

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma 5**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção ao usuário com Hipertensão e/ou Diabetes da USF  
Sítio Cassemiro – Redentora, RS**

**Cleriston Marcolan Bianchessi**

**Pelotas, 2015**

**CLERISTON MARCOLAN BIANCHETTI**

**Melhoria da Atenção ao Usuário com Hipertensão e/ou Diabetes da USF Sitio  
Cassemiro – Redentora, RS**

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

Orientador: Maria Auxiliadora Santos Soares

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

B577m Bianchessi, Clérison Marcolan

Melhoria da Atenção ao Usuário com Hipertensão e/ou Diabetes da USF Sítio Cassemiro – Redentora, RS / Clérison Marcolan Bianchessi; Maria Auxiliadora Santos Soares, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

86 f. : il.

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

1. Saúde da Família 2. Atenção Primária à Saúde 3. Doença Crônica 4. Diabetes Mellitus 5. Hipertensão I. Soares, Maria Auxiliadora Santos, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Gabriela N. Quincoses De Mellos CRB: 10/1327

## **Agradecimentos**

Agradeço em primeiro lugar à minha família pelo apoio constante e incondicional.

À minha Orientadora Maria Auxiliadora Santos Soares pelo apoio, companheirismo, ensinamentos e profissionalismo durante esta jornada.

À equipe do ESF II pela dedicação, profissionalismo e companheirismo, pois sem seu apoio seria impossível desenvolver este trabalho.

Ao Programa Mais Médicos para o Brasil pela oportunidade de trabalhar na Atenção Básica e realizar esta especialização.

À UFPEL e UNASUS por estar oportunizando esta especialização.

À todos os meus amigos e familiares que, de uma forma ou de outra, sempre estão contribuindo para minha evolução como profissional e ser humano.

## Resumo

BIANCHESSI, Cleriston Marcolan. **Melhoria da Atenção ao usuário com Hipertensão e/ou Diabetes da USF Sítio Cassemiro – Redentora, RS.** 2015. 86f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

Segundo dados da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) a prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média). Já a prevalência autorreferida do Diabetes Mellitus (Vigitel, 2011) aumentou de 5,3% para 5,6%, na população acima de 18 anos entre 2006 e 2011, índice esse que aumenta significativamente com a idade da população. Frente a esse cenário nacional e a constatação de um déficit na atenção à saúde de hipertensos e/ou diabéticos na Estratégia Saúde da Família (ESF) Sítio Cassemiro, decidiu-se pela realização da intervenção que ocorreu entre dezembro de 2014 e abril de 2015 com duração de 12 semanas. Utilizou-se os protocolos para HAS e DM do Ministério da Saúde (MS) e como instrumentos para registro e monitoramento da intervenção a ficha espelho e planilha de coleta de dados, respectivamente, fornecidos pelo curso de especialização. Inicialmente foram estimados pelo Caderno de Ações Programáticas (CAP) 361 hipertensos na área, sendo que havíamos realizado um primeiro contato com 223 usuários correspondendo a uma cobertura de 62%, o que nos motivou a ampliar a cobertura para no mínimo, 95%; já referente aos usuários diabéticos, havia uma estimativa de que 103 residentes na área, 55 já haviam iniciado um primeiro contato com a equipe, correspondendo a uma cobertura de 53% desses usuários, o que também nos estimulou a buscarmos uma meta de 95%. Devido os dados iniciais que tínhamos na unidade não serem confiáveis, optamos por desprezarmos os índices pré-existentes e iniciamos a intervenção do zero, registrando adequadamente todos os usuários. Durante as consultas os mesmos tinham seus dados corrigidos ou quando necessário, colhidos e devidamente registrados na ficha espelho, na planilha de coletas de dados e emitidos para a Secretaria de Saúde para serem atualizados no SIAB e posteriormente no E-SUS. Cadastramos, durante os três meses, 147 (59,8%) hipertensos e 21 (34,4%) diabéticos, tal ação foi realizada pelos ACS, cada qual na sua micro-área, através das visitas domiciliares; realizamos a estratificação de risco cardiovascular e exame clínico apropriado em 100% dos usuários acompanhados e foi solicitado a todos os exames complementares conforme preconizado no protocolo do Ministério da Saúde. Desta forma, consideramos que as ações executadas nos proporcionaram melhorias nos registros de dados, nas atividades de educação em saúde e qualificação do serviço de saúde, por isso as ações serão incluídas à rotina da unidade, podendo ser ampliadas para outras ações programáticas.

**Palavras-chave:** atenção primária à saúde; saúde da família; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

## Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção aos hipertensos na UBS Sítio Cassemiro, Redentora – RS, 2015	58
Figura 2	Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Sítio Cassemiro, Redentora – RS, 2015	59
Figura 3	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Sítio Cassemiro, Redentora – RS, 2015	61
Figura 4	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada na UBS Sítio Cassemiro, Redentora – RS, 2015	62
Figura 5	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Sítio Cassemiro, Redentora – RS, 2015	63
Figura 6	Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na UBS Sítio Cassemiro, Redentora – RS, 2015	64
Figura 7	Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa na UBS Sítio Cassemiro, Redentora - RS, 2015	64
Figura 8	Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento utilizada na UBS Sítio Cassemiro, Redentora – RS, 2015	65
Figura 9	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Sítio Cassemiro, Redentora - RS, 2015	66

## Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAP	Caderno de Ações Programáticas
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EAD	Educação à Distância
ESF	Estratégia da Saúde da Família
FA	Ficha de Atendimento
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
KM	Kilômetro
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
RN	Recém Nascido
RS	Rio Grande do Sul
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel das Urgências
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISCAM	Sistema de Informação do Câncer da Mulher
SISPRENATAL	Sistema de Informação do Pré-Natal
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Nacional do Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade Saúde da Família
USG	Ultrassonografia

VIGITEL

Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas  
por Inquérito Telefônico



## Sumário

Apresentação .....	9
1 Análise Situacional .....	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	11
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	13
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	24
2 Análise Estratégica .....	25
2.1 Justificativa.....	25
2.2 Objetivos e metas.....	26
2.2.1 Objetivo geral.....	26
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	26
2.3 Metodologia.....	28
2.3.1 Detalhamento das ações .....	29
2.3.2 Indicadores .....	41
2.3.3 Logística.....	47
2.3.4 Cronograma.....	51
3 Relatório da Intervenção.....	53
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	53
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	54
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	55
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	56
4 Avaliação da intervenção.....	57
4.1 Resultados .....	57
4.2 Discussão.....	68
5 Relatório da intervenção para gestores .....	72
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	76
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	79
Referências .....	81
Anexos .....	82

## **Apresentação**

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade de Educação a Distância, promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel). O trabalho foi constituído por uma intervenção em campo com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência prestada aos hipertensos e/ou diabéticos na Estratégia de Saúde da Família na comunidade Sítio Cassemiro no município de Redentora, Rio Grande do Sul. O volume está organizado em sete unidades de trabalho, construídas de maneira independente entre si, mas sequenciais e interligadas.

Na primeira parte observamos a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizado no período de 08 de dezembro de 2014 a 08 de abril de 2015, com uma pausa de 35 dias nas atividades da unidade e na intervenção no período de 20 de dezembro de 2014 a 25 de janeiro de 2015, visto que as unidades de saúde deste município que estão localizadas na zona rural ficaram fechadas durante esse período - durante a unidade 3 do curso.

Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4. Na quinta parte consta a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Na sexta e sétima parte está o relatório da intervenção para os gestores e comunidade, respectivamente. Finalizando o volume, estão os anexos utilizados durante a realização deste trabalho.

O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês de fevereiro de 2014, quando começaram a serem postadas as primeiras tarefas; sua

finalização ocorreu no mês de setembro de 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

## **1 Análise Situacional**

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

Primeiramente devo esclarecer que, no momento (fevereiro de 2014), estou atendendo em três unidades diferentes: na Unidade Básica de Saúde (UBS) Central, pela manhã, localizada no centro de Redentora-RS; e no turno da tarde atuo em outras duas unidades localizadas na área indígena. Essa decisão partiu da Secretaria Municipal de Saúde para suprir a carência de profissionais nessas áreas.

Ao analisar a infra-estrutura das UBS e a organização da Estratégia de Saúde da Família (ESF), teoricamente, poderíamos dizer que está quase tudo funcionando de forma adequada, entretanto, ao se analisar mais de perto observa-se que a equipe não está conseguindo desenvolver todas as atividades como esperado, pois existem várias falhas e incompatibilidades com os princípios e propósitos da ESF. Uma das principais falhas é a falta de delimitação territorial para o trabalho da equipe; outra é a falta de planejamento e critério para as visitas domiciliares, pois muitas vezes falta transporte para levar os profissionais até o destino ou os usuários que deverão ser visitados são aqueles escolhidos pelos gestores; e a pouca pró-atividade dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que, muitas vezes, não agendam consultas para os usuários ao perceberem a necessidade durante suas visitas mensais.

Outras falhas estão na formação dos grupos e realização das atividades educativas. Já existem grupos de gestantes e de hipertensos e/ou diabéticos sendo realizados na unidade Central, porém, as atividades são bem superficiais, mais para constar a existência dos grupos do que para gerar impactos positivos na comunidade. Outro fato que percebi, é que não há um grupo, por exemplo, para acompanhar e trabalhar a saúde mental, assim os usuários que necessitam deste

tipo de acompanhamento estão sempre mudando de médico, procurando alguém para conversar, se expressar, desabafar, porém, não conseguem suprir suas necessidades, pois os médicos não têm tempo suficiente para dar toda a atenção necessária para esses usuários devido à excessiva demanda de atendimento. Isso faz com que muitos usuários acabem desacreditando e desistindo dos tratamentos que já estão seguindo, o que gera uma descompensação do quadro clínico.

Nos quesitos de infra-estrutura, a maioria das unidades não conta com os padrões de higiene e conforto mínimo, tanto para os usuários quanto para os profissionais, principalmente aquelas situadas na área indígena. Quanto à higiene, o que mais me intriga é que nessas localidades, os instrumentos utilizados são higienizados no mesmo espaço destinado para a higienização das mãos dos profissionais. O sanitário, pois existe somente um, é compartilhado por usuários e funcionários. Até poucos dias não havia nem se quer ventiladores nas unidades do interior e agora, após a instalação dos mesmos, ainda faltam cortinas que poderiam proporcionar mais privacidade ao usuário e minimizar o aquecimento causado pelos raios solares que irradiam diretamente na mesa do médico, pois não há espaço para alterar a posição da mesma. Já chegaram vários aparelhos de ar condicionado para serem instalados nas unidades de saúde, porém, os mesmos permanecem no depósito, pois somente após a instalação de alguns aparelhos os especialistas observaram que a rede elétrica não suporta tantos aparelhos.

A sala de vacina existe apenas na UBS Central, de onde partem as vacinas para as demais unidades de saúde em caixas térmicas, de acordo com a demanda.

Os medicamentos, infelizmente, quando tem temos apenas o básico do básico e em pouca quantidade (na área indígena, muitas vezes não tem nem dipirona, paracetamol ou anti-inflamatórios); entre os antibióticos, normalmente temos Benzetacil, Amoxicilina, Cefalexina e Bactrim, sendo que grande parte da população faz uso indiscriminado destes antimicrobianos. A falta de medicamentos, segundo a gestão, é atribuída à falta de verbas e aos penosos processos licitatórios.

Como as unidades do interior ficam aproximadamente 35 km de distância do centro, o transporte diário da equipe multiprofissional é realizado em carros totalmente sucateados, sem conforto e principalmente sem segurança. Os carros são um Uno Mille, com 500mil km de uso e uma *kombi* totalmente sucateada, com freios inadequados e segurança zero.

A minha equipe ainda não está completa, mas após a visita do supervisor do Programa Mais Médico, que ocorreu no mês janeiro de 2014, o município recebeu o prazo de 60 dias para regularizar esta situação e colocar as equipes em funcionamento. No total somos seis médicos atuantes no município: eu e mais dois colegas do Programa, um concursado cumprindo a carga horária de 40 horas e dois contratados que atuam 20 horas por semana.

No momento, por determinação dos gestores, estou realizando um trabalho mais curativo do que preventivo, pois como estou atendendo em três UBS diferentes, cada uma com agentes de saúde e enfermeiras diferentes, não estou conseguindo desenvolver outras atividades além do atendimento ambulatorial à livre demanda, até porque a comunidade indígena estava há um ano sem atendimento médico, o que acumulou uma grande demanda.

Quanto aos exames e consultas com especialistas, eu ainda não consegui entender se é o Sistema Único de Saúde (SUS) que oferece uma quantidade inadequada ou são os gestores que dificultam esses serviços por usarem os recursos de forma incorreta. O que mais me intriga é que o acesso a exames simples, como Raio X e Ultrassonografia (USG), para alguns usuários considerados graves podem demorar até meses. Quando se trata de consultas com especialistas, quando existe especialista credenciado pelo SUS, a cota varia de duas, três a cinco consultas por mês para uma população de 10 mil habitantes.

Acredito que após termos nosso território delimitado e montarmos e organizarmos a equipe em que atuo, poderemos desenvolver um bom trabalho, conforme os princípios da atenção básica.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

A situação da saúde no município em que estou atuando não é muito diferente da realidade da maioria dos municípios do país, conforme as experiências trocadas com outros colegas. Segundo os índices do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), o município de Redentora, localizado no Estado do Rio Grande do Sul (RS) tem uma população de 10.222 habitantes, sendo

que cerca de 50% destes são indígenas. Redentora é um dos municípios mais carentes do Estado, nele existem 11 Unidades Básicas de Saúde distribuídas nas mais diversas localidades da área indígena. Já na área não indígena existem três Unidades Básicas de Saúde e quatro postos satélites.

Dentre todas as unidades existentes no município, apenas duas contam com Equipes de Saúde da Família, as demais contam com o serviço de enfermagem e atendimento esporádico do médico. As unidades que contavam com equipes de ESF recém-formadas e iniciaram seus trabalhos no final de fevereiro de 2014 foram a UBS Central (ESFI) e a Unidade de Saúde da Família Sítio Cassemiro (ESFIII), que está localizada no interior, atendendo as comunidades do Sítio Cassemiro e Vila São João, onde também existem dois postos satélites. Um destes postos será transformado em Unidade de Saúde da Família (USF), brevemente. Vale ressaltar, que no mês de março de 2014 a ESF III passou a atender na UBS Central e a ESF II, em que atuo como médico clínico, ficou responsável pela USF Sítio Cassemiro, unidade que atende a comunidade rural.

Entre todas as Unidades Básicas de Saúde, a única que está totalmente adequada para o funcionamento, contando com os espaços físicos, equipamentos e profissionais suficiente é a UBS Central, localizada no centro de Redentora. Essa Unidade conta com três médicos que fazem parte da equipe de apoio e realizam atendimentos a livre demanda e mais dois médicos do Programa Mais Médicos que fazem parte das equipes de Estratégia da Saúde da Família (ESF I e III). Uma destas equipes, a ESF I, atende grande parte os habitantes da cidade, já a ESFIII, atende parte dos usuários da cidade na própria Unidade Central e se desloca para outras localidades do interior, utilizando para isto uma a Unidade São Sebastião e um posto satélite localizado nas suas comunidades do interior. Na unidade central também atuam duas equipes de saúde bucal, porém elas estão voltadas para os processos curativos, uma vez que cerca de 50% da população do município, ou seja, a população não indígena, conta com os serviços destas equipes. A unidade central conta com um amplo espaço para reuniões e atividades de grupo, além de contar com o setor administrativo responsável pela direção de todas as unidades de saúde do município e controlar toda a reposição de instrumentos, medicamentos e insumos das demais unidades.

O município possui o Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU), que está instalado próximo às dependências da UBS Central, porém não existem no

município nem Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), nem Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Os casos de atendimentos de urgência e emergência, sejam eles ocorridos durante o período de funcionamento das unidades ou à noite, são encaminhados pelo SAMU ou pelos veículos da secretaria de saúde para atendimento no Hospital Santo Antônio de Tenente Portela-RS, distante 50 km de Redentora. Os atendimentos especializados, bem como os exames complementares (Raio X, Tomografia Computadorizada, Ressonância Nuclear Magnética, USG e Colonoscopia) são realizados em outras localidades, existindo uma espera que varia de um a oito meses para a realização de exames e/ou consultas com especialistas. Entretanto, essa demora pode ser reduzida se o usuário entrar com uma contrapartida de até 70% do valor do serviço requerido. Já a maioria dos exames laboratoriais de rotina está disponível no próprio município e ficam prontos em média 15 dias após a realização.

No que se refere aos medicamentos, percebemos que aqueles fornecidos pela farmácia popular sempre estão à disposição nas unidades, já os que necessitam da contrapartida do município e têm que passar pelo processo licitatório tem épocas que estão à disposição, mas em outras estão em falta.

Na Unidade Sítio Casseiro todas as ações, insumos, recursos e patrimônio arquitetônico são financiados pelo SUS e administrado pela gestão municipal. A unidade não tem vínculo com entidades de ensino e a equipe ainda não está completa, pois é formada apenas por mim (médico), uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e nove ACS. Na área da nossa UBS também existem dois postos satélites, que são minúsculos e contam com o mínimo de estrutura possível, nos permitindo apenas realizar algumas atividades, como atendimento clínico e atividades de grupo.

Em relação à estrutura física, a USF Sítio Casseiro não possui nem a metade do que determinam as normas do Ministério da Saúde. Antes mesmo de chegar até a unidade nos deparamos com uma estrada de chão, cheia de pedras, algumas valetas e um acentuado declive, que dificulta e impede o acesso de muitos usuários. Chegando à pequenina unidade, não há rampas para cadeirantes, o piso não é antiderrapante, há apenas um banheiro que é usado pelos usuários e funcionários e não tem barras de apoio. A unidade possui uma pequena sala para recepção e espera com umas 12 cadeiras, fazendo com que a metade dos usuários



tenha que aguardar em pé no lado de fora da unidade, faça sol ou faça chuva, sendo que não há toldo nem outro abrigo para os usuários se protegerem.

O consultório médico e o odontológico são minúsculos e não têm climatização, ventilação nem iluminação adequada, o mesmo acontece na sala de pré-consulta e sala para realização de preventivos. Não temos todas as salas necessárias na unidade, nos falta espaço para armazenamento de medicamentos, materiais de limpeza e lixo, um expurgo e sala para reuniões. Dessa forma, os integrantes da equipe têm que diariamente carregar e descarregar caixas de madeira, pesadas, com materiais e medicamentos para garantir o atendimento.

Como não há sala para reuniões, as atividades em grupo são realizadas no mesmo espaço que é usado para recepção e espera, mesmo que essas atividades sejam realizadas nos dias específicos para os grupos, sempre temos usuários que buscam a unidade neste momento e acabam interrompendo as atividades, sem falar que, em decorrência do espaço ser pequeno, algumas atividades acabam se tornando impróprias ou não podem ser realizadas. Para amenizar as limitações de falta de espaço, começamos a utilizar os dois postos satélites para as atividades de grupo, bem como as escolas presentes na nossa área de abrangência.

Quanto às limitações de acesso, já solicitamos junto as autoridades competentes a restauração dos acessos, porém, após meses ainda não obtivemos resultado. No que diz respeito à estrutura física, há necessidade de se restaurar e reestruturar o espaço físico para que os usuários tenham um ambiente mais digno e os funcionários possam desenvolver as atividades necessárias.

Quando iniciamos as atividades em nosso território, nos deparamos com uma grande demanda reprimida, pois até então, há anos não havia ações voltadas à atenção básica. Mediante a essa realidade, o único ponto positivo foi o fato de podermos começar um projeto desde o início, acompanhar o desenvolvimento do mesmo e possivelmente obtermos bons resultados das ações que fomos desenvolver. Porém, o trabalho vem sendo mais árduo do que imaginávamos, pois além do fato de que não existiam ações preventivas na região, a equipe ainda está incompleta, pois ainda nos faltam: dentista, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista e educador físico, pois os usuários vivem em uma região rural, distantes dos recursos e totalmente isolados. Esses fatores implicam em maior incidência de problemas e doenças como de coluna, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), depressão, péssima saúde bucal, entre outros. Sendo assim, o apoio desses

profissionais seria fundamental, pois mesmo tendo desenvolvido algumas ações como atividades educativas, oficinas e formação de grupos de hipertensos e/ou diabéticos, a equipe não consegue desempenhar todas as atividades necessárias por falta de profissionais, espaço físico e estrutura de apoio. Enquanto isso, além das atividades já citadas, a equipe tem intensificado as visitas domiciliares para amenizar a situação de certos usuários que por um ou outro motivo, não conseguem participar das atividades ou não conseguem ir até a unidade.

O total da população que reside em nossa área de atuação é de 1.615 habitantes. Apesar de não termos dados concretos sobre o número exato dos usuários e a sua distribuição por sexo e idade, baseados nas atividades e consultas que já estamos realizando, podemos estimar que os habitantes do sexo feminino prevalecem em relação aos do sexo masculino. No que diz respeito à idade, é notável a prevalência de pessoas adultas e idosas em relação aos jovens e crianças. O fator principal para que existam poucos jovens nessa região é a falta de oportunidades, e isso leva os jovens a migrarem para os grandes centros em busca de melhores oportunidades de emprego e estudo.

Pelo fato da população atendida pela nossa equipe não ser tão volumosa hoje não estamos enfrentando dificuldades com o excesso de demanda. Dessa forma, diariamente, nos horários específicos para atendimento médico, nós estamos conseguindo atender oito consultas agendadas e oito de demanda espontânea por turno, contudo, caso surjam mais usuários com necessidades evidentes, estes também são atendidos. Os usuários que vão à unidade para apresentar algum exame ou por algum motivo que não exija consulta imediata, após ser avaliado pela enfermeira, são agendados para um próximo dia, que normalmente não demora mais que cinco dias.

Os usuários que necessitam de reconsulta, já saem da UBS com sua consulta agendada de acordo com a necessidade e recomendação médica. Dificilmente há a necessidade de utilizarmos uma avaliação de risco para ordenar a sequência dos atendimentos, pois a demanda maior existiu somente no início das atividades da equipe, entretanto todos os usuários que procuram a unidade passam por uma pré-consulta realizada pela enfermeira.

No que diz respeito à SAÚDE DA CRIANÇA nas faixas etárias entre 0 a 72 meses, anteriormente a puericultura era reduzida à primeira consulta realizada juntamente com a avaliação da puérpera no dia em que fariam o teste do pezinho.

Com o início das atividades da nossa equipe, estamos conseguindo garantir que toda criança de 0 a 12 meses, realize no mínimo sete consultas de puericultura no primeiro ano de vida. Para alcançarmos esse objetivo estamos agindo da seguinte forma: em um primeiro momento, os ACS realizam visita à casa da puérpera assim que a mesma e o recém-nascido (RN) retornam para casa; em seguida a equipe é comunicada do estado geral da mãe e do filho pelos ACS e a equipe agenda uma visita domiciliar, na qual orientamos sobre a vacinação, aleitamento materno, teste do pezinho, cuidados com RN, cuidados que a puérpera deve ter com sua saúde, alimentação, higiene, acidentes que podem ser evitados com as crianças, entre outros.

Na visita domiciliar a equipe avalia a criança e a puérpera e entrega para a mãe um cronograma personalizado com o agendamento já definido das sete consultas de puericultura para o primeiro ano de vida do bebê, incluindo a avaliação da saúde bucal. Uma cópia desse cronograma é entregue aos ACS, para que os mesmos ajudem a lembrar às mães as datas da consulta e outra fica com a equipe na pasta das crianças menores de um ano de idade, que é vista constantemente para também não deixar passar as datas das consultas já agendadas. Dessa forma, a primeira consulta será realizada a domicílio e a segunda será agendada pela equipe com a pediatra que faz parte da equipe de apoio na UBS Central, as demais consultas serão realizadas pela equipe da USF Sítio Cassemiro. Todas as consultas deverão ser registradas no prontuário médico e na caderneta da criança, para assim podermos monitorar o crescimento e desenvolvimento das crianças.

Outra medida que consideramos importante, mas ainda não conseguimos colocar em prática, é realizar um grupo de puericultura a cada três meses com as mães e crianças para avaliarmos o desenvolvimento da criança em grupo, podendo realizar testes recomendados pelo caderno de atenção básica do Ministério da Saúde e promover a troca de experiências entre as mães.

Dentre as 19 crianças menores de um ano previstas para a nossa área pelo Caderno de Ações Programáticas (CAP), 17 (89%) são acompanhadas pela equipe. Destas, nenhuma está com as consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde e todas estão com atraso da consulta agendada em mais de sete dias. Todas realizaram o teste do pezinho e a primeira consulta de puericultura até sete dias de vida; realizaram a triagem auditiva; foram monitoradas quanto ao crescimento e desenvolvimento na última consulta; estão com vacinas em dia e

tiveram suas mães ou responsáveis orientadas sobre o aleitamento materno exclusivo e a prevenção de acidentes. Vale ressaltar que nenhuma recebeu avaliação de saúde bucal.

Referente às faixas etárias 13 e 72 meses, ainda não estamos realizando nenhuma ação específica, pelo fato de que nossa equipe não está completa e não conseguiríamos dar continuidade a todas as ações, caso criássemos inúmeras, mas estamos nos programando para começarmos a elaborar um cronograma de consultas para acompanharmos o desenvolvimento e crescimento das crianças dessa faixa etária.

Em relação ao PRÉ-NATAL, mesmo quando a equipe ainda não vinha desempenhando suas atividades, o mesmo sempre foi realizado, contudo, nem sempre da forma que preconiza o Ministério da Saúde. Após começarmos as atividades, procuramos intensificar ainda mais as consultas de pré-natal, além de melhorar e ampliar a atenção às gestantes. Anteriormente nem todas participavam do grupo de gestante e após nosso incentivo, mesmo o grupo sendo realizado na UBS Central, de forma unificada, as mesmas começaram a participar. Até começarmos a atuar na USF Sítio Cassemiro, as gestantes não passavam por uma avaliação de saúde bucal, mas mesmo com a falta de dentista na nossa equipe, conseguimos encaixar as gestantes para serem avaliadas pela equipe da UBS Central nos dias que participam das atividades de grupo das gestantes. Todas as atividades com as gestantes, quando coletivas, são registradas em ata e as consultas de pré-natal são registradas nas carteirinhas das gestantes, Ficha de Atendimento (FA) e repassado para o Sistema de Informação do Pré-Natal (SISPRENATAL).

Referente ao pré-natal assistimos 12 (50%) das 24 gestantes estimadas para nossa área, conforme o CAP. Destas, 11 (92%) iniciaram o pré-natal no 1º trimestre; todas estão com suas consultas em dia de acordo com o calendário proposto pelo Ministério da Saúde; tiveram seus exames laboratoriais solicitados na 1ª consulta; estão vacinadas contra tétano e hepatite B conforme protocolo Ministerial; receberam prescrição de suplementação de sulfato ferroso e foram orientadas sobre o aleitamento exclusivo. Conseguimos garantir que 75% (09) realizassem o exame ginecológico por trimestre e 83% (10) fossem submetidas a avaliação de saúde bucal.

Anteriormente, os exames mínimos necessários para o primeiro e terceiro trimestre não estavam sendo realizados dentro do prazo, mas após um franco diálogo com a gestão e a troca do secretário de saúde, que está mais empenhado em administrar corretamente a saúde desse município, os exames estão sendo realizados dentro do prazo estimado. Porém, as atividades de grupo ainda continuam acontecendo na UBS Central, de forma centralizada, englobando todas as gestantes do município, mas nós ainda vamos tentar descentralizar e realizar as atividades de grupo para as nossas gestantes nas dependências da nossa UBS, pois acreditamos ser mais viável, pois precisamos fortalecer ainda mais o vínculo entre gestantes e equipe.

Referente ao PUERPÉRIO, a cobertura está sendo de 63%, visto que no último ano atendemos 12 das 19 puérperas estimadas para nossa área. Todas consultaram antes dos 42 dias de pós-parto; tiveram sua consulta registrada e receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido, sobre aleitamento exclusivo e planejamento familiar. Nas consultas conseguimos garantir que todas tivessem suas mamas e abdome examinados; entretanto, apenas 33% (04) realizaram exame ginecológico; 17% (02) tiveram seu estado psíquico avaliado e 33% (04) foram avaliadas quanto às intercorrências, o que demonstra que precisamos investir mais esforços neste tipo de avaliação.

As ações para a PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA já aconteciam anteriormente, porém nossa equipe tem intensificado a divulgação sobre a importância do exame e quais os benefícios que estes podem gerar, por meio das rodas de conversas. Após cada momento deste, as mulheres são convidadas à realizar o exame no mesmo dia do encontro. Entretanto, caso não seja possível, o exame é ofertado todos os dias da semana.

Outra medida que estamos adotando é lembrar as usuárias em todas as outras atividades de grupo que o exame deve ser feito anualmente, mesmo após a menopausa, pois é comum nos depararmos com usuários que acreditam não precisar mais fazer esse exame, pois já passaram dos 50 anos. Essa mesma tática está sendo adotada para incentivarmos a realização e esclarecermos as dúvidas sobre a mamografia.

A cobertura da Prevenção do Câncer de Colo de Útero está sendo de 81%, visto que 360 das 443 mulheres ente 25 e 64 anos foram acompanhadas na

unidade. Todas foram orientadas sobre prevenção de câncer de colo de útero e sobre as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). 54% (195) estão com o exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia; 29% (103) estão com o exame citopatológico para câncer de colo de útero com mais de 6 meses de atraso e nenhuma com resultado alterado. 54% (195) foram avaliadas quanto ao risco para câncer de colo de útero, tiveram seus exames coletados com amostras satisfatórias e com células representativas da junção escamocolunar.

Quanto a prevenção do Câncer de Mama, a cobertura está em torno de 61%, pois a equipe acompanhou 101 mulheres entre 50 e 69 anos das 165 previstas para a área. Todas foram avaliadas quanto ao risco para câncer de mama e foram orientadas sobre prevenção do câncer de mama. 71% (72) estão com a mamografia em dia e 19% (19) estão com mais de três meses em atraso.

Para obtermos maior controle sobre os resultados dos exames citopatológicos e mamografias adotamos a prática de que todas as mulheres devem passar pelo médico para avaliar o resultado e reiterar a necessidade de se dar prosseguimento a realização dos exames nos anos futuros ao irem receber o resultado dos exames. Dessa forma, caso seja constatada alguma alteração, caberá ao médico e à enfermeira tomarem as medidas cabíveis para que não se perca o seguimento. As mulheres com exame citopatológico ou mamografia alterados terão uma observação anexada ao prontuário e seus dados serão registrados num livro específico, assim acreditamos que poderemos realizar um melhor controle e garantir que as usuárias sigam as orientações sobre as condutas necessárias. Independente de qual for os resultados dos exames, todos os dados são lançados no Sistema de Informação do Câncer da Mulher (SISCAM).

No que diz respeito à atenção aos HIPERTENSOS e DIABÉTICOS, após a implantação da ESF conseguimos iniciar o cadastramento dos usuários portadores dessas doenças e formamos três grupos de hipertensos e/ou diabéticos em localidades estratégicas para que os usuários conseguissem participar das atividades com mais frequência. Outra ação que começamos a colocar em prática e obtivemos bons resultados foi levar nas atividades de grupo as medicações de controle da hipertensão e diabetes, pois era comum nos depararmos com usuários que não estavam seguindo os tratamentos prescritos por que algumas vezes os mesmos não conseguiam ir até a cidade para retirarem seus medicamentos. Após essas práticas, em menos de dois meses começamos a observar que são raros os

usuários que estão participando ativamente que não estão com seus níveis pressóricos ou glicêmicos dentro do esperado.

Além dessas ações, já conseguimos realizar a estratificação de risco cardiovascular na maioria desses poucos usuários na primeira consulta. Dessa forma, já conseguimos providenciar a caderneta para controle da medicação, níveis pressóricos e diabéticos para todos os nossos usuários, além de que desde então, agendamos as consultas subsequentes para o monitoramento dos tratamentos, mas ainda não conseguimos alcançar uma cobertura satisfatória, visto que essa é apenas umas das várias atividades que estão apenas começando. Contudo, o que ainda não conseguimos colocar em dia é a avaliação da situação da saúde bucal de todos esses usuários, pois nossa equipe não tem equipe de saúde bucal, porém, já conseguimos que alguns fossem avaliados pela equipe da UBS Central.

Atualmente, temos realizado um primeiro contato com 223 hipertensos com 20 anos ou mais dos 361 estimados para a nossa área de abrangência, o que nos dá uma cobertura de 65% dos hipertensos. 82% (182) destes usuários tiveram a estratificação de risco cardiovascular por critério clínico realizada, estão com os exames complementares periódicos parcialmente em dia e foram orientados sobre a importância da prática de atividade física regular e da alimentação saudável. 21% (50) estão com atraso da consulta agendada em mais de sete dias e 43% (103) estão com a avaliação de saúde bucal em dia.

Não se distanciando muito da situação da cobertura de hipertensos assistidos, temos 55 (53%) dos 103 diabéticos acima de 20 anos estimados pelo CAP para nossa área de abrangência. 87% (48) dos usuários acompanhados em nossa unidade tiveram a estratificação de risco cardiovascular por critério clínico realizado, estão com seus exames complementares periódicos em dia, exame físico e sensibilidade dos pés realizados nos últimos três meses, palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso também realizados nos últimos três meses, bem como foram orientados sobre a importância da prática de atividade física regular e alimentação saudável. 22% (12) estão com atraso da consulta agendada em mais de sete dias e 49% (27) estão com avaliação de saúde bucal em dia. Contudo, esses dados não são totalmente confiáveis, visto que este é o período inicial das atividades nesta área.

Quanto à SAÚDE DO IDOSO, anteriormente nada era feito, e agora o que conseguimos fazer ainda é muito pouco. Além de cadastrarmos os idosos e

forneçermos para os mesmos a caderneta da saúde do idoso, elaboramos uma espécie de agenda, ordenando as atividades de grupo para este público, que ainda deverão ocorrer a cada dois meses. Como a equipe ainda não tem dentista, vamos tentar contar com o apoio de um profissional da equipe da UBS Central para participar das atividades de grupo e realizar a avaliação da saúde bucal dos idosos. Essa ação também está sendo pensada para colocar em prática com os demais grupos educativos, porém, será difícil, pois a equipe da UBS Central tem uma enorme demanda.

Para que as consultas para o acompanhamento desses idosos sigam em dia estão sendo agendados um número específico de consultas mensais para os idosos pertencentes às áreas de cada agente de saúde, tendo os mesmos, a responsabilidade de informar os usuários de suas áreas quando deverão ir à consulta.

Dos 221 idosos estimados pelo CAP, 218 (99%) estão sendo acompanhados na nossa unidade de saúde e todos estão com a caderneta da saúde da pessoa idosa. 69% (151) estão com o acompanhamento em dia, foram avaliados quanto ao risco para morbimortalidade, tiveram a realização de avaliação multidimensional rápida e foram orientados quanto aos hábitos alimentares saudáveis e atividade física regular. Dentre estes idosos, 50% (109) são hipertensos e 15% (32) são diabéticos. Vale ressaltar, que apenas 26% (56) estão com a avaliação de saúde bucal em dia.

Finalizando, os melhores recursos que nossa UBS tem no momento é a equipe, apesar de incompleta, muito entusiasmada, empenhada e ainda um pouco que atordoada, mas com muita determinação, a fim de fazer funcionar a ESF, apesar de vivenciar as inúmeras dificuldades causadas pelo longo abandono que a saúde vinha sofrendo nessa região.

O maior desafio, a meu ver, é a re-estruturação da unidade com a retirada das barreiras arquitetônicas, que desde o início das atividades não têm tido nenhuma evolução. Além disto, menos difícil, mas também não tão fácil, será a complementação da equipe, pois os salários oferecidos para os profissionais são míseros e nem todos os profissionais estão dispostos a trabalhar e viver em pequenas cidades com poucos recursos.

Contudo, mesmo com a equipe incompleta e com enormes barreiras que ainda precisam ser vencidas, após cinco meses de atividades, apesar de poucos



avanços, considero que estamos no caminho certo e como já conseguimos criar um estreito vínculo com a comunidade, vamos ter mais forças para buscarmos recursos e desenvolvermos ações que venham, de fato, prevenir à saúde da população.

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

Analisando e comparando o texto inicial sobre a situação da ESF/APS elaborado no início do curso com o Relatório da Análise Situacional, percebo que durante a análise situacional as condições de trabalho da unidade foram melhorando, pois finalmente nossa equipe foi formada, nosso território foi definido e aos poucos fomos nos apropriando da situação em que a atenção básica se encontrava em nosso território.

Percebi que as ações voltadas à promoção, educação em saúde, rastreamento e armazenamento de dados começaram a ser desenvolvidas, porém com bastantes dificuldades pelo fato de que há muito tempo a atenção básica não vinha sendo desenvolvida no território.

Tivemos progresso com a tentativa de organização de grupos, organização de arquivos para um melhor acompanhamento e rastreamento de usuários e continuamos empenhados em melhorar cada vez mais o atendimento prestado, tentando humanizar a assistência prestada aos usuários do SUS. Contudo, pela enorme demanda das ações que vinham sendo suprimidas, ainda temos muito que aperfeiçoar, pois esse foi o primeiro contato de nossa equipe com os usuários e com a realidade de nossa área.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

Segundo o Ministério da Saúde (2013) as doenças cardiovasculares continuam representando a principal causa de morbimortalidade da população brasileira. Por isso é necessário diagnosticarmos precocemente, além de aprimorarmos e aumentarmos a atenção aos usuários já diagnosticados com HAS e DM, a fim de amenizarmos as severas complicações causadas por estas patologias, principalmente quando não controladas adequadamente.

A minha equipe de ESF, formada por um médico, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, uma dentista e nove agentes comunitários de saúde, está atuando no interior do município de Redentora-RS, atendendo duas comunidades: Sítio Casseiro e São João, que juntas possuem 1615 habitantes. Por ser uma região onde as pessoas têm como meio de subsistência as atividades agrícolas, precisamente a agricultura familiar, os hábitos alimentares baseiam-se nos seguintes alimentos: feijão, arroz, maçãs, pães, vinho, embutidos feitos em casa, carne bovina, suína, ovina e derivados do leite, açúcar mascavo, bastante sal, além dos produtos industrializados.

Entende-se que a atenção básica, sendo ela para os usuários a principal porta de entrada para os serviços de saúde, deve ser organizada e contar com programa de atenção à saúde eficiente, profissionais capacitados, insumos, exames complementares, espaço físico, medicamentos, entre outros, para suprir as demandas que existirem na área adstrita. Nos poucos meses de trabalho que minha equipe vem atuando nessa área já conseguimos dar início a algumas atividades voltadas ao público hipertenso e diabético. Entretanto, apenas conseguimos rastrear na população acima de 20 anos 233 hipertensos e 55 diabéticos, mas a estimativa é

de que existam em torno de 360 hipertensos e 103 diabéticos. Dessa forma os indicadores de cobertura ficaram em torno de 65% para HAS e 53% para DM.

Diante disto e da realidade onde a extensão territorial é imensa, a estrutura arquitetônica da UBS é deficiente, existem péssimas condições de transporte, os usuários são bastante carentes e possuem um baixo nível de escolaridade, não vamos nos iludir em alcançar o máximo de cobertura, mas estamos confiantes de que com bastante empenho conseguiremos ampliar a cobertura para 95% dos hipertensos e diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e elevar para 100% os indicadores de qualidade.

A ação que vamos desenvolver é de suma importância para melhorarmos a atenção básica à população alvo, que há anos não contava com o apoio de uma equipe de saúde voltada para a prevenção e amenização dos riscos. Para que a ação aconteça e assim obtenhamos êxito, toda a equipe deverá participar e empenhar-se para suprimos as necessidades e enfrentarmos as barreiras como a falta de um espaço adequado para realizarmos atividades de grupo; falta de um espaço adequado para que os usuários possam realizar atividades físicas e a falta de profissionais como nutricionista, educador físico e recreadora, pois é fundamental que a ação possa atingir todas as áreas que possam interferir na saúde desses usuários.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a qualidade da assistência prestada aos hipertensos e/ou diabéticos na Estratégia de Saúde da Família na comunidade Sítio Casseiro no município de Redentora, Rio Grande do Sul

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

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

Meta 1.1: Cadastrar 95% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 95% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Relativos ao Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Relativos ao Objetivo 4: Melhorar o registro das informações:

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

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

Relativos ao Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular:

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

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

Relativos ao Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos:

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

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

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

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

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

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

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

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

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família Sítio Cassemiro, no Município de Redentora/RS. Participarão da intervenção cerca de 360 hipertensos e 103 diabéticos com 20 anos ou mais residentes em nossa área de abrangência.

### 2.3.1 Detalhamento das ações

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

EIXO: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: A equipe revisará as famílias cadastradas na unidade para verificar se todos os usuários hipertensos e diabéticos estão cadastrados, incumbindo os ACS de refazerem os cadastros, caso seja necessário. Todos os usuários cadastrados serão lançados na planilha de coleta de dados (Anexo A) que será monitorada semanalmente.

EIXO: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento: Todos os profissionais da equipe farão o registro da assistência prestada ao usuário hipertenso e diabético tanto no prontuário quanto na ficha espelho (Anexo B) disponibilizado pelo curso.

Ação: Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus.

Detalhamento: Todos os profissionais responsáveis pela recepção serão orientados para acolher a demanda do usuário e a partir desta dá o devido encaminhamento na unidade de saúde.

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

Detalhamento: As técnicas de enfermagem serão responsáveis por avaliar a qualidade dos instrumentos para aferição da pressão arterial e níveis glicêmicos, sinalizando à direção se o mesmo estiver impróprio para uso.

EIXO: ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

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

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

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

Detalhamento: A equipe de saúde realizará atividades tanto em grupos de usuários hipertensos e diabéticos quanto em momentos oportunos para informar à comunidade sobre como serão e quais serão os serviços prestados na unidade de saúde à população diabética e hipertensa, além de orientar sobre quais são os riscos que essas doenças representam para os seus portadores e ressaltar a necessidade e a importância de verificar os níveis glicêmicos e pressóricos periodicamente.

Além das atividades de grupo, durante as consultas ambulatoriais e de forma individual iremos reforçar as recomendações e orientações sobre as medidas e hábitos saudáveis que favorecem a prevenção da hipertensão e diabetes, ou que minimizem os danos causados por essas doenças.

#### EIXO: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e/ou diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e/ou realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: A Enfermeira da equipe deverá se reunir com os ACS para orientá-los sobre o preenchimento das fichas dos hipertensos e diabéticos para que os cadastros estejam sempre atualizados.

O médico e a enfermeira deverão averiguar se os técnicos em enfermagem estão fazendo de forma correta a verificação da pressão arterial e o exame de hemoglicoteste e orientá-los, se necessário.

Relativos ao Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos:

#### EIXO: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

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

Ação: Monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

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

Detalhamento: Todo tipo de assistência prestada aos usuários hipertensos e diabéticos será registrada na ficha espelho e posteriormente na planilha de coleta de dados, através da qual realizaremos o monitoramento semanal das informações colhidas durante o atendimento.

A enfermeira deverá solicitar, mensalmente, à farmacêutica a relação dos usuários que retiraram a medicação junto à farmácia da UBS Central, além de nas pré-consultas, indagar se os usuários tiveram acesso as suas medicações. Caso algum não tenha tido acesso, essa informação deverá ser registrada no prontuário, além disto, a enfermeira buscará informar-se se o usuário não teve acesso à medicação por falta de medicação ou por não ter ido retirar a mesma.

#### EIXO: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e/ou diabéticos.

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

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

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

Detalhamento: Em reunião de equipe iremos definir o papel de cada um na intervenção, organizar um cronograma de capacitações que se baseará no protocolo do Ministério da Saúde, o qual será impresso e ficará disponível na unidade para consulta durante o atendimento. Toda capacitação será de responsabilidade do



médico e da enfermeira, que se programarão para que a cada três meses seja realizada uma espécie de oficina, para que em conjunto com toda a equipe, sejam trocadas as experiências e discutido as dúvidas, proporcionado as atualizações sobre manejos e condutas.

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

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

Detalhamento: O profissional responsável pelo atendimento clínico do usuário hipertenso e/ou diabético solicitará os exames complementares necessários, de acordo com a periodicidade estipulada pelo Ministério da Saúde. Ao solicitar os exames, o profissional registrará esta informação no prontuário a fim de controlar o retorno do mesmo, verificando que os resultados dos exames estão demorando de ser entregue aos usuários, a equipe irá relatar o problema ao gestor.

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

Detalhamento: A equipe irá registrar tanto no prontuário do usuário quanto na planilha de coleta de dados a solicitação dos exames complementares e seus resultados. Por meio da planilha a equipe observará a necessidade de atualização dos mesmos ou não.

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

Detalhamento: Como não existe farmácia na unidade, esta ação não será possível.

Ação: Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: Toda necessidade de medicamento do usuário será registrada no prontuário e ficha espelho.

**EIXO: ENGAJAMENTO PÚBLICO**

Ação: Orientar os usuários 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.

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

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

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

Detalhamento: A equipe de saúde deverá realizar atividades, em forma de grupo educativo e oficinas com a finalidade de informar à comunidade sobre os serviços que a equipe está desenvolvendo na comunidade, qual sua finalidade, quais os benefícios que essas atividades vão resultar e quais as complicações e riscos que os usuários diabéticos e hipertensos estão sujeitos, principalmente se tiverem seus níveis pressóricos e glicêmicos controlados. Além disso, os usuários serão orientados sobre a existência da Carta dos direitos dos usuários do SUS e seus direitos de terem acesso às medicações hipoglicemiantes e anti-hipertensivas.

#### EIXO: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

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

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e ou diabetes.

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

Detalhamento: O médico deverá manter-se atualizado e proporcionar à equipe de enfermagem orientações sobre as medições corretas de pressão arterial (segundo protocolo), glicemia capilar e sinais vitais. Além disso, orientar corretamente, inclusive os ACS e equipe sobre a necessidade de encorajar os usuários a mudarem certos hábitos alimentares e dinâmicos que possam interferir diretamente na qualidade de vida nos resultados dos tratamentos prescritos para os usuários.

Caberá ao médico e enfermeira estarem atentos às medidas da pressão arterial e outros procedimentos realizados pela técnica em enfermagem, a fim de instruí-la sobre a realização correta dos procedimentos, caso necessário.

Será solicitado à farmacêutica para que a mesma oriente a equipe sobre as alternativas que os usuários têm para conseguir ter acesso contínuo aos medicamentos necessários.

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

#### EIXO: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: Caberá à equipe elaborar um cartão ou acrescentar um campo no próprio cartão do hipertenso e diabético já utilizado específico para o agendamento das futuras consultas, dessa forma, no final de cada consulta, o usuário sairá da unidade com a próxima consulta agendada.

Também será elaborado um livro de registro para esses usuários, onde haverá um campo para se registrar a realização ou não de suas consultas nas datas previstas.

O livro de registro deverá ser monitorado periodicamente pela enfermeira para verificar se os usuários estão seguindo a periodicidade das consultas. Referente aos usuários com consultas atrasadas a enfermeira comunicará o ACS do usuário, para que o mesmo solicite que o usuário vá até a UBS para realizar a sua consulta.

#### EIXO: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

Ação: Organizar a agenda para acolher os hipertensos e/ou diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Quando a enfermeira identificar que um usuário faltou a consulta, assim que possível, deverá comunicar ao ACS responsável por tal usuário para que o mesmo entre em contato para averiguar porque o usuário faltou a consulta. Caso o usuário não esteja conseguindo ir à UBS devido suas condições de

saúde será agendado uma visita domiciliar onde a equipe se deslocará até a residência do usuário para consultá-lo.

A equipe deverá encontrar na agenda um espaço para atender aos faltosos, podendo-se utilizar o espaço da agenda diária, destinados à demanda espontânea, uma vez que essas consultas serão excepcionais e com certeza não serão muitas.

#### EIXO: ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

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

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

Detalhamento: Durante as atividades de grupo e consultas caberá a equipe informar a população sobre a necessidade da realização das consultas de forma periódica, conforme o protocolo do Ministério da Saúde, a fim de evitar as complicações cardiovasculares, entre outras, causadas pela hipertensão e diabetes, que poderão ser controladas caso haja interação entre os usuários e a equipe.

#### EIXO: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: Durante o momento de atualização continuada, sempre no final do mês, após a entrega de produção, o médico e/ou a enfermeira irão proporcionar aos agentes de saúde informações sobre diversos temas que dizem respeito a prevenção de complicações e promoção à saúde dos hipertensos e diabéticos, para que esses possam repassar essas informações para os usuários que eles visitam. Dentre os temas que serão discutidos e abordados estará a questão da realização dos exames e consultas que são agendadas pela equipe de saúde.

Relativos ao Objetivo 4: Melhorar o registro das informações:

**EIXO: AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO**

Ação: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: Toda consulta realizada pela equipe deverá ser registrada no prontuário, na ficha espelho e na planilha de coleta de dados. Semanalmente a enfermeira deverá avaliar a planilha para averiguar se os dados das consultas estão sendo digitados corretamente e se os registros estão sendo atualizados.

**EIXO: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

Ação: Manter as informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) atualizadas.

Ação: Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento registros.

Ação: Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: Todas as consultas realizadas pela equipe deverão ser registradas no prontuário, na FA e ficha espelho. Periodicamente a enfermeira deverá sondar pelo livro de registro e nos sistemas de armazenamento de dados disponíveis para averiguar se os dados das consultas estão sendo digitados corretamente e se os registros estão sendo atualizados.

Como nossa UBS e postos satélites não contam com microcomputadores, diariamente serão levadas as FA até a UBS Central para que o digitador repasse os dados que constam na FA para o SIAB, para que assim possamos manter os sistemas atualizados.

**EIXO: ENGAJAMENTO PÚBLICO**

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

Detalhamento: Durante as visitas domiciliares, consultas e atividades em grupo a equipe deverá informar a população sobre seus direitos sobre o acesso a segunda via do seu prontuário.

#### EIXO: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e/ou diabético.

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

Detalhamento: O médico e/ou enfermeira deverão manter-se atualizados e repassarem as atualizações que surgirem em relação à assistência ao hipertenso e/ou diabético para os demais integrantes da equipe. Todos serão treinados para se garantir um registro adequado tanto da consulta quanto dos procedimentos clínicos realizados na UBS.

Relativos ao Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

#### EIXO: AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO

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

Detalhamento: Verificar nas planilhas de coletas de dados a realização da estratificação de risco de forma periódica para nos certificarmos de que todos os usuários tenham sido avaliados conforme preconizado pelo protocolo Ministerial. Os usuários que não tiveram sua estratificação de risco realizada deverão ser acionados pelos ACS para que compareçam à UBS para consultar e para ser avaliado em um dia a combinar.

#### EIXO: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: Os usuários de alto risco terão prioridade no atendimento e deverão ser encaixados na agenda de forma que sejam atendidos sem atraso,

mesmo que esses necessitem ser atendidos dentro da margem diária destinada à demanda espontânea.

#### EIXO: ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

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

Detalhamento: Durante as atividades de grupo e consultas de acompanhamento a equipe deverá informar a todos os usuários quais são os seus riscos, o que isso representa para a sua saúde e orientá-los sobre quais são as medidas saudáveis que cada um precisa aderir para diminuir os danos causados por essas doenças.

#### EIXO: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés.

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

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

Detalhamento: O médico da unidade deverá realizar uma capacitação para a equipe, a fim de auxiliar os profissionais na avaliação dos fatores de risco e para aprimorar o registro destas avaliações, além de fornecer as orientações sobre controle dos fatores de risco modificáveis.

Relativos ao Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

#### EIXO: AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO

Ação: Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e/ou diabéticos com o dentista.

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e/ou diabéticos.

Ação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e/ou diabéticos.

Ação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: Verificar, semanalmente, nas planilhas de coleta de dados as orientações fornecidas aos usuários durante as consultas ambulatoriais e atividades em grupo.

#### EIXO: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

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

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

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

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

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

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: Será solicitado à dentista da UBS Central para que a mesma faça uma avaliação em todos os diabéticos e hipertensos e elabore um agendamento conforme a necessidade de cada usuário. Após a elaboração da agenda, solicitaremos que nos forneçam uma cópia da mesma para que a equipe possa acompanhar o andamento dessa ação, registrando toda informação na planilha de coleta de dados.

Durante as reuniões entre a equipe e o gestor serão demandados todos os meios que necessitaremos para realizarmos as atividades

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



Detalhamento: A partir da identificação de usuários tabagistas e com interesse de abandonar o hábito de fumar, a enfermeira solicitará a gestão a compra de medicamentos que auxiliem o usuário no abandono do tabagismo.

#### EIXO: ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

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

Ação: Orientar hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

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

Ação: Orientar os hipertensos e/ou diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: Orientar todos os usuários durante as atividades em grupo e nas consultas sobre a importância do controle nutricional, de forma acessível e de fácil compreensão, da necessidade de se realizar de forma contínua a prática de atividade física e sobre os riscos do tabagismo e a importância de se realizar a higiene bucal corretamente.

#### EIXO: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do usuário hipertenso e/ou diabético.

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

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

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

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

Detalhamento: Será programada uma capacitação para a equipe, onde serão convidadas uma psicóloga, uma nutricionista, uma fisioterapeuta, o médico e a dentista, para aprimorar o conhecimento da equipe sobre cada uma destas áreas.

### 2.3.2 Indicadores

Relativo ao objetivo 01: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 1.1: Cadastrar 95% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

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

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

Meta 1.2: Cadastrar 95% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

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

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

Relativo ao objetivo 02: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

Numerador: Número total de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

Numerador: Número total de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

Numerador: Número de hipertensos avaliados para a necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número de diabéticos avaliados para a necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número de diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Relativo ao objetivo 03: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

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

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

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

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

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

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

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

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

Relativo ao objetivo 04: Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

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

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

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

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

Relativo ao objetivo 05: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

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

Indicador: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

Indicador: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Relativo ao objetivo 06: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **2.3.3 Logística**

Para implementar a intervenção utilizaremos o Protocolo da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde (2013), como principal fonte de informações e referência bibliográfica.

Revisaremos os usuários que já estão cadastrados e cadastraremos os que ainda não estiverem cadastrados. A primeira ação que vamos fazer para alcançarmos os objetivos traçados é solicitar aos ACS que atualizem os cadastros de todas as famílias para termos o número exato de quantos habitantes possuem mais de 20 anos.

Com esse novo cadastro, vamos dividir os usuários com 20 anos ou mais em 4 grupos: 1) Usuários que não consultaram nos últimos 12 meses; 2) Usuários que consultaram e foram orientados para retornar para investigar uma possível HAS e/ou DM, mas não retornaram; 3) Usuários que foram diagnosticados com HAS e/ou DM e estão seguindo o tratamento e acompanhamento; 4) Usuários que foram diagnosticados com HAS e/ou DM mas não estão seguindo o tratamento e acompanhamento. Com esses dados em mãos, podemos elaborar um plano para orientar os ACS de como fazerem uma busca aos usuários com suspeita de HAS ou DM e aos usuários já diagnosticados que não estão seguindo o tratamento. Outra medida importante será a realização de atividades educativas e oficinas para orientar e incentivar os usuários a procurar os serviços de saúde para que se faça um rastreamento para HAS e DM, e para que se diagnosticados, recebam tratamento e acompanhamento adequado.



A fim de manter a planilha de coleta de dados atualizada, o médico e a enfermeira revisarão este instrumento semanalmente e todas as informações serão repassadas para a equipe durante a reunião de equipe.

1) Sobre a capacitação dos profissionais de saúde da UBS a partir do protocolo do Ministério da Saúde, que terá uma versão impressa disponível na unidade de saúde; estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática e a periodicidade para atualização dos profissionais.

A elaboração e o monitoramento da capacitação deverá ser responsabilidade do médico e da enfermeira, que realizarão estas atividades nas dependências da UBS, durante as primeiras semanas do processo de intervenção, conforme o cronograma da intervenção.

A capacitação deverá ocorrer em forma de roda de conversa, na qual serão expostos para a equipe os protocolos sobre hipertensão e diabetes, além de orientar cada integrante da equipe qual o seu papel na intervenção. A segunda parte da capacitação deverá ocorrer em forma de oficina, onde todos serão instruídos e terão a oportunidade de preencher os prontuários, FA e ficha espelho com dados das visitas domiciliares, sinais vitais, etc.

O protocolo será impresso pela enfermeira na secretaria de saúde e disponibilizado na unidade de saúde para consulta de todos os profissionais.

2) Treinar os ACS para a atenção ao usuário hipertenso e/ou diabético.

A enfermeira será a responsável pelo treinamento dos ACS. Ao que se refere ao cadastro dos hipertensos e/ou diabéticos, este treinamento ocorrerá em forma de oficina durante as duas primeiras semanas do processo de intervenção e terá o objetivo de explicar as fichas de cadastramentos e tirar as dúvidas dos ACS. Nestas duas semanas, a enfermeira irá orientar os ACS como abordar o usuário hipertenso e diabético e quais e como as orientações devem ser dadas aos usuários e familiares

3) Sobre o monitoramento das ações planejadas durante o processo de intervenção.

O responsável pelo monitoramento das ações planejadas será o médico, que realizará diariamente ou quando julgar necessário a avaliação da planilha de coleta de dados. Esta atividade será realizada nas dependências da unidade,

podendo executá-la juntamente com a renovação das receitas, uma vez que os prontuários deverão estar presentes para as devidas evoluções. Todo resultado alcançado será divulgado para a equipe durante a reunião de equipe semanal.

Apenas o monitoramento do acesso dos usuários aos medicamentos será responsabilidade da técnica de enfermagem que ficará responsável por entregar e registrar a entrega dos medicamentos, nas dependências da UBS e nas atividades de grupo, que ocorrem em outras dependências. Além disto, a enfermeira deverá mensalmente solicitar à farmacêutica a emissão de um relatório com os nomes dos usuários da nossa área e medicamentos que os mesmos retiraram junto à farmácia das UBS.

4) Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco, organizando a agenda para o atendimento desta demanda.

Os responsáveis por essas ações serão a enfermeira e a técnica de enfermagem, pois nossa equipe ainda não tem uma recepcionista. Diariamente, ambas deverão revisar a agenda e encaixar os usuários de alto risco no dia mais próximo para consulta clínica, sem comprometer o restante da programação.

5) Orientar os usuários e a comunidade quanto ao seu tratamento medicamento e não medicamento, seus riscos e direitos.

Todos os membros da equipe, durante a triagem, as consultas, as visitas domiciliares e durante as atividades de grupo, deverão orientar os usuários sobre a hipertensão e a diabetes, as formas de diagnóstico, tratamento, prevenção de complicações e os direitos dos mesmos.

6) Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis

Todos os membros da equipe, durante a triagem, as consultas médicas, as visitas domiciliares e durante as atividades de grupo, deverão orientar os usuários sobre a importância da adoção de hábitos saudáveis.

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

Todos os membros da equipe, durante a triagem, as consultas médicas, as visitas domiciliares e durante as atividades de grupo, deverão dialogar e ouvir as sugestões que a comunidade tem para a equipe, a fim de implementar e melhorar as ações que estão sendo realizadas. Toda sugestão deverá ser repassada pelo profissional da equipe na reunião semanal para discussão de todos.

8) Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.

Caberá ao médico e a enfermeira na primeira semana da intervenção organizar a implantação da planilha e orientar, durante a reunião de equipe, os demais membros sobre como preenchê-la corretamente com a finalidade de acompanhar de forma mais precisa o andamento das ações realizadas.

9) Organizar um sistema de registro que viabilize a percepção quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento e atraso na realização de exame complementar

O médico e enfermeira deverão diariamente destacar nas fichas espelhos e nos prontuários de forma clara e visível um possível atraso nas consultas e realização dos exames. As observações podem ser destacadas de forma sublinhada ou com letras garrafais durante a realização da consulta clínica.

10) Manter as informações do SIAB atualizadas.

Caberá à enfermeira, diariamente levar até à UBS Central toda a produção realizada pela nossa equipe e entregar para a digitadora para que as informações sejam digitadas nos Sistemas de Informação de cada programa e arquivadas corretamente. O monitoramento do SIAB deverá ocorrer mensalmente, quando o médico e a enfermeira tiverem acesso à impressão do relatório mensal.





### **3 Relatório da Intervenção**

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

A intervenção que deveria ser de 16 semanas, ocorreu em 12 semanas, devido a demanda e orientação da coordenação do curso, em decorrência de alguns atrasos. Desta forma, a intervenção ocorreu no período entre 08 de dezembro de 2014 e 08 de abril de 2015, sendo que nossas atividades e intervenção foram interrompidas de 20 de dezembro de 2014 a 25 de janeiro de 2015, 35 dias, devido às férias coletivas liberada pela gestão municipal para os profissionais da zona rural, visto que as unidades de saúde desta região não funcionam durante os primeiros meses do ano. Ao analisar esse período de intervenção chego à conclusão de que todas as ações foram realizadas, porém, algumas em sua totalidade e dentro do prazo previsto, enquanto outras com bastante atraso e realizadas parcialmente.

As ações voltadas à capacitação dos integrantes da equipe ocorreram com certo atraso, mas foram cumpridas integralmente a partir da segunda semana. As ações que visavam orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes; sobre a importância de controlar adequadamente tais doenças e adotar hábitos de vida saudáveis, todas foram realizadas diariamente durante as consultas de enfermagem e consulta médica, bem como por meio dos ACS, durante as visitas periódicas aos domicílios.

As práticas coletivas, principalmente a realização dos grupos com usuários hipertensos e diabéticos, os quais já havíamos iniciado antes mesmo da intervenção e que foram encerrados na primeira semana de dezembro de 2014, devido à pausa estratégica determinada pela gestão municipal, infelizmente só conseguimos retomar na nona semana de intervenção. Entretanto, para garantir a participação de

todos, estamos realizando quatro grupos por mês, um em cada localidade diferente, pois devido a dimensão do território e as dificuldades que os usuários enfrentam para irem até a UBS, essa foi a melhor forma para garantirmos a participação dos usuários. Essas atividades, conforme o cronograma, começaram a ser realizadas com bastante atraso, mas felizmente está dando muito certo e a adesão e seguimento dos usuários está aumentando com o desenvolvimento das ações.

Outra ação que inicialmente foi realizada, mas com dificuldade, foi a busca ativa pelos usuários com consultas atrasadas. Durante o período em que a equipe esteve realizando as atividades na UBS Central, fora do nosso território, inclusive pela falta de transporte, não foi possível realizar todas as visitas domiciliares e busca ativa, entretanto, alguns ACS conseguiram sensibilizar os usuários faltosos para que fossem até a UBS Central, mas muitos usuários preferiram esperar o retorno da equipe para a unidade de origem. Assim que as atividades foram retomadas no espaço físico da nossa unidade, conseguimos realizar todas as buscas pendentes.

Quanto à realização do exame físico e estratificação de risco, conseguimos realizar na grande maioria dos usuários, porém alguns não conseguiram realizar os exames laboratoriais, pois não se dispuseram a pagar por alguns exames que a secretaria de saúde não autorizou a realização pelo SUS por não ter recurso financeiro suficiente, o que limitou a concretização desta ação para todos os usuários.

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

Como já dito anteriormente, todas as atividades foram realizadas, porém nem todas foram na sua totalidade e dentro do prazo previsto no cronograma. As ações voltadas à busca ativa e as atividades com a comunidade foram prejudicadas devido ao período de interrupção da intervenção e o período que atendemos fora do nosso território, o que nos levou a adiar essas duas ações, mas a partir da nona semana de intervenção conseguimos dar início às mesmas, que vem sendo realizadas de forma satisfatória.

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

Todo o período de intervenção foi bem conturbado, devido a certos motivos pessoais dos integrantes da equipe, que algum ou outro dia não conseguiram comparecer ao trabalho, e principalmente pela longa pausa que fomos obrigados a fazer durante a intervenção.

A nossa equipe, por exemplo, realizou o último atendimento em nosso território no dia 19 de dezembro de 2014, dia em que completamos a segunda semana de intervenção. De 20 de dezembro de 2014 a 25 de janeiro de 2015 nossas atividades foram suspensas, retornando em 26 de janeiro e desta data até o dia 08 de março de 2015 realizamos o atendimento na Unidade Central, pois ao voltarmos das férias coletivas, fomos orientados a realizar o atendimento na UBS Central, localizada no centro de Redentora/RS e distante da área adstrita da nossa unidade. Desta forma retornamos às atividades em nosso território somente no dia 09 de março de 2015, o que limitou significativamente as nossas possibilidades para realizarmos todas as ações previstas da forma que havíamos planejado. Ressalta-se, que mesmo fora do território, cada equipe atendeu prioritariamente os usuários de seus territórios e eventuais emergências de usuários de outras áreas.

Ao que se refere ao monitoramento da qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde, manutenção das informações do SIAB atualizadas e demais atividades relacionadas ao sistema de registro, enfrentamos um pouco de dificuldade, pois como nossas unidades estão localizadas no interior e não possuem telefone fixo, muito menos computador e internet, todas as nossas atividades são registradas na FA e no final de cada turno são entregues pela enfermeira à digitadora que está alocada na UBS Central. Além da FA, registramos nos prontuários que estão em cada unidade, porém já houve casos de extravios de certos prontuários e também a digitação incompleta das FA. Por isso, nos reunimos com a gestora e digitadora, informamos o problema e começamos, semanalmente, escolhermos certos usuários e tirarmos um relatório para avaliarmos se as informações estão sendo digitadas e felizmente parece que agora está tudo ocorrendo corretamente.

Quanto ao preenchimento das planilhas e fichas espelhos conseguimos realizar normalmente e com facilidade durante os atendimentos. A princípio, as fichas espelho deveriam ficar nas unidades, mas como uma das unidades está



sendo reformada e anteriormente já houve extravio de prontuários, optamos por dividirmos em duas pastas, uma para cada UBS, sendo que cada está com seus usuários respectivos. Desta forma, todos os dias transportamos as fichas, juntamente com os demais materiais, a fim de evitarmos extravios.

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

Durante uma reunião da equipe discutimos sobre as ações que desenvolvemos durante a intervenção e chegamos a conclusão de que elas nos ajudaram a prestar um atendimento mais adequado aos nossos usuários diabéticos e hipertensos. A rotina de trabalho não foi afetada nem ficou sobrecarregada, ao contrário, deu um norte para nosso serviço e assim, todos os pontos relevantes na conduta dos usuários hipertensos e diabéticos foram cuidadosamente realizados.

Particularmente, enquanto eu estiver à frente da minha equipe, vou lutar para que as ações continuem sendo realizadas, principalmente o controle na realização das consultas conforme preconizada; a realização de exames físicos e laboratoriais; a constante capacitação da equipe; as buscas ativas e também as reuniões com os usuários diabéticos e hipertensos para continuarmos monitorando de perto os resultados dos tratamentos medicamentosos e exames complementares.

Quando digo "particularmente", é porque acredito que essa forma de trabalho, onde o acompanhamento minucioso e contínuo desses usuários é fundamental para o controle de suas patologias. Além disto, infelizmente, perante a realidade do município, em que há desinteresse de boa parte dos gestores municipais, que inclusive acreditam que a realização de grupo com hipertensos e diabéticos, atividade coletiva de exercícios físicos, entre outras atividades, são perda de tempo, e que apenas querem que as equipes de saúde realizem consultas e mais consultas. Facilmente essas ações, voltadas à prevenção, deixam de ser realizadas rotineiramente nas UBS.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

Desde o início das atividades da intervenção em nossa unidade, todos os integrantes da equipe vêm se dedicando ao máximo para superar os empecilhos encontrados no decorrer da intervenção e realizar todas as ações previstas para alcançar a meta pactuada de rastrear e acompanhar, no mínimo, 95% (246) dos hipertensos e 95% (61) dos diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados em nossa UBS, além de melhorar em 100% a qualidade dos serviços prestados a estes usuários. O projeto deste trabalho foi organizado para a intervenção ser realizada em 16 semanas, no entanto, a intervenção foi realizada em 12 semanas, por orientação da Coordenação do Curso, com o objetivo de se adequar e ajustar ao Calendário da Turma 5. Entretanto, mantivemos as metas estabelecidas no projeto, que previam a realização da intervenção em 16 semanas.

Analisando os dados obtidos ao final da intervenção, que ocorreu no período entre 08 de dezembro de 2014 e 08 de abril de 2015, concluo que conseguimos cadastrar e acompanhar devidamente 147 hipertensos, o que equivale a 59,8% e 21 diabéticos, equivalente a 34,4% do previsto. Vale destacar, que houve uma pausa de 35 dias (20 de dezembro de 2014 a 25 de janeiro de 2015) nas atividades da unidade e na intervenção, visto que as unidades de saúde deste município que estão localizadas na zona rural ficaram fechadas durante esse período.

Devido à redução do tempo de intervenção, conforme as orientações da coordenação do curso, em função dos atrasos e, principalmente, pelos contratempos que vivenciamos em nossa prática durante a intervenção, não conseguimos alcançar a meta no que se refere ao rastreamento, mas conseguimos garantir a qualidade dos serviços prestados aos usuários. Vale destacar, que embora tivéssemos uma

boa cobertura antes da intervenção, não tínhamos dados concretos no período da construção do Relatório de Análise Situacional, por isso ao iniciarmos a intervenção começamos do zero, não usamos os dados anteriores, pois nada estava registrado devidamente.

Relativo ao objetivo 01: Ampliar a cobertura aos hipertensos e diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 95% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Durante os três meses de intervenção o programa de atenção aos hipertensos assistiu no 1º mês, 51 usuários, equivalendo a 20,7%, no 2º mês foram acompanhados 87 usuários, elevando para 35,4% a cobertura e no último mês conseguimos somar um total de 147 usuários, o que nos deu uma cobertura de 59,8% (Figura 01).

Avaliando estes valores conclui-se que ao final da intervenção atingimos a cobertura de 59,8% dos usuários hipertensos na área de abrangência da nossa UBS, resultando em maior estímulo à promoção de saúde e qualidade de vida a estes usuários, porém não alcançamos a meta estabelecida.

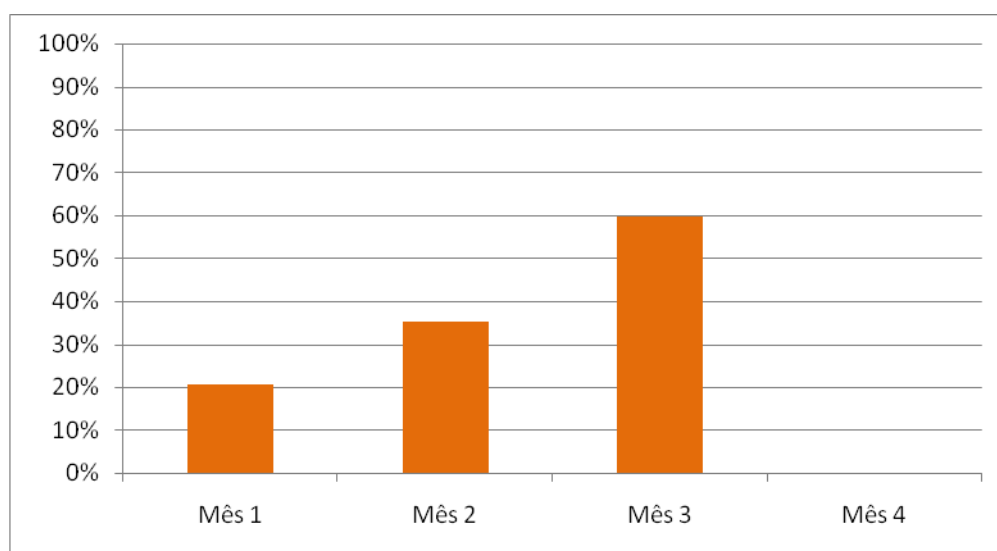


Figura 01: Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção aos hipertensos na UBS Sítio Casemiro, Redentora – RS, 2015  
Fonte: Planilha de Coleta de Dados

Meta 1.2: Cadastrar 95% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Em relação ao programa de atenção aos diabéticos (Figura 02), no 1º mês foram acompanhados 10 usuários, equivalendo a 16,4% dos diabéticos estimados para a área, no 2º mês acompanhou-se 13 usuários, totalizando 21,3% e no 3º mês foram 21 usuários, representando 34,4% do público alvo. Embora não tenhamos atingido a meta proposta, temos certeza que houve maior estímulo à promoção da saúde e qualidade de vida para os usuários assistidos na unidade.

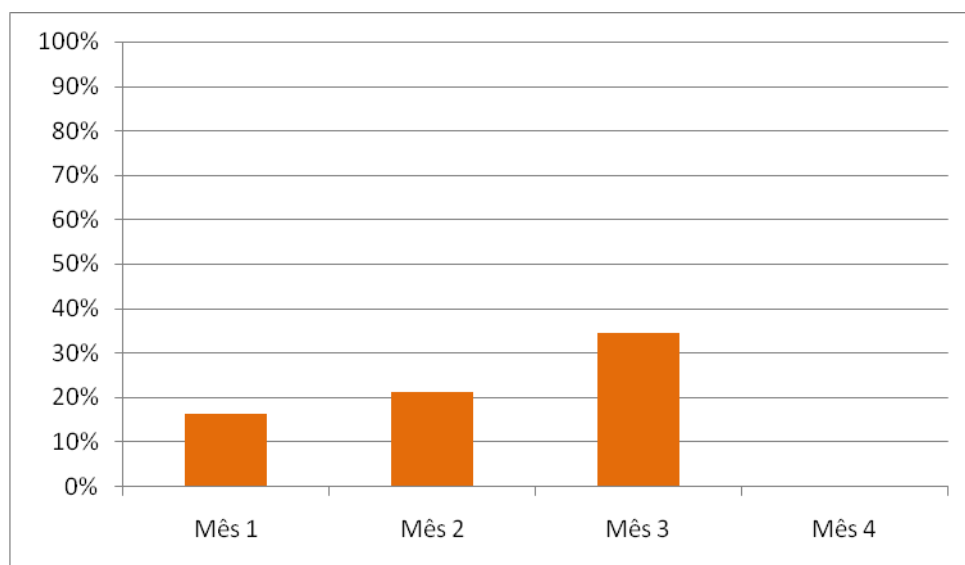


Figura 02: Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Sítio Cassemiro, Redentora – RS, 2015

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

Relativo ao objetivo 02: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

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

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

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

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

A meta relacionada à realização do exame clínico apropriado em dia conforme o protocolo foi atingida em 100% tanto para os usuários hipertensos quanto os diabéticos. O alcance total desta meta representa o empenho da equipe em realizar as buscas ativas dos usuários faltosos e buscar garantir uma assistência integral, conforme preconiza o Ministério da Saúde em seus cadernos de atenção.

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

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

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

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

Ao que se refere a garantia da realização dos exames complementares em dia de acordo com o protocolo atingimos entre os hipertensos (Figura 03), no 1º mês 45 usuários (88,2%), no 2º mês, 73 (83,9%) e no 3º mês, 127 usuários (86,4%), apesar de termos solicitado todos os exames necessários para todos os usuários por nós assistidos. Já entre os usuários portadores de diabetes todos os assistidos realizaram os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Alguns dos fatores que comprometeram a realização dos exames foram a falta de recurso financeiro do usuário para custear os exames solicitados, visto que alguns não tiveram seus exames liberados para realizar por meio do SUS, e as dificuldades para deslocamento dos mesmos. Acredito que estes resultados refletem a boa adesão dos usuários à intervenção.

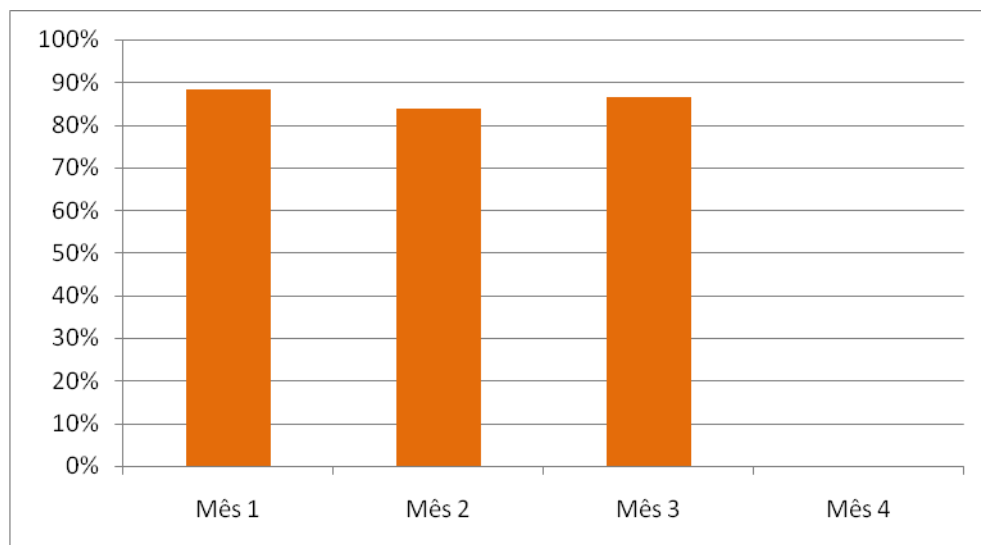


Figura 03: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Sítio Casemiro, Redentora – RS, 2015

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

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

Indicador: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/HIPERDIA priorizada.

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

Indicador: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/HIPERDIA priorizada.

A proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA (Figura 04) oscilou entre 86,3% (44 usuários) no 1º mês, 85,1% (74) no 2º mês e 88,4% (130) no 3º mês. Não foi possível alcançar 100% dos hipertensos, pois alguns destes vêm sendo acompanhados também por cardiologistas dos centros especializados, inclusive do sistema privado, com prescrições antigas, dessa forma não foi necessária nem possível alterá-las, pois os usuários estão muito bem compensados. Ao que se refere aos usuários diabéticos durante os três meses foi mantido o percentual de 100% de prescrição de medicamentos da farmácia popular/HIPERDIA.

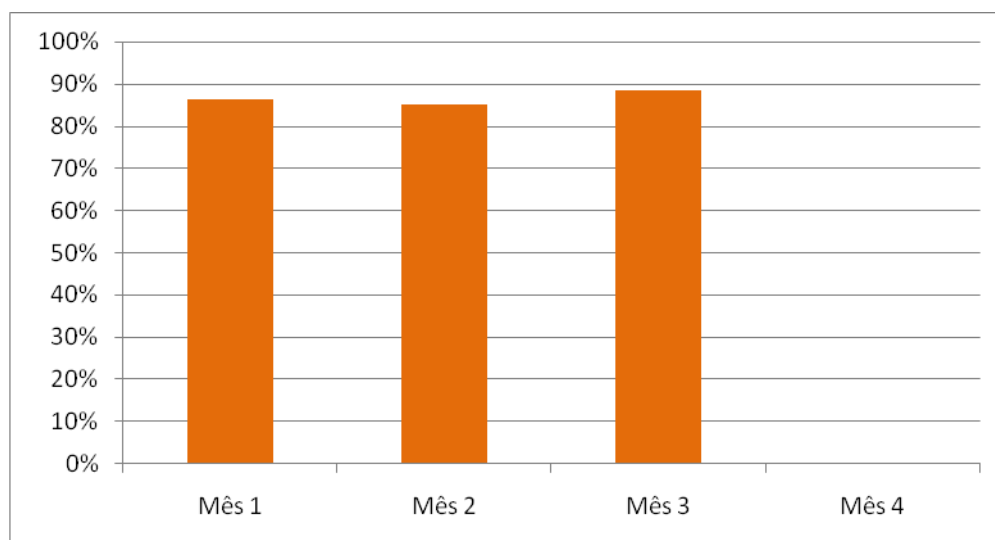


Figura 04: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada na UBS Sítio Cassemiro, Redentora – RS, 2015

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

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

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

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

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

Ao que se refere a avaliação da necessidade de atendimento odontológico, garantimos que entre os hipertensos (Figura 05), no 1º mês 42 usuários (82,4%) fossem avaliados, no 2º mês 70 (80,5%) e no 3º mês 119 usuários (81%). Entre os diabéticos, todos os assistidos, durante os três meses, foram avaliados quanto a necessidade de atendimento odontológico.

Para a realização dessa ação foi necessário contar com o empenho da odontóloga da UBS Central que, durante alguns dias, trabalhou sem a sua auxiliar, pois a equipe de saúde bucal há tempo está incompleta. Devido a grande demanda de usuários e pelo fato de que muitos procedimentos são realizados apenas na unidade Central, onde trabalham apenas dois odontólogos e uma auxiliar, foi elaborada uma agenda para organizar o atendimento desses usuários conforme a urgência identificada pela odontóloga durante a avaliação, que foi realizada quando a mesma se fez presente nas atividades em grupo realizada pela equipe.

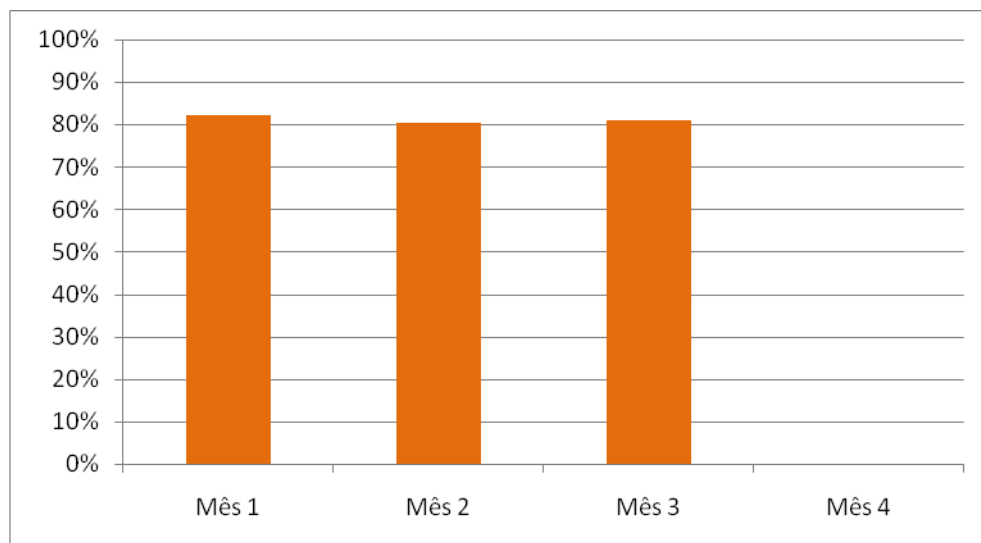


Figura 05: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Sítio Casemiro, Redentora – RS, 2015  
 Fonte: Planilha de Coleta de Dados

Relativo ao Objetivo 03: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa:

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

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

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

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

As metas relacionadas às buscas ativas dos hipertensos (Figuras 06) e/ou diabéticos (Figuras 07) faltosos representam muito bem alguns dos problemas enfrentados pela nossa equipe durante estes três meses: as atividades foram interrompidas na unidade, por determinação do gestor municipal, pela falta de transporte e pelo período de férias concomitante de vários integrantes da equipe, o que influenciou negativamente na intervenção não sendo possível buscar todos os usuários faltosos à consulta.

Diante disto, entre os hipertensos tivemos 10, 11 e 19 usuários faltosos durante o 1º, 2º e 3º mês de intervenção, sendo realizada busca ativa para 04 (40%), 04 (36,4%) e 11 (57,9%) usuários, respectivamente. Entre os diabéticos estes números foram menores, de forma que tivemos dois faltosos no 1º mês, dois no 2º mês e quatro no 3º mês, sendo realizada a busca ativa para 01(50%), 01 (50%) e 03



(75%) usuários, respectivamente. A realização desta ação, ainda que parcialmente, se deve, principalmente aos ACS.

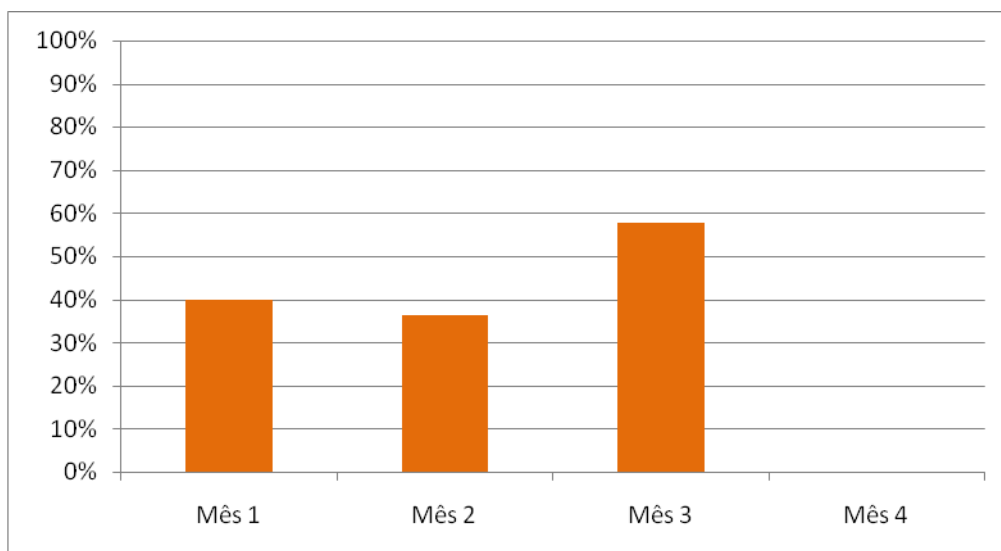


Figura 06: Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na UBS Sítio Casemiro, Redentora – RS, 2015  
Fonte: Planilha de Coleta de Dados

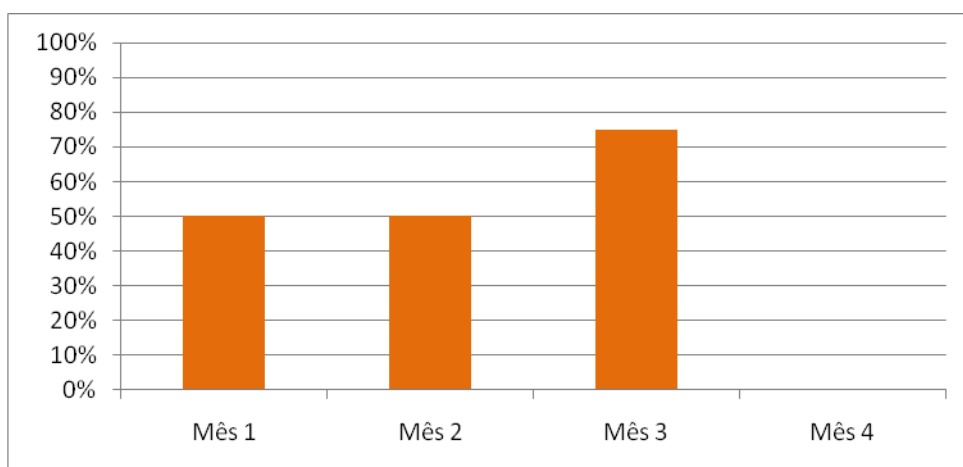


Figura 07: Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa na UBS Sítio Casemiro, Redentora - RS, 2015  
Fonte: Planilha de Coleta de Dados

Relativos ao Objetivo 04: Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

As metas relacionadas à manutenção dos registros adequados nas fichas de acompanhamento dos hipertensos (Figura 08) foram aumentando mensalmente, de 92,2% (47 usuários) no 1º mês, para 94,3% (82) no 2º e por fim, 95,9% (141) no 3º mês. Entre os usuários diabéticos totalizamos 100% dos cadastrados com ficha de acompanhamento. Apesar de todo o empenho da equipe, possivelmente pelo fato da equipe ter atendido por um período fora do nosso território de abrangência e por integrantes de outras equipes nos ajudarem durante os atendimentos, essa meta não alcançada em sua totalidade.

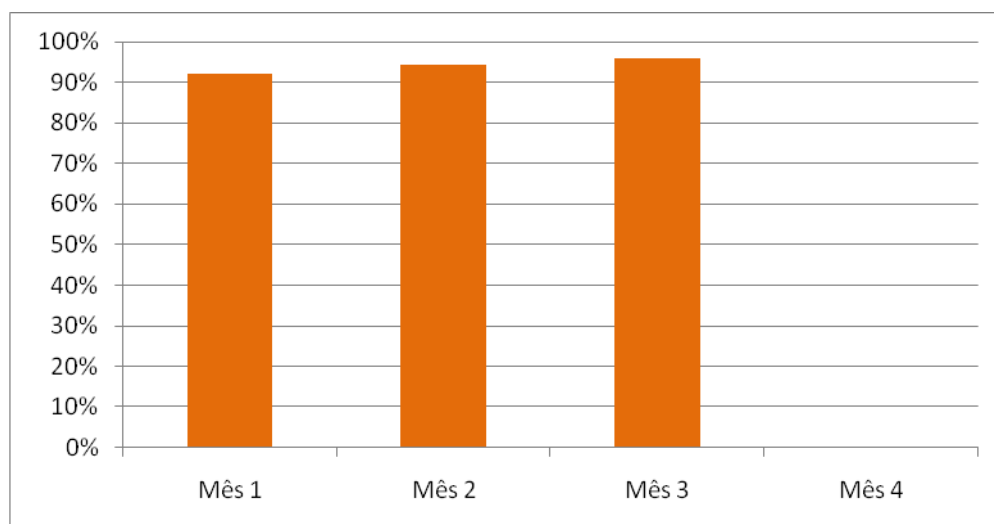


Figura 08: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento utilizada na UBS Sítio Cassemiro, Redentora – RS, 2015  
Fonte: Planilha de Coleta de Dados

Relativo ao Objetivo 05: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

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

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

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

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

A meta referente à estratificação de risco cardiovascular dos hipertensos (Figura 09) não foi realizada em sua plenitude, pois no início da intervenção não foi possível fazer o exame clínico de alguns usuários, sendo este realizado com um certo atraso, além disto, houve usuários que faltaram às consultas onde seria realizado o exame, porém, houve uma evolução no decorrer da intervenção, sendo que no 1º mês foi realizada a estratificação em apenas 88,2% (45 usuários), já no 2º mês o percentual foi elevado para 92% (80) e no 3º mês alcançamos 95,2% (140). Quanto aos diabéticos, foi realizada em todos os assistidos a estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

No decorrer da intervenção, percebemos que à medida que as capacitações foram sendo realizadas, as metas foram progredindo e mesmo que não tenhamos alcançado a meta almejada, é possível perceber a evolução positiva durante todo o processo.

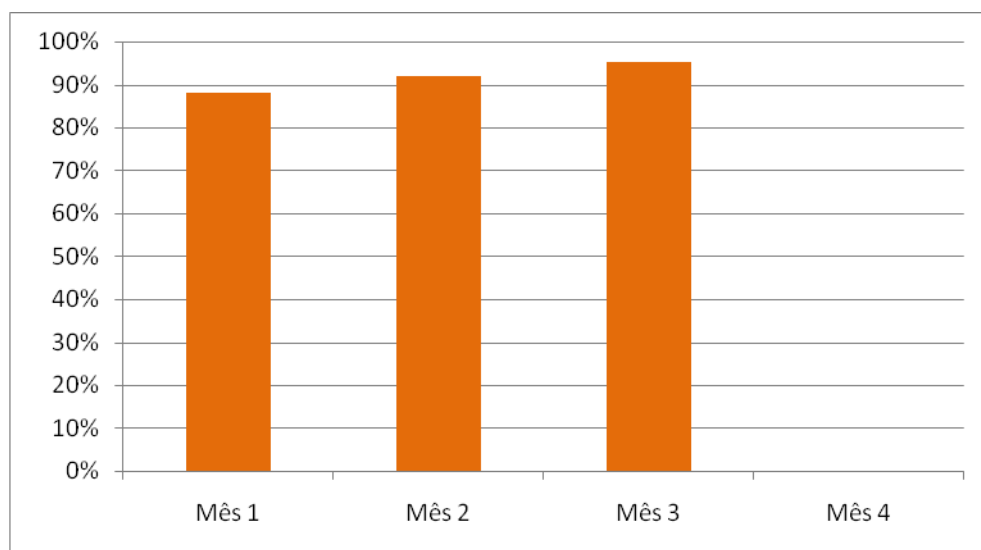


Figura 09: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Sítio Cassemiro, Redentora - RS, 2015

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

Relativo ao Objetivo 06: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

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

Indicador: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

A orientação sobre alimentação saudável, realização da prática de atividade física regular, riscos do tabagismo e importância da higiene bucal foram realizadas para todos os usuários hipertensos e diabéticos durante os três meses. Estas orientações foram realizadas durante as consultas médicas e de enfermagem, nas visitas domiciliares realizadas pelos ACS, médico e enfermeira, e no último mês,

durante os grupos de educação em saúde para hipertensos e diabéticos, que deverão continuar acontecendo, com a presença de nutricionista e educador físico.

Sobre as atividades físicas, procuramos orientar os usuários a realizarem atividades que se restrinjam às proximidades das suas residências ou nos seus “pátios”, pois como atuamos em uma região rural, as estradas são péssimas, cheias de desníveis, muitas até intrafegáveis por tratores, o que pode representar risco de queda para os usuários idosos se caminharem por estas vias.

Quanto às orientações sobre o risco do tabagismo, todos os usuários tabagistas também foram orientados e encaminhados ao grupo antitabagismo, a fim de cessarem ou diminuírem o uso do tabaco. Já a orientação sobre a higiene bucal, foram fornecidas por todos profissionais, além da equipe de saúde bucal, pois apesar desta equipe não participar diariamente das atividades da UBS, organizamos um fluxo onde os usuários foram avaliados pelo odontólogo na UBS Central.

## **4.2 Discussão**

A realização da intervenção na unidade de saúde Sítio Casemiro proporcionou uma expressiva melhora na qualidade da atenção prestada aos hipertensos e diabéticos; implantação, organização e atualização nos registros de dados dos usuários atendidos; cadastramento de famílias e rastreamento dos diabéticos e hipertensos; ampliação da adesão dos usuários ao tratamento; e estímulo a práticas saudáveis de vida através das ações de promoção à saúde que proporcionem diminuição ou evitem as complicações da hipertensão e do diabetes.

Para que a intervenção acontecesse foi necessário contar com o apoio de toda a equipe que teve que se capacitar quanto ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento dos hipertensos e diabéticos, usando como instrumento norteador o protocolo do Ministério da Saúde. O trabalho em equipe também foi essencial, cada profissional foi responsável por uma determinada atividade, realizando, muitas vezes ações que não estavam sob sua competência; um exemplo disto se refere à escala realizada pelos ACS para abrir a unidade logo pela manhã, auxiliando assim na recepção já que não possuímos recepcionista em nossa equipe.

Logo no início da intervenção foi definida a função de cada membro da equipe, sendo que o médico ficou responsável por providenciar a impressão do protocolo do Ministério da Saúde para auxiliar a equipe na realização da capacitação e durante os atendimentos; monitorar as ações programadas para o período, analisando os indicadores e resultados alcançados; preparar os momentos de capacitação com a equipe, que abordaram o protocolo de atendimento aos hipertensos e diabéticos e o adequado preenchimento dos impressos utilizados durante o atendimento; realizar os procedimentos clínicos e a estratificação de risco, conforme o Escore de Framingham, e identificar, durante as consultas, as lesões de órgãos alvo.

A enfermeira da equipe responsabilizou-se pela capacitação dos ACS, realizada por meio de oficina que abordou o correto cadastramento dos hipertensos e diabéticos da nossa área de abrangência; e orientou a equipe sobre as possíveis alternativas para se obter os medicamentos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes na farmácia popular/HIPERDIA.

Tanto o médico quanto a enfermeira realizaram o preenchimento da ficha espelho e organizaram o sistema de registro, notificando os possíveis atrasos nas realizações das consultas de acompanhamento e dos exames complementares. Este monitoramento foi facilitado pela separação, em ficheiro diferente, dos prontuários dos usuários com exames e consultas atrasadas e anexando um lembrete na primeira página do prontuário indicando o item que estava atrasado.

Aos agentes comunitários de saúde coube o recadastramento de todas as famílias, principalmente dos usuários hipertensos e diabéticos de toda a área de abrangência da unidade de saúde. Essa ação foi realizada individualmente, cada qual na sua micro-área e através das visitas domiciliares. Além disso, realizaram a busca ativa dos faltosos e propagaram as orientações destinadas a estes usuários.

Ao que se refere às orientações para os usuários, todos os integrantes da equipe foram responsáveis por esta ação, o que promoveu acolhimento e estimulou os usuários a adotarem hábitos de vida saudáveis. Durante as consultas médica e de enfermagem, durante as visitas domiciliares e breves conversas na recepção e por fim, nas atividades em grupo, essas orientações foram sendo propagadas de forma satisfatória.

Durante as reuniões de equipe foram expostos os resultados obtidos, discutidas soluções para as dificuldades enfrentadas e organizadas as atividades

educativas em grupo que tiveram início somente no 3º mês da intervenção. Estes momentos foram muito importantes para a elucidação de certas dúvidas que foram surgindo durante a intervenção. Acredito que o cumprimento das ações previstas proporcionou o aprimoramento do atendimento, qualificando-o e melhorando a qualidade de vida dos usuários.

Com a intervenção foi necessário envolver toda a equipe para realizar, de forma satisfatória a promoção à saúde dos usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes. Com a capacitação dos integrantes e com a participação de todos, foi possível diminuir a sobrecarga de alguns integrantes e promover a atenção a um número bem significativo de usuários e principalmente, com muito mais qualidade realizando a estratificação de risco, adequando ou iniciando suas prescrições e orientando adequadamente todos os usuários, o que não seria possível se essa responsabilidade ficasse a cargo apenas de um integrante e a equipe não fosse atualizada conforme o protocolo.

Para a comunidade, num primeiro momento, a intervenção não parecia ser interessante, mas com o desenvolver das ações, a grande maioria dos usuários aderiu fielmente às atividades e nas últimas semanas, ao informá-los de que a intervenção estava se findando, todos solicitaram que deveríamos manter as atividades de grupo e darmos continuidade à atenção que estávamos dando à saúde deles.

Se a intervenção começasse hoje com certeza os resultados seriam muito melhores, pois durante a intervenção houve um longo período de total pausa das atividades da equipe em nossa área de abrangência e ao retornarmos, por mais um período tivemos que realizar os atendimentos aos nossos usuários em uma unidade localizada fora do nosso território. Ao retornarmos para a nossa unidade, dentro da nossa área de abrangência, o período de intervenção já estava se encaminhando para o final. Essas dificuldades que enfrentamos foram desfavoráveis e nos impediram de realizar algumas ações, em sua plenitude, como as atividades de grupo, que tiveram início apenas nas últimas três semanas da intervenção, e o rastreamento do maior número possível de usuários.

Ao finalizarmos a intervenção, durante uma reunião com a equipe, optamos por continuarmos com a rotina da mesma em nosso serviço, pois conseguimos superar as dificuldades enfrentadas durante o período e apesar do momento não ter sido propício alcançamos bons resultados. Agora que as coisas estão mais amenas,

vamos conseguir com mais tranquilidade e eficácia, priorizar uma assistência mais integral e de melhor qualidade para os nossos usuários.



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

A equipe de ESF II realizou junto a Unidade Básica de Saúde Sítio Cassemiro situada na cidade de Redentora-RS, uma intervenção com os hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência da unidade, com a finalidade de cadastrar e acompanhar, no mínimo, 95% dos diabéticos e hipertensos melhorarmos em 100% a atenção prestada a esses usuários.

A necessidade de realizar a intervenção com estes usuários se deu pelo fato, de que durante a análise situacional, era comum atender usuários fazendo uso de medicamentos de diferentes prescrições, estarem descompensados e por não possuímos dados exatos sobre a quantidade de usuários diabéticos e/ou hipertensos residentes em nosso território.

Esta atividade fez parte do Curso de Especialização em Saúde da Família, do qual faço parte, e foi organizada para ser realizada em 16 semanas, no entanto, ocorreu em 12 semanas, por orientação da própria Coordenação do Curso. Foram adotadas ações em quatro eixos pedagógicos: qualificação da prática clínica; monitoramento e avaliação das ações; engajamento público e a organização e gestão do serviço.

Vale destacar, que no período de 20 de dezembro de 2014 a 25 de janeiro de 2015, como não houve atendimento na zona rural, não pudemos realizar as ações planejadas, suspendendo temporariamente a intervenção.

Os objetivos da intervenção foram ampliar a cobertura e mapear os hipertensos e/ou diabéticos; melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa; melhorar o registro das informações; mapear hipertensos e/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular; promover a saúde de hipertensos e/ou

diabéticos e melhorar a qualidade da assistência prestada a esses usuários na Estratégia da Saúde da Família.

Ao analisar os dados obtidos no decorrer das 12 semanas da intervenção, rastreamos, cadastramos e atendemos 151 hipertensos ou diabéticos, sendo 147 hipertensos e 21 diabéticos, destes 18 são hipertensos e ou diabéticos. Dessa forma, foram cadastrados 59,8% dos hipertensos e 34,4% dos diabéticos da nossa área. Devido à redução do tempo de intervenção, ocasionado pelos contratempos que vivenciamos durante a intervenção, tais como: os atrasos na realização e entrega das tarefas solicitadas pelo curso, conforme o cronograma das ações programáticas, que ocorreram, principalmente, pela pausa realizada nas atividades da unidade durante a intervenção e pelo tempo que a equipe realizou atendimentos fora do território ao retomar as atividades, deixando o território por um bom tempo sem cobertura, o que nos dificultou a coleta de dados e a realização das ações necessárias, não conseguimos alcançar a meta de cadastrar e acompanhar, no mínimo, 95% dos diabéticos e hipertensos, mas nos esforçamos para garantirmos a melhoria em 100% na qualidade dos serviços prestados a esses usuários.

Estes dados estão sendo reavaliados constantemente, pois ao diagnosticarmos novos usuários com tais patologias - e com as atualizações dos cadastros realizados pelos ACS durante suas visitas domiciliares -, registrando usuários que saem ou que chegam à área de abrangência já com esses diagnósticos, imediatamente estes usuários são cadastrados e acompanhados.

Durante a intervenção a equipe realizou a estratificação de risco cardiovascular, exame clínico apropriado e foram solicitados exames laboratoriais necessários para 100% dos usuários, conforme o protocolo do Ministério da Saúde para o manejo dos hipertensos e diabéticos, o qual foi adotado para nortear todas as ações da intervenção e auxiliar na qualificação da equipe. Todavia, ao término da intervenção, observou-se que alguns usuários não apresentaram os exames solicitados ou apresentaram apenas parte deles, alegando que não tiveram todos os seus exames liberados para serem realizados pelos custeios do SUS. Acredito que a gestão poderia tentar amenizar ainda mais esse problema, priorizando a realização destes exames e elevando a cota mensal, principalmente para os usuários que são considerados de risco.

Quanto aos medicamentos anti-hipertensivos, priorizamos pela prescrição dos que são fornecidos pela farmácia popular. Porém, devido às diferentes

complexidades de cada um dos hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade, alguns com maiores complicações, foram prescritos medicamentos que não são fornecidos pela farmácia popular. Percebemos que nem todos aderiram ao tratamento, pois não conseguiram comprar o medicamento, principalmente os prescritos pelos cardiologistas. Por isso, sugerimos que seja ampliada a contrapartida do município para que esses medicamentos possam ser fornecidos aos usuários que não dispõem de condições financeiras para adquiri-los.

A fim de organizar o atendimento, monitorar as ações e facilitar o acesso às informações dos usuários, além do prontuário onde são anotadas as informações das consultas, também utilizamos uma ficha-espelho onde foram preenchidas com todas as informações e condutas adotadas relativas ao usuário. Estas fichas estão guardadas num arquivo separado para facilitar o acesso à verificação dos retornos para as consultas de acompanhamento ou para identificar a necessidade de se fazer uma busca ativa aos usuários faltosos. Foi através dessa organização que conseguimos realizar o monitoramento das ações que foram desenvolvidas.

Todos os usuários, durante as consultas, visitas domiciliares e atividades de grupo, receberam as devidas orientações sobre os danos que essas doenças crônicas podem lhes causar. A necessidade de se manter uma alimentação saudável, a importância da prática regular de atividade física e os riscos do tabagismo foram reforçados.

Aos usuários impossibilitados ou com dificuldade de locomoção, acamados ou com sequelas de AVC, foram realizadas as visitas domiciliares e adotadas todas as condutas necessárias.

Quanto a higiene bucal, apesar de que na teoria nossa equipe está completa, inclusive com odontóloga, antes e durante todo o tempo de intervenção houve apenas poucos dias de atendimento odontológico na nossa unidade. Devido a demanda excessiva essa profissional retornou à UBS central para juntamente com seu colega, atender toda a população do município. Porém, contamos com o apoio da equipe de saúde bucal que realizou uma avaliação e orientou todos os usuários que compareceram às consultas agendadas. Infelizmente não foi possível realizar os tratamentos necessários em todos os usuários pela demanda ser muito grande, porém se fez um agendamento e aos poucos os usuários serão contatados para realizarem os procedimentos necessários. Perante esse cenário, sugerimos que as

equipes de saúde bucal sejam ampliadas para que a demanda seja suprida e a população devidamente atendida.

Com certeza, ao permitir que realizássemos essa intervenção a gestão contribuiu muito com a comunidade e com a equipe de saúde, porém, os resultados poderiam ser ainda melhores se vocês repensassem e abolissem a parada das atividades, que ocorre anualmente. Além disto, penso que é importante priorizar o transporte para uso exclusivo das ESF; buscar recursos para construir áreas de lazer nas comunidades e se providenciassem a contratação de uma equipe de saúde bucal para suprir a demanda da população. Acredito, que é muito importante que a gestão continue nos apoiando e nos auxiliando no processo de monitoramento das ações e indicadores de saúde

Cientes de que foram alcançados bons resultados com a intervenção, apesar das dificuldades que surgiram durante a mesma, com o apoio e participação da comunidade e com o respaldo do gestor, vamos manter em nossa rotina de trabalho as ações programáticas desenvolvidas durante a intervenção com a finalidade de melhorarmos, ainda mais a atenção prestada aos nossos usuários. Percebemos que com as ações desenvolvidas a maioria dos hipertensos e diabéticos conseguiu melhorar e/ou manter seus níveis pressóricos e glicêmicos dentro dos limites estipulados pelo protocolo, o que representa um bom prognóstico para os usuários, além de evidenciar a eficácia da Atenção Básica e a necessidade ampliá-la ainda mais.

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

A equipe de ESF II realizou uma intervenção no período de 08 de dezembro de 2014 a 08 de abril de 2015, com a finalidade de melhorar a atenção aos usuários hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Sítio Cassemiro situada na cidade de Redentora-RS. Esta atividade fez parte do Curso de Especialização em Saúde da Família, do qual faço parte, e foi organizada para ser realizada em 16 semanas, no entanto, ocorreu em 12 semanas, por orientação da própria Coordenação do Curso.

Vale destacar, que no período da intervenção realizamos uma pausa de 35 dias nas atividades da unidade, de 20 de dezembro de 2014 a 25 de janeiro de 2015, visto que as unidades de saúde localizadas na zona rural do município ficaram fechadas durante esse período, como é de conhecimento dos senhores usuários. Logo, neste período não realizamos as ações previstas no cronograma da intervenção.

Pelo fato de que, durante a análise situacional, era comum atender usuários fazendo uso de medicamentos de duas até três prescrições diferentes e não possuímos dados exatos sobre a quantidade de usuários diabéticos e/ou hipertensos residentes, além de que a grande maioria estava com sua doença descompensada, escolhemos como foco da intervenção a melhoria da atenção ao hipertenso e diabético.

Durante as 12 semanas, rastreamos, cadastramos e atendemos 151 hipertensos e/ou diabéticos, sendo 147 hipertensos e 21 diabéticos, destes 18 são hipertensos e ou diabéticos. Foram cadastrados 59,8% dos hipertensos e 34,4% dos diabéticos da nossa área. Devido à redução do tempo de intervenção, ocasionado pelos contratemplos que vivenciamos durante a intervenção, tais como: os atrasos na realização e entrega das tarefas solicitadas pelo curso, conforme o cronograma

das ações programáticas, que ocorreram, principalmente, pela pausa realizada nas atividades da unidade durante a intervenção e pelo tempo que a equipe realizou atendimentos fora do território ao retomar as atividades, deixando o território por um bom tempo sem cobertura, o que nos dificultou a coleta de dados e a realização das ações necessárias, não conseguimos alcançar a meta de cadastrar e acompanhar, no mínimo, 95% dos diabéticos e hipertensos, mas nos esforçamos para garantirmos a melhoria em 100% na qualidade dos serviços prestados a esses usuários.

Realizou-se durante a intervenção a avaliação de risco cardiovascular, que é uma avaliação que identifica o risco do usuário desenvolver problemas cardiovasculares e define as medidas que os mesmos devem tomar referente ao seu estilo de vida; foi aplicado o exame clínico apropriado em todos os usuários e solicitados os exames complementares de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde referente ao manejo dos hipertensos e diabéticos. Porém, nem todos os usuários realizaram alguns dos exames solicitados até o momento, pois alguns exames não são totalmente custeados pelo SUS, ou não há orçamento suficiente e alguns usuários se recusam de entrar com uma pequena contrapartida para realizar esses exames.

A fim de organizar o atendimento e monitorar as ações, além do prontuário onde são anotadas as informações das consultas, também utilizamos uma ficha-espelho onde são preenchidas todas as informações e condutas adotadas relativas ao usuário e estão guardadas num arquivo separado, para facilitar o acesso à verificação da necessidade dos retornos para as consultas de acompanhamento ou para identificar a necessidade de se fazer uma busca ativa aos usuários faltosos. Foi através dessa organização que conseguimos realizar o monitoramento das ações que foram desenvolvidas.

Todos os usuários, durante as consultas, visitas domiciliares e atividades de grupo receberam as devidas orientações sobre os danos que essas doenças crônicas podem lhes causar; a necessidade de se manter uma alimentação saudável; a importância da prática regular de atividade física; os riscos do tabagismo. Quanto à higiene bucal, também contamos com o apoio da equipe de saúde bucal que orientou todos os usuários por nós encaminhados, realizando uma avaliação em todos os usuários que compareceram às consultas agendadas. Infelizmente, não foi possível realizar os tratamentos necessários em todos os

usuários, pois a demanda é muito grande; porém, foram feitos agendamentos e, aos poucos, os usuários serão contatados para realizarem os procedimentos necessários.

Durante a intervenção foi fundamental a cooperação e participação da comunidade nas atividades desenvolvidas, bem como a integração com as entidades, como igreja e escola, que cederam seus espaços físicos para que pudéssemos realizar as atividades educativas. Sem esta integração e o empenho da comunidade não teríamos conseguido desenvolver as ações planejadas. Esperamos continuar contando com o apoio de vocês, que podem nos dar dicas de como melhorar a assistência na unidade e nos ajudar no planejamento de novas ações.

Ao concluirmos nossa intervenção obtivemos ainda mais certeza da importância da cooperação e integração entre equipe e usuários para que, de fato, a estratégia de saúde da família funcione. Dessa forma, oferecermos uma atenção de qualidade, humanizada e organizada, a fim de promover a saúde e evitar problemas futuros ao tratarmos as patologias já existentes da melhor forma possível e conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida dos nossos usuários.

Confiantes de que foram alcançados bons resultados com a intervenção, apesar das dificuldades que surgiram durante a mesma, com o apoio e participação da comunidade, manteremos em nossa rotina de trabalho as ações programáticas desenvolvidas durante a intervenção com a finalidade de melhorarmos ainda mais a atenção prestada aos nossos usuários. Percebemos que com as ações desenvolvidas a maioria dos hipertensos e diabéticos conseguiu melhorar e/ou manter seus níveis pressóricos e glicêmicos dentro dos limites estipulados pelo protocolo, o que representa um bom prognóstico perante suas doenças crônicas.

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

Refletindo sobre o meu processo de aprendizagem no curso de Pós-graduação da UFPEL percebi que muitos foram os aprendizados durante esse período. Logo no início do curso, principalmente na realização das primeiras atividades, foi bastante cansativo e apresentei certas dificuldades para executá-las dentro do tempo hábil, pois apesar de ser brasileiro, mas pelo fato de ter me graduado em medicina no exterior (Rússia), além de ter que me adaptar a certas terminologias, muitos protocolos e classificações usadas na clínica brasileira, às vezes diferentes das que eu estava habituado, eu tive que me adaptar a um sistema de saúde, o SUS, muito diferente do que eu estava acostumado e que até então só conhecia teoricamente.

Além do mais, após quatro meses de atuação no Programa Mais Médico eu fui transferido de município. No novo município, no qual me mantenho hoje, por dois meses e meio fiquei atuando sem área definida. Ao ter minha equipe parcialmente formada e a área definida, me deparei com a realidade do território, com as condições da unidade ao realizar o levantamento de dados da UBS e as inconsistências entre o que era preconizado pelo Ministério da Saúde e a nossa realidade, o que foi um pouco desanimador.

No geral, as primeiras etapas do curso, por serem mais teóricas e por terem sido elaboradas durante um período cheio de contratempos para mim foram mais cansativas.



A resolução dos casos clínicos e os estudos de prática clínica foram muito proveitosos, pois além de ampliar e fortalecer meu conhecimento clínico me serviu de instrumento para a minha adaptação aos protocolos e até me auxiliaram para tomar certas condutas em casos clínicos que eu estava vivenciando em minha unidade.

Houve semanas em que havia muitas atividades e eu ficava sem acesso a internet e as 8 horas de estudo semanais não foram suficientes o bastante para eu realizar as atividades da especialização e me dedicar aos estudos complementares.

Entretanto, com o apoio do curso foi possível nortear todo o funcionamento das atividades que desenvolvemos em nossa unidade e conseguimos organizar o atendimento, coletamos e registramos dados verídicos sobre os indicadores de qualidade e cobertura, o que não existia anteriormente. Com a intervenção voltada aos usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes, toda a equipe se capacitou e conseguimos, dentro das condições disponíveis, criar um fluxo de atendimento para esses usuários, organizamos grupos educativos para este público, que vêm dando muito certo e conseguimos proporcionar aos nossos usuários um atendimento eficiente e humanizado, o que não só nos torna profissionais mais competentes, mas nos ensina a ser cada vez mais “humanos”.

Nesta fase conclusiva do curso, ao comparar o estado de saúde, os níveis pressóricos e glicêmicos, a satisfação e a interação entre a comunidade e a equipe em que atuo são notáveis o grande aprimoramento que houve no atendimento a todos os usuários e o entrosamento com a comunidade, o que me deixa muito gratificado.

Apesar de tantos contratemplos que aconteceram durante o curso, tais como: falta de estrutura física nas unidades, equipe incompleta, pausa nas atividades durante o auge da intervenção, algumas vezes falta de transporte, semanas sem internet e adventos pessoais, tanto o curso de especialização quanto o Programa Mais Médico superaram minhas expectativas. Com o suporte do curso e com o apoio da supervisão do programa foi possível mobilizar o gestor municipal e estruturar a ESF que no presente momento está no auge de seu funcionamento, o que a primeira vista seria impossível de acontecer.

## Referências

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

## **Anexos**



## Anexo B

### Ficha Espelho



#### PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS FICHA ESPELHO

Data do ingresso no programa \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Número do Prontuário: \_\_\_\_\_ Cartão SUS \_\_\_\_\_  
 Nome completo: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Necessita de cuidador? ( ) Sim ( ) Não  
 Nome do cuidador \_\_\_\_\_ Telefones de contato: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Tem HAS? ( ) Sim ( ) Não Tem DM? ( ) Sim ( ) Não Tem HAS e DM? ( ) Sim ( ) Não Está cadastrado no HIPERDIA? ( ) Sim ( ) Não  
 Há quanto tempo tem: HAS? \_\_\_\_\_ DM? \_\_\_\_\_ HAS e DM? \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ cm Perímetro Braquial: \_\_\_\_\_ cm

MEDICAMENTOS	DATA			
Enalapril 5mg				
Enalapril 10mg				
Enalapril 20mg				
Captopril 25mg				
Losartana 50mg				
Propranolol 40mg				
Atenolol 50mg				
Metoprolol 100mg				
Amlidipino 5mg				
Verapamilo 80mg				
Nifedipino 5mg				
Hidroclorotiazida 25mg				
Furosemida 40mg				
Metildopa 250mg				
Metformina 500mg				
Metformina 850mg				
Glibenclamida 5mg				
Insulina NPH				
Insulina Regular				
Sinvastatina 20mg				
Sinvastatina 40mg				
AAS 100mg				
Warfarina 5mg				
Digoxina 0,25mg				
Amiodarona 200mg				

FLUXOGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS					
Data					
Glicemia de Jejum					
HGT					
Hemoglobina glicosilada					
Colesterol total					
HDL					
LDL					
Triglicerídeos					
Creatinina Sérica					
Uréia					
Potássio					
EQU					
Infecção urinária					
Proteinúria					
Corpos cetônicos					
Sedimento					
Microalbuminúria					
Proteinúria de 24h					
TSH					
ECG					
Hemograma					
Hematócrito					
Hemoglobina					
VCM					
CHCM					
Plaquetas					

**Anexo C**  
Aprovação do Comitê de Ética



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

---

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

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

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

Prezada Pesquisadora;

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

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