de consultas, levantamento dos dados registrados, pesquisas de literatura na internet, sistema de registro de dispensação de medicamento, entre outros.

Na análise das medicações disponíveis na UBS, encontramos grande parte dos medicamentos da lista básica. Em relação a métodos anticoncepcionais, medicações para tratamentos de usuários hipertensos e de diabéticos, há quase todos os componentes da lista. Há falta de alguns antibióticos e medicações para asma e doença pulmonar obstrutiva crônica. As medicações fitoterápicas e homeopáticas não são encontradas na unidade. Quando há algum medicamento em falta, há reposição eficiente do mesmo. Dispomos de todas as vacinas que compõe o calendário vacinal do Ministério da Saúde. Também são aplicadas todas as vacinas de campanhas, como Influenza e HPV, e em casos de necessidade é solicitada e aplicada a vacina pneumocócica 23-valente. Não são realizados testes diagnósticos em minha UBS, tais como teste urinário para gravidez, testes rápidos para HIV e sífilis.

Em relação aos exames complementares, são realizadas coletas duas vezes por semana, na UBS, pelo laboratório de análises clínicas de um município vizinho. Exames como radiografia e eletrocardiograma são realizados em cidades vizinhas. Os demais exames são feitos na cidade de Santa Maria. Em Ivorá há atendimento ginecológico mensalmente, realizado no hospital. Não temos nenhuma outra especialidade na cidade. Quando é necessário esse tipo de consulta, encaminhamos os usuários para o Hospital Universitário de Santa Maria, referência da região. O tempo de espera das consultas e exames complementares varia de acordo com a agenda do exame e da especialidade, sendo que em algumas o tempo costuma ser menos de um mês, enquanto outras há demora até de mais de um ano.

Os materiais para procedimentos, curativos e aplicações de medicamentos, como seringas, agulhas, gaze, fios de sutura, entre outros são disponíveis e suficientes. No consultório odontológico há disponibilidade de praticamente todos os materiais e instrumentos recomendados. Há autoclave para esterilização dos instrumentos. A reposição dos materiais ocorre de maneira satisfatória. O mobiliário

da UBS está em adequadas condições, mas há certa dificuldade na sua reposição, assim como ocorre com produtos de limpeza. É realizada calibragem das balanças e esfigmomanômetros anualmente.

Os ACS possuem uniformes, calçados, mochila, materiais de papelaria e balanças de adultos para realizar suas atividades. Entretanto, há apenas os ônibus de linha para locomoção, e como a grande maioria das residências localiza-se na zona rural, os ACS acabam utilizando seus próprios veículos. Nos dias de visitas domiciliares que também vão médico e enfermeira, há um carro da prefeitura que faz o transporte.

De maneira geral, na UBS há adequada disposição e reposição dos materiais necessários para uma boa atenção básica à saúde da comunidade, mas certamente ainda temos o que melhorar. Poderiam ser revistos os medicamentos disponíveis na farmácia, pois ainda há alguns componentes da lista básica que não são encontrados na unidade, enquanto há diversas medicações na UBS que não fazem parte da lista básica.

Os testes rápidos de diagnósticos não são disponíveis na unidade. Considero esses testes muito importantes, pois às vezes durante a consulta temos uma oportunidade de diagnosticar uma doença que não pode ser perdida, dado que muitos desses usuários só voltam a consultar quando suas patologias já se agravaram. Da mesma forma o teste urinário de gravidez permite que já possamos fazer as primeiras e muito importantes orientações sobre o pré-natal e já solicitarmos os exames iniciais, além de permitir o diagnóstico antecipado da gestação, já que em Ivorá os usuários precisam aguardar até as terças ou quintas-feiras para coletar os exames. Nos demais aspectos da minha análise, há pequenas melhorias que podem ser feitas, principalmente em relação à organização e rapidez da reposição de materiais. Em relação ao sistema do e-SUS que está sendo implantado, será um grande avanço tecnológico na atenção básica, com maior organização dos prontuários e mais fácil acesso às informações por todos os profissionais.

Com a análise da estrutura da UBS pude observar alguns aspectos que passavam despercebidos na rotina dos atendimentos, e percebi o quanto essa análise é importante. Considero que a adequada estrutura física existente em Ivorá afeta de modo muito positivo o meu trabalho e o de toda a equipe, pois uma boa estrutura traz incentivos de trabalhar e qualificar cada vez mais os atendimentos.

Em relação às atribuições dos profissionais da equipe de saúde, percebi inúmeras limitações em minha unidade, principalmente no que se refere ao engajamento dos membros da equipe na execução das tarefas. Observo que a maioria dos profissionais concentra-se apenas em sua tarefa específica, sem ter uma visão mais abrangente de que deve atuar em conjunto com toda a equipe participando de grande parte das ações de saúde.

A equipe da ESF realiza suas atividades na maior parte do tempo dentro da unidade. Dentre essas, além das consultas médicas, de enfermagem e odontológicas, são realizados procedimentos como lavagens de ouvidos, suturas e pequenas cirurgias. São também atendidos casos de urgências, já que no município não há pronto atendimento. As visitas domiciliares são feitas semanalmente, por ACS, enfermeira, auxiliar e técnica em enfermagem e médicos. Durante as visitas realizamos orientações em saúde, consulta médica e de enfermagem, curativos, entrega e aplicação de medicações, vacinação, aferição da pressão arterial, trocas de sondas e bolsas, entre outras. Como pontos positivos das atividades da unidade destacam-se os grupos de usuários hipertensos e diabéticos, tabagistas e gestantes, com a participação de médicos, enfermeira, odontólogo, auxiliar e técnica em enfermagem e ACS.

As reuniões de equipe estão sendo realizadas semanalmente, com a participação de todos os profissionais de saúde que trabalham na ESF, além de recepcionistas e secretária da saúde. São organizadas em pautas cujos assuntos envolvem organização do funcionamento da unidade, agendamentos das consultas, campanhas de vacinação, situação dos encaminhamentos para especialistas, exames complementares e discussão de casos clínicos. Como os assuntos estudados durante o curso de especialização em saúde da família vão ao encontro de temas discutidos nas reuniões e envolvem aperfeiçoamento de conhecimentos científicos úteis para todos os profissionais de saúde, estou levando-os em todas as reuniões e disponibilizando os materiais propostos para leitura dos interessados.

Durante a análise situacional, identifiquei algumas limitações acerca das atribuições dos profissionais da equipe de saúde. Os trabalhos de territorialização e mapeamento da área são realizados exclusivamente pelos ACS, sem a participação dos demais profissionais da UBS. Além disso, a busca ativa dos usuários faltosos também é realizada em sua maior parte pelos ACS, enquanto outros profissionais participam de forma reduzida. Outro aspecto a ser modificado são os grupos de

educação em saúde. A forma como são organizados, geralmente em palestras, acredito não ser a mais adequada, pois não permite que os usuários sintam-se à vontade para participar. Além disso, há poucos membros da equipe que participam dos grupos. Considero que se realizarmos mais conversas ao invés de palestras, com informações passadas aos usuários de forma simplificada e com maior número de profissionais da saúde aumentará o rendimento do aprendizado, a adesão dos usuários aos grupos e o vínculo entre profissionais da saúde e usuários.

Entretanto, a maior limitação que observei é o deficiente engajamento da equipe de profissionais da saúde na rotina de atendimentos, nas visitas domiciliares, nas atividades na escola e nos grupos de educação em saúde. É necessário mais união entre os membros da equipe, mais trabalho em conjunto, e disposição para ver além de sua função específica. Na tentativa de melhorar o engajamento, sugeri passar as reuniões de equipe de mensais para semanais, como estão ocorrendo agora. Acredito que aumentando a proximidade entre as pessoas e reservando um espaço de tempo exclusivo para debatermos os aspectos relacionados à nossa unidade podemos conseguir maior união entre os membros da equipe.

Falando em engajamento, ou melhor, na falta dele, percebi o quanto ele é importante para o adequado funcionamento da unidade, em especial no que diz respeito a acolhimento da demanda espontânea. O acolhimento é parte essencial do atendimento na atenção básica, pois é diretamente a porta de entrada do sistema de saúde. Quando ele não é realizado idealmente, há grande prejuízo tanto no vínculo entre a equipe e os usuários quanto na qualidade de atendimento à saúde da comunidade.

Quando cheguei a minha unidade, não havia agendamento de consultas, apenas atendimentos a demanda espontânea. Com o início do curso e estudo do adequado funcionamento de uma ESF, comecei a tentar fazer algumas alterações na unidade, sendo que as primeiras foram mudar as reuniões de equipe de mensais para semanais e instituir o agendamento de consultas. Especialmente quando implantado o agendamento enfrentamos grande resistência da população, e acredito que essa resistência é em parte devida à realização do acolhimento inadequadamente, pois é feita apenas triagem com aferição da pressão arterial e, em alguns casos, da temperatura axilar, sem escuta das queixas do usuário. Com a leitura dos materiais propostos percebi que devemos reorganizar o atendimento. Em primeiro lugar, precisamos educar a equipe para que todos contribuam e saibam

como deve ser o acolhimento. Nessa educação da equipe é necessário enfoque na escuta do usuário, pois ele é um ser humano que está com algum tipo de sofrimento que o levou a procurar ajuda. Além disso, deve ser determinada uma sala específica para o acolhimento, para que o usuário possa sentir-se à vontade para falar, pois onde é feita a triagem é um lugar aberto para a sala de espera, sem nenhuma privacidade.

Certamente um acolhimento adequado é uma ótima oportunidade de praticarmos educação em saúde. Nesse momento, após escutar os motivos do usuário procurar a UBS, podemos fazer orientações de saúde, avaliar os riscos biológicos e sociais e definir se o usuário deve ser encaminhado para consulta médica, odontológica ou de enfermagem, ou liberado com agendamento de consulta para outro dia. Aproveitando a oportunidade, podemos explicar com calma e educação porque é feito o agendamento das consultas médicas, incluindo os benefícios para os usuários com essa forma de organização.

Dando sequência à análise situacional, foi avaliada a atenção à saúde de grupos populacionais específicos. Para tal, foram utilizados dados registrados na unidade e comparados às estimativas do Caderno de Ações Programáticas. Segundo essas informações, a cobertura da atenção à saúde da criança encontra-se adequada, pois toda a população infantil residente no município está cadastrada na unidade, apesar desse número ser inferior ao estimado pelo Caderno de Ações Programáticas. A qualidade da atenção à puericultura é regular. Segundo os dados registrados, todas as crianças fizeram teste do pezinho e triagem auditiva neonatal, receberam atendimento nos primeiros sete dias de vida, vacinas em dia e orientações acerca de aleitamento materno exclusivo e prevenção de acidentes. Ademais, na unidade há o Programa Saúde na Escola, no qual os profissionais de saúde realizam atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças no ambiente escolar.

Entretanto, há limitações no serviço de atenção à puericultura, devido principalmente a inexistência de protocolo para esse tipo de atendimento na unidade e à falta de orientação aos pais sobre a importância da mesma. Como na UBS não havia agendamento de consultas, as crianças frequentavam a unidade basicamente quando estavam com um agravo agudo na saúde, sendo que poucas procuravam a UBS para ações preventivas, monitoramento do crescimento e desenvolvimento. Com a recente implantação do agendamento acredito que poderemos melhorar a

qualidade da atenção à saúde, pois nessas consultas é possível enfatizar as orientações de alimentação, higiene, prevenção de acidentes, imunizações, saúde bucal, entre outras, assim como monitorizar e registrar adequadamente o crescimento e desenvolvimento das crianças.

Em relação à atenção ao pré-natal em minha UBS, no momento há cinco gestantes residentes no município, todas acompanhadas na unidade. Esse número é muito inferior ao estimado pelo Caderno de Ações Programáticas, correspondendo a apenas 15%. Entretanto, de acordo com os registros e informações obtidas na Secretaria de Saúde do município e com os demais integrantes da equipe de saúde, realmente há apenas cinco gestantes em todo o município, todas realizando pré-natal na ESF e dessa forma a cobertura encontra-se em 100%. Realizamos grupos de gestantes mensalmente, os quais são organizados pelos profissionais de saúde na unidade. Nesses encontros são fornecidas orientações a respeito das modificações maternas ocorridas na gestação, os benefícios fornecidos com a realização do pré-natal, os cuidados com o feto e recém-nascido, importância do aleitamento materno, assim como a correta técnica de amamentação.

Analisando os indicadores avaliados, o pré-natal realizado em minha UBS apresenta boa qualidade, sendo que todas as gestantes iniciam o pré-natal no primeiro trimestre, realizam as consultas, exames, vacinas, suplementação de sulfato ferroso, exames ginecológico e de saúde bucal, e recebem orientação de aleitamento materno exclusivo conforme preconiza o Ministério da Saúde. O número estimado de partos no último ano na área de abrangência de minha ESF é 26, mas de acordo com os registros o número de partos e puérperas foi 19, o que corresponde a 73% do número estimado. Todas as puérperas que faziam o acompanhamento pré-natal foram avaliadas na UBS. De acordo com os indicadores analisados, todas as puérperas receberam atendimento registrado antes dos 42 dias de pós-parto, receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido, aleitamento materno exclusivo e planejamento familiar. Ainda segundo os registros, todas receberam avaliação abdominal, do estado psíquico e quanto a intercorrências, enquanto apenas cerca da metade das puérperas receberam avaliação das mamas e exame ginecológico.

Dentre as mudanças que podem ser feitas na unidade para melhorar a cobertura e qualidade da atenção ao pré-natal, destacam-se o agendamento das consultas, que até há pouco tempo não era feito na UBS, mas está sendo

implantado, para conseguirmos programar as consultas e já deixar agendado o retorno, sem deixar de atender as complicações agudas. Outro aspecto é em relação à inexistência de protocolo de atendimento pré-natal, assim como arquivo específico para registro das consultas das gestantes. Ademais, acredito que devemos investir em maior busca ativa das gestantes, a fim de evitarmos que alguma fique sem a adequada assistência pré-natal.

Seguindo às ações de atenção à saúde da mulher, as análises das atividades de prevenção ao câncer de colo de útero e ao câncer de mama mostram que ambos estão sendo realizados de forma adequada. De acordo com a estimativa do Caderno de Ações Programáticas, 88% das mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área de abrangência estão recebendo assistência na UBS para prevenção de câncer de colo de útero. Dessas, a grande maioria está com o exame citopatológico em dia, de acordo com o rastreamento recomendado pelo Ministério da Saúde. Além disso, no último ano, avaliando-se todos os exames coletados na unidade, não há registro de nenhum que esteja com alteração patológica. Os exames são coletados na sua maior parte pela enfermeira da UBS, que aproveita a oportunidade para exame clínico das mamas, solicitação de mamografia, orientações sobre doenças sexualmente transmissíveis, avaliação de riscos e orientações para prevenção de câncer de colo uterino.

Dentro das estratégias que poderiam ser traçadas a fim de ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da prevenção de câncer de colo de útero, os médicos da UBS poderiam coletar mais exames citopatológicos e investir mais em orientações sobre a importância da prevenção dessa patologia durante os atendimentos, o que não é feito principalmente devido à “falta de tempo” gerada pelo excesso de demanda espontânea existente na unidade. Outra estratégia é incentivar os ACS a ofertarem mais informações a respeito da prevenção da doença e realizarem busca ativa das mulheres que não estão realizando o rastreamento da forma adequada. De acordo com os resultados registrados, a coleta dos exames está sendo feita com grande qualidade. Na unidade há prontuário específico de registro de coleta de exame citopatológico, o qual permitiu fácil obtenção dos dados necessários para as análises.

Da mesma forma que no câncer de colo de útero, a cobertura de controle do câncer de mama encontra-se adequada, pois 83% das mulheres residentes na área entre 50 e 69 anos estão sendo acompanhadas na UBS para prevenção dessa

patologia. Avaliando-se os indicadores de qualidade desse serviço, pouco mais da metade das mulheres avaliadas estão com o rastreamento para câncer de mama em dia, de acordo com as normas do Ministério da Saúde, sendo que muitas delas estão com mais de três meses de atraso.

O exame clínico das mamas e solicitação de mamografia são realizados pela enfermeira durante as coletas de exame citopatológico de colo de útero e nas consultas médicas. Considero ações importantes para melhor atenção ao controle do câncer de mama as orientações sobre a prevenção dessa patologia, realizadas por médicos, enfermeira e ACS em suas visitas domiciliares, assim como a busca ativa das mulheres que não estão com tais atividades em dia.

Na análise da atenção aos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Melitus (DM) começaram a surgir maiores limitações. Na unidade, não há formulários específicos de registros de usuários hipertensos e diabéticos. Nos prontuários, os registros são incompletos e ilegíveis. Há o programa “Hiperdia”, entretanto, os dados dos usuários cadastrados no mesmo foram perdidos para ser realizada formatação do computador onde eles estavam salvos.

Não é possível afirmar com números absolutos os indicadores de qualidade da atenção à HAS. Entretanto, com base nos atendimentos médicos, percebo que há sérias deficiências na assistência a essa população, pois os usuários não são estratificados quanto ao seu risco cardiovascular, não realizam consultas agendadas periodicamente e seus exames de rotina muitas vezes são inadequadamente solicitados. Além disso, percebo que apesar de os usuários receberem orientações sobre prática de atividade física e alimentação saudável, não são aderentes às modificações de estilo de vida. O tratamento medicamentoso muitas vezes é feito de forma irregular, pois a grande maioria dos usuários não sabe o nome das medicações em uso, a maneira correta de usá-las, porque deve usá-las, nem ao mesmo sabe o que significa a patologia “Hipertensão Arterial Sistêmica”.

Indubitavelmente, a principal mudança que deve ocorrer é a melhora da educação em saúde, tanto dos usuários quanto dos profissionais. Em relação aos usuários, acredito ser necessário fornecer-lhes maiores informações a respeito da doença, suas causas e complicações, e importância do tratamento não medicamentoso e medicamentoso, a fim de melhorar a aderência ao tratamento. Para os profissionais da saúde, são necessárias capacitações para procedimentos básicos que percebo que não estão sendo feitos da maneira correta, tais como:

aferição corretamente da pressão arterial pela enfermagem e equipe médica, exame físico médico adequado, solicitação de exames conforme orientações baseadas em evidências científicas, prescrição de anti-hipertensivos de primeira linha, orientações por parte de toda a equipe para modificações do estilo de vida, avaliação odontológica periódica e registro adequado de todas as atividades.

Da mesma forma que a parte referente à HAS, a parte do Caderno Ações Programáticas de DM não foi preenchida, pelos mesmos motivos. Não foi encontrado o número de diabéticos cadastrados na UBS, entretanto, diferentemente da HAS, percebo que nos atendimentos médicos não há muitos usuários diabéticos. Acredito que tal fato deva-se a casos ainda não diagnosticados. Ademais, não há dados disponíveis para avaliar a cobertura de DM em minha área.

De acordo com o que observo no dia-a-dia de atendimento, os usuários diabéticos não são estratificados quanto ao seu risco cardiovascular, não têm consulta agendada periodicamente, não fazem os exames de rotina corretos. Além disso, nos prontuários não encontro registros que tenham sido realizados exames físicos. Portanto, avaliando a qualidade da assistência aos diabéticos sem usar números, acredito que a mesma apresenta-se deficiente.

Assim como os usuários hipertensos, os usuários muitas vezes não sabem dos riscos que correm se não aderirem ao tratamento e em quase a totalidade dos casos não percebo mudanças no estilo de vida. Os profissionais da saúde também estão despreparados em alguns aspectos para assistirem adequadamente usuários com DM. Percebo isso devido a não aferição de peso, altura, circunferência abdominal e glicemia capilar nas triagens realizadas pela enfermagem e nas consultas médicas. Da mesma forma, não há registros de execução de exames físicos em grande parte das consultas médicas e não são realizados exames periódicos de extrema importância, como por exemplo, exame de fundo de olho. Assim, acredito que a medida principal para melhorarmos a assistência aos usuários portadores de HAS e DM seja a educação em saúde, dos profissionais e dos usuários.

Na análise da atenção à saúde do idoso, também não foi possível obter os dados necessários, pois na unidade não há registro específico das ações de saúde ao idoso. Existe na unidade a Caderneta de Saúde do Idoso, mas a grande parte dos usuários não possui ou não faz uso desse material.

De acordo com a estimativa do Caderno de Ações Programáticas, há 295 usuários idosos na área de abrangência da unidade. Entretanto, de acordo com os registros disponíveis, há 446 usuários idosos cadastrados na UBS, número muito superior ao máximo estimado. Esse fato, associado à falta de dados registrados, impossibilitou a avaliação dos indicadores de saúde dessa população. Porém, de acordo com o que observo diariamente nos atendimentos, os idosos que possuem Caderneta não a levam junto nas consultas, não sabem as medicações que usam, não sabem que patologias possuem, e muitos não fazem acompanhamento de rotina, apenas querem renovar receitas sem passar por avaliação médica e de enfermagem. Não encontrei registro do número de usuários idosos hipertensos e diabéticos.

Com a leitura do material sobre saúde do idoso e o desenvolvimento das atividades propostas, conclui que a atenção à saúde do idoso em minha UBS necessita imediatamente ser reformulada. Primeiramente, esse grupo populacional deve ser priorizado na atenção à saúde devido às suas características peculiares. Ademais, como mostram os registros, grande parte da população cadastrada na unidade encontra-se nessa faixa etária. Para melhorar a cobertura e qualidade da atenção aos idosos, estou tentando organizar na unidade um grupo de idosos, a fim de aproximar os profissionais da saúde e esses usuários, para que seja facilitada a troca de informações. Assim, os profissionais da saúde podem organizar ações de educação em saúde e os usuários idosos têm mais fácil acesso aos profissionais para poderem falar sobre suas angústias e dúvidas. Outras medidas que considero importantes são enfatizar aos agentes comunitários de saúde, e a toda a equipe, a busca ativa dos idosos mais fragilizados, capacitar a equipe de profissionais da saúde a cerca de como proceder na avaliação do usuário idoso, na triagem, consultas de enfermagem, médica e odontológica e melhorarmos os registros de dados na unidade.

Analisando-se o Caderno de Atenção Básica do MS de Saúde Bucal, as questões do Caderno de Ações Programáticas e a discussão com o cirurgião-dentista da unidade sobre atividades desenvolvidas, conclui que a situação da saúde bucal parece estar regular, embora a avaliação seja muito prejudicada pela falta de dados registrados. A média de procedimentos clínicos por habitante está adequada, as consultas são quase todas agendadas, havendo poucos atendimentos de demanda espontânea (cerca de dois por semana). As atividades coletivas estão

sendo realizadas na escola, entretanto outros grupos prioritários como idosos e gestantes estão recebendo pouca atenção. Acredito que para melhorarmos a atenção à saúde bucal na UBS devemos organizar mais ações de orientações e promoção de saúde bucal, com a participação do dentista da unidade nos grupos de hipertensos e diabéticos e no grupo de gestantes. Outro fator a ser modificado na saúde bucal, assim como no restante da unidade, é o melhor registro das ações desenvolvidas.

Pensando na saúde do homem, não foi realizada análise situacional especificamente sobre esse tema. Porém, pelo que observo diariamente, não há ações desenvolvidas em atenção à saúde do homem, além de que é possível perceber que as mulheres frequentam a unidade mais seguidamente e, de forma geral, manifestam mais interesse em atividades preventivas que a população masculina.

Ao finalizar a análise situacional de minha UBS, foi possível perceber que entre os aspectos positivos da unidade destacam-se os recursos que a unidade dispõe referentes à estrutura material. Como já foi descrito, há disponibilidade de estrutura física, profissionais, medicamentos, vacinas, exames, enfim, dos materiais necessários para que seja realizada adequada assistência à saúde da comunidade. Já em relação aos desafios, considero como principal a deficiente atenção à saúde dos usuários portadores de HAS e DM e à saúde do idoso, principalmente em relação à educação em saúde dos profissionais e usuários.

Ao iniciar a análise da atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos e, em seguida, na análise da atenção à saúde do idoso, identifiquei maiores limitações nas atividades referentes a essa população, em comparação aos demais serviços analisados. Primeiramente, não foi possível preencher grande parte do Caderno de Ações Programáticas devido à falta de dados registrados. Justamente nessa parte em que há maior deficiência de registros, percebo que é a área da atenção primária à saúde do município que mais está precisando de assistência. Observei esse fato desde que iniciei as atividades na unidade, e com o estudo dos materiais propostos pelo curso de especialização, isso se tornou ainda mais evidente. HAS e DM são patologias de grande prevalência em todo o planeta na atualidade. No município de Ivorá, devido ao maior percentual de idosos em comparação à média estimada do Brasil, esses agravos ocupam uma posição ainda mais importante na atenção básica da saúde. Grande parte da demanda de usuários

da unidade são portadores de HAS, DM e/ou idosos. Contudo, identifiquei que essa população apresenta grande deficiência de assistência, necessitando imediatamente de uma intervenção.

Na atenção a essa população específica, certamente há pontos positivos na unidade, tais como o fácil acesso que os mesmos têm aos atendimentos e a realização de grupo de hipertensos e diabéticos. No entanto, mesmo esses fatores positivos encontram limitações, pois acredito que o fácil acesso ao serviço de saúde não é suficiente se o serviço não tem qualidade, ou seja, não adianta atendermos um grande número de usuários se as consultas têm que ser realizadas muito rapidamente devido a essa grande demanda. Já os grupos, também têm função limitada, pois há poucos usuários que os frequentam (cerca de dez pessoas), os encontros são realizados mensalmente e na forma de palestras, que a meu ver, não estão sendo atrativas.

Com o estudo dos materiais propostos pelo curso e após a análise das ações que são desenvolvidas pela equipe de ESF, percebi tantas possibilidades de mudanças existentes que sinto muita disposição de promover atividades a fim de melhorar a qualidade de saúde da comunidade. Durante esse primeiro período do curso, eu tentei transmitir essa ideia de renovação para toda a equipe, levando os temas estudados no curso para debate nas reuniões de equipe semanais e solicitando auxílio dos profissionais para obter informações para preencher os questionários e o Caderno de Ações Programáticas. Dessa forma, alguns profissionais demonstraram grande interesse em participar de intervenções para melhorar a qualidade da saúde da comunidade.

Algumas estratégias que acredito serem válidas para solucionar essas limitações são organizarmos os registros de usuários hipertensos, diabéticos e idosos, ampliar a utilização de cadernetas onde possam ser anotadas as patologias, medicações em uso, vacinas, aferições de peso, pressão arterial e glicemia, modificar a forma de realização dos grupos de usuários hipertensos e diabéticos para uma maneira mais dinâmica e torná-los mais frequentes. Além disso, é necessário a equipe disponibilizar maior atenção aos idosos. Uma possibilidade para isso seria a criação de grupo de idosos, a fim de que seja um momento no qual os usuários tenham liberdade para falar sobre suas dúvidas, angústias e se sintam valorizados, pois percebo que muitos deles apresentam carência de atenção.

Além desse desafio principal, certamente há outros a serem superados pela equipe. Entre eles, merecem destaque: a criação de protocolos de triagem, puericultura e pré-natal; intervenções de educação em saúde para adolescentes e pais, com orientações sobre doenças sexualmente transmissíveis, uso de substâncias psicoativas, planejamento familiar, puericultura; investimentos na atenção aos usuários portadores de transtornos mentais e realização de atividades de qualificação profissional.

Enfim, a análise situacional da UBS foi de extrema importância para a minha formação, pois permitiu a reflexão sobre muitos aspectos da atenção primária à saúde que até então passavam despercebidos, ou não eram vistos com tanta relevância. Assim, consigo agora analisar os fatos com embasamento teórico, o que me proporciona maior capacidade crítica. Ademais, conhecendo o ideal, sinto-me com maior disposição e esperança de conseguirmos traçar um caminho rumo a um sistema de saúde que ofereça mais qualidade de vida aos cidadãos e produza resultados mais visíveis aos profissionais. Os desafios são muitos, mas certamente com interesse e união da equipe, da gestão e dos usuários, é possível realizarmos grandes evoluções na qualidade de saúde da comunidade.

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

Comparando o texto escrito inicialmente ao relatório da análise situacional, observo que alguns aspectos da minha percepção foram alterados. Em relação à análise da estrutura física da UBS, permaneci com a ideia de que a mesma encontra-se adequada, mas os pontos analisados foram muito aprofundados na análise orientada pela leitura dos materiais e questionários, pois foi possível refletir sobre aspectos que eu ao menos havia notado que existiam e que eram importantes na unidade!

A análise das atividades desenvolvidas na unidade também pode ser muito mais detalhada no segundo texto. Ademais, um aspecto que comentei nos dois textos e vejo cada vez mais claramente é a necessidade imediata de intervenções em educação em saúde dos usuários e da equipe de profissionais.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

Após a análise situacional da UBS São José, escolhi como foco de minha intervenção a atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos. Segundo o Ministério da Saúde, em seus Cadernos de Atenção Básica referentes a Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica (BRASIL 2013), essas patologias são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS). Essa referência ainda afirma que os profissionais da atenção básica têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle dessas patologias, concluindo que fazer uma intervenção educativa, sistematizada e permanente com os profissionais da saúde é um aspecto fundamental para mudar as práticas em relação a esses problemas.

Durante a análise da unidade, não encontrei registro do número de usuários hipertensos e diabéticos adscritos, portanto a cobertura da atenção à saúde dessa população é desconhecida. Além disso, não há formulário de registros específico para esse grupo de usuários e os registros de atendimentos existentes nos prontuários são incompletos e muitas vezes ilegíveis. Observo que os usuários portadores dessas doenças buscam a unidade com frequência, mas para renovação de receitas e solicitação de exames laboratoriais de rotina, sem demonstrar interesse em orientações em saúde, e por vezes não desejam ao menos realizar consulta médica com exame físico. Assim, muitos portadores de HAS e DM não recebem avaliação médica adequada. Também percebo que não há boa adesão ao tratamento, pois muitos usuários não praticam as modificações de estilo de vida, e fazem uso irregular das medicações. Há um grupo de usuários hipertensos e diabéticos com encontros realizados mensalmente, porém poucos usuários e poucos profissionais de saúde participam desse grupo.

Acredito que a intervenção na atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos é de extrema importância para a qualificação da atenção básica à saúde do município. Observo que a equipe de profissionais de saúde e a gestão estão engajadas na busca por melhor qualidade de assistência à saúde e manifestam interesse em realizar ações com essa finalidade, o que certamente facilita a realização da intervenção. Entre as dificuldades e limitações a serem enfrentadas destaca-se o costume dos usuários e da equipe de saúde em trabalhar num modelo

centrado na cura e não na prevenção, e apesar de haver o interesse em adequar o sistema de saúde à maneira considerada a mais adequada atualmente, há resistência à mudança de hábitos.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos

### **2.2.2 Objetivos específicos:**

1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.
2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.
3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.
4. Melhorar o registro das informações.
5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.
6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

### **2.2.3 Metas**

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

Meta 1: Cadastrar 40% dos usuários hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 2: Cadastrar 40% dos usuários diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Meta 3: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 4: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 5: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 6: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 8: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

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

Meta 11: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 12: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 13: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 14: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Meta 15: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 16: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 17: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 18: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 19: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 20: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 21: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 22: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 23: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 24: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

## **2.3 Metodologia**

### **2.3.1 Ações**

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

##### **-Monitoramento e avaliação:**

**Ação:** Monitorar o número de usuários hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Detalhamento:** Os profissionais da equipe de saúde realizarão busca ativa dos usuários hipertensos, nos atendimentos na unidade, nas visitas domiciliares, nas atividades de educação em saúde.

**Ação:** Monitorar o número de usuários diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Detalhamento:** Os profissionais da equipe de saúde realizarão busca ativa dos usuários diabéticos, nos atendimentos na unidade, nas visitas domiciliares, nas atividades de educação em saúde.

##### **-Organização e gestão do serviço:**

**Ação:** Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.

**Detalhamento:** Os profissionais da equipe de saúde devem manter atualizadas as informações das atividades realizadas em formulário específico para registro de usuários hipertensos e/ou diabéticos.

**Ação:** Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS.

**Detalhamento:** Capacitar os profissionais da saúde para realizar o acolhimento adequado, o que será realizado nas reuniões semanais de equipe revisando-se os protocolos utilizados para intervenção, onde cada semana um membro da equipe será responsável por coordenar a atividade.

**Ação:** Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

**Detalhamento:** Manter a disponibilidade e a manutenção dos materiais, conforme solicitação da equipe de enfermagem à secretaria de saúde do município.

**Ação:** Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.

**Detalhamento:** Os profissionais da equipe de saúde devem manter atualizadas as informações das atividades realizadas em formulário específico para registro de usuários hipertensos e/ou diabéticos.

**Ação:** Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de diabetes.

**Detalhamento:** Capacitar os profissionais da saúde para realizar o acolhimento adequado, o que será realizado nas reuniões semanais de equipe revisando-se os protocolos utilizados para intervenção, onde cada semana um membro da equipe será responsável por coordenar a atividade.

**Ação:** Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

**Detalhamento:** Manter a disponibilidade e a manutenção dos materiais, conforme solicitação da equipe de enfermagem à secretaria de saúde do município.

**-Engajamento público:**

**Ação:** Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Detalhamento:** Promover atividades coletivas de orientação em saúde, realizadas pela equipe de profissionais da unidade durante as visitas domiciliares, encontros em grupo e em ações com a comunidade.

Capacitar a equipe de saúde para realizar orientação, o que ocorrerá durante as reuniões de equipe e será promovida através de estudos dos protocolos utilizados na intervenção, coordenados pela enfermeira e pela médica da unidade.

**Ação:** Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

**Detalhamento:** Promover atividades coletivas de orientação em saúde, realizadas pela equipe de profissionais da unidade durante as visitas domiciliares, encontros em grupo e em ações com a comunidade.

Capacitar a equipe de saúde para realizar orientação, o que ocorrerá durante as reuniões de equipe e será promovida através de estudos dos protocolos utilizados na intervenção, coordenados pela enfermeira e pela médica da unidade.

**Ação:** Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

**Detalhamento:** Promover atividades coletivas de orientação em saúde, realizadas pela equipe de profissionais da unidade durante as visitas domiciliares, encontros em grupo e em ações com a comunidade.

Capacitar a equipe de saúde para realizar orientação, o que ocorrerá durante as reuniões de equipe e será promovida através de estudos dos protocolos utilizados na intervenção, coordenados pela enfermeira e pela médica da unidade.

**Ação:** Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

**Detalhamento:** Promover atividades coletivas de orientação em saúde, realizadas pela equipe de profissionais da unidade durante as visitas domiciliares, encontros em grupo e em ações com a comunidade.

Capacitar a equipe de saúde para realizar orientação, o que ocorrerá durante as reuniões de equipe e será promovida através de estudos dos protocolos utilizados na intervenção, coordenados pela enfermeira e pela médica da unidade.

**-Qualificação da prática clínica:**

**Ação:** Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

**Detalhamento:** Promover atividades educativas aos ACS e monitorizar suas ações, com orientação e supervisão da enfermeira da unidade.

**Ação:** Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

**Detalhamento:** Promover atividades educativas aos profissionais de saúde, durante as reuniões de equipe, através do estudo dos protocolos utilizados para a intervenção, com a coordenação da enfermeira e médica da unidade.

**Ação:** Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

**Detalhamento:** Promover atividades educativas aos profissionais de saúde, durante as reuniões de equipe, através do estudo dos protocolos utilizados para a intervenção, com a coordenação da enfermeira e médica da unidade.

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

**Detalhamento:** Promover atividades educativas aos profissionais de saúde, com orientação teórica e prática.

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

**Metas:**

Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e dos diabéticos.

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

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

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

**Ações:**

**-Monitoramento e avaliação:**

**Ação:** Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos.

**Detalhamento:** Os médicos devem verificar a realização dos exames clínicos nos atendimentos realizados.

**Ação:** Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos.

**Detalhamento:** Os médicos devem verificar a realização dos exames clínicos nos atendimentos realizados.

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

**Detalhamento:** Implantação de protocolo de assistência ao usuário hipertenso e diabético. Implantação de formulário específico para usuários hipertensos e diabéticos com os registros de todos os atendimentos realizados.

**Ação:** Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

**Detalhamento:** Implantação de protocolo de assistência ao usuário hipertenso e diabético. Implantação de formulário específico para usuários hipertensos e diabéticos com os registros de todos os atendimentos realizados.

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

**Detalhamento:** Implantação de protocolo de assistência ao usuário hipertenso e diabético. Implantação de formulário específico para usuários hipertensos e diabéticos com os registros de todos os atendimentos realizados.

**Ação:** Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

**Detalhamento:** Implantação de protocolo de assistência ao usuário hipertenso e diabético. Implantação de formulário específico para usuários hipertensos e diabéticos com os registros de todos os atendimentos realizados.

**Ação:** Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

**Detalhamento:** Implantação de formulário específico para usuários hipertensos e diabéticos com os registros de todos os atendimentos realizados.

#### **-Organização e gestão do serviço:**

**Ação:** Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos.

**Detalhamento:** Implantação de protocolo de atendimento clínico de usuários hipertensos com a atribuição de cada membro da equipe.

**Ação:** Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários diabéticos.

**Detalhamento:** Implantação de protocolo de atendimento clínico de usuários diabéticos com a atribuição de cada membro da equipe.

**Ação:** Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

**Detalhamento:** Implantar protocolo para capacitação dos profissionais.

**Ação:** Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

**Detalhamento:** Implantar protocolo para capacitação dos profissionais.

**Ação:** Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

**Detalhamento:** Implantar protocolo para capacitação dos profissionais.

**Ação:** Garantir a solicitação dos exames complementares.

**Detalhamento:** Implantar protocolo de assistência ao usuário hipertenso e diabético e capacitar os profissionais da equipe para seu adequado uso.

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

**Detalhamento:** Implantar protocolo de assistência ao usuário hipertenso e diabético.

**Ação:** Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

**Detalhamento:** Implantar protocolo de assistência ao usuário hipertenso e diabético.

**Ação:** Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

**Detalhamento:** Manutenção das medicações disponíveis, com adequado registro, realizado pela farmacêutica da unidade.

**Ação:** Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Detalhamento:** Os médicos devem registrar os medicamentos utilizados no tratamento dos usuários hipertensos.

**-Engajamento público:**

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

**Detalhamento:** Promover ações de orientação coletiva aos usuários. Capacitar todos os membros da equipe de saúde para a realização das orientações.

**Ação:** Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

**Detalhamento:** Promover ações de orientação coletiva aos usuários. Capacitar todos os membros da equipe de saúde para a realização das orientações.

**Ação:** Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

**Detalhamento:** Promover ações de orientação coletiva aos usuários. Capacitar todos os membros da equipe de saúde para a realização das orientações.

**Ação:**Orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

**Detalhamento:**Promover ações de orientação coletiva aos usuários.Capacitar todos os membros da equipe de saúde para a realização das orientações.

**Ação:**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:**Promover ações de orientação coletiva aos usuários.Capacitar todos os membros da equipe de saúde para a realização das orientações.

**-Qualificação da prática clínica:**

**Ação:**Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

**Detalhamento:**Promover ações de educação da equipe de saúde para realizar as atividades de acordo com o protocolo.

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

**Detalhamento:**Promover ações de educação da equipe de saúde para realizar as atividades de acordo com o protocolo.

**Ação:**Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

**Detalhamento:**Promover atividades educativas aos profissionais da equipe de saúde.

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

**Detalhamento:**Promover atividades educativas aos profissionais da equipe de saúde.

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

**Metas:**

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

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

#### **Ações:**

##### **-Monitoramento e avaliação:**

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

**Detalhamento:** Os médicos devem manter atualizados os registros nos formulários de assistência aos usuários hipertensos e diabéticos e verificar se as atividades estão sendo cumpridas.

##### **-Organização e gestão do serviço:**

**Ação:** Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

**Detalhamento:** A equipe deve planejar e monitorizar visitas domiciliares para busca aos faltosos.

**Ação:** Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

**Detalhamento:** A equipe deve agendar os atendimentos aos usuários provenientes de busca ativa.

**Ação:** Organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

**Detalhamento:** A equipe deve agendar os atendimentos aos usuários provenientes de busca ativa.

##### **-Engajamento público:**

**Ação:** Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

**Detalhamento:** Promover atividades coletivas de educação em saúde.

**Ação:** Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).

**Detalhamento:**Promover atividades coletivas de educação em saúde.

**Ação:**Esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

**Detalhamento:**Promover atividades coletivas de educação em saúde.

**-Qualificação da prática clínica:**

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

**Detalhamento:**Promover atividades educativas aos profissionais da equipe de saúde.

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

**Detalhamento:**Promover atividades educativas aos profissionais da equipe de saúde.

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

**Metas:**

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

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

**Ações:**

**-Monitoramento e avaliação:**

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

**Detalhamento:** Os médicos devem manter atualizados os registros nos formulários de assistência aos usuários hipertensos e diabéticos.

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

**Detalhamento:** Os médicos devem manter atualizados os registros nos formulários de assistência aos usuários hipertensos e diabéticos.

**-Organização e gestão do serviço:**

**Ação:** Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.

**Detalhamento:** Implantação de formulário de registro da assistência aos usuários hipertensos e diabéticos.

**Ação:** Pactuar com a equipe o registro das informações.

**Detalhamento:** Implantação de formulário de registro da assistência aos usuários hipertensos e diabéticos.

**Ação:** Definir responsável pelo monitoramento registros.

**Detalhamento:** Os médicos devem manter atualizados os registros.

**Ação:** 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.

Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.

**Detalhamento:** Implantação de formulário de registro da assistência aos usuários hipertensos e diabéticos.

**-Engajamento público:**

**Ação:** 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:** Promover atividades coletivas de educação em saúde.

**-Qualificação da prática clínica:**

**Ação:** Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso

**Detalhamento:** Promover atividades educativas aos profissionais da equipe de saúde.

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

**Detalhamento:**Promover atividades educativas aos profissionais da equipe de saúde.

**Ação:**Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do diabético.

**Detalhamento:**Promover atividades educativas aos profissionais da equipe de saúde.

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

**Detalhamento:**Promover atividades educativas aos profissionais da equipe de saúde.

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

### **Metas:**

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

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

### **Ações:**

#### **-Monitoramento e avaliação:**

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

**Detalhamento:**Implantação de formulário de registro da assistência aos usuários hipertensos e diabéticos.

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

**Detalhamento:** Implantação de formulário de registro da assistência aos usuários hipertensos e diabéticos.

**-Organização e gestão do serviço:**

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

**Detalhamento:** Planejar o agendamento com dia/turno reservado a essa demanda.

**-Engajamento público:**

**Ação:** Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

**Detalhamento:** Promover atividades de educação em saúde aos usuários. Promover atividades de educação em saúde aos profissionais de saúde, para que os mesmos saibam orientar os usuários.

**Ação:** Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

**Detalhamento:** Promover atividades de educação em saúde aos usuários. Promover atividades de educação em saúde aos profissionais de saúde, para que os mesmos saibam orientar os usuários.

**Ação:** Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

**Detalhamento:** Promover atividades de educação em saúde aos usuários. Promover atividades de educação em saúde aos profissionais de saúde, para que os mesmos saibam orientar os usuários.

**-Qualificação da prática clínica:**

**Ação:** Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés no caso dos usuários diabéticos.

**Detalhamento:** Promover atividades educativas aos profissionais de saúde.

**Ação:**Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

**Detalhamento:**Promover atividades educativas aos profissionais de saúde.

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

**Detalhamento:**Promover atividades educativas aos profissionais de saúde.

## **Objetivo 6: Promover a saúde dos usuários hipertensos e diabéticos**

### **Metas:**

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

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

### **Ações:**

#### **-Monitoramento e avaliação:**

**Ação:**Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos com o dentista.

**Detalhamento:**Implantação de formulário de registro da assistência ao usuário hipertenso e diabético.

**Ação:**Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos diabéticos com o dentista.

**Detalhamento:**Implantação de formulário de registro da assistência ao usuário hipertenso e diabético.

**Ação:**Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.

**Detalhamento:**Implantação de formulário de registro da assistência ao usuário hipertenso e diabético.

**Ação:**Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos

**Detalhamento:**Implantação de formulário de registro da assistência ao usuário hipertenso e diabético.

**Ação:** Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos.

**Detalhamento:** Implantação de formulário de registro da assistência ao usuário hipertenso e diabético.

**Ação:** Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos.

**Detalhamento:** Implantação de formulário de registro da assistência ao usuário hipertenso e diabético.

**Ação:** Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.

**Detalhamento:** Implantação de formulário de registro da assistência ao usuário hipertenso e diabético.

**-Organização e gestão do serviço:**

**Ação:** Organizar a agenda da atenção a saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e diabético

**Detalhamento:** Planejar o agendamento com dia/turno reservado para essa demanda.

**Ação:** Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.

**Detalhamento:** Planejar o agendamento com dia/turno reservado para essa demanda.

**Ação:** Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes usuários.

**Detalhamento:** Planejar o agendamento com dia/turno reservado para essa demanda.

**Ação:** Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

**Detalhamento:** Promover atividades coletivas de educação em saúde.

**Ação:** Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

**Detalhamento:** Planejar as atividades envolvendo nutricionista.

**Ação:** Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

**Detalhamento:** Promover atividades coletivas de educação em saúde.

**Ação:** Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

**Detalhamento:** Planejar as atividades envolvendo educador físico.

**-Engajamento público:**

**Ação:** Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.

**Detalhamento:** Promover atividades coletivas de educação em saúde.

**Ação:** Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.

**Detalhamento:** Promover atividades coletivas de educação em saúde.

**Ação:** Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

**Detalhamento:** Promover atividades coletivas de educação em saúde.

**Ação:** Orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

**Detalhamento:** Promover atividades coletivas de educação em saúde.

**Ação:** Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

**Detalhamento:** Promover atividades coletivas de educação em saúde.

**Ação:** Orientar diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

**Detalhamento:**Promover atividades coletivas de educação em saúde.

**Ação:**Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

**Detalhamento:**Promover atividades coletivas de educação em saúde.

**-Qualificação da prática clínica:**

**Ação:**Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do usuário hipertenso.

**Detalhamento:**Promover atividades educativas aos profissionais de saúde.

**Ação:**Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

**Detalhamento:**Promover atividades educativas aos profissionais de saúde.

**Ação:**Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

**Detalhamento:**Promover atividades educativas aos profissionais de saúde.

**Ação:**Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

**Detalhamento:**Promover atividades educativas aos profissionais de saúde.

**Ação:**Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

**Detalhamento:**Promover atividades educativas aos profissionais de saúde.

### **2.3.2 Indicadores**

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

Meta: Cadastrar 40% dos usuários hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

Meta: Cadastrar 40% dos usuários 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 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: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

Meta: 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: 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: 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 total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta: 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 total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta: 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 cadastrados na unidade de saúde.

Meta: 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 cadastrados na unidade de saúde.

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

Meta: 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: 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: 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: 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: 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: 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: 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: 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: 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: 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 unidade de saúde.

Meta: 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 unidade de saúde.

Meta: 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 unidade de saúde.

Meta: 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 unidade de saúde.

Meta: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários 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 unidade de saúde.

### **2.3.3 Logística**

Para realizar a intervenção na atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos na UBS São José, serão utilizados como protocolos o Caderno de Atenção Básica nº 37, de Hipertensão Arterial Sistêmica, do Ministério da Saúde, 2013 e o Caderno de Atenção Básica nº 36, de Diabetes Mellitus, do Ministério da Saúde, 2013 (BRASIL, 2013).

Será criado um formulário de registros dos atendimentos e demais ações realizadas na assistência a esse grupo de indivíduos. Esses materiais de registro serão criados por membros da equipe de saúde e irão conter informações a serem coletadas a respeito de comorbidades, exame físico, exames complementares, medicações em uso, acompanhamento de saúde bucal, estratificação de risco cardiovascular. Estimamos alcançar com a intervenção a cobertura de 40% dos usuários hipertensos e diabéticos residentes na área e prestar assistência a 100% dos usuários cadastrados. Faremos contato com o gestor municipal para dispor do material necessário. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para organizar o registro específico do programa, os agentes comunitários de saúde realizarão busca ativa para alcançarmos a meta de cadastramento de 40% dos indivíduos portadores de HAS/DM residentes na área. Após o cadastramento,

será realizada avaliação de todos os usuários, que consiste em exame físico completo, exames complementares solicitados de acordo com a periodicidade recomendada pelo protocolo, estratificação de risco cardiovascular, orientações sobre prática de atividade física e alimentação saudável, avaliação odontológica, monitoramentodas consultas, laboratoriais e vacinas em atraso.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe da UBS. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o protocolo de atenção ao usuário hipertenso e diabético, para que toda a equipe utilize essa referência. Essa capacitação ocorrerá na unidade, no horário tradicionalmente utilizado para a reunião de equipe. Os materiais de estudo serão divididos entre os membros da equipe, da forma que cada um fique responsável a expor aos demais uma parte do manual.

Para acolher a demanda de intercorrências agudas no acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos não haverá necessidade de alterar a organização da agenda, pois estes serão priorizados nas consultas disponíveis para pronto atendimento. Os usuários cadastrados na busca ativa serão atendidos com agendamento.

Entraremos em contato com representantes da comunidade da igreja do município e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da assistência aos indivíduos hipertensos e diabéticos e também salientando a importância da participação da comunidade nas ações em saúde haja vista que é fundamental a pró-atividade de todos os envolvidos nesse processo. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação desse grupo de indivíduos e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

Os formulários de registros serão examinados semanalmente por um membro da equipe de saúde, médico ou enfermeiro, e serão identificados os usuários com consultas, exames clínicos, exames laboratoriais ou vacinas em atraso. Os agentes comunitários de saúde farão busca ativa de todos os indivíduos em atraso, já agendando uma consulta médica para os mesmos. Estima-se que serão cadastrados 20 usuários por semana, totalizando 80 por mês.

#### **2.3.4 Cronograma**



### **3. Relatório da Intervenção**

#### **3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.**

Durante os últimos três meses foi desenvolvido o projeto de intervenção na melhoria da qualidade da assistência à saúde aos usuários hipertensos e diabéticos da Unidade Básica de Saúde ESF São José, no município de Ivorá. Previamente ao início da intervenção, durante as análises situacional e estratégica, a equipe de saúde acompanhou todo o processo de avaliação da unidade, assim como o motivo pelo qual foi escolhido realizar a intervenção com os portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). Assim, a intervenção iniciou muito tranquilamente, com a participação de toda a equipe e sem prejudicar as demais atividades desenvolvidas pela unidade.

Logo nas primeiras semanas de intervenção, realizamos atividades de educação em saúde com a equipe, seguindo o cronograma proposto. Os agentes comunitários de saúde foram orientados para a atualização do cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos, e juntamente com toda a equipe, para realização de busca ativa dos usuários faltosos. Ademais, definimos a atribuição a ser desempenhada por cada profissional durante a intervenção.

Nas atividades de educação em saúde da equipe, realizamos a capacitação dos profissionais sobre os protocolos de HAS e DM, do Ministério da Saúde, que foram utilizados nas ações da intervenção. Foram realizadas quatro reuniões de estudo, com a participação de todos os membros da equipe. Os estudos foram organizados de forma que cada membro da equipe ficou responsável por apresentar uma parte do material aos demais colegas, buscando a participação ativa de todos. A experiência foi muito produtiva, rendeu interessantes discussões e envolveu toda a equipe. Começamos pelo protocolo de HAS, nas duas primeiras semanas, e nas semanas seguintes discutimos o protocolo de DM.

Na terceira semana, tive um momento de desânimo, pois alguns colegas da equipe manifestavam desinteresse em realizar as atividades de educação em saúde. Assim, eu precisava insistir com os colegas na importância dessas atividades, tomar iniciativa e liderar as reuniões, mesmo com a reprovação de

alguns. O que me motivou a seguir em frente foi o apoio de um dos outros médicos que trabalha na unidade, que me incentivou a nunca desistir de lutar pela mudança e pela melhora da qualidade da saúde. Além disso, também recebi apoio da secretária de saúde do município, que tem muito interesse na qualificação dos profissionais e acredita que a educação em saúde é o caminho para aperfeiçoar o cuidado aos usuários.

Além dos atendimentos na UBS, foram feitas visitas domiciliares semanais para busca de usuários com algum grau de dificuldade para dirigir-se à unidade. Em todas as visitas foram um médico, uma enfermeira ou técnica em enfermagem e o agente comunitário de saúde da área. Durante o período de intervenção priorizei em minhas visitas o atendimento a usuários portadores de HAS e/ou DM, aproveitando a oportunidade para cadastrá-los no projeto e prestar assistência com qualidade, conforme os protocolos que estão sendo seguidos.

Mesmo havendo dificuldades no cadastramento, principalmente relacionadas à falta de consultas agendadas, foi possível atingir a meta de cobertura, proposta em cadastrar 40% dos usuários hipertensos e diabéticos. Ao fim da intervenção, foram cadastrados 207 usuários, sendo 203 hipertensos, o que corresponde 61,9% do total de hipertensos da área de abrangência da unidade, e 37 diabéticos, correspondendo a 45,7% de cobertura. A maioria dos indicadores de qualidade foram 100%. Todos os usuários cadastrados na intervenção receberam as orientações sobre alimentação saudável, prática de atividade física, riscos do tabagismo, higiene bucal, exame clínico e exames complementares, conforme o protocolo. As avaliações foram registradas em formulário específico (Anexo A).

Os atendimentos clínicos foram incorporados à rotina da unidade, realizados na UBS e nas visitas domiciliares. No início da intervenção houve um número significativo de usuários portadores de HAS/DM agendados para consulta médica de rotina, conforme orientação dos agentes comunitários. Contudo, nas semanas seguintes esse número sofreu redução, sendo que a maioria dos atendimentos ocorreu na forma de demanda espontânea. A resistência em agendar as consultas foi uma das maiores dificuldades enfrentadas na intervenção, pois prejudicou a organização do cadastro dos usuários. Ao longo das últimas semanas, os agentes de saúde auxiliaram na busca ativa dos usuários e tentativa de agendamento das avaliações médicas, mas apesar do esforço, as

consultas continuaram até o fim da intervenção sendo realizadas, em sua maior parte, na forma de demanda espontânea.

Em relação às atividades educativas em saúde, realizamos três encontros mensais do grupo de hipertensos e diabéticos, na segunda, na sexta e na décima semana de intervenção, conforme planejado no cronograma. Os encontros foram realizados no salão paroquial da igreja do município. Houve pouca participação dos usuários nos grupos, cerca de 5% dos usuários cadastrados. Os profissionais da saúde que participaram foram uma técnica de enfermagem da unidade, a enfermeira, uma terapeuta ocupacional, uma nutricionista, os cinco agentes comunitários de saúde e eu, médica da unidade.

Nesses encontros, discutimos sobre as patologias hipertensão e diabetes, em relação à etiologia, manifestações clínicas, diagnóstico, acompanhamento, complicações, tratamento medicamentoso e não medicamentoso, com maior ênfase nas medidas de modificações de estilo de vida. Realizamos aferição da pressão arterial, peso, altura e circunferência abdominal dos participantes, além de atividade física no final de cada encontro. Foi possível perceber que alguns usuários têm grande resistência em aceitar as orientações, especialmente sobre alimentação saudável, atividade física e periodicidade dos exames complementares. Além disso, em muitos momentos a equipe sentiu-se desanimada, pois nosso interesse em promover medidas para melhorar a qualidade de vida da população não estava sendo valorizado.

As atividades de educação em saúde com a comunidade, primeiramente foram programadas no cronograma para ocorrerem mensalmente. Entretanto, a equipe da unidade planejou juntamente com a secretaria de saúde um calendário de atividades coletivas em saúde, para incluir as comunidades do interior nas ações educativas. Para isso, programamos visitas às comunidades de modo que todos os membros da equipe participem, revezando-se a cada semana. Assim, organizamos a equipe de modo que em cada encontro com a comunidade participou um médico e um membro da equipe de enfermagem (enfermeira, técnica ou auxiliar de enfermagem). Outros profissionais, tais como farmacêutico, cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário, educador físico, terapeuta ocupacional e nutricionista revezaram-se para que em todos os encontros estivessem presentes profissionais de diversas áreas. Além disso, a gestora municipal e os cinco agentes comunitários de saúde participam dos encontros.

Durante os três meses de intervenção foram realizados dez encontros com a comunidade, nas localidades do interior Cafundó, Boca da Picada, Linha Simonetti, Linha Londero Moro, Piruva, Linha Venturini, Colônia Pereira de Souza, Derrubada, Linha Sete e um evento na praça central da cidade. Foram discutidos com a comunidade variados assuntos, mas com especial atenção às patologias HAS e DM. Foi destacada à comunidade a importância de medidas preventivas, como as modificações de estilo de vida, a realização de avaliação clínica periódica, com atenção ao exame físico, exames complementares recomendados, a uso correto das medicações prescritas, além de serem esclarecidos questionamentos feitos pelos usuários. Realizamos a aferição da pressão arterial de todos os presentes, e ao final dos encontros a terapeuta ocupacional e o educador físico desenvolveram atividades físicas com os participantes.

### **3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, descrevendo o motivo pelos quais estas ações não puderam ser realizadas.**

Durante a intervenção, conseguimos desenvolver todas as atividades propostas, porém em algumas encontramos dificuldades e não conseguimos realizar de maneira ideal. A principal dificuldade encontrada foi a resistência dos usuários em agendar os atendimentos na unidade. O agendamento de consultas médicas foi instituído na unidade há seis meses, um período de tempo pequeno, motivo pelo qual a comunidade ainda não se habituou a programar as consultas para prevenção. Contudo, o fato de os usuários chegarem à unidade em sua grande maioria na forma de demanda espontânea, prejudicou o planejamento das atividades, pois assim não conseguimos organizar o número de usuários agendados a cada semana.

### **3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.**

Em relação à coleta e registro dos dados, a maior dificuldade encontrada também foi associada à falta de planejamento, devido às consultas serem realizadas através de demanda espontânea. O fechamento das planilhas e cálculo dos indicadores ocorreram sem dificuldades.

### **3.4 Análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço e da viabilidade da continuidade da ação programática como rotina, mesmo com a finalização do curso**

Mesmo com o fim da intervenção, as atividades de educação em saúde, como as reuniões de equipe, os grupos de HAS/DM e os encontros com a comunidade serão mantidos nas atividades da unidade, inclusive já têm suas datas marcadas para as próximas semanas. A secretaria do município e a equipe estão empenhadas para manter essas atividades educativas.

Os protocolos de atenção à HAS e DM do Ministério da Saúde foram impressos e permanecerão na unidade para orientar a equipe no acompanhamento aos usuários. Eles foram estudados durante a intervenção com os outros médicos e demais profissionais da equipe de saúde. Dessa forma, será mantido o atendimento clínico e a solicitação dos exames complementares conforme os protocolos.

As fichas-espelho permanecerão na unidade para facilitar os registros dos dados e a identificação dos usuários de alto risco. O agendamento de consultas está ocorrendo cada vez melhor, pois os usuários aos poucos estão percebendo a importância das ações preventivas. Assim, acredito que será possível manter a assistência de qualidade aos portadores de HAS e DM.

Com a intervenção, percebi que a união da equipe de saúde, com a gestão e com a comunidade é essencial para que possam ser desenvolvidos com sucesso projetos que objetivam melhorar a assistência à saúde da população. Estou muito satisfeita com os resultados que foram alcançados com a intervenção. Certamente, ainda há muitos obstáculos a serem vencidos, mas não podemos desistir da mudança. Acredito que com o trabalho em equipe e corresponsabilidade dos usuários podemos conquistar importantes avanços na qualidade de vida da comunidade.

## **4 Avaliação da Intervenção**

### **4.1 Resultados**

Nos últimos três meses, foi realizado o projeto de intervenção para a melhoria da atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos da Unidade de Saúde da Família São José. A unidade apresenta uma população adscrita de 2.156 usuários, sendo estimado que 1.444 indivíduos possuam mais de 20 anos de idade. Desses, estima-se que 328 sejam portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e 81 sejam portadores de Diabetes Mellitus (DM). Antes da intervenção, não havia registro do número de usuários portadores de HAS e/ou DM cadastrados na unidade. Assim, foi estabelecida como meta de cobertura do projeto de intervenção cadastrar 40% dos usuários portadores de HAS e 40% dos portadores de DM residentes na área de abrangência da unidade.

Objetivo1: Ampliar a Cobertura da Atenção ao Hipertenso e Diabético

Meta1.1:Cadastrar 40 % dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

No primeiro mês de intervenção foram cadastrados 70 usuários hipertensos, o que corresponde a 21,3% do total de hipertensos da população adscrita. No segundo mês de intervenção a cobertura foi 43,6% (143 usuários cadastrados) e no terceiro mês a cobertura foi 61,9% (203 indivíduos cadastrados).

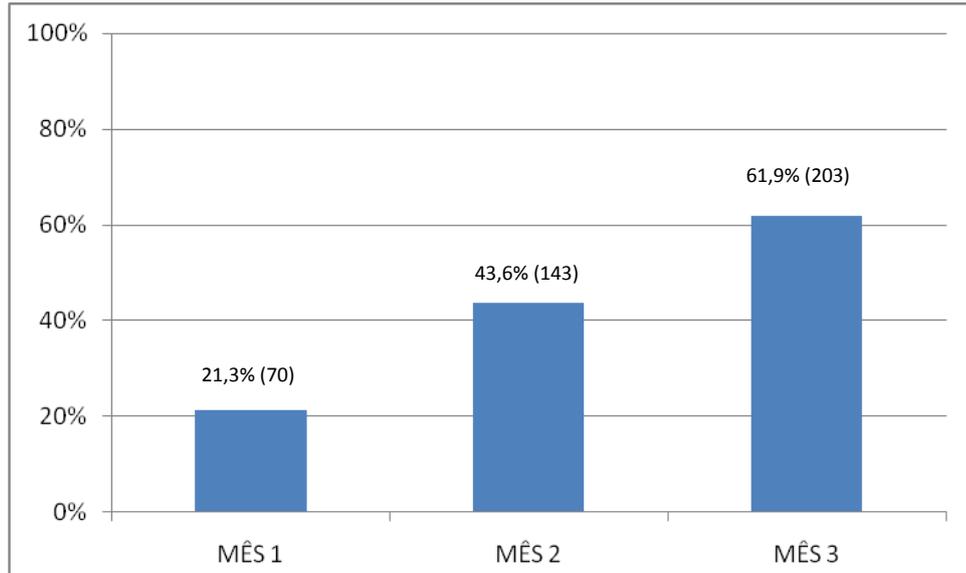


Figura1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

**Objetivo 1: Ampliar a Cobertura da Atenção ao Diabético.**

**Meta 1.2:** Cadastrar 40 % dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

A meta de cobertura dos usuários diabéticos também foi atingida. Foram cadastrados 37 indivíduos portadores de DM ao longo dos três meses de intervenção, o que corresponde a 45,7% da estimativa do total de diabéticos residentes na área de cobertura da unidade. No primeiro mês foram 15 usuários (18,5%), no segundo mês 22 usuários (27,2%) e no terceiro mês foram cadastrados mais 15 portadores de Diabetes Mellitus (45,7%).

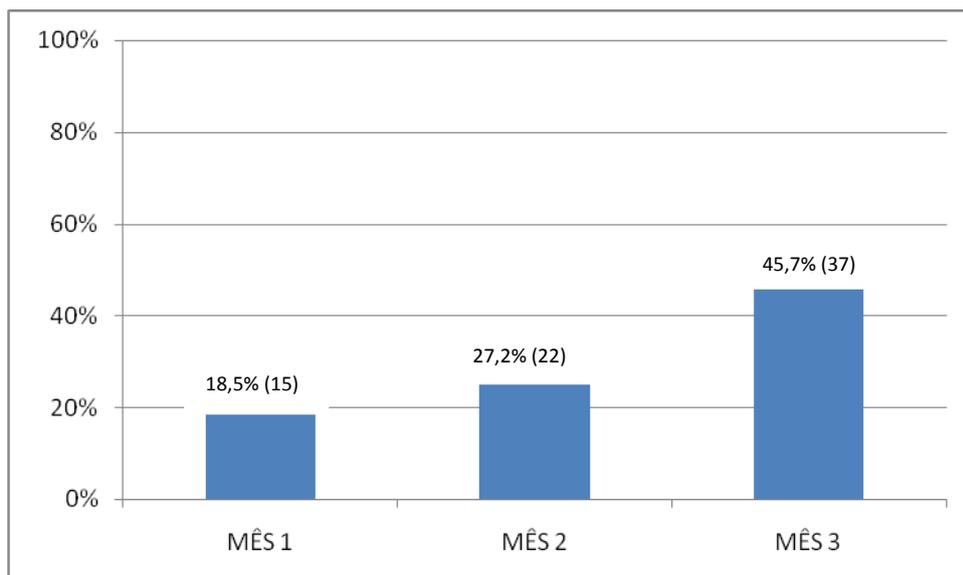


Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Para realizar o cadastramento dos usuários, foi fundamental a ajuda dos agentes comunitários de saúde. Em suas visitas às residências, eles informaram aos usuários portadores de HAS e/ou DM sobre a realização da intervenção, solicitando que os mesmos agendassem consulta médica na unidade para o cadastro no projeto. Além disso, os usuários hipertensos e diabéticos que chegavam à unidade na forma de demanda espontânea eram encaminhados para consulta médica com vistas ao cadastramento no projeto de intervenção. Em reuniões com a comunidade realizadas durante a intervenção, também foi orientado à população portadora dessas patologias a realizar a consulta médica e cadastramento.

#### Objetivo 2: Garantir Qualidade de Atendimento

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

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

Todos os usuários hipertensos e diabéticos cadastrados no projeto de intervenção receberam avaliação médica com exame clínico, de acordo com as orientações dos protocolos do Ministério da Saúde. Foram realizadas aferições da pressão arterial, peso, estatura, cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), exame físico completo e exame dos pés. A enfermeira, a técnica e a auxiliar em enfermagem da unidade auxiliaram nesses procedimentos.

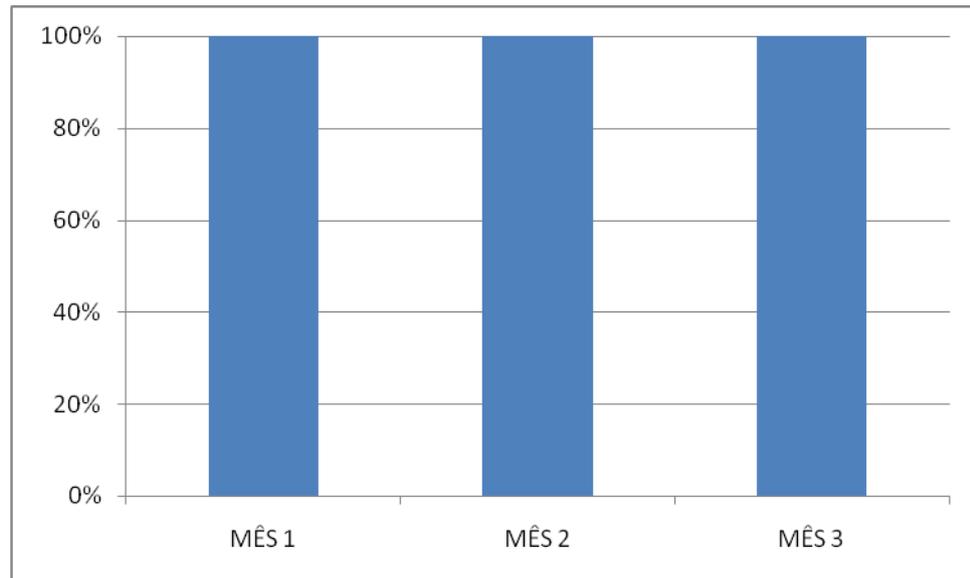


Figura3: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

#### Objetivo 2: Garantir Qualidade de Atendimento

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

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

Todos os usuários diabéticos cadastrados receberam avaliação com exame clínico.

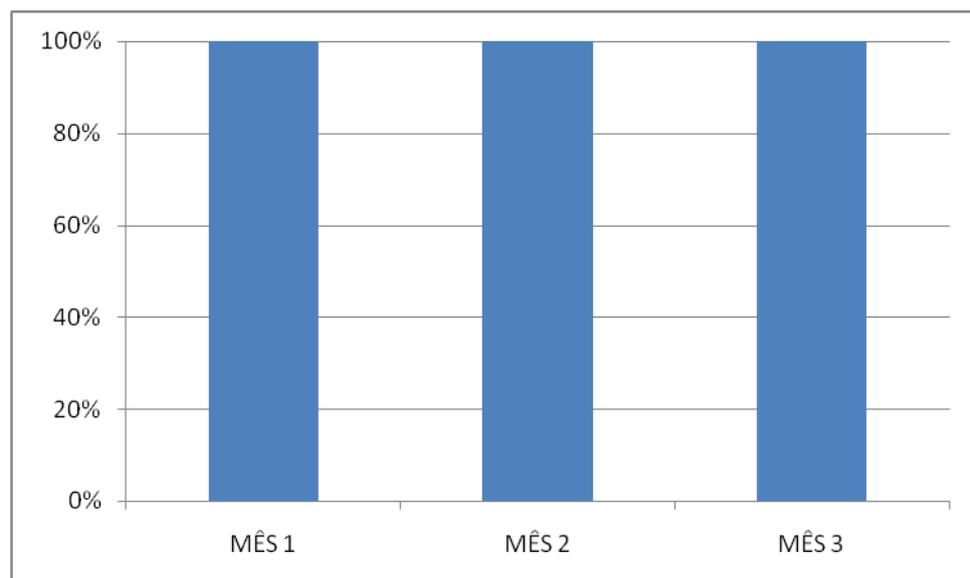


Figura4: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

#### Objetivo 2: Garantir Qualidade de Atendimento

Meta2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

Seguindo as orientações do protocolo do Ministério da Saúde, foram solicitados exames complementares laboratoriais e eletrocardiograma a todos os usuários cadastrados. A Secretaria de Saúde do município responsabilizou-se em garantir que todos os usuários realizassem os exames complementares indicados. Assim, não houve dificuldades com a disponibilidade dos exames. Após realizá-los, os usuários retornaram para consulta médica para avaliar os resultados.

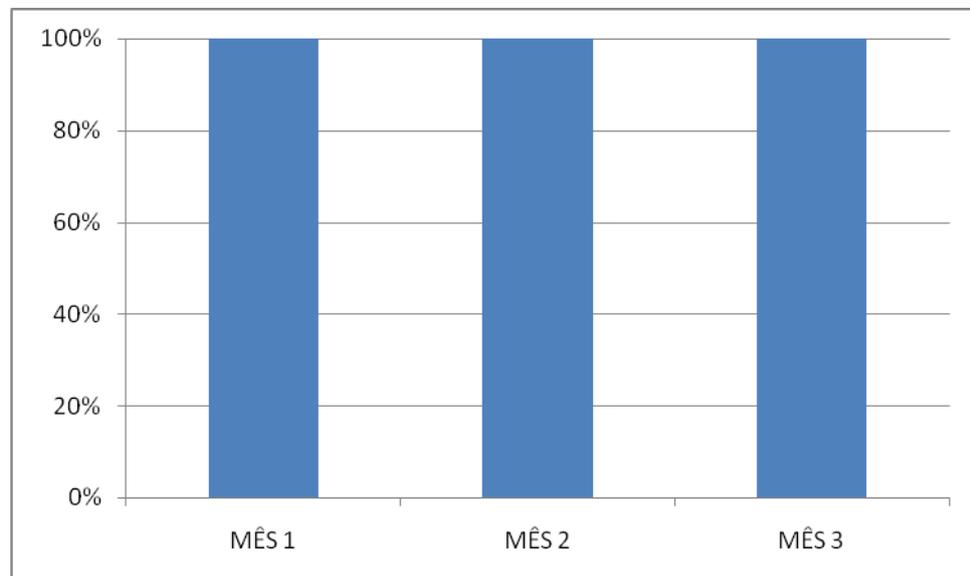


Figura 5: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordocom o protocolo.

## Objetivo 2: Garantir Qualidade de Atendimento

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

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

Todos os usuários diabéticos cadastrados realizaram exames complementares conforme o protocolo do Ministério da Saúde.

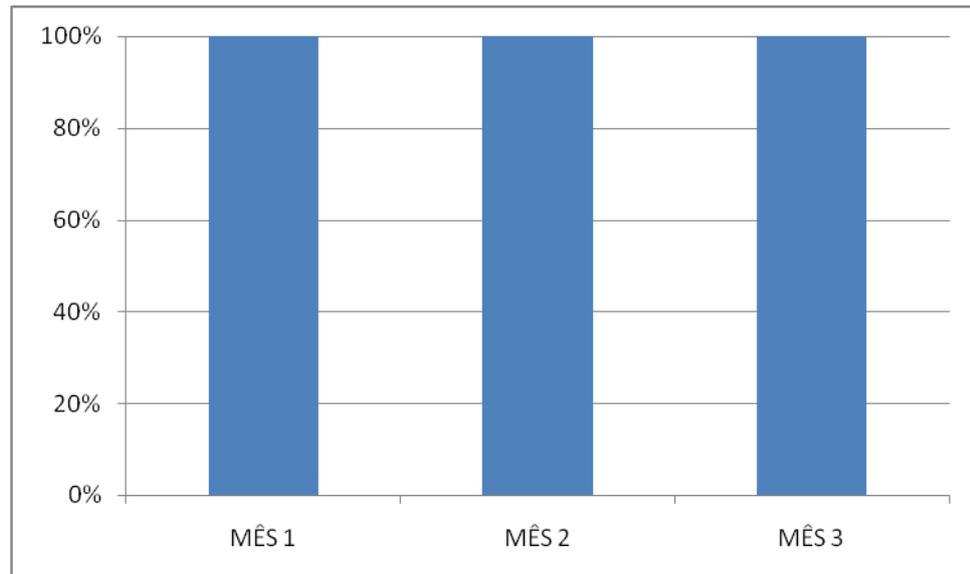


Figura 6: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

## Objetivo 2: Garantir Qualidade de Atendimento

Meta2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Durante as avaliações de todos os usuários cadastrados, quando necessário tratamento medicamentoso, foram prescritos medicamentos disponibilizados pela Farmácia Popular. Certamente, essa é uma maneira de melhorar a adesão dos usuários ao tratamento, pois os medicamentos são de fácil acesso e disponibilizados gratuitamente.

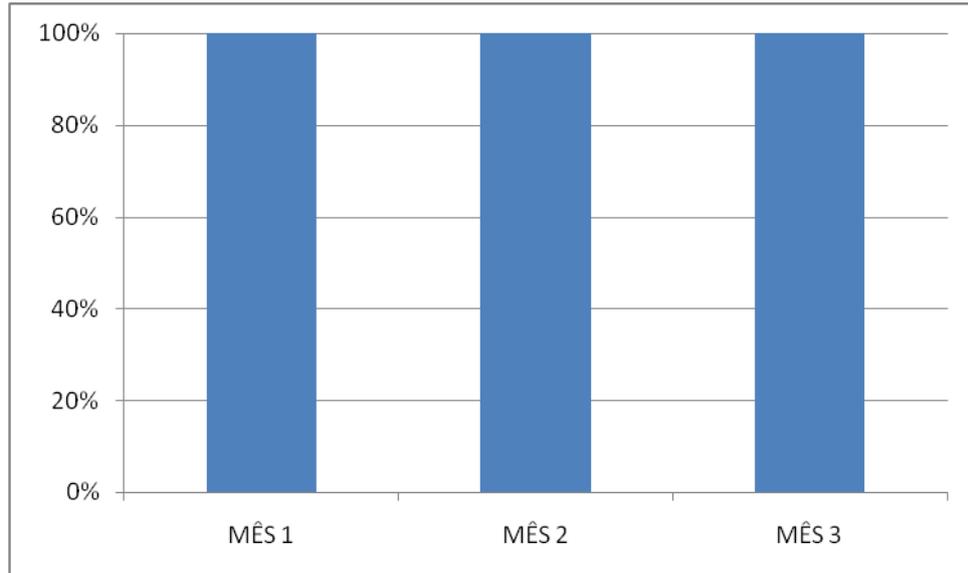


Figura 7: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

## Objetivo 2: Garantir Qualidade de Atendimento

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

Indicador 2.6. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

A prescrição de medicamentos da Farmácia Popular foi priorizada a todos os usuários cadastrados.

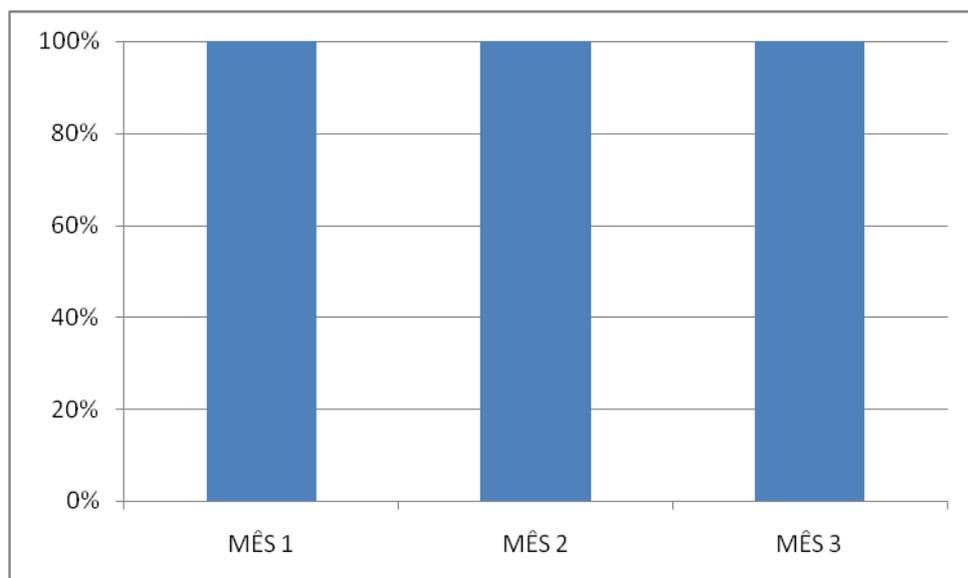


Figura 8: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

## Objetivo 2: Garantir Qualidade de Atendimento

Meta2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

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

Nos atendimentos clínicos, todos os usuários foram avaliados quanto à saúde bucal e orientados a realizar consulta odontológica. Os procedimentos odontológicos foram facilmente realizados, pois na unidade há cirurgião-dentista e auxiliar de consultório dentário.

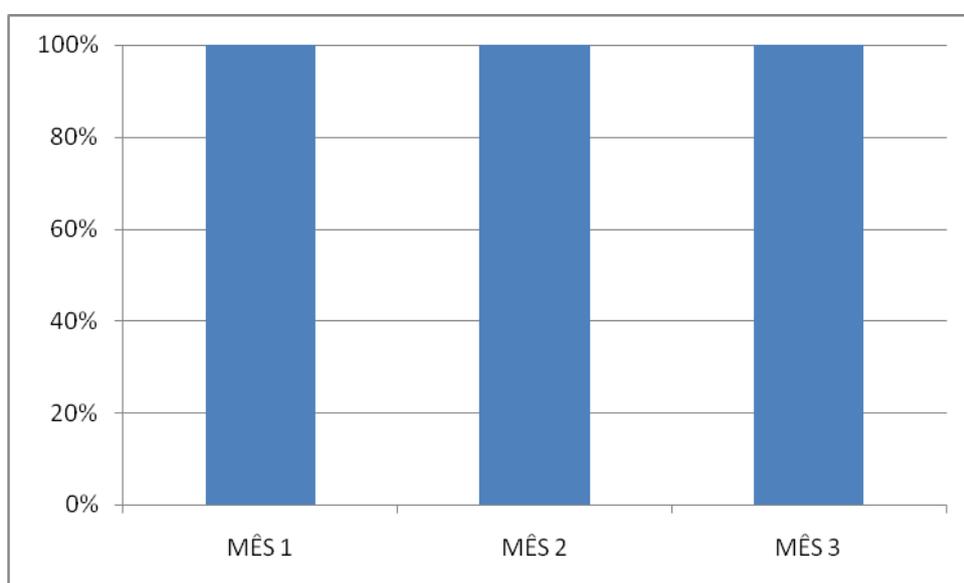


Figura 9: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento Odontológico.

## Objetivo 2: Garantir Qualidade de Atendimento

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

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

Todos os usuários cadastrados foram avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico.

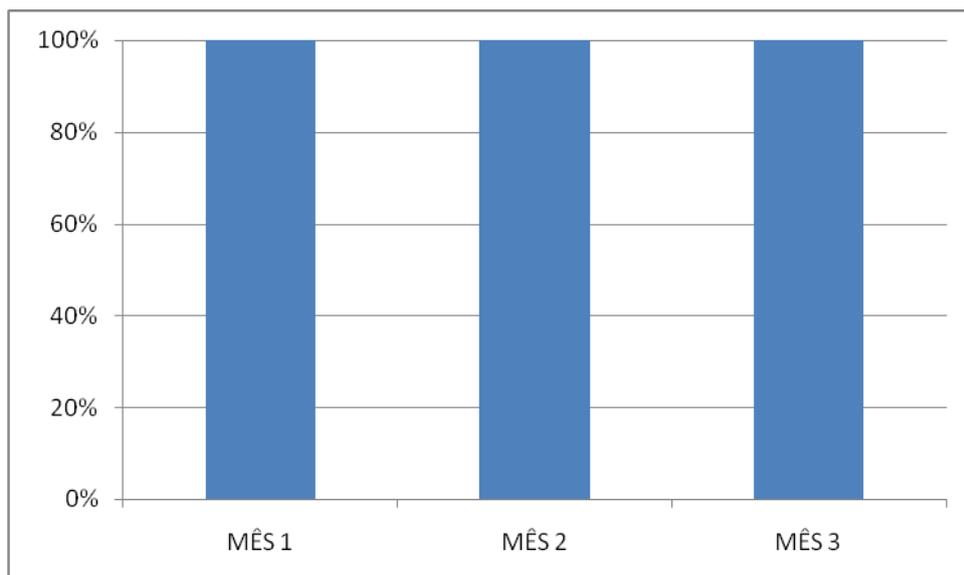


Figura 10: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento Odontológico.

### Objetivo 3: Garantir Adesão dos Usuários

Meta3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

Para a realização dos atendimentos médicos, os usuários foram orientados a agendar as consultas. Entretanto, o agendamento foi instituído na unidade há poucos meses, e dessa forma, a população ainda não se habituou a esse novo modelo de atendimento. Assim, a grande maioria das consultas realizadas durante a intervenção foi proveniente de demanda espontânea.

No primeiro mês, todos os usuários hipertensos que agendaram consultas compareceram. No segundo mês, dois usuários hipertensos agendaram consulta médica e não compareceram. Foi realizada busca ativa aos faltosos e assim eles retornaram a consultar. No terceiro mês de intervenção, pelo fato de equipe não contatar um usuário, esse não retornou a consulta (83,3% de busca ativa realizada).

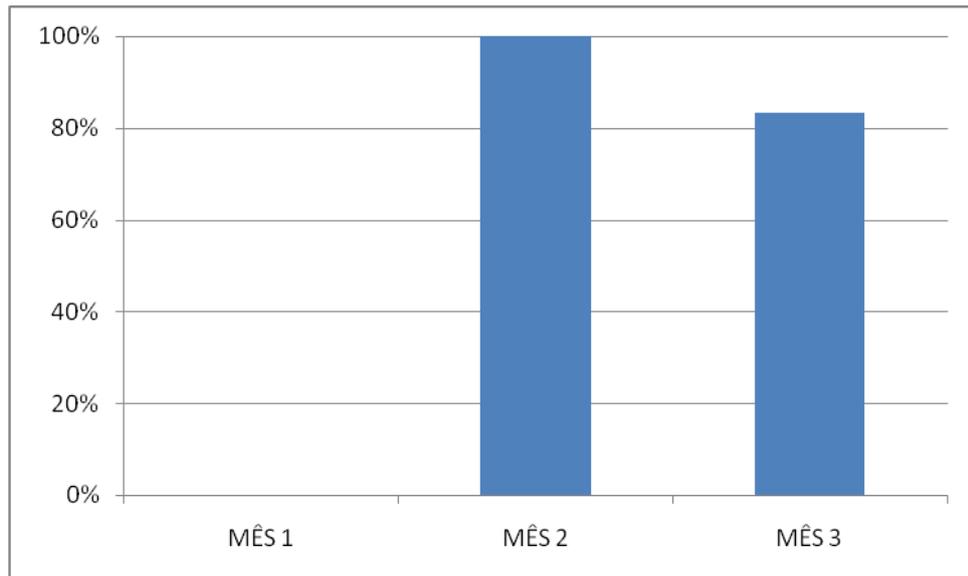


Figura 11: Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.

### Objetivo 3: Garantir Adesão dos Usuários

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

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

Entre os usuários diabéticos, não houve faltosos no primeiro e no segundo mês de intervenção. Porém, no terceiro mês de intervenção, dois usuários faltaram a consultas. Foi realizada busca ativa e ambos retornaram à unidade para atendimento médico.

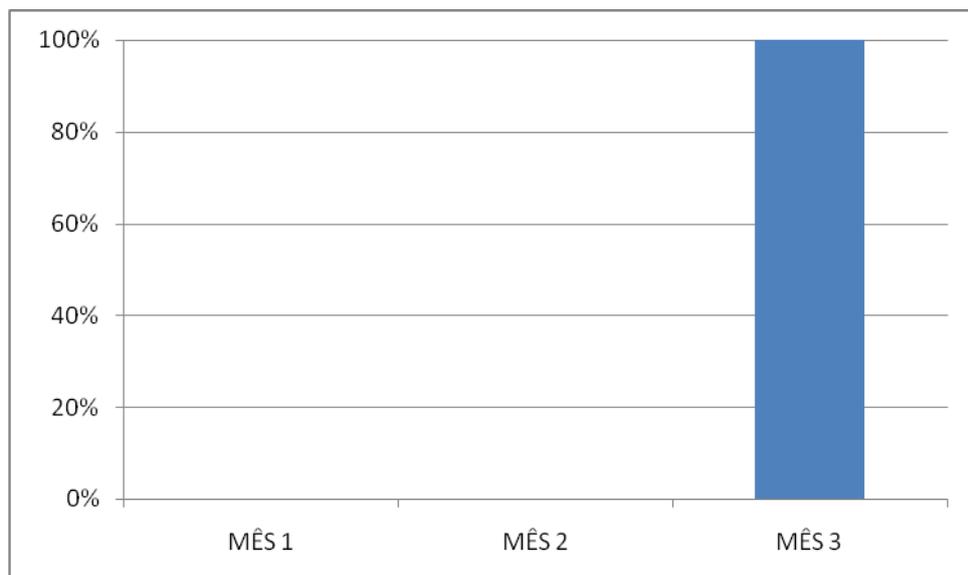


Figura 12: Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.

#### Objetivo 4: Garantir o Registro das Avaliações

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

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

Para registro dos atendimentos, foi utilizado o modelo de ficha-espelho oferecido pelo curso. A Secretaria de Saúde garantiu a impressão da quantidade necessária de fichas. Todos os atendimentos e exames realizados foram registrados nas fichas.

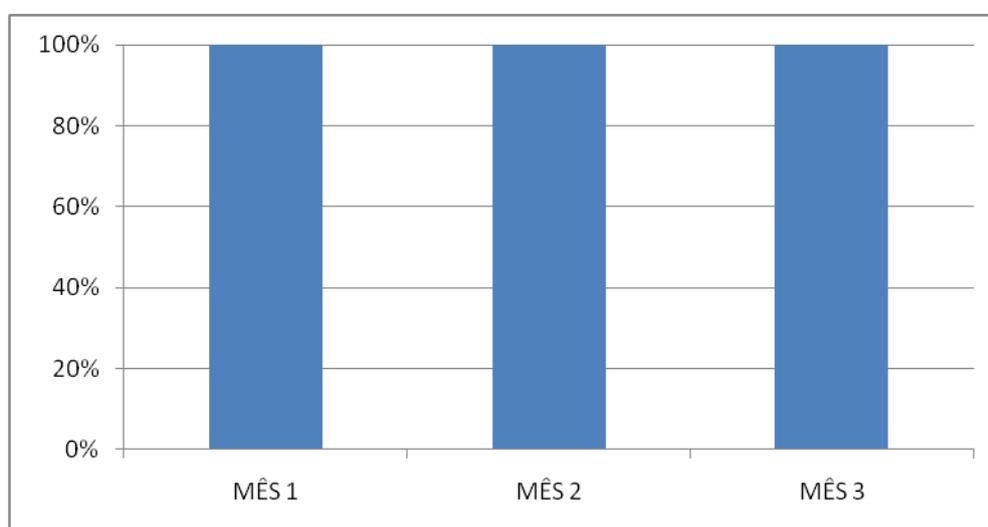


Figura13: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

#### Objetivo 4: Garantir o Registro das Avaliações

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

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

As fichas de acompanhamento de todos os usuários cadastrados foram mantidas com registros atualizados.

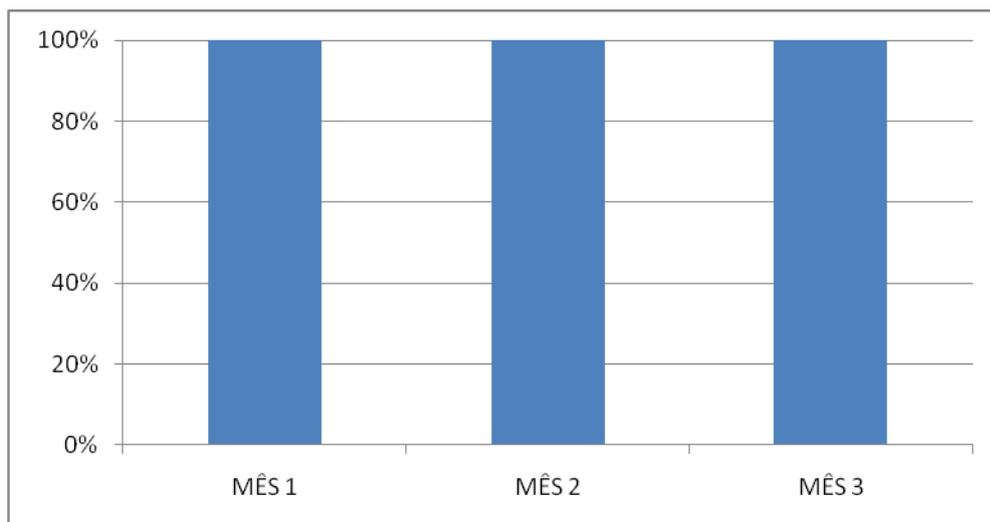


Figura 14: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

### Objetivo 5: Estratificar o Risco Cardiovascular

Meta5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Todos os usuários cadastrados foram avaliados quanto ao risco cardiovascular, durante os atendimentos clínicos. Para avaliação, foi calculado o risco de desenvolver eventos cardiovasculares através do escore de Framingham e da presença de lesões em órgãos alvo.

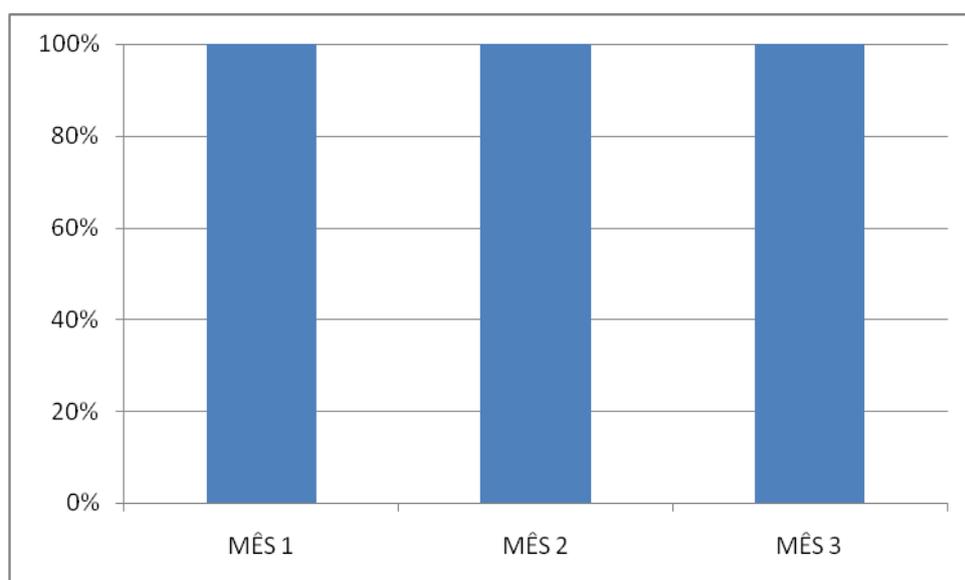


Figura 15: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

### Objetivo 5: Estratificar o Risco Cardiovascular

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

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

Todos os usuários cadastrados foram avaliados quanto ao risco cardiovascular.

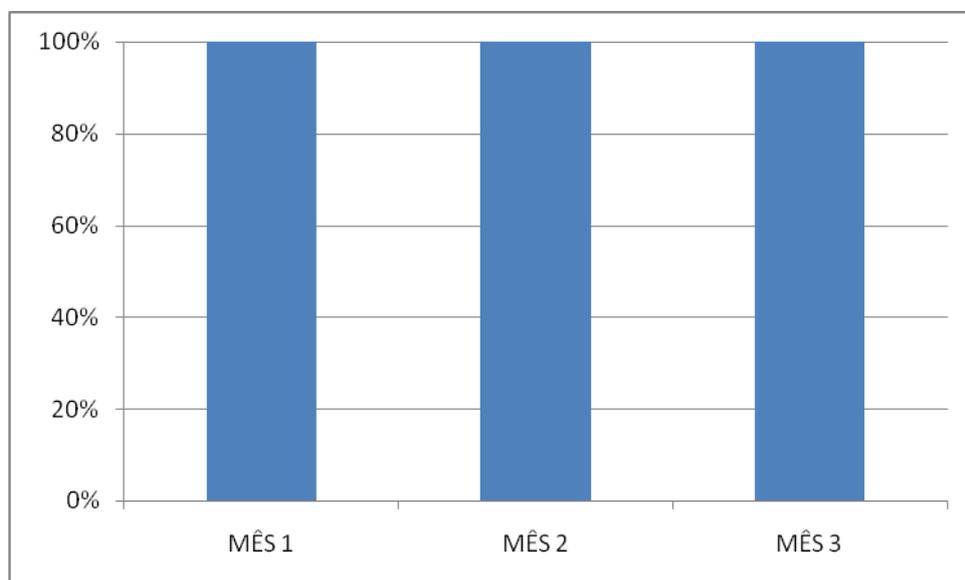


Figura16: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

### Objetivo 6: Promoção de Saúde

Meta6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

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

Durante os atendimentos clínicos, nas visitas, domiciliares, nos grupos de usuários hipertensos e diabéticos e nas reuniões com a comunidade foram transmitidas orientações sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal. Em todas as consultas as orientações foram destacadas, assim todos os cadastrados receberam as informações.

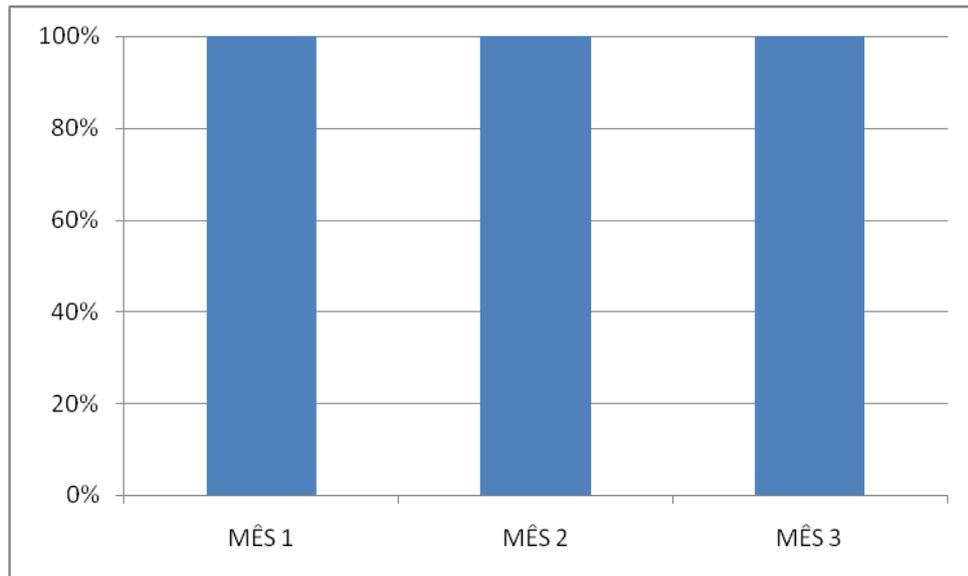


Figura17: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

#### Objetivo 6: Promoção de Saúde

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

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

Todos os usuários cadastrados receberam orientação nutricional.

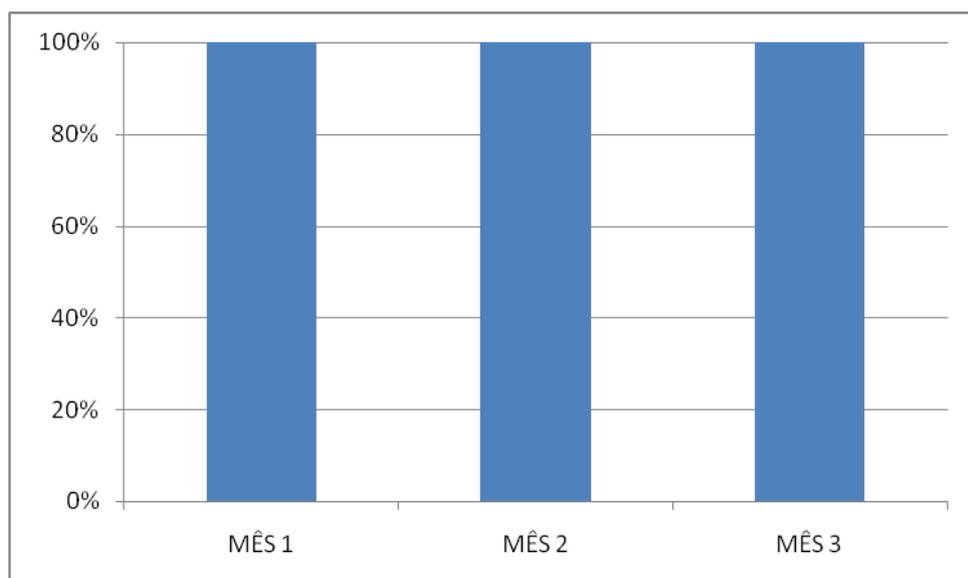


Figura 18: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

#### Objetivo 6: Promoção de Saúde

Meta6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

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

Todos os usuários cadastrados receberam orientação sobre atividade física.

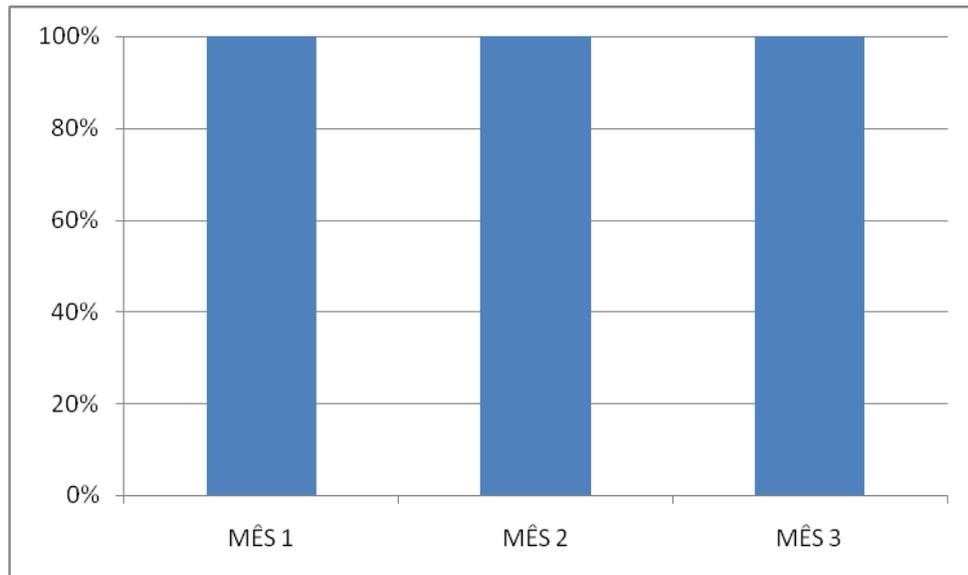


Figura 19: Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

#### Objetivo 6: Promoção de Saúde

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

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

Todos os usuários cadastrados receberam orientação sobre atividade física.

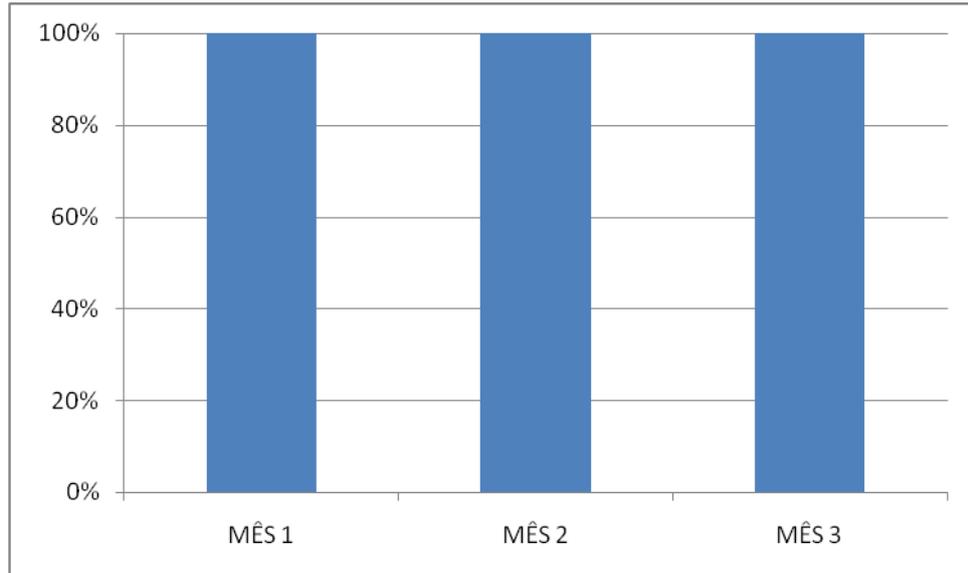


Figura 20: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.

#### Objetivo 6: Promoção de Saúde

Meta6.5. Garantir orientaçõesobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

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

Todos os usuários cadastrados receberam orientação sobre tabagismo.

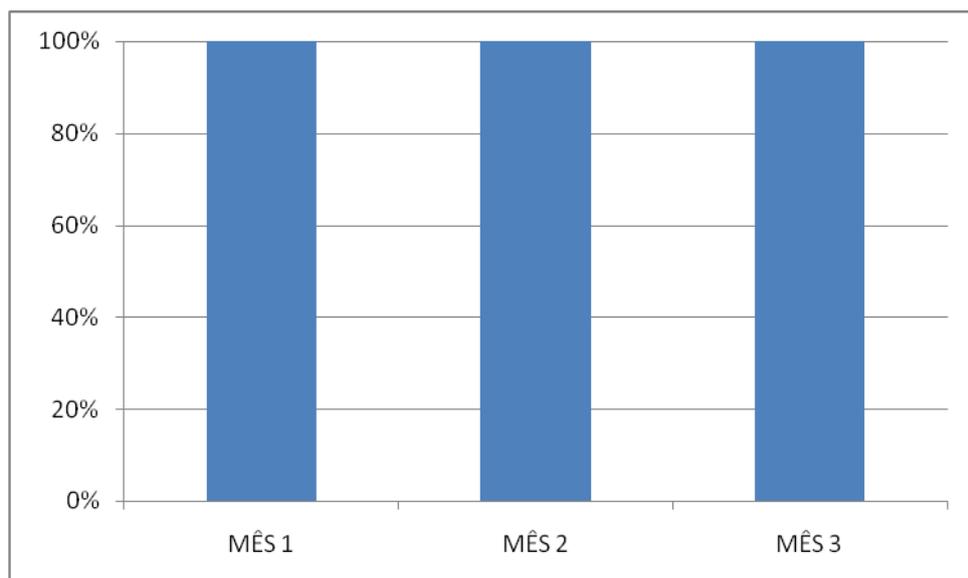


Figura 21: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

#### Objetivo 6: Promoção de Saúde

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

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

Todos os usuários cadastrados receberam orientação sobre tabagismo.

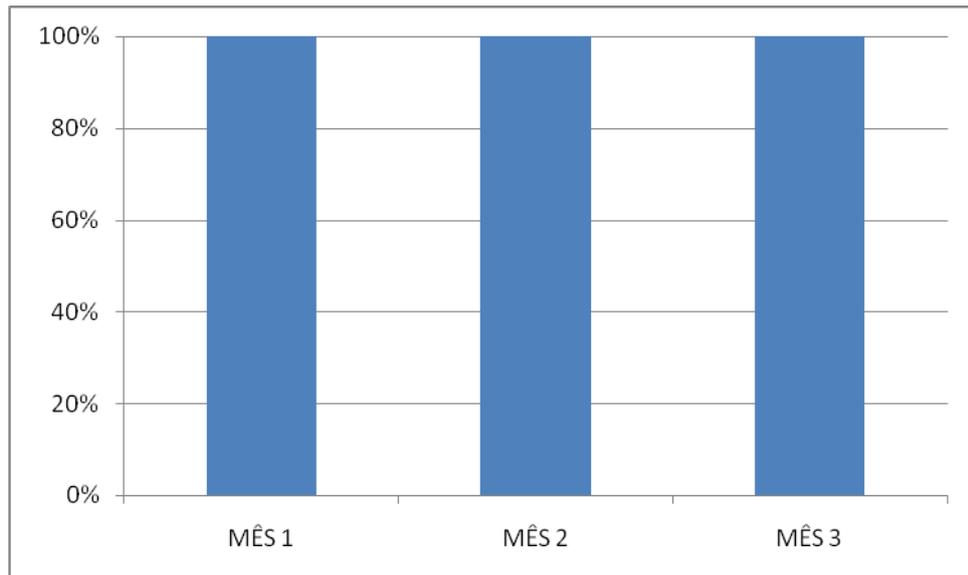


Figura22: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

#### Objetivo 6: Promoção de Saúde

Meta6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

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

Todos os usuários cadastrados receberam orientação sobre higiene bucal.

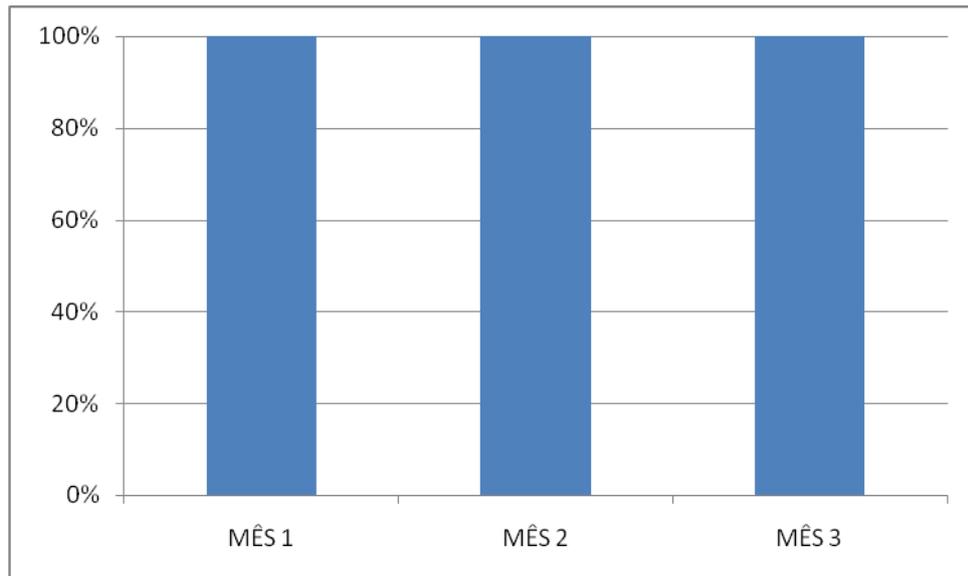


Figura 23: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal

#### Objetivo 6: Promoção de Saúde

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

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

Todos os usuários cadastrados receberam orientação sobre higiene bucal.

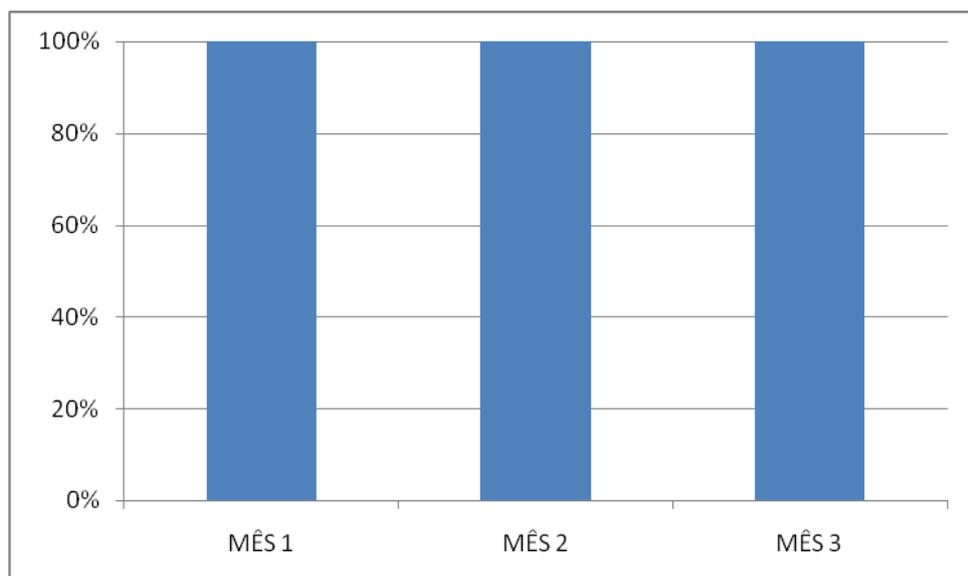


Figura 24: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal

## 4.2 Discussão

A intervenção desenvolvida na Unidade de Saúde da Família São José promoveu ampliação da cobertura da assistência à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos. Além disso, foi alcançada importante melhora na qualidade da atenção à saúde desse grupo de indivíduos, especialmente quanto ao atendimento clínico, estratificação de risco cardiovascular e registros das atividades realizadas.

Para o desenvolvimento das atividades, foi realizada capacitação da equipe de saúde da unidade, seguindo-se os protocolos de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde. Para a execução das ações, desenvolvemos um trabalho multiprofissional integrado, sendo determinada uma atribuição para cada membro da equipe. A equipe de enfermagem ficou responsável pela captação de usuários hipertensos e diabéticos, triagem, com verificação de pressão arterial, peso e altura, e orientações sobre modificações de estilo de vida. Os médicos realizaram as consultas, com anamnese, exame físico completo, estratificação de risco cardiovascular, detecção de lesões em órgãos-alvo, solicitação de exames complementares, orientações de promoção de saúde e instituição de tratamento medicamentoso e não medicamentoso. A equipe de saúde bucal realizou a avaliação odontológica dos usuários cadastrados. A farmacêutica empenhou-se em orientar o uso correto das medicações dispensadas na unidade. Os agentes comunitários de saúde realizaram busca ativa dos usuários, orientações sobre modificações de estilo de vida e suporte aos usuários para realizarem o tratamento. Todos os profissionais de saúde participaram de atividades educativas com a população, durante os grupos de hipertensos e diabéticos e os encontros com a comunidade.

As ações da intervenção promoveram importantes melhorias para o serviço da unidade. Antes da intervenção não havia registros dos usuários hipertensos e diabéticos da área, assim como não havia protocolo de atendimento. Com a intervenção, organizamos os registros, as atividades de cada um dos profissionais da unidade e ainda estamos tentando organizar o agendamento das consultas, para proporcionar assistência à saúde de qualidade a um maior número de pessoas. Ademais, a estratificação do risco cardiovascular dos usuários cadastrados no projeto, permitiu que identificássemos com mais clareza aqueles de maior risco, que necessitam atenção prioritária e busca ativa.

Apesar de todas as ações educativas com a comunidade, ainda há pouca participação dos usuários, o que demonstra que os mesmos ainda não

desenvolveram a percepção da importância da promoção de saúde. Contudo, os indivíduos que participaram do projeto ficaram muito satisfeitos com os atendimentos e com a atenção que receberam. Conseguimos atingir a meta de cobertura e cadastrar grande parte dos usuários, entretanto, ainda há muitos hipertensos e diabéticos que não estão recebendo a devida assistência.

Certamente, há alguns aspectos que poderiam ter sido realizados de maneira diferente e que poderiam ter facilitado a intervenção. O principal deles refere-se à informação à comunidade antes mesmo do início da intervenção, para que pudessemos organizar melhor o agendamento.

A intervenção será incorporada à rotina do serviço. Para que isso seja possível, investiremos em informação à comunidade, para conscientizar os usuários sobre a importância das atividades preventivas. Além disso, será imprescindível a o trabalho integrado entre os profissionais da saúde e a constante revisão sobre os protocolos e atualização a cerca dos procedimentos adequados a serem realizados para a melhora da saúde da população.

Com a experiência que a equipe adquiriu com a intervenção, planejamos organizar os demais serviços da unidade, como foi realizado com os usuários hipertensos e diabéticos. Seguindo essa mudança, já instituímos um grupo de gestantes, o qual a enfermeira da unidade coordena. O próximo passo é organizar agenda de puericultura. Assim, aos poucos vamos ajustando todos os aspectos da atenção básica, unindo a equipe de saúde e a comunidade, a fim de melhorar a qualidade de vida dos usuários.

### **4.3 Relatório da Intervenção para a Comunidade**

Durante os últimos três meses, a equipe de saúde da Equipe de Saúde da Família São José desenvolveu algumas atividades especiais para melhorar a qualidade de saúde dos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). As ações ocorreram na unidade e fora dela, em meio à comunidade.

Esse projeto foi realizado porque HAS e DM são doenças muito frequentes na população e além de serem muito comuns, elas causam grandes prejuízos à saúde. E o mais preocupante é que em geral essas doenças são silenciosas, muitas vezes apenas gerando algum sintoma quando estão em uma fase muito avançada. Quando não tratadas adequadamente essas doenças podem causar infarto do

coração, isquemia do cérebro, problemas nos rins, amputações de membros, problemas de visão e até mesmo levar à morte. Inclusive, é importante destacar que as complicações dessas doenças são a causa mais frequente de óbito no Brasil e no mundo. Por esses motivos, é muito importante a equipe de saúde conhecer esses indivíduos portadores de HAS e/ou DM e cuidar deles, acompanhando-os ao longo do tempo.

Apesar da importância dessas doenças para a atenção básica, quando analisamos os registros da unidade percebemos que não era conhecido o número de pessoas que são portadoras de HAS e DM residentes do município. Por isso, era necessário procurarmos esses indivíduos, tanto os que já estavam em tratamento quanto aqueles que nem sabiam ter esse problema de saúde.

Para isso, mobilizamos toda a equipe de saúde, cada um fazendo a sua parte para conseguirmos encontrar o maior número possível de indivíduos portadores de HAS e DM. Os agentes comunitários de saúde tiveram papel fundamental, pois eles durante as suas visitas domiciliares procuravam quem era portador de HAS e DM e orientavam que essas pessoas fossem fazer uma consulta médica na unidade, além de orientar os usuários sobre cuidados com a saúde. A equipe de enfermagem do também ajudou muito. Quando o usuário chegava à unidade para consulta, elas verificavam quem era hipertenso e/ou diabético, realizavam orientações sobre as doenças e encaminhavam o usuário para consulta médica. Durante os atendimentos médicos também procuramos os usuários que eram hipertensos e/ou diabéticos, conversamos sobre as doenças e explicamos a importância de conhecer esses problemas de saúde e suas complicações.

As atividades não ocorreram apenas na unidade de saúde. Como a comunidade bem sabe, houve encontros com o grupo de usuários hipertensos e diabéticos e também encontros com a comunidade, que foram realizados em várias localidades do interior do município. Em todos esses encontros, conversas e atendimentos, buscamos orientar a população sobre a importância de conhecer essas doenças, de como fazer para preveni-las, de como é importante descobrir quem tem a doença, como deve ser o tratamento, o acompanhamento com exame médico, exames de sangue e eletrocardiograma e quais complicações podem ocorrer.

Todos os usuários atendidos durante esses três meses que eram portadores de HAS e/ou DM foram cadastrados em fichas individuais para o acompanhamento.

Nessas fichas foram anotados dados sobre o usuário, sobre sua doença, quais medicamentos está usando, quando foram os últimos exames de rotina realizados, se há complicações da doença e qual o risco de haver complicações. É muito importante esse registro, pois permite que os profissionais de saúde ajudem o usuário a manter o acompanhamento em dia com o recomendado. Assim, quando alguém não está indo nas consultas, não está fazendo o tratamento recomendado ou os exames necessários, podemos procurar essa pessoa para verificar quais os motivos de a pessoa não estar seguindo as recomendações. Dessa maneira, podemos conversar com as pessoas e esclarecer porque é importante esse acompanhamento.

Conseguimos cadastrar nesse projeto 203 hipertensos e 37 diabéticos, o que corresponde a cerca de metade dos portadores dessas doenças que residem no município. Todos os usuários cadastrados receberam orientações sobre modificações de estilo de vida, como alimentação saudável, prática regular de exercícios físicos e riscos de fumar. Essas pessoas também realizaram exame clínico adequado, exames complementares, receberam medicações da Farmácia Popular e avaliação de saúde bucal. Além disso, todas as atividades realizadas foram anotadas nas fichas de acompanhamento, e quando os usuários faltavam às consultas eles eram buscados pela equipe.

A equipe ficou muito satisfeita com os resultados alcançados e pretendemos continuar realizando essas atividades para melhorar a saúde de mais pessoas. Esperamos que ao longo dos próximos meses os usuários que não foram cadastrados na intervenção também recebam as avaliações necessárias conforme suas doenças. Assim, desejamos que todos os residentes do município de Ivorá portadores de HAS e/ou DM sejam esclarecidos sobre as suas doenças e tenham um acompanhamento adequado. Dessa forma, será possível melhorar a qualidade de vida da comunidade e reduzir as mortes decorrentes das complicações dessas doenças.

#### **4.4 Relatório da Intervenção para os Gestores Municipais**

À Secretaria Municipal de Saúde de Ivorá

Em virtude da alta prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) e das altas taxas de morbimortalidade resultantes dessas patologias, torna-se imprescindível para um serviço de atenção primária qualificado possuir uma estratégia eficaz de monitoramento dos usuários portadores dessas doenças. Entretanto, analisando os registros da unidade a equipe verificou que não havia dados consistentes a respeito da cobertura a esses usuários, assim como não havia protocolos guiando o acompanhamento adequado dessas patologias. Assim, tornou-se necessário realizar uma intervenção a fim de melhorar a qualidade da assistência à saúde dos portadores de HAS e/ou DM.

Conforme previamente combinado com os senhores, nos meses de setembro, outubro e novembro deste ano, foram realizadas ações visando o aumento da cobertura e melhora da qualidade do serviço prestado aos usuários hipertensos e diabéticos residentes no município. Neste relatório, serão apresentados os resultados da intervenção “Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários Hipertensos e Diabéticos da Estratégia da Saúde da Família São José do Município de Ivorá/RS”.

Desde o planejamento das atividades da intervenção tivemos o apoio da Secretária Municipal de Saúde. Dessa forma foi possível a disponibilidade das fichas-espelho para o registro individual dos usuários cadastrados, impressas em número suficiente e alta qualidade. Estas fichas permitiram o registro adequado de todas as ações desenvolvidas durante a intervenção e permanecerão na UBS para o monitoramento e continuidade das avaliações recomendadas para cada usuário.

A utilização das fichas-espelho foi uma das grandes melhorias da atenção aos usuários, pois assim é possível o registro adequado dos exames clínicos, das medicações em uso, das complicações das patologias que cada indivíduo apresenta e da avaliação do risco de desenvolver eventos cardiovasculares, os quais têm alto potencial de óbito. Ademais, também são registrados os exames complementares realizados, o que evita a solicitação de exames desnecessários e otimiza a utilização dos recursos.

Além das fichas-espelho, a gestão garantiu a impressão dos Protocolos de HAS e DM, criados pelo Ministério da Saúde. Esse material foi utilizado para o treinamento da equipe para a intervenção, realizado através de reuniões de estudo com todos os profissionais da equipe, o que é fundamental para o trabalho de alta qualidade. Conforme combinado com a gestora, os protocolos permanecerão na

unidade, servindo de guia para as atividades que continuarão sendo desenvolvidas e para resolução de dúvidas dos profissionais que surgirem eventualmente.

A gestão também participou ativamente dos encontros de educação em saúde com a comunidade, tanto no planejamento das atividades quanto na sua execução. Certamente essas reuniões foram produtivas no sentido de engajar os profissionais de saúde, a gestão e a comunidade, para que em conjunto possamos desenvolver um serviço mais qualificado.

Durante os três meses de intervenção foram cadastrados 203 usuários hipertensos e 37 diabéticos, totalizando 207 usuários. Esses números correspondem a 61,9% dos hipertensos e 45,7% dos diabéticos residentes no município, como mostram os gráficos a seguir.

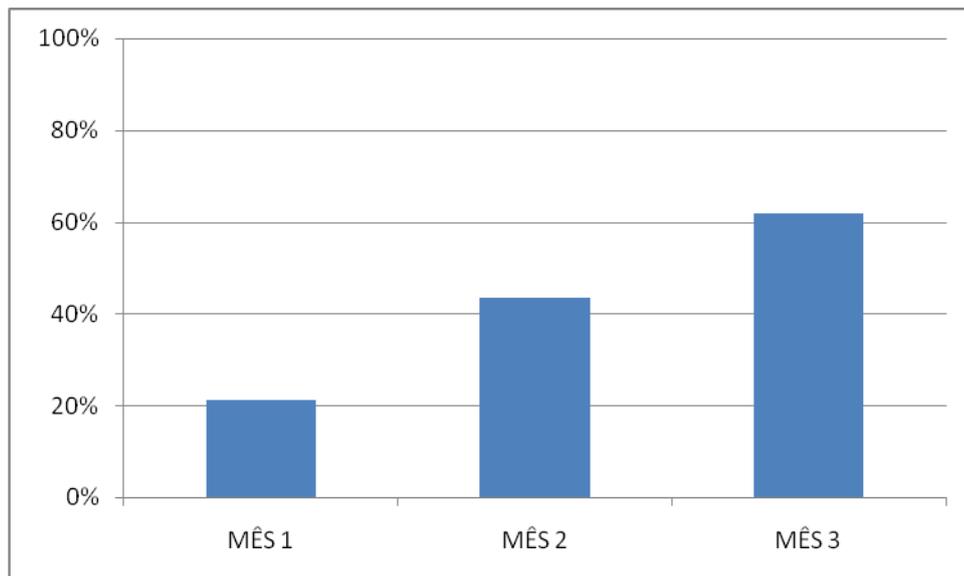


Figura 25: Cobertura do programa de atenção ao hipertensão na unidade de saúde

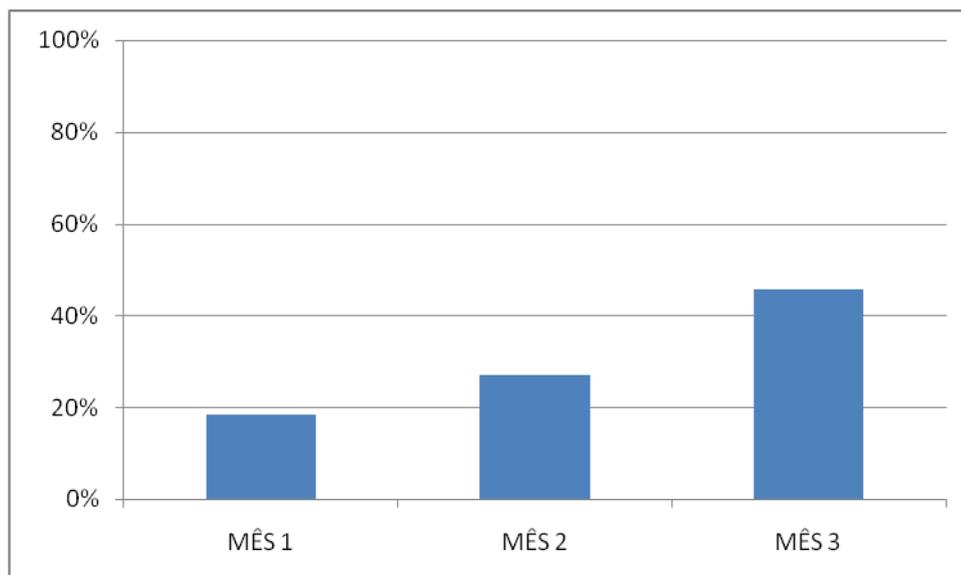


Figura 26: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde

Todos os indivíduos cadastrados receberam orientações sobre modificações de estilo de vida, como alimentação saudável, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo, exame clínico, exames complementares conforme os protocolos, medicamentos fornecidos pela Farmácia Popular, avaliação de saúde bucal e estratificação do risco cardiovascular. Com a avaliação do risco individual, podemos dedicar maior atenção aos usuários de alto risco de apresentar eventos cardiovasculares como Infarto Agudo do Miocárdio e Acidente Vascular Cerebral, que são os responsáveis pelo maior número de óbitos no Brasil e no mundo. Assim, atingimos a meta de 100% de qualidade nos indicadores avaliados.

A equipe da ESF São José está muito satisfeita com os resultados alcançados com a intervenção, e isso só foi possível graças à constante parceria da gestão. Pretendemos continuar desenvolvendo essas atividades e tenho certeza que a união da equipe com a gestão tende a intensificar-se cada vez mais. Dessa forma, com engajamento entre profissionais da saúde, gestão e comunidade, torna-se possível a prestação de um serviço de excelência para os usuários, melhorando a qualidade de vida.

## 5. Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Ao chegar à reta final do Curso de Especialização em Saúde da Família da UFPel, é o momento de refletir sobre esse ano de estudos e trabalho. Previamente

ao início do curso, eu esperava que ao longo desse ano fosse realizado um trabalho de melhoria à atenção aos usuários na unidade de saúde de atuação. Entretanto, agora percebo que o curso proporcionou muito mais que o esperado. Além das inúmeras melhorias ao serviço de saúde, adquiri com o curso um grande conhecimento sobre saúde coletiva, sobre temas da área clínica e uma interessante experiência de trabalho com a comunidade.

A metodologia do curso, com o fornecimento de material para estudo e posteriormente realização de tarefas para avaliação foi uma ótima maneira de aprender, pois foi necessário estudar e refletir muito sobre determinado assunto para escrever as tarefas. Além disso, ao longo do curso fomos estudando todos os aspectos da unidade, desde estrutura física, funcionamento da atenção básica, temas da prática clínica, engajamento com a comunidade, entre outros.

Outro aspecto muito interessante é estudar os materiais preconizados pelo Ministério da Saúde e compará-los ao que ocorre na prática da unidade. Assim, o estudo fica menos cansativo e mais real, permitindo que sejam observados aspectos que até então passavam despercebidos no dia-a-dia dos atendimentos na unidade. Após os materiais estudados, a intervenção foi um desafio para colocar em prática o que aprendemos. Foi importante para vermos como tudo funciona na realidade, que infelizmente não ocorre como gostaríamos, e que a equipe precisa empenhar-se muito para desenvolver as atividades. Essa combinação de teoria e prática proporcionou que eu adquirisse conhecimento e ao mesmo tempo experiência, sendo uma maneira incrível de melhorar a qualificação profissional.

Dentre tantos aprendizados durante o curso, alguns foram marcantes e serão importantes para toda a minha vida profissional. Entre os mais relevantes destaca-se o trabalho em equipe, que foi necessário para que a intervenção ocorresse adequadamente e melhorou o engajamento entre os profissionais. A experiência de trabalhar em conjunto me fez perceber a importância da equipe multidisciplinar, cada um com sua atribuição, para que as atividades fossem realizadas com sucesso.

Outro aprendizado que considero relevante foram os encontros com a comunidade. Essas atividades foram oportunidades para avaliar o serviço de saúde com outra visão, através dos relatos dos usuários. Assim, conseguimos aproximar a

comunidade dos profissionais, melhorar o vínculo com os usuários, e desenvolver ações para qualificar a atenção à saúde da população.

Portanto, considero que o curso de especialização juntamente com a prática clínica na unidade de saúde da família proporcionaram experiências únicas em minha vida, que contribuíram para meu crescimento profissional e pessoal. A principal mensagem que vou guardar dessa experiência é que apesar das dificuldades que enfrentamos na prática clínica diária, é possível realizarmos grandes mudanças se houver união e interesse dos profissionais, da gestão e dos usuários.

## **6. Bibliografia**

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica: Diabetes Mellitus. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica: Hipertensão Arterial Sistêmica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde. 2008.

**ANEXOS**





**ANEXO B**

## Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



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



**APÉNDICE**

## APÊNDICE A

### Fotos da intervenção



Grupo de HAS e DM.



Grupo de HAS e DM.



Grupo de HAS e DM.



Grupo de HAS e DM.



Grupo de HAS e DM.



Grupo de HAS e DM.



Grupo de HAS e DM.



Grupo de HAS e DM.



Grupo de HAS e DM.



Grupo de HAS e DM.



Grupo de HAS e DM.



Reunião da equipe da ESF.



Reunião com a comunidade da Linha Simonetti.



Reunião com a comunidade da Linha Simonetti.



Reunião com a comunidade do Cafundó.



Reunião com a comunidade do Cafundó.



Reunião com a comunidade Colônia Pereira de Souza.

