

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS**  
**Departamento de Medicina Social**  
**Especialização em Saúde da Família**  
**Turma 6**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção à saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos da  
Unidade Básica de Saúde da Família Matadouro em Piripiri/PI**

**Bianca Costa Martins de Sousa Tourinho**

**Pelotas, 2015**

**Bianca Costa Martins de Sousa Tourinho**

**Melhoria da atenção à saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos na  
Unidade Básica de Saúde da Família Matadouro em Piriá\PI**

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

**Orientador: Aline Basso da Silva**

**Pelotas, 2015**

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas  
Catalogação na Publicação

T727m Tourinho, Bianca Costa Martins de Sousa

Melhoria da atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos em Unidade Básica de Saúde da Família em Piripiri, PI / Bianca Costa Martins de Sousa Tourinho ; Aline Basso da Silva, orientadora. — Pelotas, 2015.

110 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 básica à saúde. 3. Estudos de intervenção. 4. Doenças crônicas. I. Silva, Aline Basso da, orient. II. Título.

CDD : 362.14

**Dedico este trabalho a minha família, a toda equipe de trabalho da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) e a comunidade dos Bairros Matadouro e Floresta que com seu auxílio e colaboração tornaram esse trabalho de intervenção possível.**

## **Agradecimentos**

Ao meu marido, grande incentivador para que eu não desistisse dos meus sonhos e projetos.

Aos meus pais pela ajuda e estímulo frequentes.

À minha família, pelo incentivo e auxílio.

À Orientadora Aline Basso (UFPEL) e o supervisor Prof. Dr. Francisco Teixeira (UFPI), pela dedicação, atenção e paciência.

A toda a equipe da especialização em saúde da família da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), que m trabalho de intervenção com níveis de excelência através da criação de instrumentos de pesquisa e coleta de dados necessários para a realização deste trabalho.

A todos os funcionários da UBS Matadouro, que participaram ativamente das ações nos motivando diariamente a executar um trabalho melhor e sem os quais a realização da intervenção não teria sido possível.

Aos pacientes pela compreensão e auxílio.

E a Deus, por ter me guiado e fortalecido frente aos desafios durante todo esse trabalho de intervenção.

Obrigada.

## Resumo

TOURINHO, Bianca Costa Martins de Sousa. **Melhoria da atenção à saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos na Unidade Básica de Saúde da Família Matadouro em Piripiri/PI.** 2015. 84f. Trabalho de Conclusão de Curso – Especialização em Saúde da Família. Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

No Brasil, as doenças cardiovasculares representam importante problema de saúde pública uma vez que é a primeira causa de morte no país. A Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus se apresentam como os mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Nesse contexto, a Estratégia de Saúde da Família apresenta-se como elemento-chave no desenvolvimento de ações para o controle da hipertensão e diabetes, uma vez que, conta com equipe multidisciplinar que atua na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos através do estabelecimento de vínculos de compromisso e de corresponsabilidade com a comunidade. O objetivo do trabalho é promover a melhoria da atenção à saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF)-Matadouro no município de Piripiri/PI. O presente trabalho é uma intervenção realizada com usuários hipertensos e/ou diabéticos no período de outubro a dezembro de 2014, expostos a ações nos eixos organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica. Participaram da pesquisa 242 hipertensos e 69 diabéticos. O registro dos dados foi realizado pelos profissionais que integravam a equipe de saúde da Família. As ações realizadas incluíram a realização de atividades educativas e capacitações da equipe multidisciplinar da ESF. Ao final da intervenção alcançamos um percentual de cobertura de 92,6% de hipertensos e 94,2% de diabéticos. Dos pacientes assistidos 100% receberam orientações sobre alimentação saudável, atividade física regular e riscos do tabagismo, 80% apresentava exames clínicos em dia e 90% apresentava registro de acompanhamento adequado, bem como, fazia uso de remédios da farmácia popular. A ação teve impacto importante na melhoria da atenção à hipertensos e/ou diabéticos. Espera-se, no entanto, que a gestão central apoie e fortaleça este tipo de oportunidade para que os demais profissionais e a comunidade se apropriem da proposta, contribuindo assim com sua continuidade e aperfeiçoamento da ação.

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

## Lista de Figuras

Figura 1	Mutirão de captação de usuários faltosos em Piripiri (PI), 2014.	54
Figura 2	Palestras de Promoção à Saúde sobre alimentação saudável, atividade física e higiene bucal em Piripiri (PI), 2014.	54
Figura 3	Orientações sobre alimentação saudável em Piripiri (PI), 2014.	55
Figura 4	Promoção de Atividade Física e captação de usuários em Piripiri (PI), 2014.	55
Figura 5	Evolução mensal do indicador da Cobertura do programa de atenção ao hipertenso em unidade de saúde da família em Piripiri (PI).	60
Figura 6	Evolução mensal do indicador proporção da Cobertura do programa de atenção ao diabético em unidade de saúde da Família em Piripiri (PI).	60
Figura 7	Evolução mensal do indicador Proporção de Hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo em unidade de saúde da família em Piripiri (PI).	61
Figura 8	Evolução mensal do indicador proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo em Unidade de Saúde da Família em Piripiri (PI).	62
Figura 9	Evolução mensal do indicador proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo em Unidade de Saúde da Família em Piripiri (PI).	62
Figura 10	Evolução mensal do indicador proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo em Unidade de Saúde da Família em Piripiri (PI).	63
Figura 11	Evolução mensal do indicador proporção de	64

	hipertensos com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular em Unidade de Saúde da Família em Piripiri (PI).	
Figura 12	Evolução mensal do indicador proporção de diabéticos com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular em Unidade de Saúde da Família em Piripiri (PI).	64
Figura 13	Evolução mensal do indicador proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico em uma Unidade de Saúde da Família em Piripiri (PI).	65
Figura 14	Evolução mensal do indicador proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico em uma Unidade de Saúde da Família em Piripiri (PI).	66
Figura 15	Evolução mensal do indicador proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento em Unidade de Saúde da Família em Piripiri (PI).	67
Figura 16	Evolução mensal do indicador proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento em Unidade de Saúde da Família em Piripiri (PI).	68
Figura 17	Evolução mensal do indicador proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal em Unidade de Saúde de Piripiri (PI).	70
Figura 18	Evolução mensal do indicador proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal em Unidade de Saúde de Piripiri (PI).	70



## **Listas de Siglas e Abreviaturas**

ACS – Agente Comunitário de Saúde  
CA - Câncer  
DCNT – Doenças Crônicas não Transmissíveis  
DM – Diabetes Mellitus  
DSTS – Doenças Sexualmente Transmissíveis  
ESF – Equipe de Saúde da Família  
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica  
IMC – Índice de Massa Corpórea  
MS – Ministério da Saúde  
NASF - Núcleo de Atenção Social a Família  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PSF – Programa de Saúde da Família  
RNM – Ressonância Nuclear Magnética  
SAMU – Socorro de Atendimento Móvel de Urgência  
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TC – Tomografia Computadorizada  
UBS - Unidade Básica de Saúde  
UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família  
US - Ultrassonografia  
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

## Sumário

1. Relatório da Análise Situacional	11
1.1 Texto Inicial sobre a situação da ESFAPS	11
1.2 Relatório da Análise Situacional	12
1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	23
2. Análise Estratégica – Projeto de Intervenção	25
2.1 Tema	25
2.2 Justificativa	25
2.3 Objetivos	26
2.3.1 Objetivos Gerais	26
2.3.2 Objetivos Específicos	26
2.4 Metas	27
2.5 Metodologia	29
2.5.1 Detalhamento de Ações	29
2.5.2 Indicadores	37
2,5. 3 Logística	42
2.5.4 Cronograma da Intervenção	45
3. Relatório de Intervenção	47
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	48
3.2 Ações previstas e não realizadas ou parcialmente realizadas	52
3.3 Dificuldades na coleta e sistematização de dados	57
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina dos serviços	57
4. Avaliação da intervenção	59
4.1 Resultados	59
4.2 Discussão	70
4.3 Relatório da Intervenção para os gestores	73
4,4. Relatório da Intervenção para comunidade	74
5. Reflexão Crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	77
6. Referências Bibliográficas	79
Anexos	

## **Apresentação**

O presente volume versa sobre o trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas. O trabalho foi composto por um trabalho de intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde de hipertensos e/ou diabéticos da Unidade de Saúde do Matadouro do município de Piripiri (PI). O volume está organizado em cinco unidades de trabalho que se apresentam de forma sequenciada e interligada. A primeira etapa foi o momento em que foi realizada a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso através da qual ocorreu avaliação da situação da equipe de saúde da Família em que ocorreria a intervenção. Na segunda parte realizou-se a análise estratégica da intervenção momento em que construímos o projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2. A terceira parte expõe o relatório de intervenção elaborado durante as 12 semanas de intervenção durante a unidade 3 do curso de especialização em Saúde da família. Na quarta unidade realizamos a avaliação dos resultados da intervenção realizada com os gráficos relativos aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4. Concluindo o volume, colocamos os anexos e apêndices utilizados durante a realização do trabalho exposto. O curso teve seu início no mês de março de 2014 e seu término em fevereiro de 2015, momento em que houve a entrega do volume final do trabalho de conclusão do curso aqui exposto.

## **1. Análise Situacional**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS no serviço**

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. A consolidação desse processo depende da crescente parceria estabelecida entre os três níveis de governo e a sociedade. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada e atuam realizando ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, bem como, na manutenção da saúde desta comunidade.

Sou médica pelo PROVAB, na ESF 13- Matadouro, no município de Piripiri, Estado do Piauí. A equipe da qual faço parte é composta, por 06 agentes comunitários de saúde (ACS), uma auxiliar de consultório dentário, 02 auxiliares de enfermagem, uma dentista, uma enfermeira e uma médica.

A equipe se responsabiliza, segundo informações colhidas com os membros da equipe, pelo acompanhamento de 2.698 mil habitantes (812 famílias) e estas são corresponsáveis no cuidado à saúde. Atualmente prestamos assistência a 269 hipertensos, 86 diabéticos, 55 crianças menores de 2 anos, 31 acamados e 17 gestantes. A atuação da equipe ocorre principalmente na unidade básica de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se: como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco em que a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde.

A Unidade de Saúde na qual trabalho apresenta boas condições físicas. Nela há sala de vacinas, sala de curativos e procedimentos, e salas com banheiros individualizadas para o médico, enfermeira e dentista, uma antessala que serve de recepção, e uma cozinha. O funcionamento nos próximos meses ocorrerá em lugar não comunicado, uma vez que a Unidade de Saúde foi contemplada com uma reforma pela gestão municipal não tendo sido informado ainda onde ocorrerão os atendimentos.

A equipe pra mim foi uma grata surpresa. Todos são disponíveis e atuantes nas suas respectivas áreas de atuação. As agentes de saúde atuam verdadeiramente como elo entre a equipe e a comunidade e são extremamente envolvidas com a comunidade o que facilita sobremaneira o trabalho da equipe multiprofissional.

Quanto aos entraves são os mesmos da maioria dos postos: falta de medicações; de equipamentos, de materiais de trabalho e dificuldade de agendamento de exames (Há usuários esperando por exames a mais de seis meses sem perspectivas de marcação) bem como, dificuldades de encaminhamento a algumas sub-especialidades quando necessário. Outro problema a ser solucionado é a da carga horária da enfermeira da Unidade de Saúde (que cumpre a carga horária de vinte horas) que está atualmente substituindo a funcionária efetiva.

Estamos cientes da importância da equipe no cenário social que está inserido, uma vez que, esta representa o primeiro contato da população com o serviço de saúde do município, serviço este, responsável por assegurar a referência e contra-referência para os diferentes níveis do sistema, desde que identificada a necessidade de maior complexidade tecnológica para a resolução dos problemas identificados. Na minha percepção, apesar das limitações estruturais, dificuldades de referência, contra-referência e agendamento de exames a equipe de saúde da família (ESF 13) – Matadouro têm tido êxito no estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. Faz-se necessário, no entanto, uma melhor articulação entre gestores, profissionais e usuários no fortalecimento e construção de um atendimento de melhor qualidade.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

A Unidade de Saúde em que trabalho está localizada no município de Piripiri, quarta cidade do Estado em população, localizado no norte do estado do Piauí, nas regiões dos cocais. É uma cidade de cerca de 60 mil habitantes, com bom nível de desenvolvimento e população eminentemente urbana.

A cidade possui um hospital regional de grande porte, que é composto de pronto socorro, maternidade, UTI, centro cirúrgico. No centro cirúrgico são realizadas cirurgias gerais, ortopédicas, urológicas, obstétricas. Este hospital é responsável pelo atendimento de toda a região dos cocais, e é o único da cidade, não possuindo nenhum hospital privado.

Possui SAMU, centro de referência para especialidades (cardiologia, urologia, cirurgia, dermatologia, neurologia, geriatria, psiquiatria, ortopedia), centro de especialidades odontológicas e NASF. Tem uma boa retaguarda quanto a exames laboratoriais, endoscopia, raios-X, mamografia e US. A cidade possui ainda, um aparelho de TC que atende apenas particular, e não possui nenhum aparelho de RNM.

A cidade possui 24 PSFs, a Unidade de Saúde da qual faço parte está localizada no Bairro Matadouro, zona urbana da cidade, próximo ao centro. A ESF Matadouro é composta por 6 agentes comunitários de saúde, 01 auxiliar de dentista, 2 auxiliares de enfermagem, 01 dentista, 01 enfermeira e 01 médica atendendo uma população de cerca de 2.519 pessoas, 242 hipertensos e 69 diabéticos.

Segundo Siqueira, no Brasil, 23,1% da população apresenta algum grau de restrição de mobilidade e independência. A não adaptação dos espaços públicos e das edificações impedem essas pessoas com restrição de mobilidade de deslocar livremente o que gera um obstáculo ao exercício pleno da cidadania. Esta dificuldade também é experimentada no âmbito da saúde quando os espaços destinados aos cuidados à saúde não são adaptados às necessidades dos usuários.

A presença de escadas, degraus altos, banheiros não adaptados, transporte público inadequado, buracos nas vias públicas são alguns dos exemplos de barreiras arquitetônicas.

No caso das unidades básicas de saúde (UBS), muitas são as dificuldades institucionais em dispor de estruturas adequadas. Uma das dificuldades mais prevalentes citadas é a utilização de edificações adaptadas.

A Unidade de Saúde Matadouro, assim como uma grande parte das Unidades de Saúde do país apresenta condições inadequadas para o acesso de idosos e

portadores de deficiências, tais como: a presença de degraus, a falta de corrimãos, rampas, banheiros adaptados para cadeirantes e salas de espera inadequadas às necessidades. Tudo isso, dificulta sobremaneira o acesso da população ao serviço de saúde.

Neste sentido, podemos colaborar auxiliando na identificação das adaptações necessárias na Unidade de Saúde que garantam a acessibilidade livre e autonomia a essa parcela da população assistida.

De acordo com o manual sobre estrutura do Ministério da Saúde, a unidade em que trabalho está distante do idealizado. Atualmente está em processo de reformulação (reforma), mas a gestão não discutiu conosco as reformulações que pretende fazer.

A estrutura é inadequada de acordo com o preconizado pelo manual, não temos sala de espera, sala de reuniões, sala de ACS, farmácia, sala específica para nebulização, a estrutura não é adaptada para acesso de usuários com limitação de movimento ou qualquer deficiência física, não há sinalizações adequadas nem abrigo de resíduos sólidos estando, portanto, inadequadas para realização de um atendimento de qualidade a população.

Há falta de equipamentos e instrumentais básicos ao desempenho das atividades, necessárias à resolutividade dos problemas de saúde da comunidade. Os equipamentos de informação e comunicação inexistem. Outro ponto observado é a subutilização dos equipamentos de informática uma vez que não são utilizados para acesso a bibliografias, discussão de casos, monitoração e registro de ações, prescrição de medicamentos, na recepção e nem para o registro de atendimentos.

Observa-se, ainda, efetividade nas ações vacinais e deficiência na disponibilidade de testes diagnósticos, dificuldade de acesso ou não disponibilização de remédios de uso contínuo, demora na realização e indisponibilidade de exames, inacessibilidade a referência para atenção especializada e atendimento insatisfatório realizado nos serviços de pronto atendimento do município.

Fazendo uma reflexão crítica sobre as necessidades e limitações observadas pode-se constatar que se faz necessário uma melhor parceria da gestão a fim de viabilizar o fornecimento, a reposição e manutenção de equipamentos, instrumentos, mobiliários, bem como, de medicamentos, exames e acesso a atendimento especializado a fim de que os problemas da população possam ter uma maior resolutividade e rapidez no diagnóstico e tratamento a nível de atenção básica.

No entanto, apesar das limitações encontradas vejo a realização de atividades educativas como palestras e dinâmicas de grupo, sobre saúde bucal, higiene, alimentação saudável, sexualidade, prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis - DSTS, acompanhamento da bolsa família, promoção de atividades físicas, bem como, atividades de lazer (entre outros serviços) como uma alternativa para enfrentamento destas questões, uma vez que através dessas ações se promove um envolvimento mais efetivo entre a comunidade como um todo e a Unidade de Saúde. Essas atividades podem e devem ser realizados envolvendo em especial as escolas, os pais, alunos, professores, a comunidade como um todo, a ESF, e equipes multidisciplinares que promovam a disseminação de conhecimentos e informações sobre as questões mais importantes para a comunidade estimulando ações proativas dos usuários esclarecendo sempre sobre os direitos e deveres dos mesmos.

Outro ponto importante é o engajamento da equipe no auxílio da resolução dos problemas da comunidade o que minimiza os problemas gerados pelas limitações existentes. O grande ponto positivo que vejo na ESF- matadouro é a união da equipe, o que facilita a boa comunicação e gera uma melhor resolutividade.

Observei ao longo das tarefas da especialização que podem ser feito alguns protocolos para organizar o atendimento, bem como a realização de fichas específicas para o grupo dos idosos, que ajudaria a controlar as suas consultas, pois hoje em dia se observa uma assiduidade boa dos idosos que já fazem acompanhamento, mas a porcentagem ainda é pequena sobre a população total. Dessa forma temos que melhorar a busca ativa não só dos idosos, mas como de outros grupos e fazer palestras para tentar explicar a importância do atendimento desses grupos.

Frequentemente encontramos problemas eventuais para conciliar a demanda espontânea com a marcação agendada, pois quando se opta pela a consulta agendada os pacientes que chegam para demanda espontânea ficam contrariados em não serem atendidos. Para resolver o problema, hoje estamos deixando sempre cinco vagas de atendimento para a demanda espontânea, dessa forma garantimos a marcação agendada e não deixamos de atender a demanda espontânea.

A taxa de mortalidade infantil caiu muito nas últimas décadas no Brasil e parte desse sucesso deve-se a ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família.



No entanto, muito ainda temos a melhorar uma vez que os índices de cobertura ainda apresentam-se muito aquém do esperado.

Em relação à saúde da criança constatou-se através das atividades propostas que a falta e inadequação dos registros realizados dificultaram análise situacional do Pré-natal e Puerpério, tendo sido necessário a ajuda e discussão com a ESF. Os dados estão defasados porque o número de gestantes esperado para a área populacional corresponde a um valor bem maior do que realmente tem na região o que dificulta a análise.

Olhando a parte de Saúde da Criança do Caderno de Ações Programáticas podemos avaliar que a cobertura perfaz um total de 51%, percentual longe do ideal. Quanto aos indicadores de qualidade podemos observar percentuais abaixo do esperado nas questões relacionadas às consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da saúde (75%), o atraso da consulta agendada em mais de sete dias, a triagem auditiva (0%). O resto dos indicadores de qualidade tiveram excelentes percentuais (teste do pezinho até sete dias, primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida, monitoramento do crescimento na última consulta, vacinas em dia, avaliação de saúde bucal, orientação do aleitamento).

No que tange aos aspectos do processo de trabalho estamos reforçando a orientação das mães e das famílias para a necessidade de acompanhamento periódico através das consultas, a realização da busca ativa das crianças faltosas da área de abrangência, bem com, promovendo o desenvolvimento de atividades educativas, individuais e em grupos (grupos ou atividades de sala de espera) que promovam o fortalecimento da necessidade do acompanhamento estimulando a participação da família como um todo nesse processo pode contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à saúde da criança na Unidade de Saúde.

Faz-se necessário ainda, promover a ampliação e o fortalecimento da participação paterna na saúde familiar. Para isso, os profissionais devem estar atentos para o acesso e o acolhimento de qualidade desses pais, incluindo-os como sujeitos na lógica das consultas realizadas em conjunto com as mães e as crianças. Para isso, é fundamental que o pai/cuidador seja visto também como um indivíduo responsável pelo bem-estar da criança nas diversas fases da sua vida, devendo ser incorporado às atividades rotineiras realizadas pelas equipes de saúde, para que, por exemplo, tenha direito a uma voz ativa nas consultas realizadas pelos

profissionais de saúde. Por tal motivo, a ESF está estudando meios a fim de viabilizar ações que possam criar estratégias criativas que objetivem ampliar a participação e a responsabilização paterna na promoção do crescimento saudável das crianças.

Em decorrência da ausência de realização do teste da orelhinha faz-se necessário ainda que se promova o reforço da orientação das mães para o acompanhamento dos marcos do desenvolvimento de seus filhos até os 12 meses de vida, de acordo com a Caderneta de Saúde da Criança a fim de constatar perdas auditivas e atrasos do desenvolvimento.

Por fim para que se promova o acesso e da qualidade no cuidado às crianças no âmbito da atenção básica torna-se necessário buscar o processo de qualificação do cuidado e articulação em rede, capacitação das equipes e dos gestores na organização do processo de trabalho e processos em educação permanente.

Observou-se ainda, que está faltando o desenvolvimento de algumas ações programáticas, como reunião com os pais. Mas já estamos conversando para tentar realizar mais ações e espero que com isso melhore não só o atendimento como o número de crianças atendidas, pois a partir do momento que os pais sentirão confiança na equipe e com certeza compreenderão necessidade de levar os filhos para atendimento e acompanhamento.

Olhando a parte de Pré-natal do Caderno de Ações Programáticas podemos avaliar que a cobertura de pré-natal perfaz um total de 62%, percentual longe do ideal. Quanto aos indicadores de qualidade podemos observar excelentes percentuais (Pré-Natal iniciado no 1<sup>o</sup> Trimestre: 100%. Consultas em dia de acordo com o calendário do Ministério da Saúde: 96%, Solicitação na 1<sup>a</sup> consulta dos exames laboratoriais preconizados: 100%, Vacina Antitetânica e Hepatite B conforme o protocolo: 100%; Prescrição de suplementação de ferro: 100%; Avaliação de Saúde Bucal e Orientação de Saúde Bucal e orientação de exclusivo: 100%. Os índices que mostraram indicadores mais baixos e que necessita ser mais bem trabalhado foi o que se refere ao exame ginecológico por trimestre que fez só 54%.

Observando os dados de Puerpério do Caderno de Ações Programáticas pudemos avaliar que o percentual da cobertura de consulta de puerpério é ainda menor do que o de Pré-natal e que atualmente perfaz um total de 51%.

Quanto aos indicadores de qualidade constataram-se percentuais de 100% em todos os itens avaliados. (Consultas antes dos 42 dias de pós-parto consulta puerperal registrada, orientações sobre cuidados básicos do RN, orientações sobre aleitamento materno exclusivo, planejamento familiar, exame de mamas e abdome, estado psíquico e intercorrências).

No que tange aos aspectos do processo de trabalho estamos reforçando a orientação das gestantes sobre a periodicidade das consultas, promovendo a realização da busca ativa das gestantes da área de abrangência, bem como, realizando, o desenvolvimento de atividades educativas, individuais e em grupos (grupos ou atividades de sala de espera) que promovam o fortalecimento da necessidade da realização do exame ginecológico na gestação e adoção de hábitos de vida saudáveis estimulando a participação da família como um todo e do parceiro nesse processo. Todos esses aspectos podem contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção ao pré-natal e puerpério na Unidade de Saúde.

Outro ponto a ser solucionado com a gestão a fim de melhorar a cobertura e o atendimento, é a viabilização dos exames solicitados durante o pré-natal, uma vez que muitas vezes o profissional solicita e o usuário aguarda a disponibilização dos exames pelo SUS e não consegue a marcação dos mesmos, o que compromete o atendimento e a assistência prestada.

As ações de Controle do Câncer de Colo de Útero e de Mama são de grande importância na atenção primária à saúde uma vez que há elevadas taxas de morbimortalidade por estes tipos de câncer no Brasil.

A cobertura de Prevenção do Câncer de Colo de Útero apresenta, também, índices de cobertura longe do ideal uma vez que apresenta uma cobertura de 76%.

Quanto aos indicadores de qualidade da Prevenção do Câncer de Colo de útero avaliados observamos muito bons resultados. A avaliação dos riscos de câncer de colo de útero, as orientações sobre prevenção do Ca de colo de útero e DSTS perfizeram um total de 100%. Em contraponto, o número de Exames coletados com células representativas da junção escamo-colunar e o número de exames coletados com amostras satisfatórias fez um total de 83%.

Quanto aos aspectos do processo de trabalho que podem ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do Controle do Câncer de Colo de Útero na Unidade de Saúde, podemos citar a necessidade de

realização de palestras para a comunidade, bem como, um melhor controle e busca ativa dessas pacientes da área.

Quanto às estratégias utilizadas na ESF para não perder o seguimento da população com o seguimento alterado dispomos na Unidade de Saúde de um livro de registro dos pacientes com exame alterado a fim de que possamos acompanhar e assistir a população, dando seguimento ao rastreio.

Em relação ao Controle do Câncer da Mama, podemos demonstrar que a forma de registro não permitiu o preenchimento adequado desta parte do Caderno de Ações Programáticas. Não havia um registro específico na Unidade que permitia o registro adequado das mulheres e o controle dos resultados. Tendo em vista a base populacional assistida pela unidade estimamos que o total de mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área e acompanhadas pela Unidade de Saúde perfaça 77% da população para a faixa etária (índice de cobertura 77%).

Olhando o Caderno de Ações Programáticas a avaliação que fazemos é que a cobertura de Controle do Câncer de Mama apresenta-se bem inferior ao estimado para a população assistida.

Observando o Caderno de Ações Programáticas, os poucos indicadores da qualidade do Controle do Câncer de Mama apresentam índices também insatisfatórios. Apenas 87 % apresentam mamografias em dia, 13% apresentam mamografias com mais de três meses de atraso. No que tange a avaliação de risco para câncer de mama e orientação sobre prevenção do câncer de mama os indicadores de qualidade foram de 100%.

Quanto ao processo de trabalho propomos à equipe a criação de um livro de registros para os resultados de mamografia a fim de oferecer um melhor controle dos resultados a fim de viabilizar um melhor seguimento dessa população que tanto necessita de um rastreio eficiente. Estamos realizando também busca ativa da população por faixa etária, programando a realização de palestras de esclarecimento. Sabemos ainda que se faz necessário o estabelecer de uma conversa com os gestores a fim de disponibilizar dentro do prazo preconizado os exames necessários de forma a viabilizar a cobertura e melhorar a qualidade do Controle do Câncer de Mama uma vez que para suprir a demanda existe apenas um mamógrafo responsável pela realização de todas as mamografias da cidade o que dificulta sobremaneira a assistência.

As Doenças Crônico-Degenerativas têm assumido importância cada vez maior no elenco de ações programáticas típicas da ação básica em função da modificação da pirâmide populacional e do estilo de vida que levam estas doenças a condições epidêmicas na população brasileira.

Em relação à HAS a forma de registro permitiu o completo preenchimento desta parte do Caderno de Ações Programáticas. A estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área apresenta-se maior do que o número de hipertenso assistidos na UBS o que nos leva a pensar que talvez esteja ocorrendo um subdiagnóstico dessa patologia na área assistida.

Olhando o Caderno de Ações Programáticas, a avaliação que fazemos sobre a cobertura de HAS encontrada é que a mesma apresenta índices de cobertura de 52% o que representa assistência a pouco mais de 50% da população que devia ser assistida (índices muito baixo de assistência).

Quanto aos indicadores da qualidade da atenção à HAS observamos que a realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, a orientação de alimentação saudável, a orientação sobre a realização de atividades físicas e a avaliação de saúde bucal apresenta indicadores de qualidade de 100%.

Quanto ao atraso das consultas agendadas observamos um percentual de 13% da população assistida em atraso nas consultas agendadas.

No que tange aos indicadores de qualidade, o indicador mais prejudicado foi o relacionado a exames complementares em dia que apresentou cobertura a apenas 30% da população. Esse percentual se deve a indisponibilidade de marcação de exames pela gestão. Temos observado que o profissional médico faz o rastreio indicado pelo Ministério da Saúde, mas quando chega na hora da marcação o exame termina não sendo realizado por indisponibilidade de marcação o que prejudica sobremaneira o seguimento da população assistida.

Quanto ao processo de trabalho estamos tentando realizar a busca ativa dessa população que está sendo subdiagnosticada e tratada, a realização de atividades externas que visem detectar possíveis alterações da pressão arterial melhorando assim o rastreio, bem como, palestras de esclarecimento acerca da patologia, fortalecendo a necessidade de realização de atividade física e nutrição adequada e as repercussões disso no tratamento e na diminuição dos fatores de risco.

Atualmente na nossa unidade temos feito o rastreio dos pacientes hipertensos e diabéticos que estão em sobrepeso fazendo um trabalho conjunto com as agentes comunitárias e a nutricionista a fim de que com isso possamos minimizar os riscos, diminuindo os índices de pressão arterial e conseqüentemente a quantidade de medicação utilizada para o controle da mesma melhorando assim, a qualidade da atenção à HAS.

Em relação à DM, observamos que a forma de registro utilizada pela ESF também permitiu o preenchimento adequado do Caderno de Ações Programáticas.

A estimativa do número de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área apresenta-se também maior do que o número de diabéticos assistidos na UBS o que nos leva a pensar que talvez esteja ocorrendo um subdiagnóstico dessa patologia na área assistida.

Olhando o Caderno de Ações Programáticas, a avaliação que fazemos sobre a cobertura de DM encontrada é que a mesma apresenta índices de cobertura de 58% (índices muito baixo de assistência).

Quanto aos indicadores de qualidade da atenção aos Diabéticos observamos que há estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, palpação de pulsos tibiais posteriores e pediosos (nos últimos 03 meses, medida da sensibilidade dos pés, orientação sobre prática da atividade física regular e alimentação e saúde bucal em dia em 100 %.

Quanto ao atraso das consultas agendadas observamos que 23 % da população assistida apresentam atraso e que apenas 30% da população apresentam exames em dia pela mesma razão dos hipertensos, ou seja, indisponibilidade de marcação de exames apesar da solicitação do profissional médico.

No que se refere ao processo de trabalho estamos tentando realizar a busca ativa, programando a realização de palestras de esclarecimento sobre a patologia e fatores de risco a fim de melhorar a adesão ao tratamento, contribuindo dessa maneira para ampliação da cobertura e melhora da qualidade da atenção à DM na Unidade de Saúde.

Segundo Kuchemann, o Brasil pode ser considerado um país envelhecido, pois já tem 10% da população com mais de 60 anos. Os idosos são mais vulneráveis às doenças em função do processo de envelhecimento que ocasiona perdas funcionais como da visão, da audição e em especial da capacidade de

deambulação, que determinam importante diminuição da autonomia. Por isto, o atendimento a esta população foca intensamente na preservação da funcionalidade, na preservação de sua autonomia, na inclusão social e em cuidados e tratamentos que visam melhorar a qualidade de vida.

Em relação à Saúde do Idoso, podemos inferir que faltam registros específicos para esse grupo (idosos).

Olhando o Caderno de Ações Programáticas, observamos na parte referente à saúde da pessoa idosa, que dos indicadores de qualidade da atenção à Saúde da Pessoa Idosa avaliados os que apresentam percentuais satisfatórios são os que tratam da orientação nutricional e para exercício físico regular, bem como o atendimento em dia de saúde bucal. Quanto aos outros indicadores, os mesmos tiveram avaliação prejudicada devido à ausência de registros.

Quanto aos aspectos do processo de trabalho que podem ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção aos idosos na Unidade de Saúde observamos que se faz necessário à busca ativa e atualizada dos idosos com colaboração das agentes comunitárias de saúde, a criação de protocolos de atendimento, a realização de ações e atividades de educação em saúde que promovam participação dos diferentes membros da equipe de saúde, a realização do cadastramento e registros que possam fornecer dados fidedignos que auxiliem a efetivações de estratégias de ação, a fim de que possamos avaliar de maneira correta o serviço que está sendo aplicado a essa parcela da população.

O número de Equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família passou de 4.000 em 2002 para 17.000 em 2008. Apesar da enorme ampliação as equipes vêm enfrentando uma grande demanda reprimida o que tem dificultado o desenvolvimento da atenção programada e das ações coletivas em saúde bucal.

Em relação à Saúde Bucal a capacidade instalada para prática clínica a Unidade de Saúde - Matadouro no prédio originário tem uma sala própria para o odontólogo e o mesmo dispõe dos materiais necessários para ação de saúde bucal. Quanto à capacidade instalada para ações coletivas a ESF realiza ações periódicas para a conscientização das ações de saúde bucal com palestras em creches e escolas.

A forma de registro permitiu o preenchimento desta parte do Caderno de Ações Programáticas. Olhando o Caderno de Ações Programáticas, a avaliação que

fazemos da média de procedimentos clínicos por habitante mês na Unidade de Saúde em relação a sua capacidade instalada e em relação ao preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) ficou abaixo do preconizado, o que mostra que ainda há espaço para abranger as ações de saúde bucal na Unidade de Saúde.

Através da análise do Caderno de Ações Programáticas podemos inferir que a atenção à primeira consulta odontológica programática em grupos populacionais prioritários (pré-escolares, escolares, gestantes e idosos) na Unidade de Saúde ficou abaixo do preconizado, o que mostra que ainda há espaço para abranger as ações de saúde bucal.

Faz-se necessário salientar que o desenvolvimento de ações coletivas em grupos populacionais prioritários (pré-escolares, escolares, gestantes e idosos) na Unidade de Saúde está adequado, mas ainda há espaço para melhorar.

O grande desafio é conseguir uma adesão ainda maior por parte da população, pois ao analisar o esperado na aba correspondente do estudo, verificamos que potencialmente ainda devem existir vários diabéticos e hipertensos ainda não registrados na área adstrita.

Como se podem observar grandes são os desafios a serem vencidos pela ESF - Matadouro, mas acreditamos que o primeiro passo, que é a identificação das dificuldades e entraves, bem como, dos facilitadores das ações foi dado. A partir de agora é trabalhar para tentar corrigi-los estimulando o diálogo com a equipe a fim de encontrar as melhores soluções para os problemas alcançando, assim, uma melhor resolutividade das questões de saúde da população assistida.

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

Inicialmente, podemos perceber que a população inicialmente informada estava numericamente incorreta. No texto inicial descrevi uma população de aproximadamente 2698 habitantes, dados informados pelos funcionários da unidade de saúde da família. Com as orientações recebidas na especialização e a experiência obtida com a realização das demais tarefas, ao buscar fontes oficiais e fidedignas junto a Secretaria Municipal de Saúde constatei que a população da área de abrangência atualmente é de 2 519 habitantes.



Fazendo uma análise crítica sobre a Unidade de Saúde da Família do Matadouro podemos constatar que a edificação original está longe de possuir uma estrutura perfeita, no entanto, possui requisitos mínimos necessários para seu funcionamento e uma equipe verdadeiramente engajada com a comunidade que pode ser decisivo na compreensão dos usuários sobre a Estratégia de Saúde da Família.

A população demonstra descontentamento frequente com o sistema de saúde, no entanto, se comporta de forma passiva frente aos problemas vivenciados pela comunidade.

Ademais, a elaboração do relatório da análise situacional possibilitou identificar muitos problemas quanto a atenção à saúde do hipertenso e/ou diabético na Unidade de Saúde, principalmente, no que diz respeito à baixa cobertura ao percentual de atraso nas consultas de rotina e a baixo índice de realização de exames complementares que ocorre eminentemente por indisponibilidade de marcação, uma vez, que, os médicos que atuavam na Unidade de Saúde anteriormente, rotineiramente, vinham realizando as solicitações dos exames estabelecidos pelo protocolo.

A marcação de exames laboratoriais continua com as mesmas limitações e restrições. A farmácia básica do município apresenta dificuldades para aquisições de remédios básicos, bem como, especiais. Apesar de a variedade ainda não ser suficiente, o estoque de medicamentos disponíveis é repostado com frequência.

Outro ponto que não pode ser esquecido e que foi constatado através no relatório através da análise do caderno de ações foi o alto índice de subdiagnóstico de ambas as patologias uma vez que o número estimado de hipertensos e diabéticos da região segundo o caderno de ações é bem superior ao cadastrado assistido pela ESF Matadouro. Portanto, acredito que um passo importante a ser tomado é organizar o processo de trabalho dos funcionários da Unidade de Saúde Matadouro para proporcionar uma melhor cobertura e resolubilidade das necessidades dos seus usuários.

Assim, a partir da leitura dos textos sugeridos, interação nos fóruns foi definido como tema para o projeto de intervenção a “Melhoria da atenção à saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos em Unidade Básica de Saúde da Família em Piripiri\PI.

## **2. Análise Estratégica**

### **2.1 Tema**

Melhoria da atenção à saúde dos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde da Família – Matadouro.

### **2.2 Justificativa**

Nas últimas décadas houve uma importante mudança no perfil de mortalidade da população brasileira, com o aumento dos óbitos causados por doenças crônico-degenerativas e causas externas. Segundo Paiva, as doenças cardiovasculares são as causas mais comuns de morbidade e mortalidade em todo o mundo, e entre os fatores de risco para doença cardiovascular, encontram-se o diabetes mellitus e a hipertensão arterial, fatores independentes e sinérgicos.

Diante do exposto é evidente a importância dos profissionais de saúde da rede básica nas estratégias de controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e do diabetes mellitus quer na definição do diagnóstico clínico, na conduta terapêutica quer nos esforços para informar e educar o paciente a fim de melhorar a adesão ao tratamento.

O prédio designado para funcionamento inicial da Unidade de Saúde apresentava condições físicas satisfatórias. Nele havia sala de vacinas, de curativos e procedimentos, e salas com banheiros individualizadas para o médico, enfermeira e dentista. Além disso, dispunha de uma antessala que funcionava como recepção, e uma cozinha. Atualmente, no entanto, a Unidade de Saúde foi contemplada com uma reforma pela gestão municipal e o funcionamento da mesma nos próximos meses vem ocorrendo em uma casa improvisada que apresenta condições insatisfatórias de trabalho e acolhimento dos usuários.

A equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de 2.519 mil habitantes (812 famílias) e estas são corresponsáveis no cuidado à saúde. Atualmente a equipe presta assistência a 242 hipertensos, 69 diabéticos, 55 crianças menores de 2 anos, 31 acamados e 17 gestantes. Frente aos dados citados confirma-se a grande prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica e diabetes.

No momento vemos observando uma baixa cobertura e a população atualmente cadastrada apresenta acompanhamento irregular e grande parcela da população apresenta sobrepeso e obesidade, no entanto, desde março do presente ano a população assistida no posto de saúde já vem sendo orientada sobre a necessidade de alimentação saudável e atividade física sendo acompanhada de perto pela nutricionista e por um educador físico que no último mês vem realizando atividade física uma vez por semana.

A intervenção é importante no contexto da UBSF uma vez que promovera melhoria das condições de saúde de uma significativa parcela da população assistida e para que isso ocorra, faz-se necessário, a busca ativa, a realização de atividades externas que visem detectar, possíveis alterações da pressão arterial melhorando assim, o rastreio dos pacientes, bem como, o envolvimento integral da equipe e em especial da gestão. Os aspectos que viabilizam são em especial a adequação e qualidade dos registros e o engajamento dos profissionais da equipe. Já as limitações existentes são a indisponibilidade de marcação de exames o que prejudica sobremaneira o seguimento da população assistida.

Espera-se que com essas ações se possam melhorar o diagnóstico e o controle dos níveis da pressão arterial e glicemia dos pacientes melhorando assim a qualidade de vida dos pacientes.

## **2.3 Objetivos**

### **2.3.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde de Hipertensos e Diabéticos na UBSF-Matadouro.

### **2.3.2 Objetivo Específico**

- Ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos

- Melhorar a qualidade de atenção aos hipertensos e diabéticos na Unidade
- Melhorar a Adesão de hipertensos e ou diabéticos
- Melhorar o registro do programa de hipertensão e diabetes mellitus.
- Realizar avaliação de riscos cardiovascular
- Promoção da saúde de hipertensos e ou diabéticos

## **2.4 Metas**

### **Em relação ao Objetivo1: Ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos**

#### **Metas:**

1.1 Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

1.2. Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

### **Em relação ao Objetivo 2: Melhorar a qualidade de atenção aos hipertensos e diabéticos na Unidade**

#### **Metas:**

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

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

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

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

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

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

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

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

**Em relação ao Objetivo 3: Melhorar a Adesão de hipertensos e ou diabéticos**

**Metas:**

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

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

**Em relação ao Objetivo 4: Melhorar o registro do programa de hipertensão e diabetes mellitus.**

**Metas:**

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

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

**Em relação ao Objetivo 5: Realizar avaliação de riscos cardiovascular**

**Metas:**

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

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

**Em relação ao Objetivo 6: Promoção da saúde de hipertensos e ou diabéticos**

**Metas:**

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

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

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

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

6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

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

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

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

## 2.5 Metodologia

Trata-se de uma intervenção, que incluirá os usuários hipertensos e/ou diabéticos acompanhados pela ESF do Matadouro, situada na zona urbana do município de Piriipiri\PI. Além dos usuários, os profissionais que atuarem no serviço de saúde também serão o público-alvo do estudo.

Para a realização e sucesso desta pesquisa, faz-se necessária a participação e o empenho de todos os membros da equipe multidisciplinar da ESF - Matadouro.

As ações a serem realizadas nesta pesquisa, serão descritas, a seguir, detalhadamente, contemplando os respectivos eixos pedagógicos: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica.

### 2.5.1 Detalhamento das Ações

A seguir estão apresentadas as ações planejadas para serem desenvolvidas de acordo com o eixo pedagógico

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura do percentual de hipertensos e diabéticos da área de abrangência.

**Meta 1.1:** Cadastrar 70% dos hipertensos e ou diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

1. **Monitoramento e avaliação:** Monitorar a cobertura dos pacientes hipertensos e diabéticos através da planilha eletrônica de coleta de dados. Realizar levantamento de dados do SIAB a fim de fazer um levantamento do número de pacientes efetivamente cadastrados. Monitorar o número de hipertensos e diabéticos da área de abrangência (frequentadores e ausentes) através da revisão dos prontuários realizando nesse momento, o levantamento dos pacientes cadastrados,

não cadastrados, bem como, aqueles que apresentam cadastros desatualizados e que estão efetivamente sendo e ou deviam estar sendo acompanhados pela USF - 13 (Matadouro) a fim de que com essa ação se possa ter uma dimensão real de pacientes assistidos e desassistidos e se possa promover uma intervenção efetiva melhorando as metas de cobertura.

2. **Organização e gestão do serviço:** Acolhimento, cadastramento e agendamento de todos os pacientes hipertensos e ou diabéticos da área de cobertura da unidade de saúde, com ampliação do agendamento diário. Atendimento na UBS, realização de busca ativa de hipertensos e ou diabéticos faltosos, cadastramento e registro de dados na ficha HIPERDIA, ficha-espelho e livro ata de hipertensos da Equipe.

3. **Engajamento público:** Esclarecer a comunidade sobre a importância da realização do rastreio, do acompanhamento e da adesão ao tratamento individualmente, (nas consultas) e coletivamente (realização de palestras) e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde.

4. **Qualificação da prática clínica:** Promover a atualização da equipe (médica, enfermeira, técnica de enfermagem e ACS acerca do protocolo de HAS e diabetes mellitus) a fim de melhorar a prática clínica e ter registros mais fidedignos. Realizar palestras/reuniões pelo médico e enfermeiro, capacitando a equipe para o acolhimento de hipertensos e ou diabéticos; o agendamento sequenciado das consultas de rotina e promover a capacitação dos ACS na busca ativa dos pacientes faltosos e/ou que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da assistência aos Hipertensos e Diabéticos.

**Meta 2.1:** Realizar o exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e ou diabéticos.

1. **Monitoramento e avaliação:** Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e ou diabéticos a fim de que isso ocorra faz-se necessário a avaliação do peso, da pressão (inclusive hipotensão ortostática), do IMC, da estatura e dos pulsos periféricos; Avaliar a presença de sopros carotídeos, distensão de veias cervicais, anormalidades de ritmo, sopros e ou bulhas cardíacas anormais, crescimento da glândula tireoide, estertores, roncos e sibilos (ausculta pulmonar), sopros abdominais, crescimento dos rins, pulsação

aórtica, edema, sinais de insuficiência circulatória, déficit neurológico exames de pele, da cavidade oral e exame neurológico.

2. **Organização e gestão do serviço:** Promover o agendamento de consultas a fim de que se possa realizar o exame adequado as co-morbidades em todos os pacientes hipertensos e ou diabéticos cadastrados e a todos confirmados por rastreio e busca ativa, ainda não cadastrados, sendo devidamente registrados nos prontuários, os achados do exame clínico.

3. **Engajamento público:** Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e ou diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

4. **Qualificação da prática clínica:** Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

**Meta 2.2:** Garantir a 100% dos hipertensos e ou diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

1. **Monitoramento e avaliação:** Monitorar o número de hipertensos e ou diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde; Assegurar a solicitação dos exames laboratoriais previstos no protocolo para hipertensos e ou diabéticos cadastrados dentro do prazo definido através de revisão dos prontuários acordando com a gestão municipal meios de viabilização e agilização dos exames solicitados.

2. **Organização e gestão do serviço:** A solicitação de exames deverá ser feita na primeira consulta pelo médico ou enfermeiro, sendo registrado no prontuário e ficha espelho; Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos nos protocolos; Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

3. **Engajamento público:** Esclarecer a comunidade sobre a importância da necessidade da realização dos exames conforme protocolo; Orientar os pacientes e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

4. **Qualificação da prática clínica:** Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.



**Meta 2.3:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

1. **Monitoramento e avaliação:** Monitorar o acesso a medicações, de uso contínuo, para hipertensão e diabetes mellitus da farmácia popular durante as consultas de rotina. (Priorizar quando possível o uso desses fármacos a fim de melhorar a adesão ao tratamento).

2. **Organização e gestão do serviço:** Garantir acesso facilitado de medicações, garantindo com a gestão de saúde que os mesmo sempre estejam disponíveis na farmácia do município e estimulando o cadastramento nas farmácias da rede privada que fazem parceria com o estado através do programa de farmácia popular. No ato da consulta, a médica irá avaliar a medicação usada e o ajuste da medicação utilizada priorizando os medicamentos da farmácia popular disponibilizados, a fim de melhorar a adesão da população ao tratamento, sendo registradas as alterações propostas nos prontuários e fichas-espelho.

3. **Engajamento público:** Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular e, possíveis alternativas para obter este acesso. Esclarecer a comunidade sobre a importância da adesão ao tratamento medicamentoso (uso contínuo da medicação) através de palestras realizadas pelo médico e enfermeiro.

4. **Qualificação da prática clínica:** Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes mellitus; Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

**Meta 2.4:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e ou diabéticos.

1. **Monitoramento e avaliação:** Monitorar a necessidade de avaliação para tratamento odontológico dos hipertensos e ou diabéticos.

2. **Organização e gestão do serviço:** Realizar o encaminhamento odontológico na primeira consulta.

3. **Engajamento público:** Esclarecer a comunidade através de palestras realizadas pela médica, enfermeira e dentista sobre a necessidade de realizar o exame odontológico a fim de promover a prevenção das complicações, bem como, sobre a necessidade de avaliação da saúde bucal em hipertensos e ou diabéticos.

4. **Qualificação da prática clínica:** Realização reuniões com a equipe orientando sobre a necessidade de tratamento odontológico.

**Objetivo 3:** Melhorar a adesão ao Programa de Hipertensão e ou Diabetes Mellitus.

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

1. **Monitoramento e avaliação:** Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas dos hipertensos e ou diabéticos previstas na unidade de saúde, através de revisão dos prontuários, cartão de hipertensos e ou diabéticos e livro de agendamento.

2. **Organização e gestão do serviço:** Será agendados já na data da consulta de rotina o retorno, bem como, serão realizadas visitas domiciliares para busca de hipertensos e ou diabéticos faltosos e que se negarem alguma razão a comparecerem ao posto. A fim de melhorar a adesão, realizar-se-ão mutirões para acolher a demanda dos pacientes provenientes das buscas ativas, bem como, e ou diabéticos faltosos.

3. **Engajamento público:** Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas no acompanhamento regular, para o rastreio, controle pressórico, bem como para prevenção de complicações e mudanças do estilo de vida; Realizar-se a oitiva da comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos hipertensos e ou diabéticos do programa de acompanhamento de Hipertensão. Promover-se-á o esclarecimento aos portadores de hipertensão e ou diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consulta.

4. **Qualificação da prática clínica:** Treinar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto à necessidade de realizar as consultas e periodicidade.

**Objetivo 4:** Melhorar o registro do Programa de Hipertensão e ou Diabetes Mellitus

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

1. **Monitoramento e avaliação:** Monitorar o registro de todos os hipertensos e ou diabéticos através de revisão dos prontuários dos pacientes cadastradas e o pronto preenchimento e atualização dos dados dos pacientes nos cadastros e nas fichas-espelho (Peso), Altura, cintura, pressão arterial sistólica e

diastólica, glicemia pós-prandial e jejum, a existência de complicações, fluxograma completo de exames laboratoriais necessários, a estratificação de risco cardiovascular, lesões de órgãos alvos, exame clínico, orientações nutricionais e atividade física, riscos do tabagismo, profissional que atendeu, bem como, a data da próxima consulta, através de revisão dos prontuários dos pacientes assistidos pela UBS.

2. **Organização e gestão do serviço:** Manter as informações do SIAB atualizadas; Implantar a ficha-espelho específica de acompanhamento sendo a mesma anexada aos prontuários na primeira consulta após o início da intervenção. Pactuar com a equipe o registro das informações. Definir responsável pelo monitoramento registros. Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

3. **Engajamento público:** Esclarecer os pacientes nas consultas sobre o seu direito de acompanhamento e manutenção dos registros de saúde no serviço inclusive sobre a possibilidade de solicitação de segunda via se necessário.

4. **Qualificação da prática clínica:** Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos e/ou diabéticos; Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas;

**Objetivo 5.** Realizar avaliação de risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos.

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

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

2. **Organização e gestão do serviço:** Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco. Organizar a agenda para o atendimento desta demanda, a fim de, minimizar riscos e complicações.

3. **Engajamento público:** Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular. Esclarecer os pacientes e a

comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

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

**Objetivo 6:** Promover a saúde no Programa de Hipertensão e ou Diabetes Mellitus;

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

**1. Monitoramento e avaliação:** Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e ou diabéticos. Avaliar o IMC dos hipertensos e ou diabéticos na primeira consulta, monitorando pacientes com sobrepeso e obesidade através de revisão dos prontuários dos pacientes cadastradas e não cadastrados atendidos na unidade de saúde PSF 13- Matadouro.

**2. Organização e gestão do serviço:** Estabelecer o papel da equipe na promoção da alimentação saudável para hipertensos e ou diabéticos sempre estimulando a adoção de um plano dietético. Orientar sobre os benefícios da redução da ingestão de sódio e gordura e aumento da ingestão de potássio e cálcio. Referenciar a nutricionista os pacientes com sobrepeso e obesidade, acompanhando o registro do IMC durante a intervenção. Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável. Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

**3. Engajamento público:** Orientar hipertensos e ou diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável. Compartilhar com a comunidade e com os pacientes, orientações sobre alimentação saudável e perda de peso na melhora do quadro pressórico e regulação glicêmica e incitar sugestões de atividades viáveis a serem realizadas através de reuniões/palestras feitas pela equipe.

**4. Qualificação da prática clínica:** Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

**Meta 6.2:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos e ou diabéticos.

1. **Monitoramento e avaliação:** Monitorar e avaliar a realização de atividade física por hipertensos e ou diabéticos atendidos na unidade de saúde.

2. **Organização e gestão do serviço:** Estabelecer o papel da equipe na promoção da atividade física para hipertensos e ou diabéticos. Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física. (Agendar horários para realização de atividade física em grupo na UBS e organizar planos de atividade física e integração do grupo de hipertensos e diabéticos nos mutirões, bem como, promover o referenciamento para avaliação médica suplementar de esforço para pacientes assintomáticos com escore de Framingham alto ou que desejem desenvolver atividades desportivas ou programas de exercício estruturados. Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

3. **Engajamento público:** Orientar hipertensos e ou diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular e seus benefícios no auxílio à perda de peso e melhora do quadro pressórico e incitar sugestões de atividades viáveis a serem realizadas através de reuniões/palestras feitas pela equipe.

4. **Qualificação da prática clínica:** Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular e metodologias de educação em saúde.

**Meta 6.3:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos e ou diabéticos.

1. **Monitoramento e avaliação:** Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e ou diabéticos e a comunidade em geral através de revisão dos prontuários dos hipertensos fumantes assistidos pela UBSF-Matadouro estimulando-os a abandonar o fumo.

2. **Organização e gestão do serviço:** Estabelecer o papel da equipe na promoção da saúde orientando os hipertensos e ou diabéticos sobre os riscos do tabagismo estimulando-os a abandonar o hábito de fumar, por meio de aconselhamento e da adoção de medidas terapêuticas de suporte. Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

3. **Engajamento público:** Orientar a comunidade, em especial, hipertensos e ou diabéticos sobre os riscos do tabagismo revelando o efeito hipertensivo transitório do fumo através de reuniões/palestras feitas pela equipe, bem como, sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

4. **Qualificação da prática clínica:** A médica e a enfermeira deverão orientar o restante da equipe para apoiar os hipertensos que quiserem parar de fumar.

**Meta 6.4:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos e ou diabéticos.

1. **Monitoramento e avaliação:** Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e ou diabéticos com o dentista.

2. **Organização e gestão do serviço:** Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e ou diabético. Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico. Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes pacientes.

3. **Engajamento público:** Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde. Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.

4. **Qualificação da prática clínica:** Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal dos pacientes hipertensos e ou diabéticos.

### 2.5.2 Indicadores

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura do percentual de hipertensos e diabéticos da área de abrangência

**Meta 1:** Alcançar 70% da cobertura dos hipertensos e diabéticos cadastradas 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.

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

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

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

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

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

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção ao paciente hipertenso e \ou diabético realizado na Unidade

**Meta 2.1:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e ou diabéticos

**Indicador 2.1:** 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.

**Indicador 2.2:** 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 2.2:** Garantir a 100% dos hipertensos e ou diabéticos à realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 2.2.1:** 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.

**Indicador 2.2.2:** Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

**Meta 2.3:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 2.3.1:** Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

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

**Indicador 2.3.2:** Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

**Meta 2.4:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e ou diabéticos

**Indicador 2.4.1:** Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

**Indicador 2.4.2:** Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

**Objetivo 3:** Melhorar a adesão ao Programa de Hipertensão e ou Diabetes Mellitus

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

**Indicador 3.1.1:** Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

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

**Indicador 3.1.2:** Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.



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

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

**Objetivo 4:** Melhorar o registro das informações de hipertensos e ou diabéticos.

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

**Indicador 4.1.1:** Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

**Indicador 4.1.2:** Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

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

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

**Indicador 5.1.1:** Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

**Indicador 5.1.2:** Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

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

**Indicador 6.1.1:** Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 6.1.2:** Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.2:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos e ou diabéticos.

**Indicador 6.2.1:** Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 6.2.1:** Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.3:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos e ou diabéticos

**Indicador 6.3.1:** Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 6.3.2:** Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.4:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos e ou diabéticos

**Indicador 6.4.1:** Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 6.4.2:** Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### 2.5.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Hipertensão e Diabetes iremos adotar o Manual Técnico de Hipertensão e Diabetes do Ministério da Saúde. Inicialmente a equipe fará o levantamento dos prontuários dos hipertensos e diabéticos cadastrados na comunidade de acordo com as co-morbidades (HAS e DM). Dessa forma, teremos um levantamento da quantidade de pessoas que foram atendidas e têm fichas cadastradas na UBS, o que viabiliza um demonstrativo de quantos pacientes frequenta atualmente, a UBS.

Em um segundo momento, iremos fazer um comparativo entre os dados coletados no levantamento inicial e os números esperados pela planilha demográfica para área populacional de abrangência. A partir, de então, teremos dados mais concretos acerca das metas que poderemos buscar e serão factíveis de serem atendidas. Para tanto será organizado um plano de ação com os agentes comunitários de saúde, a fim de otimizar a busca ativa para chegar o mais próximo possível dos números esperados na planilha demográfica.

Além disso, na mesma ocasião, se fará a atualização das fichas de acompanhamento de hipertensos e diabéticos. Utilizaremos a ficha de acompanhamento de Hipertensão e Diabetes disponibilizada pelo município que constam dados gerais como Peso, Altura, cintura, pressão arterial sistólica e

diastólica, glicemia pós-prandial e jejum, a existência de complicações, o tratamento de forma pouco detalhada e alguns exames. É importante ressaltar que o referido registro não prevê a coleta de informações sobre o fluxograma completo de exames laboratoriais necessários, a estratificação de risco cardiovascular, lesões de órgãos alvos, exame clínico, orientações nutricionais, sobre atividade física, riscos do tabagismo, profissional que atendeu, bem como, a data da próxima consulta. Assim para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção o médico e o enfermeiro vão adotar uma ficha espelho complementar fornecida pela Universidade Federal de Pelotas. Assim, a ficha servirá de roteiro para a consulta, fazendo com que o profissional não esqueça de preencher os itens em branco. Estimamos alcançar com a intervenção um aumento significativo na cobertura de pacientes hipertensos e diabéticos melhorando assim a assistência prestada e a adesão ao tratamento. Faremos contato com o gestor municipal para que o mesmo disponha as fichas-espelho necessárias à execução da intervenção. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para organizar o registro específico do programa a equipe revisará o livro de registro identificando todos os pacientes hipertensos e diabéticos que vieram ao serviço para acompanhamento nos últimos 03 (três) meses. Serão localizados os prontuários dos pacientes, momento oportuno em que se transcreverão todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho complementar e o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas, exames clínicos e laboratoriais em atraso.

Mensalmente a enfermeira examinará as fichas-espelho dos hipertensos e diabéticos, identificando aquelas que estão com consultas, exames clínicos e laboratoriais em atraso. Também será verificado se as mesmas foram avaliadas quanto à estratificação de risco e a necessidade de tratamento odontológico.

Além disso, revisará nos prontuários se foi feita orientação nutricionais, necessidade do controle do peso e realização de atividade física, riscos do tabagismo e do consumo de álcool e drogas além de orientações sobre higiene bucal.

O agente comunitário de saúde fará busca ativa de todos os pacientes faltosos ou em atraso durante todo o período como já salientado anteriormente. Ao fazer a busca, já agendará com o paciente um horário de sua conveniência. Ao final

de cada mês as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.

O acolhimento dos hipertensos e diabéticos que buscarem o serviço será realizado por toda a equipe da unidade de saúde. Pacientes de consultas gerais que apresentarem elevação pressórica serão listados para acompanhamento a fim de ampliar a captação precoce dos casos de Hipertensão e Diabetes. Pacientes com problemas agudos serão atendidas no mesmo turno para agilizar o tratamento de intercorrências.

Hipertensos e Diabéticos que buscarem consulta terão prioridade no agendamento, sendo que a demora deverá ser menor que 07 (sete) dias. Os Hipertensos e Diabéticos que vierem à consulta sairão da UBS com a próxima consulta agendada.

Para acolher a demanda de intercorrências agudas não há necessidade de alterar a organização da agenda. Estas serão priorizadas nas consultas disponíveis para pronto atendimento. Para agendar os pacientes provenientes da busca ativa serão reservadas 10 consultas por semana.

Durante a primeira consulta de hipertensão e diabetes a ser realizada na Unidade de Saúde pelo médico e enfermeiro, será feito o exame clínico necessário, o registro do controle pressórico, peso, IMC, e altura, a verificação do cadastramento, o registro das medicações de uso contínuo e a solicitação de exames laboratoriais pendentes (se estiverem com mais de um ano da realização dos mesmos).

Todas as informações serão descritas no prontuário. A profissional, posteriormente, transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho, para posterior análise e controle. Momento este em que se farão os ajustes das medicações em acordo com as medicações disponibilizadas pela farmácia popular quando possível a fim de melhorar a adesão ao tratamento

Após coleta dos dados, será realizada a estratificação do risco do paciente e serão otimizadas as medicações necessárias. As informações serão registradas no prontuário para posterior análise e controle.

Além disso, fará o encaminhamento da mesma para avaliação odontológica.

Com relação a ações de educação em saúde, os agentes de saúde entrarão em contato com a população da área avisando-as sobre a ocorrência de palestras a serem ministradas pelo médico e enfermeiro, para incentivar a população a





### **3. Relatório da Intervenção**

O objetivo dessa intervenção foi promover uma melhoria na atenção à saúde de hipertensos e diabéticos assistidos pela unidade de saúde da família do bairro matadouro em Piripiri (PI). A referida intervenção ocorreu durante os meses de outubro a dezembro de 2014. Como já explicitado anteriormente, segundo informações prestadas pela Secretaria Municipal de Saúde, a população residente na área assistida é de 2.519 habitantes. Temos cadastrados na referida área 242 hipertensos e 69 diabéticos. No primeiro mês atendemos 96 hipertensos e 27 diabéticos. No segundo mês alcançamos 176 hipertensos e 51 diabéticos. Ao término do terceiro mês atendemos um total de 224 hipertensos e 65 diabéticos.

A escolha do Grupo de Hipertensão e Diabetes ocorreu após análise estratégica e situacional detalhada onde se pôde observar a realidade local. Reputamos que as ações realizadas foram muito importantes para a comunidade vez que uma grande parcela da população é portadora de doenças crônicas como Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus.

Com relatado anteriormente, a população assistida pelo Posto 13- Matadouro é de 2.519 habitantes. Uma área composta por essa população segundo o Vigitel de 2011 prevê uma estimativa da existência de uma população de 383 hipertensos e 95 diabéticos. Assistidos pelo posto no início da intervenção tinham cadastrados um número de 242 hipertensos e 69 diabéticos. Como dito anteriormente, além da médica (Dra. Bianca Tourinho) a equipe é composta também pela Enfermeira Djinane (enfermeira substituta) e as ACS (Lane, Sara, Neide, Irani, Aurilene e Marlene atualmente substituída pela ACS Aylana). Há cerca de três meses, nossa equipe passou a ter mais uma nova integrante a enfermeira Neide que tem realizado atendimentos nas quintas e sextas feiras e que tem nos auxiliado sobremaneira no atendimento da demanda de hipertensos e diabéticos razão pela qual temos tido a



possibilidade de crescer o número de pacientes assistidos pela Unidade de Saúde da Família - PSF 13.

Antes de iniciar a intervenção percorremos um longo caminho que envolveu os preparativos dos mínimos detalhes da intervenção. Buscamos junto à gestão apoio para os entraves do projeto de intervenção e fomos recepcionados e acolhidos.

Segundo o cronograma proposto no projeto às atividades propostas eram a realização do levantamento do número de hipertensos e diabéticos atendidos na UBS, cadastramento e atualização dos registros dos pacientes portadores de hipertensão e diabetes, capacitação dos profissionais de saúde sobre as patologias citadas, estabelecimento do papel de cada profissional da equipe na ação programática, contato com as lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática de HAS e DM solicitando apoio para captação de Hipertensos e diabéticos para as demais ações que serão implementadas, atendimento clínico de hipertensos e diabéticos, grupo de hipertensos e diabéticos, realização de visitas domiciliares e mutirões com a população da área de abrangência, bem como, a capacitação dos ACS para realizar a busca ativa dos pacientes, a busca ativa de pacientes faltosos e a monitorização da intervenção.

### **3.1 Ações previstas desenvolvidas**

Das ações propostas realizamos de forma efetiva o levantamento do número de hipertensos e diabéticos atendidos na UBS, a atualização dos registros dos pacientes, a capacitação e o estabelecimento do papel de cada profissional da equipe na ação programática, o contato com as lideranças comunitárias solicitando apoio para captação de Hipertensos e diabéticos para ações implementadas, o atendimento clínico de hipertensos e diabéticos, a busca ativa de pacientes faltosos, a realização de visitas domiciliares e mutirões com a população da área de abrangência.

Podemos identificar como facilitadores ao desenvolvimento do trabalho de intervenção o imenso comprometimento da equipe com a ação proposta vez que todos os profissionais da equipe não medirão esforços para melhorar o atendimento, captação, promoção e prevenção de saúde desta tão importante e significativa parcela da população. Outros pontos facilitadores foram à participação de alunos do

Programa de Educação para o Trabalho, professores de enfermagem e de outros profissionais voluntários como fisioterapeuta e odontólogo.

Durante as primeiras semanas foi realizado o levantamento de dados. Solicitamos as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) que separassem os prontuários dos pacientes que estavam frequentando o posto e os ausentes. A realização dessa etapa ocorreu através da análise individual dos prontuários dos pacientes frequentadores e faltosos as consultas na unidade desde que assumimos o posto (março\2014). A cada semana fazíamos o levantamento dos prontuários das áreas de duas ACS.

Para facilitar o trabalho foi realizado a revisão dos prontuários um a um anexando notas com observações sobre os pontos a serem observados para cada paciente específico a fim de otimizar o momento da consulta.

No momento do levantamento de dados aproveitamos para anexar as fichas-espelho (previamente impressas na Secretaria de saúde), anexando os cadastros não realizados dos pacientes nos respectivos prontuários, ao tempo em que foi realizada a listagem dos pacientes cadastrados e não cadastrados de cada uma das agentes. Essa dinâmica facilitou sobremaneira para que tivéssemos uma percepção mais real da situação da UBS em especial no que se refere aos hipertensos e diabéticos.

Em decorrência da grande amostragem fez-se necessário o envolvimento de toda a equipe a fim de conseguir o objetivo esperado no tempo proposto. Diante disso diariamente no momento do levantamento de dados levava trabalho pra casa que se estendiam horas a fio após o atendimento e que em geral terminavam na madrugada. Esse trabalho foi realizado em casa e consistiu na criação de uma planilha onde fizemos a listagem dos pacientes faltosos e frequentadores por área (ACS), listando os que apresentavam cadastros regulares e irregulares e as patologias a fim de facilitar a busca ativa e observar a real situação da área. Como já disse previamente esse processo facilitou a identificação de hipertensos e diabéticos que precisaríamos trabalhar para retornar ao posto.

Pudemos ver ao longo das semanas que a demanda dessa parcela da população é gigantesca. Constatamos logo após o levantamento dos dados que havia uma quantidade enorme de pacientes ausentes (sem acompanhamento há anos) e em contraponto há pacientes que tem acompanhamento frequente (muitos

dos quais são acompanhados como hipertensos e diabéticos, mas não são cadastrados com tal).

A fim de tentar atualizar os dados dos pacientes não cadastrados no hiperdia solicitamos as agentes para informar aos pacientes não cadastrados que trouxessem os documentos necessários a realização do cadastro e à medida que realizávamos o atendimento fomos reafirmando esse propósito junto aos pacientes.

À medida que foi realizado o levantamento dos prontuários foi entregue a cada ACS a situação da área de cada uma com os nomes dos pacientes faltantes e realizada orientação das mesmas a iniciar a busca ativa a fim de que pudéssemos realizar ao longo das semanas o resgate da população faltante.

Ao final de cada semana realizamos o monitoramento dos pacientes assistidos e a listagem em planilha dos atendimentos realizados pela enfermeira e médica.

Com o objetivo de atender a demanda aumentamos o número de atendimentos de hipertensos e diabéticos. A enfermeira abriu mais um turno de atendimento na agenda. A orientação dada à enfermeira é que à medida que realize o atendimento faça o preenchimento dos cadastros faltantes e a ficha espelho se a mesma não houver sido previamente preenchida durante o levantamento de dados uma vez que para otimizar o atendimento realizamos previamente o preenchimento do cabeçalho das fichas-espelhos dos frequentadores no momento do levantamento de dados.

Concomitantemente ao levantamento dos dados realizamos durante as primeiras semanas a capacitação dos agentes, enfermeira e alunos do PET (Programa de Educação pelo Trabalho) a fim de esclarecer o papel de cada um no projeto de intervenção e a importância do fortalecimento da alimentação saudável, atividade física e riscos do tabagismo a essa população.

Durante o momento da capacitação foram realizadas palestras de hipertensão e diabetes em que se explicitou um pouco acerca das doenças, das complicações e fatores de risco. Conversou-se ainda sobre a necessidade de estímulo a alimentação saudável e necessidade de realização de atividade física na melhoria da qualidade de vida. Aproveitamos para questioná-los sobre as principais razões da ausência do grande número de pacientes faltosos chegamos à conclusão que isso em parte deve-se ao mau acolhimento desempenhado, das péssimas condições estruturais do posto em que estamos trabalhando que não tem cadeiras suficientes,

nem lugar a sombra para os pacientes, bem como, a baixa resolutividade vez que os pacientes esperam pelos exames meses a fio.

Durante esse período foram realizadas ainda reuniões com a equipe a fim de discutir ideias a serem implementadas e quais os entraves ao acesso ao serviço pelos usuários. Uma das ações implementadas no primeiro mês foi a realização de atividade física orientada pelo educador físico às sextas-feiras pela manhã no horário de 7:00 h da manhã. As atividades ocorreram semanalmente durante o primeiro mês, mas tiveram que ser interrompidas em decorrência do desligamento do profissional e a inexistência de disponibilidade de outro.

Temos reiteradamente aproveitado as consultas de hipertensos e diabéticos para promover o esclarecimento à população acerca da necessidade do acompanhamento rotineiro da pressão arterial e da glicemia para a prevenção das complicações.

Observamos no decorrer da intervenção que a fim de prestar um melhor atendimento iríamos precisar de melhores registros e dados dos pacientes o que gerou um aumento do tempo de atendimento por paciente. Os pacientes durante a intervenção mostravam-se muito satisfeitos, no entanto apresentavam-se um pouco inquietos com a demora do atendimento. A demora na prestação de serviço se justificava, uma vez que os prontuários já vem há muito tempo com dados desatualizados e com os exames estabelecidos pelo protocolo em atraso o que gerou um retardamento na prestação de serviço.

Outro ponto facilitador do resgate de pacientes faltosos foi à realização do encaixe dos pacientes de busca ativa, o mais breve possível, nos atendimentos semanais a fim de não manter a distância e o afastamento da UBS.

O período de intervenção foi um momento de muito aprendizado, mas, sobretudo, de muitos desafios uma vez que por diversas vezes durante a intervenção fomos surpreendidos pelas adversidades o que gerou certa impossibilidade de seguir o cronograma proposto. Diante das questões íamos, nos adaptando e nos adequando as situações.

Um dos complicadores foi sem dúvida o prejuízo no acolhimento dos pacientes. Um mês após o início do Programa a equipe foi deslocada do posto devido à reforma do posto com a previsão de retorno breve. Ocorre que esse retorno nunca ocorreu e ao longo de todos esses meses de PROVAB e conseqüentemente de intervenção vínhamos funcionando numa casa improvisada em que não havia

espaço adequado para atendimento médico e de enfermagem, um único banheiro em péssimas condições de higiene para funcionários e pacientes e uma recepção minúscula que nem mesmo apresentava local adequado para alocar os pacientes que iam se aconchegando em cadeiras do lado de fora do posto devido à falta de espaço físico. A falta de espaço também nos gerou o afastamento da dentista que por não dispor de local para atendimento foi deslocada para outra unidade.

### **3.2 Das ações previstas não realizadas ou parcialmente realizadas**

Dentre os principais entraves ao adequado acompanhamento de hipertensos e diabéticos identificamos a dificuldade de marcação de exames devido sistema de marcação de exames on-line como uma das mais importantes dificuldades na assistência. O não surgimento de vagas pelo sistema eletrônico gerou um acúmulo imenso da demanda de exames complementares que há muito tempo não eram marcados. A fim de resolver esse problema fomos conversar com a gestão que inicialmente disponibilizou um número razoável de marcação de exames de bioquímica (10 pacientes\ dia) para serem encaminhados ao Laboratório Municipal sem que houvesse necessidade de marcação on-line o que possibilitaria aos pacientes que já saíssem da consulta com os exames previamente agendados agilizando o retorno e o tratamento dos pacientes.

Vale salientar, no entanto, que na realidade não foi isso que ocorreu. O acordo firmado durou pouco mais de três semanas. Após o primeiro mês fomos comunicados que não mais poderíamos mandar tendo em vista a redução do quadro de funcionários no Laboratório Municipal que passaria a funcionar com apenas 02 bioquímicos para atender a população do município de 61.000 habitantes.

Outro ponto importante que ficou a desejar foi à impossibilidade de realização do adequado rastreio de lesões de órgãos alvo uma vez que o município não dispõe de alguns exames como microalbuminúria e dosagem de potássio sérico. No que tange a realização dos Eletrocardiogramas esses também não conseguimos alcançar nem de longe a meta vez que acordamos o envio de 3 pacientes durante 4 dias da semana para realização dos exames, no entanto, o município mais uma vez não cumpriu o acordo.

A falta de material de trabalho foi um grande empecilho ao desenvolvimento de um trabalho ideal. A nossa unidade de saúde da família não tem oftalmoscópio

para avaliação de fundo de olho, o oftalmologista vem uma vez por semana para atender uma população de 61.000 habitantes.

Dentre as ações que não podemos realizar podemos citar o cadastramento efetivo e controle dos pacientes cadastrados. Para fim de cadastramento e atualização cadastral nos mantivemos usamos o cadastro do MS do Hiperdia, apesar da atualização dos mesmos ser impossível na alimentação do sistema uma vez que agora o programa a ser adotado para tal fim no município é o e-sus ainda não implantado no município. Optamos por seguir com o cadastramento do hiperdia, uma vez que, estaríamos com isso, mais bem informados sobre os fatores de risco, doenças concomitantes e complicações da população assistida.

Outro ponto prejudicado na realização do trabalho foi a contato frequente com as lideranças comunitárias para captação de mais hipertensos e diabéticos. Inicialmente no cronograma havia a previsão de três ações junto aos líderes comunitários. Ocorre que, diante da gigantesca demanda e, conseqüentemente, da dificuldade de assistência da população já assistida pela Unidade Básica de Saúde da Família vimos que ações que envolvessem a captação em massa gerariam tumulto e insatisfação.

A excessiva demanda da região deve-se em parte ao grande número de pacientes portadores de Hipertensão e Diabetes e em parte ao fato de haver a exigência na região assistida que os pacientes portadores de tais patologias passem necessariamente a cada dois meses para reavaliação médica e avaliação medicamentosa em decorrência da exigência de renovação de receita médica feitas pelas farmácias locais, sob pena, de não receber de forma gratuita a medicação de uso contínuo.

Outro ponto alterado devido às adversidades e falta de profissionais foi o momento da realização das atividades com o grupo de hipertensos e diabéticos. Optamos por realizar no momento dos mutirões uma vez que observamos que assim seria melhor a captação e adesão já que não dispúnhamos de espaço físico adequado para o acolhimento, para a realização e nem equipe multidisciplinar que pudesse nos auxiliar no desenvolvimento das atividades.

Os mutirões foram realizados na capela Frei Galvão no Bairro Matadouro. Como já dissemos anteriormente aproveitamos o momento dos mutirões para realizar atividades de promoção a saúde como: palestras de orientação sobre

alimentação saudável, atividade física, e higiene bucal. A seguir seguem algumas fotos das atividades realizadas.



Figura 1: Mutirão de captação de usuários faltosos.  
Fonte: Piripiri (PI), 2014.



Figura 2: Palestras de Promoção a Saúde sobre alimentação saudável, atividade física e higiene bucal.  
Fonte: Piripiri (PI), 2014.





Figura 3: Orientações sobre alimentação saudável

Fonte: Piripiri (PI) 2014



Figura 4: Promoção de Atividade Física e captação de usuários.

Fonte: Piripiri (PI), 2014.



Nossas ações enquanto equipe desde o início foram coordenadas e combinadas. Havia a previsão de realização de três grandes mutirões com auxílio dos profissionais do NASF e do Centro de Especialidades Odontológicas. Ocorre que como já comentamos anteriormente não foi possível à viabilização de todas as ações

Havíamos combinado o mutirão para o dia 24\11\2014 uma vez que já havia a programação de férias de alguns membros equipe nas semanas que se seguiam. A preocupação inicial era como iríamos realizar a programação agendada para população uma vez que a equipe encontra-se cada vez mais desfalcada. A nossa equipe como disse anteriormente funciona numa casa improvisada que não apresenta mínimas condições de acolhimento aos usuários, não bastasse isso estamos sem dentista (porque não há espaço físico para montar o consultório odontológico), sem equipe de NASF para assessoramento, sem Centro de Especialidades, sem exames disponíveis e sem enfermeira (que foi desligada da nossa unidade com as ondas de demissões) o que gerou um prejuízo sem proporções para equipe, para comunidade e para intervenção como um todo.

Apesar de tudo isso, como nossa enfermeira é extremamente comprometida com o que faz se disponibilizou a realizar as atividades propostas dessa semana de forma voluntária uma vez que já se encontra desvinculada da Unidade de Saúde da Família – Matadouro. Os eventos agendados para a semana foram o mutirão de hipertensos e diabéticos e o evento organizado para a saúde do homem ambos agendados para serem realizados na capela do frei Galvão, Bairro Matadouro. O mutirão foi realizado. Esse mutirão foi bem diferente do primeiro. Nesse segundo momento não pudemos contar com a gestão municipal nem com os profissionais que dispomos no outro mutirão realizado. Em decorrência disso chamamos uma quantidade de pacientes bem menor.

Outro ponto que gerou prejuízo na captação dos pacientes e na realização de atividades foi o mês de festividades religiosas que ocorreram no município no momento da intervenção.

Durante as ações devido à falta de profissionais disponíveis contamos com o auxílio de profissionais voluntários que se propuseram a nos auxiliar na promoção e prevenção da saúde da população assistida na USF- Matadouro dentre eles podemos citar a Dra. Juliana Rocha (fisioterapeuta) e o Dr. Urgel (odontólogo).

### **3.3. Dificuldades na coleta e sistematização dos dados**

Não podemos esquecer-nos de dizer que, além, das dificuldades estruturais tivemos também dificuldade no manejo das planilhas e dos indicadores. A fim de coletar os dados exigidos tivemos o auxílio dos funcionários da gestão responsáveis pela atenção básica do município. A dificuldade no manejo das planilhas e o número excessivo de dados levaram um atraso nas atividades e um dispêndio de tempo maior do que o previsto o que nos dificultou um pouco no atendimento dos prazos estabelecidos para a alimentação dos dados das atividades semanais e nos fazia sempre ter retrabalho.

### **3.4 Análise da viabilidade da intervenção**

Durante esses três meses nos deparamos com situações extremamente difíceis, talvez, por ser um ano de pleito eleitoral. Muitas vezes nos veio a frustração da falta de suporte. Acredito que melhoramos a assistência e o que mais conforta é o fato de saber que conseguimos trazer muitos pacientes que estavam distantes do Posto de Saúde. Conseguimos ainda aumentar, ainda que de forma distante da ideal, a realização de exames, bem como, aproveitamos esse tempo para orientar sobre os benefícios da alimentação saudável e da realização da atividade física. Conseguimos durante esse tempo fazer um controle razoável do peso sempre encaminhando a nutricionista para maiores esclarecimentos.

Fazendo uma análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço e da viabilidade da continuidade da ação programática como rotina, podemos afirmar que os desafios para viabilização de ações de promoção e prevenção à saúde de hipertensos e diabéticos no nosso município são enormes. Pudemos ver que não basta boa vontade para prestar uma atenção de qualidade. A assistência vai muito além do que isso inclui condições de trabalho, disponibilidade de exames, estrutura física e acima de tudo parceria e vontade da gestão. Todas essas são condições indispensáveis que interferem diretamente na realização do trabalho. Como dar assistência odontológica sem dentista? Como realizar programas sem educador físico? Como realizar o acolhimento necessário aos pacientes se eles não têm nem mesmo, como sentar à sombra? Acredito que

para a realização de um trabalho de excelência há a necessidade de criação de condições mínimas para que isso seja possível.

Podemos afirmar, no entanto, que o pontapé inicial foi realizado. Cabe à comunidade cobrar medidas através do controle social para que haja maior comprometimento da gestão municipal com as ações de promoção e prevenção da saúde exigindo através dessas ações continuidade das atividades iniciadas. Apesar das imensas dificuldades estou segura que fizemos o melhor do que podemos dentro da situação político-administrativa da qual estamos inseridas.

## 4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

### 4.1 Resultados

A análise dos resultados foi realizada após o término do período de intervenção proposta. A análise teve como subsídio os dados registrados na planilha de coleta de dados durante a intervenção, bem como através dos dados da ficha-espelho disponibilizada pela Universidade Federal de Pelotas - UFPEL. Frente aos dados realizou-se a avaliação dos indicadores propostos no projeto da intervenção, baseados nos objetivos e metas.

A intervenção proposta visa promover uma melhoria na atenção à saúde de hipertensos e/ou diabéticos assistidos pela unidade de saúde da família do bairro matadouro em Piripiri (PI). Como já explicitado anteriormente a população residente na área é de 2.519 habitantes. Temos cadastrados na referida área 242 hipertensos e 69 diabéticos.

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura do percentual de hipertensos e ou diabéticos da área de abrangência

**Meta 1:** Alcançar 70% da cobertura dos hipertensos e ou diabéticos cadastrados da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

A Figura 1 representa a cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde. Conforme pudemos observar com a análise dos dados, o indicador de cobertura indica que no primeiro, segundo e terceiro meses conseguimos prestar atendimento respectivamente a 39,7%, 72,7% e 92,6 % dos hipertensos. A meta proposta foi alcançar um mínimo de 70% da população assistida tendo, portanto, sido alcançada uma vez que perfazemos um total de 92,6% dos hipertensos assistidos pela Unidade Básica de Saúde da Família. Ao final da intervenção foram atendidos 224 hipertensos conforme mostra a figura 5.

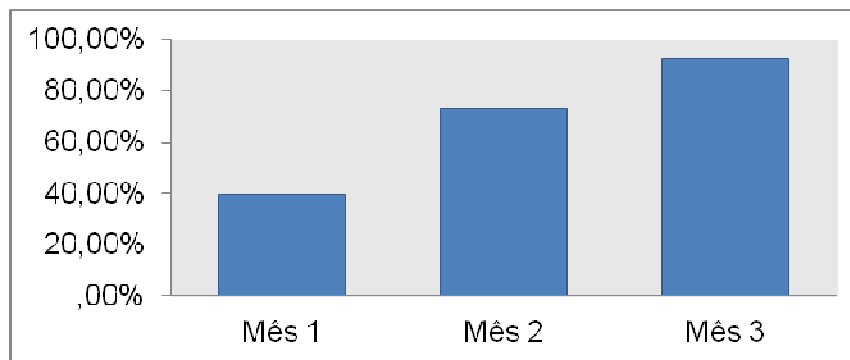


Figura 05: Percentual de cobertura de atenção ao hipertensos em Unidade de Saúde da Família em Piripiri (PI), 2014.

Fonte: PIRIPIRI(PI), 2014.

Na Figura 6 podemos estratificar a real cobertura de diabéticos no programa de Atenção básica. Atendemos no primeiro, segundo e terceiro mês de intervenção respectivamente um percentual de 39,1%, 73,9% e 94,2% de diabéticos, o que fez um total de 65 pacientes ao final da intervenção.

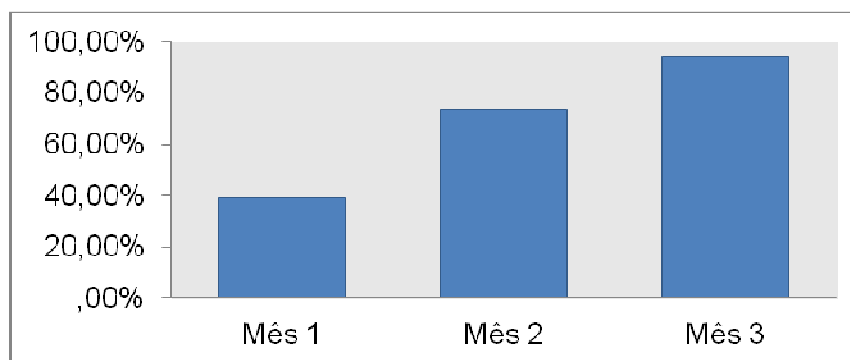


Figura 06: Percentual de cobertura do programa de atenção ao diabético em unidade de saúde da família em Piripiri (PI), 2014.

Fonte: PIRIPIRI (PI),2014.

Em números esses percentuais de cobertura de hipertensos e diabéticos representaram o atendimento de 96 hipertensos e 27 diabéticos no primeiro mês, 176 hipertensos e 51 diabéticos no segundo mês e 224 hipertensos e 65 diabéticos com 20 anos ou mais no terceiro mês. Dentre os fatores que consideramos importantes para o incremento desses indicadores podemos citar a busca ativa, o aumento do número de consultas agendadas e dos turnos de atendimento para os

usuários portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus, bem como, os mutirões e visitas domiciliares.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da assistência aos Hipertensos e Diabéticos.

**Meta 2.1:** Realizar o exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos

Com relação exames clínicos em dia de acordo com o protocolo de hipertensão e diabetes mellitus pôde-se observar que houve uma crescente desses índices durante a intervenção tanto na parcela da população de hipertensos como diabéticos. Os percentuais de hipertensos com exames clínicos em dia de acordo com o protocolo foram respectivamente de 60,4%, 77,3% e 82,1% no primeiro, segundo e terceiro meses de intervenção conforme se pode observar na figura 07.

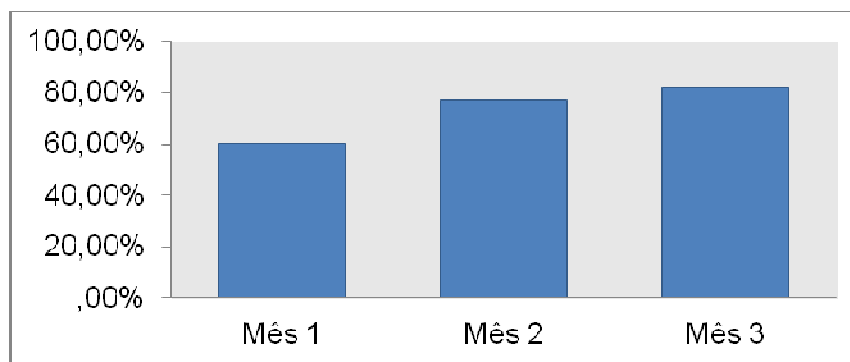


Figura 7: Proporção de hipertensos como exame clínico em dia de acordo com o protocolo em unidade de saúde da família em Piri-piri (PI), 2014.

Fonte: PIRIPIRI(PI)2014

Os percentuais de diabéticos com exame clínico em dia foram um pouco maiores. No primeiro, segundo e terceiro mês os percentuais foram de 66,7%, 82,4% e 86,2% conforme se pode verificar na figura 08. A meta proposta foi 100% tanto para hipertensos como para diabéticos, no entanto, não conseguimos alcançar a mesma em decorrência da grande demanda da Unidade Básica de Saúde da Família, especialmente, no que se refere a hipertensos e diabéticos e o curto espaço de tempo para o término da intervenção.

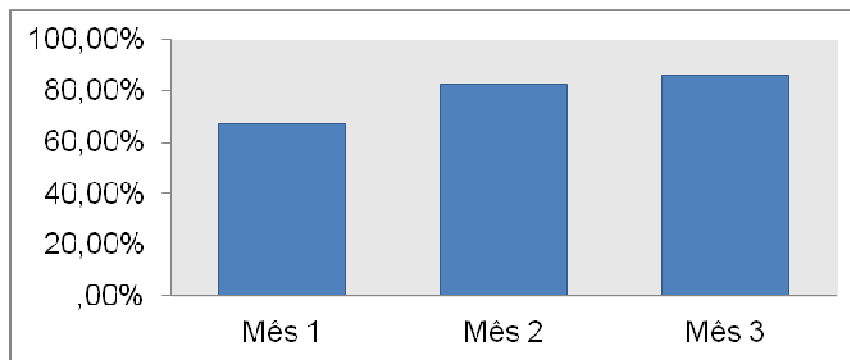


Figura 08: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo em unidade de saúde da família em Piri-piri(PI),2014.

Fonte: PIRIPIRI (PI) 2014.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da assistência aos Hipertensos e Diabéticos.

**Meta 2.2:** Garantir a 100% dos hipertensos e ou diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

O terceiro indicador avaliado foi o que se refere à proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Conforme os dados que se seguem se pode constatar, que houve um incremento do número de exames complementares em dia no segundo mês de intervenção e um posterior decréscimo no terceiro mês em hipertensos e diabéticos. O percentual de hipertensos com exames complementares em dia no primeiro mês foi 27,1% e no segundo e terceiro meses foram de 34,1 e 33,9 conforme figura 9.

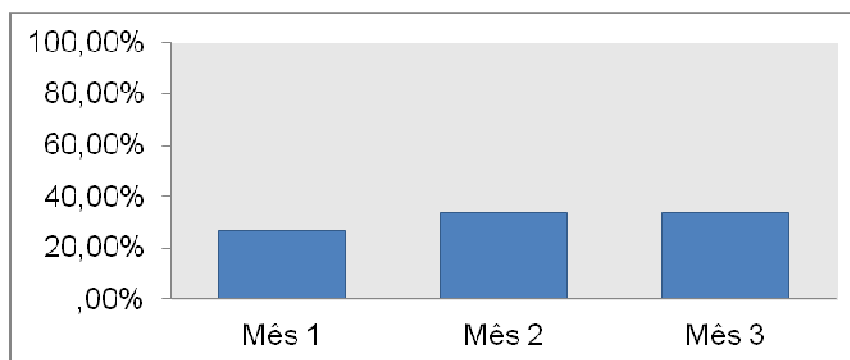


Figura 9: Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo em unidade de saúde da família em Piri-piri (PI), 2014.

Fonte: PIRIPIRI, 2014

No que se refere aos diabéticos com a realização de exames complementares em dia, os percentuais do primeiro, segundo e terceiro meses foram de 22,2%, 31,4% e 27,7% respectivamente, conforme se prova na figura 10. Como podemos verificar segundo a análise gráfica em ambas as patologias inicialmente houve um aumento do percentual de pacientes com exames complementares em dia em decorrência do acordo firmado com a gestão para a realização dos exames. Ocorre que após o primeiro mês o acordo estabelecido não pôde ser cumprido devido à deficiência de pessoal no laboratório o que gerou impossibilidade de realização de exames no município, realidade esta que se reflete através dos dados. A meta proposta era realizar exames complementares em 100% dos pacientes, no entanto a meta alcançada ficou distante do almejado.

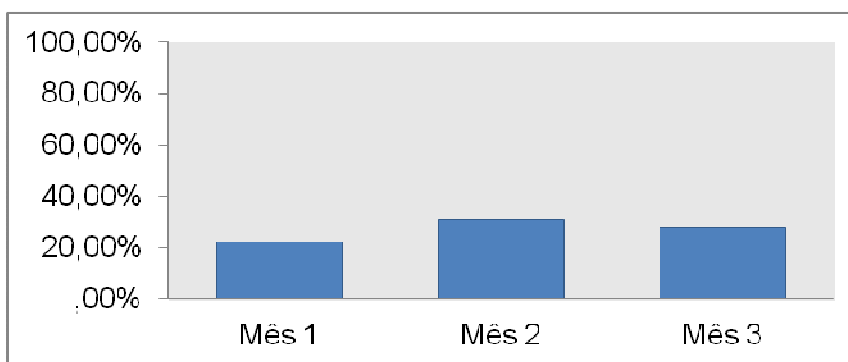


Figura 10: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo em unidade de saúde da família em Piriipiri (PI), 2014.

Fonte: PIRIPIRI, 2014.

## **Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da assistência aos Hipertensos e Diabéticos

**Meta 2.3:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

O referido indicador avalia a proporção de hipertensos e diabéticos com prescrição priorizada de medicamentos da farmácia popular. A meta preconizada era de 100%, ou seja, a meta visava à prescrição de medicações da farmácia popular para toda a população de hipertensos e diabéticos. Alcançamos índices altos tanto na população de hipertensos como na de diabéticos, uma vez que no primeiro,



segundo e terceiro meses obtivemos percentuais de 100%, 94,3 e 91,5% (respectivamente) no atendimento de hipertensos (Figura 11).

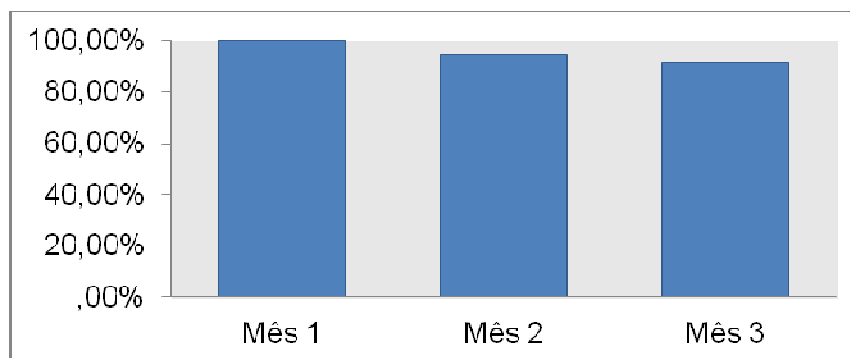


Figura 11: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada em unidade de saúde em Piri-piri (PI), 2014.

Fonte: PIRIPIRI(PI), 2014.

Os percentuais de diabéticos com prescrição priorizada de medicamentos foram respectivamente de 100%, 96,1% e 92,3% (no 1º, 2º e 3º meses respectivamente) nos diabéticos (Figura 12). Os valores percentuais de prescrição priorizada de medicamentos foram altos, no entanto, não conseguimos alcançar a meta almejada em parte devido à resistência por parte da população na mudança da medicação, bem como, a manutenção das medicações de pacientes acompanhados diretamente por especialistas (cardiologista).

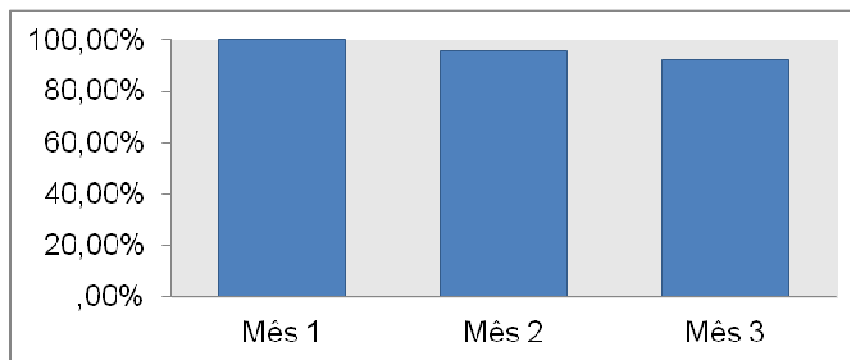


Figura 12: Proporção de diabéticos com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular em Unidade de Saúde da Família em Piri-piri (PI), 2014.

Fonte: PIRIPIRI, 2014

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da assistência aos Hipertensos e Diabéticos.

**Meta 2.4:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e ou diabéticos.

O indicador em questão avalia a proporção de pacientes hipertensos e diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. A meta estabelecida para esse indicador foi também de 100% uma vez que o atendimento prestado deve ser multidisciplinar. Os percentuais obtidos nos pacientes hipertensos foram de 18,8% no primeiro mês, 12,5% no segundo mês e de 9,8% no terceiro mês. (Figura 13)

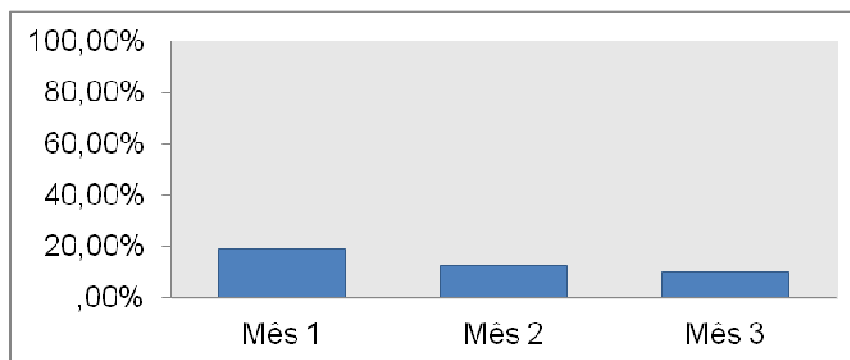


Figura 13: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico em uma Unidade de Saúde da Família em Piripiri (PI), 2014.

Fonte: PIRIPIRI, 2014

Quanto à avaliação da necessidade de atendimento nos pacientes diabéticos os percentuais obtidos foram respectivamente de 25,9%, 13,7% e 10,8%. (Figura 14). Podemos observar que houve um progressivo decréscimo dos percentuais em ambos os casos. Isso se deve ao afastamento da dentista da equipe em decorrência da inexistência de espaço físico na unidade para a prestação do referido serviço vez que a USF no momento da intervenção funcionou em local improvisado devido a reforma do posto original.

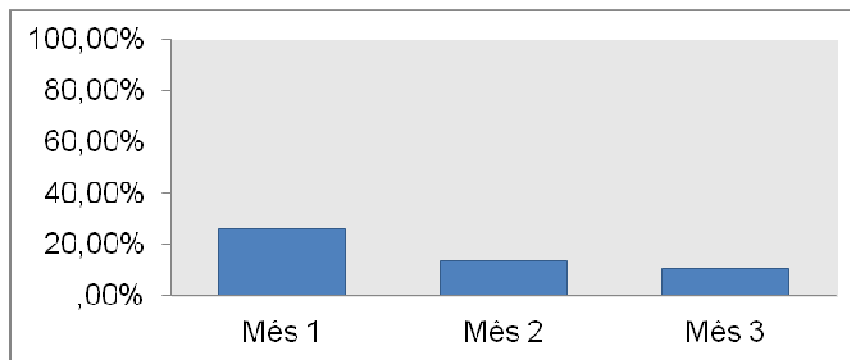


Figura 14: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico em uma Unidade de Saúde da Família em Piripiri (PI), 2014.

Fonte: PIRIPIRI, 2014

**Objetivo 3:** Melhorar a adesão ao Programa de Hipertensão e ou Diabetes Mellitus

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

Quanto ao indicador que tratam da proporção dos hipertensos faltosos às consultas com busca ativa podemos observar que houve um crescente desses números. Durante os três meses de intervenção, conseguimos resgatar 52 hipertensos e 15 diabéticos, tendo alcançado assim, a meta proposta que foi de 100%.

No que se refere ao indicador que trata da proporção de diabéticos faltosos às consultas na Unidade de Saúde, a meta proposta para esse indicador foi de 100%. Após análise dos dados constatamos que alcançamos a meta proposta. O resgate de pacientes faltosos às consultas é reflexo direto das ações de busca ativa, bem como, das ações educativas.

**Objetivo 4:** Melhorar o registro das informações dos pacientes hipertensos e ou diabéticos

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

Os indicadores seguintes estabelecem a proporção de hipertensos e diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento. Os percentuais dos hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento foram de 83,3%,

88,1% e 90,2% respectivamente no primeiro, segundo e terceiro mês de intervenção (Figura 15).

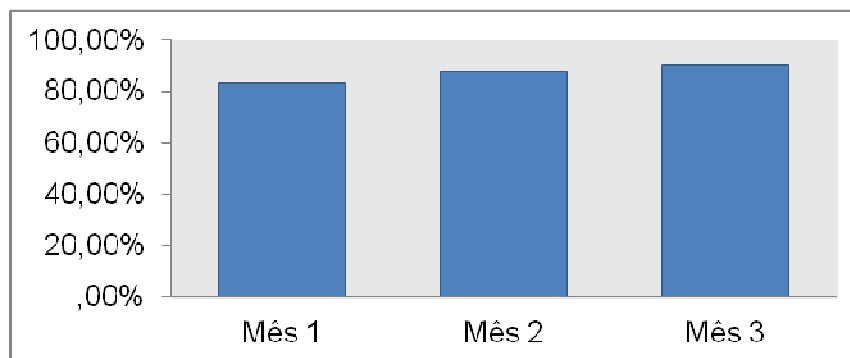


Figura 15: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento em uma Unidade de Saúde da Família em Piripiri (PI), 2014.

Fonte: PIRIPIRI, 2014.

Com relação aos registros dos pacientes diabéticos nas fichas de acompanhamento também observamos uma crescente no decorrer da intervenção. Os percentuais de registro adequado entre os pacientes diabéticos foram de 88,9%, 92,3% e 93,8% no primeiro, segundo e terceiro meses da intervenção (Figura 16). A meta estabelecida para o indicador foi de 100% apesar de não termos alcançado a meta almejada chegamos a valores muito próximos.

Os percentuais obtidos nos indicadores que tratam dos registros adequados de hipertensos e diabéticos são frutos da capacitação da equipe, da organização dos registros na ficha de acompanhamento, bem como, da padronização do atendimento. Outros pontos importantes para realização adequada do registro de dados nas fichas de acompanhamento foram às revisões rotineiras de prontuários e planilhas a fim de detectar eventuais lacunas.

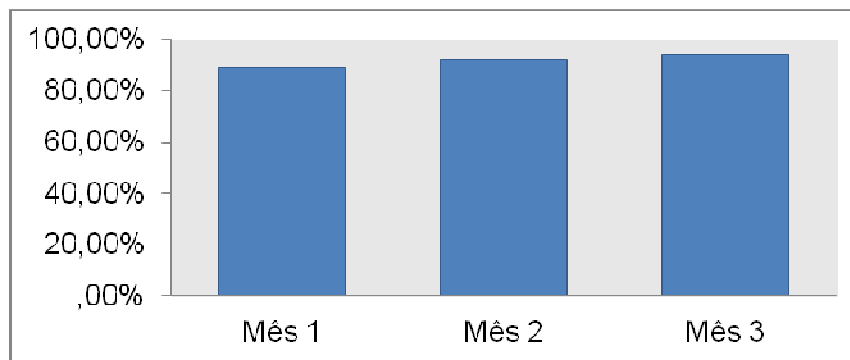


Figura 16: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento em uma Unidade de Saúde da Família em Piri-piri (PI), 2014.

Fonte: PIRIPIRI, 2014

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

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

Os indicadores tratam respectivamente da proporção de hipertensos e ou diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. No que se refere a esses indicadores alcançamos a meta almejada durante os meses da intervenção que era de 100%.

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

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

Quanto aos indicadores que tratam da proporção de hipertensos e ou diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, a meta preconizada foi de 100%. Devido ao auxílio da nutricionista do município, as orientações durante a consulta, e as palestras sobre orientação sobre alimentação saudável ao final da intervenção conseguimos alcançar a meta proposta.

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

**Meta 6.2:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos e ou diabéticos.

Os indicadores 6.2.1 e 6.2.2 tratam da proporção de hipertensos e diabéticos respectivamente com orientação sobre a prática de atividade física regular. Para ambos os indicadores a meta era 100%. Através da realização de aulas de educação física e alongamento, palestras sobre a necessidade de realização de atividade física e orientações durante a realização de consultas, conseguimos ao final da intervenção atingir a meta almejada.

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

**Meta 6.3:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos e ou diabéticos

Os indicadores 6.3.1 e 6.3.2 abordam a proporção de hipertensos e diabéticos respectivamente que receberam orientações sobre o risco do tabagismo. A meta proposta foi de 100% para ambos os indicadores. Podemos constatar ao final da intervenção que alcançamos a meta proposta de 100% nos indicadores citados.

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

**Meta 6.4:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos e ou diabéticos

Os indicadores 6.4.1 e 6.4.2 tratam da proporção de pacientes hipertensos e diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal. A meta proposta foi de 100%, no entanto, essa foi uma das metas que teve o alcance mais prejudicado. Os percentuais de hipertensos e diabéticos que receberam orientações sobre higiene bucal teve um decréscimo durante período de intervenção em decorrência do afastamento da nossa dentista. Os percentuais de hipertensos orientados sobre higiene bucal foram de 44,8%, 24,4% e 19,2% nos primeiros, segundo e terceiro mês (Figura 17).

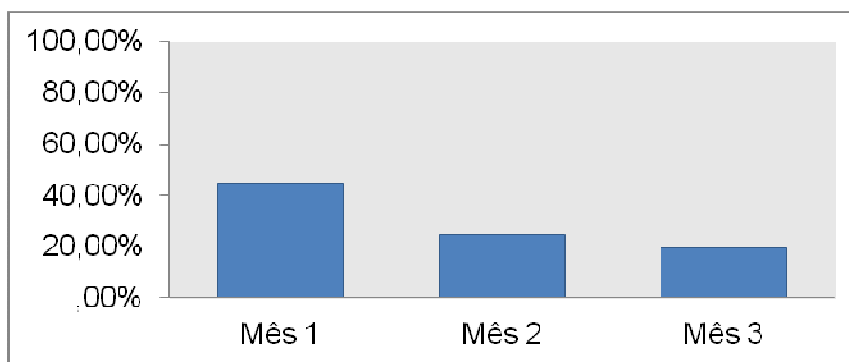


Figura 17: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal em uma Unidade de Saúde de Piri-piri (PI), 2014.

Fonte: PIRIPIRI, 2014.

O percentual de diabéticos com orientação sobre higiene bucal foram 44,4%, 23,5% e 18,5% no primeiro, segundo e terceiro meses de intervenção respectivamente, conforme podemos inferir através da figura 18.

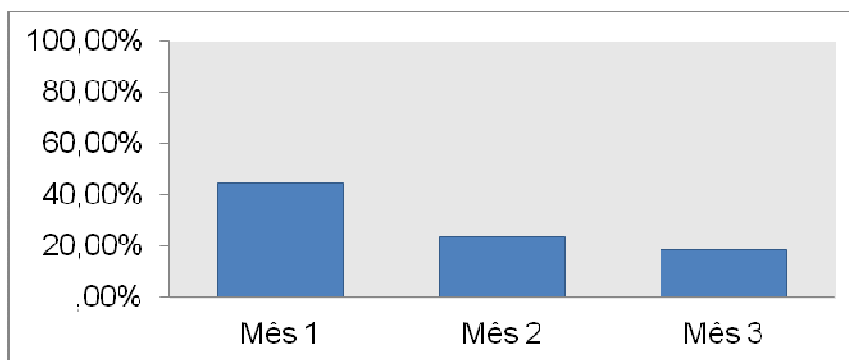


Figura 18: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal em uma Unidade de Saúde de Piri-piri (PI), 2014.

Fonte: PIRIPIRI, 2014

## 4.2 Discussão

Dentre os resultados alcançados pela intervenção reputamos como mais significativo o aumento da cobertura de atenção a hipertensos e diabéticos com ações simples como aumento do número de turnos de atendimento, do número de vagas para consultas, a realizações de mutirões, bem como, de busca ativa durante o período da intervenção. Outro resultado importante alcançado pela intervenção foi

à qualificação da equipe no atendimento e em especial o esclarecimento da população que gerou frutos diretos como, por exemplo, a melhora da adesão e do autocuidado por parte dos usuários.

A assistência à usuários com hipertensão e diabetes requereu por parte da equipe atenção especial no tocante ao controle. O controle apresenta relação direta com a adesão desses pacientes ao tratamento medicamentoso. A importância da intervenção para equipe em especial para médica, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem teve sua significância à medida que possibilitou maior orientação sobre as especificidades da doença e tratamentos para que com isso se pudesse obter melhor controle das doenças.

No decorrer do trabalho pôde-se observar que a equipe não detinha o pleno conhecimento teórico e prático referentes à hipertensão e a medida da pressão arterial, bem como, acerca do diabetes mellitus. Outro ponto importante observado foi que os auxiliares de enfermagem realizaram de forma satisfatória, apenas parte das etapas do procedimento da medida da pressão. Considera-se que à promoção de conhecimento sobre as doenças (Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus) para equipe de saúde tenha promovido uma melhora direta na assistência prestada a essa parcela da população, uma vez que, com a capacitação da equipe se viabilizou um melhor preparo no desempenho das atividades inerentes a cada membro da equipe individualmente, o que gerou repercussão direta na motivação dos usuários quanto à adesão ao tratamento, seu autocuidado, bem como, no estabelecimento de estratégias que favorecessem o envolvimento com a doença e seu tratamento. Estes últimos podemos citar como aspectos de importância da intervenção tanto para o serviço como para a comunidade.

Os aspectos que reputo de importância que não foi possível realizar e que faria caso fosse realizar a intervenção no momento seria estender o tempo de intervenção uma vez esta é uma ação que abrange uma parcela da população, realizaria formas mais interativas de capacitação através das quais pudesse avaliar diretamente o aproveitamento da equipe. Outro ponto importante seria a realização de aulas de dança para motivar o encontro da população, mas, pra isso não basta boa vontade da equipe, faz-se necessário principalmente que haja o envolvimento, interesse e a participação da gestão.

No eixo Organização e Gestão do Serviço, a intervenção pode ser incorporada na rotina do serviço. Demanda apenas que a incorporação no cotidiano



do serviço tenha sua execução planejada (atendimento médico ou de enfermagem ou durante as visitas domiciliares) e reforçada nas reuniões de equipe.

Com relação ao eixo Monitoramento e Organização o cadastramento dos hipertensos e/ou diabéticos configura-se uma ação de grande importância para a prevenção e controle da HAS e DM, uma vez que favorece o melhor acompanhamento dos usuários devendo ser incorporado no cotidiano do serviço. No entanto, essa etapa não foi possível ser realizada de forma adequada uma vez que atualmente o sistema de cadastramento deve ser feito pelo e-sus, ainda não disponível no município. A fim de suprir parte da deficiência mantivemos o cadastramento na Ficha de Hiperdia

No eixo Engajamento Público, atividades educativas foram realizadas como a realização de palestras sobre alimentação saudável, atividade física e higiene bucal. No entanto, fica o desafio para a equipe de Saúde da Família (ESF) Matadouro em dar continuidade aos encontros, programar e supervisionar as atividades a serem desenvolvidas em cada encontro e captar ainda mais usuários.

No eixo Qualificação da Prática Clínica, pode-se inserir na rotina da ESF-Matadouro a realização de atividades de educação em serviço, a fim de estabelecer um cronograma de capacitações que contribua para proporcionar um maior conhecimento acerca dos temas de interesse coletivo e possibilite reforçar o compromisso e as atribuições de cada profissional da equipe.

Sem dúvida muito se melhorou na atenção a hipertensos e diabéticos, no entanto sabemos que há muito a melhorar. Para que haja viabilidade plena é necessário um mínimo de infraestrutura, disponibilidade de exames de rastreio de lesões de órgãos alvos, disponibilidade de material humano que possa trabalhar de forma interdisciplinar. Entre as melhorias que reputo necessária sem dúvida acredito que possa haver melhorias no processo de capacitação e participação do controle social no processo de intervenção.

Podemos concluir, portanto, que muito se pode fazer pela população apesar da escassez de recursos. Com as ações programáticas conseguimos dinamizar a assistência chegando a percentuais de cobertura de 90%. Através de ações simples proporcionamos melhora do níveis de assistência uma vez que como demonstram os resultados conseguimos promover esclarecimento à população estimulando através disso o autocuidado dos pacientes e conseqüentemente proporcionando melhoria da condição de saúde dessa população.

### **4.3 Relatório da Intervenção aos Gestores**

#### À Coordenação da Atenção Básica do Município de Piripiri- PI

Vimos através do presente apresentar a Vossa Senhoria, o relatório das atividades realizadas durante a intervenção de hipertensos e diabéticos na UBSF-13, Bairro Matadouro.

Durante esses três últimos meses a equipe da UBSF- Matadouro, em Piripiri, vem realizando junto à comunidade inúmeras atividades com o grupo de pacientes hipertensos e diabéticos atendidos pelo nosso posto de saúde com o objetivo único de oferecer a comunidade uma melhor qualidade no atendimento e uma melhor orientação sobre doenças como hipertensão e diabetes com o objetivo de conseguir um melhor controle dessas doenças e conseqüentemente uma melhor saúde para a população.

Nesses últimos meses, como Vossa Senhoria sabe passamos por um processo de preparação, em que recorremos à gestão por diversas vezes a fim de viabilizar o planejado.

Durante esse período de intervenção no serviço de saúde realizamos reuniões com a equipe e com os responsáveis pela atenção básica na prefeitura, fizemos treinamentos em equipe, mutirões de hipertensão e diabetes, aulas de atividade física, orientação sobre a necessidade de realização de exercício físico regular, alimentação saudável, orientações sobre higiene bucal com o objetivo maior de esclarecer a comunidade e a equipe sobre a necessidade de uma vida mais saudável para que com isso haja um melhor controle dos níveis pressóricos e glicêmicos.

Com a intervenção, nesse período de três meses, alcançamos resultados que no início achávamos impossível conseguir. Chegamos a atender durante esses meses, pouco mais de 90% dos hipertensos e diabéticos da área, aumentamos o número de pacientes com exames clínicos e complementares em dia, realizamos avaliação do risco cardiovascular em 100% dos pacientes, resgatamos pacientes faltosos às consultas agendadas (52 hipertensos e 15 diabéticos), aumentamos a

adesão dos pacientes ao Programa de Farmácia Popular, bem como, atualizamos os registros nos prontuários sobre a situação de saúde de cada um dos pacientes que foram examinados chegando a percentuais superiores a 90%.

Não podemos deixar de afirmar que os resultados positivos foram fruto da parceria da gestão com a equipe da UBSF- Matadouro e a comunidade. As ações viabilizadas com o 1º Mutirão que tiveram auxílio do NASF (equipe multidisciplinar), PET (Programa de Educação pelo Trabalho) e enfermeiras voluntárias (convidadas diretamente por nossa enfermeira Djinane Queiroz) rederam frutos que elevaram os percentuais da nossa intervenção.

Sabemos que é notório às atividades que vimos desenvolvendo, bem como, das dificuldades enfrentadas pela gestão nos últimos meses, no entanto, para darmos continuidade às nossa atividades de forma primorosa faz-se necessário o auxílio da gestão a fim de juntos buscarmos alternativas para otimização da marcação de exames já fornecidos pelo município, a discussão de meios para viabilizar a realização de exames necessários à investigação de lesões iniciais ainda não disponibilizados pela gestão, bem como, adaptações a fim de viabilizar o atendimento odontológico e um melhor acolhimento à população já que no posto de atendimento atual nos encontramos em situação desfavorável.

Outro ponto que precisamos de auxílio trata-se da disponibilização de nova enfermeira para compor a equipe, uma vez que a mesma encontra-se em desfalque com a saída da nossa competente enfermeira Djinane Queiroz e com a ida para a UPA da enfermeira Neide. Não querendo abusar, seria de grande utilidade à disponibilização de um educador físico para realizar atividade física com os pacientes hipertensos e diabéticos uma vez que as atividades que vínhamos realizando as sextas feiras encontram-se suspensas pela falta do profissional.

Não podemos deixar de falar ainda que para melhoria e implementações de novas ações programáticas faz-se necessário a viabilização de uma sala de reuniões e construção de área para realização de atividades em grupo.

Desde já agradecemos a colaboração e nos colocamos à disposição para que juntos possamos construir uma saúde melhor para todos.

#### **4.4 Relatório da Intervenção à Comunidade**

À Comunidade da UBSF- Matadouro

Durante esses três últimos meses como vocês tem observado e efetivamente participado, a equipe da UBSF- Matadouro, em Piripiri, vem realizando junto à comunidade inúmeras atividades com o grupo de pacientes hipertensos e diabéticos atendidos pela nossa unidade de saúde com o objetivo único de oferecer a comunidade uma melhor qualidade no atendimento e uma melhor orientação sobre doenças como hipertensão e diabetes com o objetivo de conseguir um melhor controle dessas doenças e conseqüentemente uma melhor saúde para a população.

Nesses últimos meses passamos um processo de preparação, realizamos reuniões com a equipe e com os responsáveis pela atenção básica na prefeitura, fizemos treinamentos em equipe, mutirões de hipertensão e diabetes, aulas de atividade física, orientação sobre a necessidade de realização de exercício físico regular, alimentação saudável, orientações sobre limpeza bucal com o objetivo maior de esclarecer a vocês e a equipe sobre a necessidade de uma vida mais saudável para que com isso haja um melhor controle da pressão e do “açúcar” no sangue.

Durante esses meses alcançamos resultados que no início achávamos difícil conseguir. Chegamos a atender durante esses poucos meses quase todos os hipertensos e diabéticos da área, aumentamos o número de pacientes consultados com pressão alta e diabetes, aumentamos ainda que numa quantidade menor do que gostaríamos a realização de exames e a avaliação de riscos para o coração, melhoramos o registro nas “fichas” com dados mais atuais sobre a situação de saúde de cada um dos pacientes que foram examinados.

Além disso, tudo, ainda, durante esse período procuramos trocar as medicações e orientamos sobre o cadastro nas farmácias que “dão” remédios para pressão e diabetes e com isso aumentamos o número de pessoas que tem recebido remédio ao invés de ter que compra-los.

Infelizmente como vocês mesmo tem acompanhado a situação de funcionamento do nosso posto, não conseguimos fornecer atendimento com o dentista nos últimos meses por causa da falta de espaço para colocar o consultório da dentista com isso tivemos pouquíssimos pacientes com consulta com a dentista. No entanto, fizemos o que foi possível.

Conseguimos, ainda, trazer para o posto 52 paciente com pressão alta e 12 diabéticos que já algum tempo haviam se afastado do nosso posto por razões diversas e que há algum tempo já não iam mais as consultas agendadas.

Como vocês sabem durante esse período iniciamos a realização de aulas de atividade física às sextas-feiras com o objetivo de promover o encontro e estimular a prática de exercício físico no nosso posto de saúde, no entanto, tivemos que interromper por causa da falta de profissionais. Atualmente como vocês vêm acompanhando são muitas as dificuldades do município, com as demissões perdemos a enfermeira, não dispomos de profissionais em número suficiente para atender toda a população o que gera um atraso na realização de exames, nosso posto está funcionando em local inapropriado para o atendimento e não dispomos de dentista. As dificuldades são muitas, mas fizemos e alcançamos resultados animadores apesar das “pedras” no caminho. Nós a equipe do PSF-13 Matadouro esperamos contar com vocês para juntos podermos melhorar a saúde de nossa gente.

O que podemos fazer para melhorar a prestação de saúde a população do Matadouro? Aguardamos a sugestão e desde já nos colocamos à disposição para que juntos possamos construir uma saúde melhor para todos.

## **5. Reflexão Crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem**

Ao iniciarmos a especialização e conseqüentemente o processo de aprendizagem tínhamos em mente algo bem diferente. Eu particularmente, que já tinha realizado algumas especializações tinha em mente um processo de aprendizagem mais convencional. Deparei-me com um mundo novo, o mundo virtual de uma especialização à distância. Logo nas primeiras semanas percebi que ia ser um processo de aprendizagem diferente. No início me questionei se efetivamente iria conseguir. Nas primeiras semanas, parecia não fazer sentido, mas, ao longo do tempo fui me surpreendendo e quase sem sentir íamos absorvendo o conhecimento oferecido.

Sem dúvida nessa jornada o processo de aprendizagem foi o mais desafiador e inusitado. A cada etapa construíamos uma parte do conhecimento necessário. Passamos pelas semanas de ambientação através da qual paulatinamente íamos descobrindo os meandros do funcionamento da plataforma na internet. Após essa etapa passamos a análise situacional através da qual passamos a entender melhor a realidade da comunidade na qual estávamos inserido com as suas dificuldades e peculiaridades, após essa etapa passamos a análise estratégica em que íamos desvendando as possibilidades de trabalho e as estratégias em si. Por fim adentramos no universo mais encantador que era o processo de intervenção em que vimos florescer todo processo cuidadosamente amadurecido.

Sem dúvida, o conhecimento acumulado me transformou como profissional. Estou certa que me tornei uma profissional diferente, com uma percepção mais segura e amadurecida do papel da Medicina da Família e da Comunidade. Esse processo nos fez ver além dos livros. Nos fez compreender que o papel do profissional vai além de prescrever medicações e procurar diagnósticos e que sim, é

necessário um conhecimento mais aprofundado da população assistida a fim de que se possam fazer melhores e mais eficazes intervenções.

Conseguimos compreender melhor que o médico da família e a equipe funcionam como um elo entre a comunidade e a gestão e deve ter sensibilidade para perceber as questões que afetam diretamente a vida dessa comunidade assistida a fim de estabelecer estratégias de trabalho e com isso promover melhora da qualidade de vida dessa população assistida, sempre estimulando a participação, o controle social e o diálogo com a gestão.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica nº 15. Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica nº 17. Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica para Atenção Primária em Saúde**; organização de Sandra Rejane Soares Ferreira... et al; Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 72p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

PAIVA, Daniela Cristina Profitti de; BERSUSA, Ana Aparecida Sanches; ESCUDER, Maria Mercedes L.. **Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, Feb. 2006. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000200015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000200015&lng=en&nrm=iso)>. access on 16 Feb. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000200015>.

SIQUEIRA, Fernando Carlos Vinholes et al. **Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil**. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, Feb. 2009. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232009000100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000100009&lng=en&nrm=iso)>. Access on 15 Jan. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100009>

JEANNETTE E. S.P et al [tradução Ana Cavalcante Carvalho Botelho et AL]. **Current Medicina da Família e da Comunidade**; 3ª Ed, Porto Alegre: AMGH, 2014.

KUCHEMANN, Berlindes Astrid. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. *Soc. estado.*, Brasília, v. 27, n. 1, Apr. 2012. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-69922012000100010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922012000100010&lng=en&nrm=iso)>. access on 16 Feb. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69922012000100010>.



## **Anexos**





### Anexo 3 – Carta do Comitê de Ética



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

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

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

Prezada Pesquisadora;

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

Patricia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL