

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma 7**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica  
e/ou Diabetes Mellitus na UBS São Francisco, Massapê do Piauí/PI**

**Jose Ariel Guevara Garcia**

**Pelotas, 2015**

**Jose Ariel Guevara Garcia**

**Melhoria da atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS São Francisco, Massapê do Piauí/PI**

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: Estela Maris Rossato

Pelotas, 2015

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

G216m Garcia, Jose Ariel Guevara

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS São Francisco, Massapê do Piauí/PI / Jose Ariel Guevara Garcia; Estela Maris Rossato, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

89 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. Rossato, Estela Maris, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

## Dedicatória

A meus pais pela educação que deram para mim, assim como o apoio para que eu fosse o profissional que sou hoje.

A meus filhos (Daniela e José Ariel), os quais eu amo e amarei sempre com todo meu coração.

A minha esposa Damaysi por sua companhia, sua constante preocupação, sua tolerância, confiança e seu apoio incondicional.

A toda minha família, amigos e amigas pelo carinho e respeito.

## **Agradecimentos**

Agradecer em primeiro lugar a "Deus", nosso pai salvador, pela oportunidade de conhecer a linda terra brasileira.

A minha professora- orientadora Estela Maris Rossato pelo carinho, dedicação, perseverança, pois ela ajudou-me muito para terminar este trabalho.

A todos os integrantes da minha equipe (PSF III), pelo compromisso e trabalho feito com muito amor.

A todos meus amigos pelo apoio e conselhos.

Ao governo brasileiro pela oportunidade de formar parte do programa Mais Médicos.

A todas as pessoas que de uma forma ou outra ajudaram para a realização do projeto.

## Resumo

GARCIA, José Ariel Guevara. **Melhoria da atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS São Francisco, Massapê do Piauí/PI.** 90 folhas. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A saúde das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) são preocupações relevantes do Ministério da Saúde (MS), e uma das áreas estratégicas do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES). A qualificação da atenção básica à saúde das pessoas hipertensas e/ou diabéticas merece ações que sigam os princípios dos protocolos do MS, com bases nas políticas do Sistema Único de Saúde (SUS). Estas ações, quando realizadas por profissionais bem capacitados, são fatores qualificadores da saúde municipal e incentivam a autonomia e independência, na ausência ou não de doenças. O objetivo desta intervenção foi a melhoria da atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos na Unidade Básica de Saúde (UBS) São Francisco no município Massapê do Piauí/PI. Foi estruturado em um período de 12 meses, seguindo um cronograma pré-estabelecido. Para o alcance dos objetivos e metas foram elaboradas ações nos quatro eixos pedagógicos do curso (organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica, engajamento público, monitoramento e avaliação). Estas ações foram realizadas com base em um projeto elaborado contendo o detalhamento das ações, as metas, os indicadores a logística e o cronograma definido com a equipe. As ações ocorreram desde a adoção do protocolo preconizado pelo MS, monitoramento e avaliação dos registros, cadastramento e busca ativa, visitas domiciliares, atividades coletivas à capacitação da equipe. Para avaliação e monitoramento das ações, foi utilizada uma planilha eletrônica disponibilizada pelo curso com os indicadores específicos de cada meta. Foi possível ampliar a cobertura de atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos de nossa UBS, pois conseguimos durante as 12 semanas da intervenção cadastrar 313 hipertensos (100%) e 76 diabéticos (100%), superando a meta proposta de 75%, graças ao trabalho da equipe. Também quero reconhecer o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para conseguir essa cobertura e alcançar assim nossos objetivos. Conseguimos melhorar os serviços oferecidos aos hipertensos e diabéticos, sem afetar outros serviços da UBS. A intervenção permitiu que fossem alcançadas melhorias na cobertura, na adesão, na qualidade, nos registros, na avaliação e na promoção da saúde das pessoas portadoras dessas doenças, além de outras coisas positivas que ocorreram ao longo dos três meses, pois também melhorou o nível cultural e educativo de nossa população com sua participação ativa das diferentes atividades de promoção e prevenção de saúde que aconteceram durante o período da intervenção. Logramos mudanças de estilos de vida que ajudaram diminuir futuras complicações nos usuários doentes. Espera-se que ocorra a incorporação de novas intervenções que visem outros seguimentos populacionais. As ações foram incorporadas a rotina de trabalho de nossa unidade de saúde. Agora toda equipe se vê envolvida na intervenção, já que participaram na realização e execução do mesmo. O melhor de tudo foi que conseguimos mudar nossa estratégia de trabalho, incorporando agora todas essas ações na rotina diária da UBS.

**Palavras-chave:** atenção primária à saúde; saúde da família; doença crônica; diabetes mellitus; hipertensão.

## Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS São Francisco no município Massapê do Piauí. 2015.	55
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS São Francisco, no município Massapê do Piauí. 2015.	56
Figura 3	Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo, na UBS São Francisco no município Massapê do Piauí. 2015.	57
Figura 4	Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo, na UBS São Francisco no município Massapê do Piauí. 2015.	58
Figura 5	Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo, na UBS São Francisco no município Massapê do Piauí. 2015.	59
Figura 6	Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo, na UBS São Francisco no município Massapê do Piauí. 2015.	60
Figura 7	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS São Francisco no município Massapê do Piauí. 2015.	62
Figura 8	Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS São Francisco no município Massapê do Piauí. 2015.	63
Figura 9	Consulta de Hiperdia realizada na UBS São Francisco, Massapê do Piauí./PI, 2015	82
Figura 10	Visita Domiciliar a usuária diabética e deficiente visual com glaucoma na área da UBS São Francisco, Massapê do piauí./PI, 2015	82
Figura 11	Visita domiciliar a usuária hipertensa e deficiente físico motor com sequela de acidente vascular encefálico na área da UBS São Francisco, Massapê do piauí./PI, 2015	83

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

ACS	Agente comunitário da Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
DAPES	Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas
DM	Diabetes Mellitus
EAD	Ensino à Distância
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MS	Ministério de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PI	Piauí
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
VD	Visita Domiciliar

## Sumário

Apresentação .....	9
1 Análise Situacional .....	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	10
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	19
2 Análise Estratégica .....	21
2.1 Justificativa.....	21
2.2 Objetivos e metas.....	23
2.2.1 Objetivo geral.....	23
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	23
2.3 Metodologia.....	25
2.3.1 Detalhamento das ações .....	25
2.3.2 Indicadores .....	38
2.3.3 Logística.....	44
2.3.4 Cronograma.....	48
3 Relatório da Intervenção.....	49
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	49
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	50
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	51
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	51
4 Avaliação da intervenção.....	53
4.1 Resultados .....	53
4.2 Discussão.....	66
5 Relatório da intervenção para gestores .....	69
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	74
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	77
Referências .....	79
Apêndices.....	80
Anexos .....	83

## **Apresentação**

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Estratégia de Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) na modalidade de ensino à distância (EAD). O trabalho foi constituído por uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, da UBS São Francisco, do município de Massapê do Piauí/PI. O documento apresenta a análise situacional da unidade, a análise estratégica, o projeto de intervenção, a avaliação da intervenção, a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem e a implementação da intervenção.

Este volume está organizado em sete unidades de trabalho de forma sequencial e interligado. A primeira está composta pelo relatório da análise situacional, na qual é feito um relato da realidade da atenção básica do município e da unidade alvo deste trabalho; 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, pelo relatório da intervenção, onde é realizada uma análise do processo de trabalho, dificuldades encontradas e perspectivas futuras; na quarta unidade apresentamos os resultados da intervenção, na qual descrevemos os resultados e os analisamos em uma discussão. Na quinta e sexta unidades, são apresentados dois relatórios: um para a comunidade e outro para os gestores; na sétima seção, é realizada uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem, e implementação da intervenção. E, finalizando, temos as referências bibliográficas utilizadas no trabalho, e os instrumentos de coleta e consolidação dos dados, nos anexos.

## **1 Análise Situacional**

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

Eu me chamo José Ariel Guevara Garcia, faço parte do programa mais médicos do Brasil. Moro no município Massapê do Piauí, Estado do Piauí. Estou inserido na Estratégia de Saúde da Família (ESF), equipe III, São Francisco. Trabalho também em outras UBS (Abóbora, Bom Nome e Baixo de Deca), os dois últimos ficam em escolas. Minha equipe está composta por médico (eu), uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, um dentista, um técnico em saúde bucal e cinco agentes comunitários de saúde (ACS). A UBS São Francisco tem boa estrutura e condições de trabalho (consultório médico e de enfermagem, consultório odontológico, sala de espera, mesa ginecológica, mesa de curativos, área de nebulização e esterilização, tem medicamentos, otoscópio, negatoscópio e material de trabalho).

Agora está em fase de construção uma UBS nessa região pra melhorar as condições de trabalho e oferecer melhor atendimento da comunidade. Eu atendo uma população de 2015 usuários. Nosso atendimento é feito por planejamento e agendamento: HIPERDIA, puericultura, atenção saúde da mulher, atenção idoso, pré-natal, preventivo (citopatológico do colo do útero), atendimento clínico geral, visitas domiciliares, atividades de promoção e prevenção de saúde por meio de palestras educativas nas UBS e nas escolas. Fazemos reunião mensal da equipe junto com coordenadora da atenção básica. Trabalho ocasionalmente na UBS que fica na cabeceira municipal, ela tem condições estruturais muito boas: consultório médico e de enfermagem, consultório odontológico, recepção, sala de espera com televisor,

sala de curativos, sala de vacinas, farmácia, banheiros pra funcionários e pacientes, sala esterilização, sala de observação, cozinha e um Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF) com fisioterapeuta nutricionista e fonoaudióloga, triagem neonatal e coleta de amostras pra exames laboratoriais.

O município oferece serviços de Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) com assistente social e psicólogo. Não tem hospital, os usuários que precisam internação são encaminhados para o município de Jaicós a 12 km. Exames e encaminhamentos de média e alta complexidade são agendados pela secretaria de saúde para Picos e Teresina. Além das adversidades e obstáculos, nossa equipe trabalha muito forte e planeja ações para oferecer melhor atendimento, buscando mudanças no estilo de vida da população, acreditamos que é um trabalho difícil, mas ficamos com muita fé que vamos melhorar a saúde de nossa comunidade.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

O município de Massapê do Piauí (Seu nome significa terra fértil, argilosa, de cor escura), é um município do estado do Piauí. Localiza-se a uma latitude de 07°27'46" ao sul e a uma longitude de 41°07'32" a oeste, estando a uma altitude de 270 metros. Sua população estimada é de 6.474 habitantes, onde 87,12% das pessoas estão na zona rural.

O município está localizado na microrregião do Alto Médio Canindé, compreendendo uma área de 553,51 km<sup>2</sup>, tendo como limites as cidades de Jaicós e Belém do Piauí ao norte, ao sul com Patos do Piauí e Caridade do Piauí, a leste com Belém do Piauí, Caridade do Piauí e Simões e a oeste com Jaicós e Patos do Piauí. A sede municipal localiza-se nas coordenadas geográficas de 07°27'46" de latitude sul e 41°07'32" de longitude oeste de Greenwich e dista a 364 km de Teresina.

O Sistema de Saúde do município está organizado da forma que toda a população tem acesso à atenção básica de saúde. Existem três UBS, com três equipes de ESF completas e integradas. Existe uma UBS na cabeceira municipal com condições físico-estruturais adequadas. Para o apoio à atenção dos usuários e as famílias, o município conta com um NASF, que oferece serviço pra toda a população

(fisioterapia, nutricionista, fonoaudióloga, assistência social), também conta com psicólogo que atua na educação municipal. Não temos CRAS no município, e para os usuários que precisam, são planejadas consultas para o CRAS de Jaicós. Não temos disponibilidade de serviço hospitalar, nem as demais especialidades, elas fazem atendimentos por consultas planejadas e agendadas pela secretaria. Não temos laboratório clínico, os exames laboratoriais são outro problema, pois se faz coleta das amostras nesta UBS e são deslocados para o hospital de Jaicós a 12 km. Os exames de média e alta complexidade são agendados pela secretaria para Picos e Teresina, em muitas ocasiões os exames demoram, mas isso melhorou muito.

A UBS onde trabalho, localiza-se no interior do município (rural), vinculada ao SUS através da Secretaria Municipal de Saúde, sem vínculo com as instituições de ensino. O modelo de atenção é ESF, e a equipe está composta por um médico, uma enfermeira, um dentista, uma técnica de enfermagem, uma técnica de consultório odontológico, cinco ACS. A unidade não foi construída com essa finalidade, mas tem 22 anos de funcionamento, e tem sido reformada e ampliada pra melhorar sua infraestrutura de acordo com os requisitos do MS. Tem condições mínimas pra trabalhar, além das dificuldades estruturais que atrapalham um pouco o bom funcionamento, como por exemplo: não tem todas as salas que precisa ter pra um melhor atendimento e acolhimento dos usuários, a sala de espera é pequena (só pra umas 15 pessoas), o resto dos usuários tem que ficar em pé, não tem sala de reunião para fazer as reuniões da equipe, além de outras atividades com usuários e grupos priorizados. Não tem salas pra ACS, só tem um banheiro misturado pra funcionários e usuários, não tem serviço de internet, não tem telefone, os consultórios médico e odontológico não tem climatização, não tem sala de vacina, o local de desinfecção não é adequado, assim como o local pra esterilização. Tem barreiras arquitetônicas que dificultam o acesso das pessoas idosas e com dificuldades físicas motoras e visuais, além das estradas de terra em condições desfavoráveis para essas pessoas.

A UBS conta com três micros áreas, dispostas longe da UBS, e por isso a ESF se movimenta para fazer atendimentos nessas comunidades. Algumas das UBS não têm as mínimas condições estruturais para trabalhar, o que impossibilita prestar um serviço de qualidade à população. Está em fase de construção uma UBS com boa estrutura física que vai melhorar muito as condições de trabalho de nossa equipe.

Relacionado às atribuições da equipe, no processo de mapeamento da área de atuação a equipe faz identificação de indivíduos, grupos e famílias de riscos, assim

como também os grupos de agravos (Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Tuberculose e Hanseníase). Fazemos os cuidados em saúde à população da área de abrangência, no domicílio, nas escolas e em outros espaços comunitários. No domicílio, as atividades fundamentais que se desenvolvem são curativas, educação e cuidados em saúde, acompanhamento de problema de saúde, aferição da pressão arterial, consulta médica, de enfermagem e odontológica, entrega de medicamentos, aplicação de medicação oral e injetável, vacinação, colocação e troca de sonda, revisão puerperal e outras. Os profissionais da UBS participam em atividades de grupo, fundamentalmente adolescentes, aleitamento materno, diabéticos, hipertensos, idosos, planejamento familiar, pré-natal, prevenção de câncer ginecológico, puericultura, saúde da mulher e saúde bucal. Nossa equipe faz reuniões mensais, onde é planejado o processo do trabalho para o próximo mês, planejamento das ações, discussões de problemas e possíveis soluções, e são discutidos temas importantes, que ajudam melhorar nosso trabalho. Acredito que trabalhar em equipe é muito importante e fundamental para atingir os objetivos da atenção básica.

Nossa área de abrangência possui 2015 habitantes, existindo correspondência entre o tamanho da equipe e sua estrutura com o tamanho da área adstrita, sendo viável a atenção da saúde da população.

População da área adstrita e perfil demográfico.

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
< 1 ano	12	14	26
De 1 a 4 anos	35	24	59
De 5 a 6 anos	12	25	37
De 7 a 9 anos	29	40	69
De 10 a 14 anos	89	101	190
De 15 a 19 anos	115	138	253
De 20 a 39 anos	397	403	800
De 40 a 49 anos	109	126	235
De 50 a 59 anos	84	55	139
Mais de 60 anos	99	108	207
Total	981	1034	2015

Fazer um acolhimento adequado facilita para o melhor trabalho e melhor atendimento dos usuários. Deve que ser feito por pessoas bem preparadas pra escutar cada um e ter agilidade pra ajudar a solucionar o problema de saúde. Também ficarem preparados pra acolher o que não pode ser programado, como as

eventualidades, os imprevistos e conseguir como trabalhadores da saúde colocar-se no lugar do outro que sofre e não trata-lo de forma burocrática. Na UBS fazemos o acolhimento da demanda espontânea com equidade e qualidade, tratando cada um de acordo com sua necessidade, evitando diferenças injustas e negativas, sempre avaliando o risco e vulnerabilidade do usuário que chega. Geralmente, temos demanda espontânea todo dia, pois é difícil conscientizar a população, mas isso melhorou muito. No início a demanda espontânea era maior, e agora, depois de fazer um planejamento bem feito das consultas e demais atividades, o trabalho melhorou muito nesta parte. Mas sempre que chega um usuário na nossa unidade é ouvido e avaliado.

Em relação atenção da saúde da criança, no início foi difícil este tipo de atendimento, pois muitas mães não eram acostumadas acessar a UBS para fazer a consulta para seu filho. Uma vez explicada a importância deste atendimento e acompanhamento, a coisa melhorou muito. Hoje as consultas são planejadas e bem feitas. Na minha UBS a cobertura de saúde da criança é boa, pois a estimativa é de 30, e nós temos (26 86%). Fazemos consultas planejadas e programadas pra todas as crianças até 72 meses de idade de forma integral, olhando a criança desde o ponto de vista biopsicossocial, com uma avaliação profunda do desenvolvimento familiar e ambiental, pois muitas vezes, esquecemos que fatores do âmbito familiar e meio ambiental podem prejudicar o seu desenvolvimento. Todos têm seu prontuário clínico e os menores de um ano, seu registro específico para essa faixa etária (peso, altura, perímetro cefálico, torácico, alimentação, dentição, vacinação, desenvolvimento psicomotor etc.) Na UBS são desenvolvidas ações no cuidado às crianças na puericultura, entre as quais temos: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, imunizações, prevenção de anemia, prevenção de violências, promoção de aleitamento materno, alimentação saudável, promoção de saúde bucal e teste de pezinho entre outras.

A equipe trabalha de forma integrada em todas as atividades de educação que são planejadas para as crianças e famílias, com atenção adequada e bom monitoramento das mesmas. Fazemos diferentes palestras cada mês, com a finalidade de mudar estilos de vida em benefício da saúde. Acho que seria muito bom ter um especialista pediátrico no município, para fazer avaliações oportunas de algum caso em particular, e assim ajudar na preparação e atualização dos integrantes das equipes. Os casos que precisam deste tipo de avaliação são deslocados pra outras

idades, sempre em consultas planejadas pela secretaria de saúde, e outras vezes os pais levam a criança para consultas particulares. Na UBS municipal temos uma nutricionista que participa ocasionalmente nas atividades e em palestras sobre alimentação e outros temas relacionados com nutrição, além de avaliação de alguma criança que precise. Os ACS visitam rotineiramente os menores de um ano e encaminham para consultas programadas. Na UBS não se realizam reuniões dedicadas ao planejamento, gestão e coordenação do programa de puericultura, e nas reuniões de equipe todos os meses se analisam os problemas existentes com o programa, tentando organizá-lo para que funcione adequadamente.

“As consultas de puericultura são muito importantes pra levar um controle oportuno do crescimento de cada criança.”

A gestação é um fenômeno fisiológico e deve ser vista pelas gestantes e equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável envolvendo mudanças dinâmicas do ponto de vista físico-social e emocional. Começar uma atenção pré-natal precoce é fundamental, para poder fazer uma melhor avaliação de cada grávida, pois a qualidade da assistência pré-natal prestada também é importante para um bom resultado, ou seja, para redução de mortalidade e morbidade materna e perinatal, em muitos casos evitáveis.

Fazer as consultas pré-natais em tempo, com qualidade, classificando e reclassificando o risco a cada consulta, vai ajudar muito para um melhor desenvolvimento da gestação, além de fatores geradores de risco gestacional, onde muitos podem estar presentes ainda antes da ocorrência da gravidez. Sua identificação nas mulheres em idade fértil de nossa comunidade permite fazer orientações às que estão vulneráveis, no que concerne ou planejamento familiar e aconselhamento pré-concepcional, pois pelo menos a metade das gestações não são inicialmente planejadas.

Em minha USB, temos nove grávidas para 30%, e fazemos consultas planejadas, uma consulta semanal no horário da manhã só pra atendimento das gestantes, além de atenção em muitas ocasiões, de mulheres com doenças ginecológicas e algumas vezes grávidas com alguma doença aguda (gripe, amigdalite, otite etc.). Nós fazemos uma adequada atenção pré-natal, além das dificuldades do ponto de vista educacional destas mulheres, pois muitas têm baixo nível escolar, que influi muitas vezes para uma boa compreensão das mudanças e cuidados que a gestante deve ter. Orientamos em muitos casos, incorporar o parceiro nas consultas,

para explicar também que o futuro bebê é responsabilidade dos dois (mãe-pai). Debates em cada consulta a importância da higiene pessoal e ambiental, nutrição adequada, importância das vitaminas (sais ferrosos e ácido fólico). Se faz explicação da importância da consulta odontológica, realização em tempo dos exames laboratoriais, explicamos os riscos do tabagismo, álcool e drogas na gravidez, damos apoio psicológico e emocional (usuários que precisam avaliação psicológica fazemos encaminhamento ao psicólogo municipal) e fazemos palestras sobre a importância do aleitamento materno pra ter um bom desenvolvimento psicomotor do futuro bebê e evitar doenças muito frequentes nas crianças que não se alimentam os primeiros meses com leite materno, além de abordar a anticoncepção pós-parto.

Em cada controle se faz avaliação e classificação do risco gestacional. Os atendimentos às gestantes são registrados no prontuário clínico, formulário especial do pré-natal, na ficha de atendimento odontológico e ficha espelho das vacinas, os quais são revisados, periodicamente, pelo médico, enfermeira e técnica de enfermagem com a finalidade de verificar as gestantes faltosas, completude de registro, identificar a data provável de parto, e gestantes de risco. Realizamos visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, para acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar. Mensalmente na reunião da equipe é avaliada a atenção pré-natal, a situação das gestantes faltosas e quais serão as ações para resolver o problema caso de existir algum.

Não temos especialistas em ginecologia em nosso município, e as grávidas são avaliadas pelo ginecologista, através de consultas agendadas pela secretaria de saúde. O cadastramento da gestante no SISPRENATAL se realiza na secretaria municipal de saúde, onde o médico ou enfermeiro levam os dados da gestante e são preenchidos neste sistema. Da qualidade desta atenção depende o desenvolvimento de uma gravidez sem complicações e um recém-nascido saudável, além das complicações que possam ocorrer no trabalho de parto e no pós-parto.

Em relação à prevenção do câncer do colo do útero, o MS estima 488 mulheres de 25-64 anos na área de abrangência. Nós temos 315 acompanhadas 65% de cobertura, fazemos um seguimento adequado destas mulheres, pois 82% delas tem o preventivo em dia. Não existe o protocolo de prevenção do câncer de colo uterino. Nós profissionais de saúde investigamos os fatores de risco para o câncer de colo uterino em todas as mulheres que realizam exame citopatológico de colo uterino.

Fazemos o exame integral da mulher no dia do preventivo, examinando o aparelho reprodutor, para diagnosticar alguma alteração que possa ter a mulher, e até hoje não temos casos de câncer em nossa comunidade. O rastreamento majoritariamente é organizado, as mulheres são citadas pelos ACS e agendada sua consulta, mas às vezes se faz necessário utilizar o rastreamento oportunista naquelas mulheres que não acessam à UBS voluntariamente. Quando vão por outra causa, aproveitamos para fazer educação em relação ao exame de prevenção e fazemos a coleta nesse instante. Os atendimentos das coletas de exame citopatológico, são registrados no prontuário clínico e num livro onde temos o registro dos resultados de cada exame feito, pois não existe um arquivo específico. Fazemos palestras visando diminuir fatores de riscos que podem desencadear essa doença. De forma geral a equipe toda participa em atividades de educação para saúde que são feitas em nossa comunidade.

Relacionado ao Controle do Câncer de Mama, na UBS são realizadas ações de prevenção primária para o controle de câncer de mama. Em minha área temos 78 mulheres de 50-69 anos (65%), delas 48 tem a mamografia em dia (62%), o resto tem certo atraso na realização deste exame, mas todas foram avaliadas buscando fatores de risco e até hoje não temos casos positivos em nossa comunidade.

Temos que ensinar a fazer o exame de mama a cada mulher, e explicar a elas a importância deste exame uma vez ao mês, pois isso vai ajudar fazer diagnóstico precoce de alguma alteração (alterações de cor da pele da mama, nódulos, cistos, endurecimentos, ferimentos, secreção etc.). Palestramos todo mês sobre fatores de riscos, importância da mamografia e da assistência a consultas planejadas, explicamos sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e do fumo, assim como a importância da atividade física e de uma dieta saudável, para manter um controle adequado do peso corporal. A equipe realiza atividades com grupos de mulheres, e no âmbito da UBS são feitos em média, por mês, ao menos um grupo de mulheres. Participam na atividade o médico, a enfermeira, a técnica de enfermagem e os ACS.

Em relação aos hipertensos e diabéticos, em nossa UBS, em relação ao estimado, corresponderia a 404 hipertensos, mas hoje só temos 164 (41%) em acompanhamento. Igualmente ocorre com DM, em que o estimado é de 115 usuários, e só temos cadastrados 38 (33%). Ficamos muito abaixo de acordo com o estimado pelo Caderno de Ações Programáticas (CAP), mostrando que devemos continuar

trabalhando fortemente nas pesquisas de grupos de risco de Hipertensão e Diabetes, pois muitas vezes, os usuários portam a doença e não são diagnosticados. Nossa equipe realiza atividades para diminuir fatores de risco e mudar estilos de vida pouco saudáveis em nossa população. Também são realizadas ações para o controle do peso corporal, o estímulo à prática regular da atividade física e ações que orientem sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool, tabagismo, higiene pessoal e a importância das consultas de acompanhamento planejado.

Fazemos acolhimento adequado, escutamos suas preocupações e dessa forma realizamos melhor assistência à consulta, para assim ter um melhor controle do desenvolvimento dessas doenças. Cada dia procuramos morbidade oculta em nossa população, durante as visitas domiciliares planejadas. Acho que seria muito bom ter laboratório clínico aqui no município, pra melhorar desta forma o seguimento laboratorial dessas doenças, mas não temos aqui essa possibilidade. Fazemos esses exames em outras cidades. Os portadores de doenças crônicas necessitam de avaliação por outras especialidades que não temos no município, por isso os usuários são deslocados a outras cidades pra fazer essas avaliações. Na UBS são desenvolvidas ações no cuidado aos adultos portadores de DM, as quais são: imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico da obesidade, sedentarismo, tabagismo. Quanto ao tratamento destas condições, apresentamos os mesmos problemas que com os hipertensos, pois não contamos com uma equipe multiprofissional, para fazer avaliação e tratamento dos pacientes com estas doenças que constituem fatores de risco cardiovascular.

Muitas pessoas idosas são acometidas por doenças e agravos crônicos não transmissíveis, alguns permanentes ou de longa permanência que requerem acompanhamento constante. Muitos têm dificuldades para o desempenho de suas atividades cotidianas de forma independente.

Olhando essas palavras anteriores, nossa equipe trabalha com muito amor pra melhorar a saúde das pessoas idosas de nossa comunidade. O MS estima 214 pessoas com 60 anos ou mais na minha área de abrangência, mas nós só temos cadastrados 207 pessoas de essa faixa etária (97%), um percentual muito perto do estimado. Acho que é adequada em minha comunidade, pois foi feito um trabalho pelos ACS, visitando todas as casas e registrando as famílias e os usuários de diferentes idades.

Na UBS são desenvolvidas várias ações, como por exemplo: imunizações, promoção da atividade física e de hábitos alimentares saudáveis, promoção da saúde bucal, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento do alcoolismo, da obesidade, do sedentarismo e do tabagismo. Realizamos atendimento de idosos, não existindo um dia específico, acontecendo em todos os turnos, participando o médico, enfermeira e a técnica de enfermagem. A equipe realiza atividades com grupos de idosos no âmbito da UBS, realizando um grupo de idosos em média por mês. Nós profissionais da UBS, realizamos cuidado domiciliar aos idosos, pois fazemos visitas domiciliares aos acamados e com deficiências físicas e mentais, e que tem dificuldades para se deslocar até a UBS. Essa atividade confere, também, maior conforto, tranquilidade e segurança aos familiares no acompanhamento da pessoa idosa, além de ser, no primeiro momento de reconhecimento do território, uma importante ferramenta na detecção de idosos em situações de abandono ou outras situações de saúde. Em cada visita, se faz avaliação integral do meio onde se desenvolve o idoso, pois assim olhamos fatores de risco sócio ambientais, que podem desencadear alguma doença. Na UBS não existem profissionais específicos para planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas aos idosos, também não existem profissionais para avaliação e monitoramento destas ações. Na reunião que a equipe realiza cada mês, são planejadas as atividades e os atendimentos dos idosos, participando todos os profissionais da equipe de saúde.

O mundo está envelhecendo cada dia e Brasil não fica longe dessa realidade, por isso dá importância do seguimento das pessoas nessa faixa etária da vida, a fim de proporcionar melhor qualidade de vida para os idosos.

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

No texto inicial descrevi algumas condições estruturais da UBS São Francisco, que dificultavam um pouco o desenvolvimento das atividades da equipe. Ainda hoje fica em fase construtiva a unidade nova que está perto de ser concluída. Inicialmente tínhamos pouco conhecimento do trabalho na UBS. Depois de começar o curso, debater temas importantes, revisar os questionários e os cadernos de ações

programáticas, o trabalho melhorou muito, pois fiquei com uma maior preparação profissional e pessoal para fazer meu trabalho, acreditando sempre que os estudos dos protocolos e demais ferramentas ajudaram para que todos os integrantes da equipe crescessem profissionalmente. O trabalho com os diferentes programas que levamos na UBS, agora ficou mais organizado e melhor planejado, e isso vai permitir melhorar também nossos indicadores de saúde. Conseguimos ter uma visão mais profunda e verdadeira da UBS e de nossos objetivos.

Os maiores desafios de nossa equipe é lograr melhores indicadores de saúde de nossa população, trabalhando com muito amor e dedicação para cada um de nossos pacientes. Nossa UBS, como falei ao início, é um local que foi adaptado e que tem 22 anos de funcionamento, por tanto não tem aquela estrutura específica de as UBS construídas nos últimos anos pelo ministério de saúde. Agora está em fase construtiva uma nova unidade de saúde que vai melhorar nosso trabalho pois tem uma melhor infraestrutura.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A HAS é a mais frequente das doenças cardiovasculares, constitui o principal fator de risco das complicações como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da insuficiência renal crônica em estágio terminal. No Brasil estima-se cerca de 17 milhões de portadores de HAS, equivalente a 35% da população de 40 anos e mais, sendo crescente cada dia esse número, pois seu aparecimento está cada vez mais precoce, onde 4% das crianças e adolescentes estimam-se também sejam portadoras. A morbimortalidade pela doença e suas complicações é muito alta, constituindo um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo (BRASIL, 2013 a). O DM, outra doença crônica que provoca danos importantes, progressivamente vai afetando os órgãos, micro circulação da retina, rins e de grandes vasos sanguíneos, coração, cérebro e extremidades inferiores, além disso, afeta o sistema nervoso periférico. De fato, o risco relativo de morte por eventos cardiovasculares, ajustado para a idade, em diabéticos é três vezes maior do que o da população em geral (BRASIL, 2013 b). Na UBS São Francisco temos poucos usuários cadastrados com essas duas doenças, pois ficamos com índices muito baixos, por isso nossa equipe escolheu esse foco da intervenção.

A UBS não foi construída com essa finalidade, pois é uma unidade de saúde que tem 22 anos de funcionamento, tem sido reformada e ampliada pra melhorar sua infraestrutura de acordo com os requerimentos do sistema de saúde. Fazemos atendimento em mais três micro áreas, as mesmas com condições similares, pois duas delas são locais adaptados que dificultam o bom acolhimento dos usuários.

Temos uma população de 2015 pessoas, distribuídas em 466 famílias. A equipe está composta por um médico, uma enfermeira, um odontólogo, uma técnica de enfermagem, um técnico de consultório odontológico e cinco ACS. Segundo a estimativa do CAP deveríamos ter 404 hipertensos cadastrados e pelo cadastro dos ACS só temos 164 (41%) e 115 diabéticos, hoje só temos cadastrados 38 (33%). Acredito que com esta intervenção vamos alcançar as estimativas que o MS propõe. Temos desenvolvido várias ações de promoção e prevenção de saúde, como por exemplo, palestras sobre a importância de modificar estilos de vida, pois é fundamental no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão e diabetes; alimentação saudável, explicamos a necessidade de praticar exercícios físicos, diminuir ou eliminar o uso de tabagismo e álcool, consumo adequado do tratamento medicamentoso, assim como consultas programadas pela equipe, para ter um bom acompanhamento. Apesar da importância da abordagem individual, cada vez mais se comprova a necessidade da abordagem coletiva e cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adstrita, levando em conta diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos para se obter resultados mais consistentes e duradouros dos fatores que levam a hipertensão arterial.

Acho que esta intervenção vai ser muito importante no contexto da UBS, pois é a primeira vez que se vai fazer um trabalho assim, além de ter um registro mais acertado dos hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência, e cadastrar novos casos, pois com a pesquisa usuário por usuário, melhoraremos essa realidade. Todo trabalho, estudo, projeto precisa de planejamento e a intervenção dos gestores públicos da saúde, educação, assistência social, além de prever as debilidades que sempre podem limitar o desenvolvimento da intervenção. Acredito que é pouco tempo para fazer a intervenção e avaliar todos os casos, assim como a realização dos exames laboratoriais, pois minha comunidade fica no interior, onde muitas pessoas moram em áreas de acesso difícil, muito longe da área urbana onde se coletam as amostras dos exames. Também precisamos avaliar os usuários com outras especialidades que não existem aqui no município. Mas acho que o aspecto mais importante, para viabilizar a realização da intervenção é o comprometimento da equipe em alcançar os objetivos propostos e melhorar assim a qualidade de vida de nossos usuários.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde de usuários hipertensos e diabéticos na Unidade Básica de Saúde São Francisco, Massapê do Piauí/PI.

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

Objetivo1. Ampliar a Cobertura de hipertensos e diabéticos.

**METAS.**

1.1Cadastrar 75% das pessoas com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS São Francisco

1.2 Cadastrar 75% das pessoas com diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS São Francisco.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a usuários com hipertensão e/ou diabetes.

**METAS.**

2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários hipertensos.

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

2.3.Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.4.Garantir a 100% das pessoas diabéticas a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas hipertensas.

2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas diabéticas.

Objetivo3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa METAS.

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações METAS

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

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

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

METAS.

5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

METAS:

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

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

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

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

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

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

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

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 (4 meses) na UBS São Francisco, no município Massapê do Piauí/PI. No entanto por recomendação do curso, a intervenção foi reduzida para 12 semanas. Pretendemos cadastrar 75% dos usuários hipertensos e diabéticos da área adstrita e fazer consultas multiprofissionais, com objetivo geral de melhorar a atenção à saúde de hipertensos e diabéticos da UBS.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

Objetivo1. Ampliar a Cobertura de hipertensos e diabéticos.

METAS.

1.1 Cadastrar 75% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS São Francisco.

1.2. Cadastrar 75% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS São Francisco.

### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Mensalmente será monitorada a cobertura de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos na UBS através da solicitação do relatório do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) à Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Semanalmente será realizado o monitoramento dos indicadores de atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos na UBS, através da verificação das fichas espelho. Mensalmente em reunião de equipe esses dados serão discutidos.

### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

As ações serão cadastrar a população de hipertensos e diabéticos da área adstrita, capacitando e estimulando aos ACS nas visitas domiciliares,

Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no SIAB. Os ACS terão um cronograma de visitas para completar ou atualizar os cadastros de famílias.

Semanalmente será atualizado o registro e atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos na UBS, através da verificação das fichas espelho e mensalmente em reunião de equipe esses dados serão discutidos.

Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes, onde será realizado por todos os profissionais da UBS, mas ficará sobre a responsabilidade da auxiliar de enfermagem. Em todos os turnos do atendimento, oferecer porta aberta do serviço a hipertensos e diabéticos e já sairão com retorno agendado, garantindo material adequado para a tomada da medida da pressão arterial para que nenhum usuário hipertenso e/ou diabético saia sem encaminhamento da sua demanda.

Vamos falar com o gestor municipal para garantir material para a verificação da pressão arterial.

Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde. Vamos falar com o gestor municipal para garantir material para a realização de esse exame.

## ENGAJAMENTO PÚBLICO

Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à HAS e à DM da unidade de saúde, através dos ACS, que trabalham mais tempo perto da comunidade.

Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente. Faremos reunião com famílias, e comunidade no âmbito da UBS pra informar sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Faremos reunião com famílias, e comunidade no âmbito da UBS pra informar sobre a importância de medir a pressão.

Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes em consultas de demanda espontânea e em consultas agendadas, nas palestras e nas visitas domiciliares. Faremos reuniões com conselhos de saúde, famílias, e comunidade no âmbito da UBS pra que conheçam os fatores de risco de hipertensão e diabetes.

## QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

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

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

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

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

As capacitações serão realizadas na primeira semana da intervenção, assim, tem-se a garantia de que a equipe estará instrumentalizada para o atendimento aos hipertensos e diabéticos. Será responsabilidade do médico.

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

- 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.
- 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.
- 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.
- 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos. O médico e a enfermeira da equipe de saúde realizarão exame clínico de qualidade que inclui exame físico dos pés a cada três meses, exame dos pulsos para pesquisar mal perfurante plantar e neuropatias a todos os usuários com hipertensão arterial e diabetes na UBS. Solicitaremos a SMS a impressão dos modelos de exames clínicos e prontuários para aplicar aos hipertensos da comunidade. Esta avaliação deve ser feita anualmente.

Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde. Solicitaremos últimos exames feitos para verificar data de realização. Serão indicados exames complementares ao 100% dos hipertensos e diabéticos com atraso e os resultados comentados nos prontuários

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Visitaremos a farmácia popular dos usuários do programa HIPERDIA e faremos entrega do novo cadastro para disponibilizar medicamentos a Hipertensos e Diabéticos.

Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Faremos revisão das fichas de atendimento odontológico dos usuários com hipertensão arterial e diabetes na UBS para identificar os que ficam sem tratamento odontológico inicial ou sem finalizar. Será analisado nas reuniões da equipe como programar com a dentista um cronograma de atendimento aos hipertensos e diabéticos e os resultados do cadastro, além do atendimento oferecido que serão informados mensalmente para retroalimentar o SIAB.

### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

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

Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

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

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

A capacitação será realizada na primeira semana da intervenção, assim, tem-se a garantia de que a equipe estará instrumentalizada para o atendimento aos Hipertensos e Diabéticos. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, será responsabilidade do médico.

Garantir a solicitação dos exames complementares.

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

Solicitar a secretaria de saúde que garanta a disponibilidade de vagas para solicitação dos exames complementares aos hipertensos e diabéticos. Faremos coordenação com gestor de saúde para conseguir aprimorar a entrega dos exames pelos laboratórios e agilidade dos exames complementares.

Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

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

Faremos revisão de estoques de medicamentos quinzenalmente para que não faltem os medicamentos e verificar a validade dos medicamentos que estão na farmácia da UBS.

Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos

Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos

Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização da consulta odontológica dos diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Faremos uma agenda de saúde bucal e serão agendadas três vagas diárias para atendimento odontológico aos hipertensos e diabéticos, o atendimento deve ser anotados nos prontuários.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO.

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

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

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

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

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

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.

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

Manteremos os conselhos de saúde informados durante o desenvolvimento das atividades do foco de intervenção, nas consultas individuais, nas atividades educativas coletivas, nas visitas domiciliares e também nas atividades comemorativas na comunidade para que possam exercer controle social.

Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção aos hipertensos e diabéticos da unidade de saúde, através dos ACS, principalmente.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

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

Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

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

Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.

Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

As capacitações serão realizadas na primeira semana da intervenção, assim, tem-se a garantia de que a equipe estará instrumentalizada para o atendimento aos usuários com hipertensão e diabetes.

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

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

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Semanalmente será monitorada a assistência dos hipertensos e diabéticos na UBS através da solicitação das fichas espelhos, livro de registro do programa HIPERDIA.

Semanalmente será realizado o monitoramento dos indicadores de atenção à saúde dos Hipertensos e Diabéticos na UBS, através da verificação das fichas espelho. Em reunião de equipe esses dados serão avaliados mensalmente.

### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Organizar visitas domiciliares para buscar os hipertensos faltosos: Serão feitas visitas domiciliares aos hipertensos faltosos e agendaremos acompanhamento ao momento.

Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares: Organizaremos uma agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares que comparecem na UBS.

Organizar visitas domiciliares para buscar os diabéticos faltosos: Serão feitas visitas domiciliares aos diabéticos faltosos e agendaremos acompanhamento ao momento.

Organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares. Organizaremos uma agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares que comparecem na UBS.

### ENGAJAMENTO PÚBLICO

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

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

Esclarecer aos portadores de hipertensão, diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Faremos reuniões com conselhos de saúde, famílias e comunidade no âmbito da UBS para informar as atividades do foco da intervenção dos hipertensos e diabéticos no transcurso da investigação, o que será feito com uma frequência mensal.

### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar aos ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Faremos capacitação aos ACS, em reunião da equipe na UBS, nas primeiras semanas da intervenção.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

METAS

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

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

Mensalmente serão atualizados os dados obtidos da intervenção no livro de registro e modelo eletrônico (novos cadastros, casos de hipertensos e diabéticos com tratamento e seguimento em clínicas sem acompanhamento na UBS). Faremos entrega e atualização das cadernetas dos hipertensos e diabéticos corretamente preenchidas. Além disso, os dados serão informados pela equipe a Secretaria de Saúde para atualizar dados do SIAB.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Os registros serão atualizados semanalmente com os dados dos hipertensos e diabéticos cadastrados pela primeira vez, e os que já têm seguimento, serão entregues cadernetas a 100% dos usuários com HAS e DM na primeira consulta realizada.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Manter as informações do SIAB atualizadas.

Implantar a ficha de acompanhamento.

Pactuar com a equipe o registro das informações.

Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de

exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Mensalmente será monitorada a qualidade dos registros de atenção dos hipertensos e diabéticos na UBS, as informações obtidas da pesquisa ativa serão enviadas ao SIAB semanalmente. As cadernetas devem ser preenchidas pelo profissional com 100 % dos dados.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Faremos contato com os usuários hipertensos e diabéticos, com a associação demoradora e com os representantes da comunidade, na UBS e apresentaremos o projeto esclarecendo seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Vai ser feita mensalmente.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos.

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

As capacitações serão realizadas na primeira semana da intervenção, assim, tem-se a garantia de que a equipe estará pronta para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa com hipertensão e diabetes e dos registros de acompanhamento.

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

#### METAS.

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

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

### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

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

Mensalmente será monitorado o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano revisando o prontuário e a ficha espelho.

### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Todo usuário com hipertensão e/ ou diabetes avaliados como de alto risco ao chegar a UBS, vai ter atendimento prioritário e vamos organizar uma agenda para esta demanda.

### ENGAJAMENTO PÚBLICO.

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

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

Faremos contato mensal com os usuários hipertensos e diabéticos, com a associação de moradores e com os representantes da comunidade, na UBS e apresentaremos o projeto orientando os usuários quanto ao nível de risco e à importância do acompanhamento regular, e quanto a importância do adequado controle de fator de risco.

### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

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

Mensalmente em reunião da equipe, toda a equipe estudará uma parte do protocolo de saúde de hipertensão e diabetes e falarão sobre o tema.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

METAS:

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

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

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

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

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

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

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.

Faremos um monitoramento mensal revisando os prontuários, que será feito pelo médico, enfermeira e agentes comunitários de saúde.

Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos

Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos

A atividade vai ser feita pelo médico e enfermeira, será monitorada mensalmente.

Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabético

Serão monitoradas mensalmente. Será responsabilidade do cirurgião dentista.

## ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Faremos contato mensal com os usuários hipertensos e diabéticos e com a população para realizar palestras coletivas sobre alimentação saudável, será feito na UBS.

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

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

Faremos uma reunião com o gestor municipal, na policlínica do município para envolver nutricionistas nesta atividade e para demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo". Será responsabilidade da enfermeira.

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

Esta atividade vai ser feita semanalmente em consultas agendadas a hipertensos e diabéticos, na UBS.

## ENGAJAMENTO PÚBLICO.

Orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Orientar hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

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

Orientar os hipertensos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Orientar os diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Faremos contato mensal com os usuários hipertensos e diabéticos, com seus familiares, e com a comunidade para realizar palestras orientando a importância da alimentação saudável, a prática de atividade física regular, sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo e sobre a importância da higiene bucal. Vai ser feito na UBS.

### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

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

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde

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

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde

Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

As capacitações serão realizadas na primeira semana da intervenção, assim começaremos a intervenção com a capacitação sobre o manual técnico de hipertensão e diabetes para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos usuários hipertensos e diabéticos. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe.

### **2.3.2 Indicadores**

Objetivo1. Ampliar a Cobertura de hipertensos e diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 75% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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 75% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos 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 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo3. 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 3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

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

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

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

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

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

Objetivo4. Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular

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

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

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

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

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 6.7: 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 6.8: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.8: 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 6.9: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.9: 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 6.10: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.10: 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 6.11: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.11: 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 6.12: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 6.12: 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 6.13: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 6.13: 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**

Todo projeto para ser feito, precisa de logística, pois é uma coisa muito importante para alcançar o êxito. Para a realização da intervenção no programa de HAS e DM na comunidade, nossa equipe vai utilizar o manual técnico de HAS e DM

do MS- (BRASIL, 2013 a e b), também as fichas de atenção à usuários hipertensos e diabéticos (ficha de acompanhamento), e de cadastro disponível no sistema estatístico municipal. Falaremos com a gestora municipal para facilitar cópias das fichas específicas disponibilizada pelo curso (ficha espelho), para assim poder coletar as informações sobre exame clínico, dados relativos à classificação de risco dos hipertensos e diabéticos e saúde bucal. Será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados do programa disponibilizada pelo curso de especialização, para o acompanhamento mensal da intervenção.

Para a organização do registro específico do programa, a enfermeira vai revisar o livro de registro, identificando todos os usuários portadores de hipertensão e diabetes, que vieram para consulta de Hiperdia nos últimos três meses. Nos prontuários, vamos verificar todos os dados destes usuários e transcrever essas informações disponíveis para a ficha específica. Também se realizará um monitoramento anexando uma anotação sobre atrasos de consultas, exames clínicos e laboratoriais. Na reunião da equipe, vamos definir as atribuições de cada integrante e aproveitar a ocasião para estabelecer a periodicidade das atualizações, assim como organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos da unidade de saúde. Poderá ser revisada uma versão atualizada dos protocolos, que serão impressos pela enfermeira e ficará a disponibilidade na unidade. A secretaria municipal de saúde participará dessa reunião, para que ela possa ter conhecimento da intervenção. Nossos ACS serão preparados e com domínio de sua área de atendimento. Demandaremos o apoio dos profissionais do NASF para auxiliarem nas ações de promoção de saúde a essa população, ajudar modificar estilos de vida e alimentação saudável.

Organizaremos uma planilha que ajudará no controle dos exames complementares preconizados e do atraso no acompanhamento dos usuários. A mesma será preenchida e atualizada mensalmente, a cada consulta. O estoque e validade da medicação, além de manter um registro das necessidades de medicamentos dos usuários cadastrados, serão responsabilidade da enfermeira. A avaliação das necessidades de atendimento odontológico, assim como o agendamento das consultas, ficará para a equipe de saúde bucal de nossa área de abrangência, que aproveitará cada consulta para dar orientações individuais a cada usuário atendido. Faremos visitas domiciliares com o objetivo de buscar os faltosos a

consultas planejadas, onde utilizaremos o transporte disponibilizado pela secretaria de saúde.

Toda a equipe deverá conhecer os usuários com fatores de risco, para priorizar sua atenção, assim como organizar o agendamento deles, para organizar um melhor atendimento dessa demanda. Isso será feito através de uma listagem dos usuários de risco. A mesma vai ser confeccionada pelo médico e enfermeira, e será disponibilizada na unidade de saúde para todos os integrantes. As práticas coletivas serão organizadas e feitas por toda a equipe de trabalho, onde se estudarão temas muito importantes como: alimentação saudável, danos maléficos do álcool e tabagismo, importância do exercício físico e manter uma higiene pessoal adequada. Para isso serão utilizados alguns recursos como vídeos, músicas, panfletos e cartazes.

Em nossa UBS, faremos as capacitações dos integrantes da equipe, no local reservado para as reuniões, no horário tradicionalmente utilizado para reunião da equipe. Serão realizadas pelos próprios profissionais da ESF, em conjunto com os profissionais do NASF municipal (nutricionista, fisioterapeutas, fonoaudióloga, assistência social). A população alvo será os próprios profissionais, e se utilizarão materiais como manuais e protocolos de atendimento, papel e caneta, computadores e Data show.

Essas capacitações serão feitas com um objetivo comum, para melhor preparação dos integrantes da equipe e assim proporcionar uma atenção de saúde de qualidade para os usuários e comunidade em geral. Serão realizadas capacitações direcionadas para os ACS, e as mesmas terão o intuito de qualificá-los para dar orientações específicas aos hipertensos e diabéticos, sobre a data de suas consultas, periodicidade, importância dos exames e tratamento higienodietético e medicamentoso. Vamos qualificar a equipe para o preenchimento dos registros necessários no acompanhamento dos usuários, e fazer em cada consulta o registro adequado dos procedimentos clínicos que sejam feitos, além de ensinar como realizar a estratificação de risco, segundo score de Framingham ou de lesões aos órgãos alvo; também iremos orientar quanto às estratégias para o controle dos fatores de risco modificáveis, sobre metodologias de educação em saúde e sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular, tratamento de tabagistas e saúde bucal.

Quanto ao engajamento público, as ações serão direcionadas no sentido de informar a nossa comunidade sobre o programa de atenção a Hipertensos e

Diabéticos. Estas ações serão realizadas na UBS e na comunidade, nas reuniões com o grupo de Hipertensão, no acolhimento, nas consultas, nas visitas domiciliares e nas palestras planejadas. Todas essas informações e orientações serão para que os usuários e comunidade conheçam melhor suas doenças, permitindo-nos fazer o trabalho de prevenção, promoção e orientação. Faremos contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade na igreja da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da realização da consulta aos hipertensos e diabéticos. Vamos solicitar apoio da comunidade, para o cadastro e diagnóstico precoce dos portadores dessas doenças, assim como esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

### 2.3.4 Cronograma

AÇÕES	SEMANAS															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Treinamento e capacitação dos profissionais da equipe de saúde de nossa UBS, sobre os protocolos de atendimento de atenção Básica (HAS e DM).	X															
Definir a função de cada membro da equipe na ação programática	X															
Pesquisar e cadastrar casos novos de HAS e DM NA área de abrangência	X	X														
Contato com as lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática dos HAS e DM, solicitando apoio.	X				X				X			X				
Atendimento multidisciplinar dos HAS e DM, pertencentes aos grupos cadastrados	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Promover a formação de grupos de hipertensos e diabéticos, para a realização de atividades saudáveis.	X				X				X			X				
Capacitação dos ACS para realização de busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos.	X															
Busca de faltosos a consultas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Monitoramento da intervenção.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				

### **3 Relatório da Intervenção**

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

Antes da intervenção, o atendimento dos usuários com HAS e DM em nossa UBS não tinha um acompanhamento adequado, pois o cadastramento dos usuários com essas doenças crônicas não estava bem definido. Faltava fazer um atendimento mais humanizado e organizado, assim como um melhor agendamento e planejamento das consultas. Havia muitos hipertensos e diabéticos com exames atrasados e muitos acamados estavam precisando de outros cuidados, além do tratamento continuado. Muitos não conheciam os fatores de riscos e complicações, faltava estabelecer medidas de combate aos fatores de risco modificáveis, coisa que foi melhorando, pois na primeira semana foi feita uma capacitação dos profissionais da equipe de nossa UBS, sobre os protocolos de atendimento de Atenção Básica (HAS e DM), assim como foi definida a função de cada membro na ação programática, fato que determinou um melhor trabalho e um melhor desenvolvimento do projeto. Os ACS foram bem capacitados sobre acolhimento adequado, busca ativa de faltosos a consulta, qualidade das visitas domiciliares e sobre a realização do cadastramento.

Conseguimos fazer um cadastramento de qualidade de todos os hipertensos e diabéticos de nossa comunidade, assim como pesquisa ativa em todos os grupos de risco, e isso permitiu cadastrar alguns casos novos. Foi feito atendimento multidisciplinar dos usuários com essas doenças crônicas, nas consultas de Hipertensão que foram realizadas todas as semanas e quando foi preciso, duas vezes por semana. Também os usuários que precisaram de atendimento psicológico foram acompanhados pela equipe multiprofissional, assim como na avaliação por outras

especialidades. Isso ajudou muito para conseguir fazer uma avaliação profunda de todos os usuários cadastrados. Foi ampliada a cobertura do atendimento odontológico, pois agora foi feito de forma mais organizada e planejada e hoje, a maioria dos que precisam acompanhamento por essa especialidade, estão sendo acompanhados. Conseguimos fazer exames laboratoriais para todos os que tinham atraso, assim como manter os exames dos demais usuários em dia.

As atividades educativas de prevenção e promoção de saúde foram um ponto muito importante nestas doze semanas (meses de março a maio) pois através de palestras e encontros, sensibilizamos um pouco a população alvo sobre a importância da alimentação saudável, exercício físico, diminuição do tabagismo e álcool para manter a doença controlada e diminuir complicações. Explicamos com muito cuidado cada detalhe, pois temos muitos usuários com um nível cultural e educativo baixo, e as características ambientais, de moradia e alimentação são um pouco complexas. Foi uma vantagem a participação da nutricionista do NASF nas consultas de Hipertensão, para fazer avaliação nutricional dos usuários, além de as palestras que foram feitas por ela.

Diante da realização do projeto de intervenção a nossa equipe teve reuniões planejadas para falar sobre o andamento da intervenção, avaliar os indicadores, revisar o desenvolvimento das ações programadas, assim como o preenchimento da coleta de dados e a ficha espelho.

Tivemos três contatos com lideranças comunitárias realizadas de forma integral, para falar sobre a importância das ações programática dos hipertensos e diabéticos, solicitando apoio para o cadastro e demais estratégias que foram implementadas. As atividades foram muito boas porque falamos das duas doenças e da importância do programa de HIPERDIA.

A equipe de saúde trabalhou intensamente no projeto de intervenção, procurando acolher e acompanhar em consultas de HIPERDIA a todos os hipertensos e diabéticos de nossa área, melhorando a cobertura e qualidade dos atendimentos, assim como incorporando essas ações a rotina de trabalho de equipe.

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

Uma ação que foi cumprida parcialmente foi a formação de grupos de hipertensos e diabéticos para a realização de atividades de conjunto. Já foram constituídos os grupos, mas as atividades ainda estão um pouco atrasadas, pois falta uma melhor programação com o preparador físico. Durante o período de chuva apresentamos dificuldade para desenvolver as atividades programadas para estes dias, pois os rios ficaram cheios e a estrada ficou intransitável, dificultando o deslocamento para as micro áreas de atendimento, pois dos 6 encontros planejados só foram feitos 4 (66,7%). No caso da odontologia, temos muitos usuários que precisam próteses odontológicas e isso vai se solucionar pouco a pouco.

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

A equipe teve algumas dificuldades na coleta e sistematização de dados porque as vezes os usuários não trouxeram na consulta a carteirinha de idosos, tinha prontuários sem numeração. Mas isso foi melhorando pouco a pouco e hoje posso falar que, além das dificuldades, o projeto teve um resultado muito bom, os usuários ficaram felizes pelo atendimento, pela preocupação da equipe para solucionar os problemas e oferecer uma atenção de qualidade para nossos usuários e nossa comunidade.

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

O projeto têm continuidade pois as ações já ficam incorporadas na rotina de trabalho da equipe, vamos manter as consultas e avaliações no dia a dia de nosso trabalho. Acho que foi uma forma educativa para a população e para nós, pois ficamos melhor preparados, mais responsáveis com nossa obrigação de realizar uma atenção de qualidade, respeitando os direitos de nossos usuários. A intervenção foi muito bem aceita pela comunidade, mas também nossa equipe vai se manter engajada e

comprometida. Foi a primeira vez que aconteceu uma intervenção assim em nosso município, e acredito que foi uma experiência maravilhosa. A intervenção foi desenvolvida em um período de 12 semanas, pois inicialmente, estava prevista foram 16 semanas, porém devido a orientações da coordenação do curso, a intervenção foi realizada em 12 semanas.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

O objetivo principal da Intervenção, em nossa comunidade, foi melhorar as ações de atenção aos portadores de HAS e DM na UBS "São Francisco" que fica no interior do município Massapê do Piauí.

Foram avaliados nesta intervenção, todas as pessoas maiores de 20 anos, no período de doze semanas de intervenção.

Antes de decidirmos sobre o tema da intervenção, a equipe fez uma reunião onde fizemos uma análise situacional e análise estratégica para ficar sabendo as fortalezas e debilidades da ESF com relação à estrutura física, o processo de trabalho e o acolhimento da população adstrita na UBS. Após esta análise foi feito um projeto de intervenção juntamente com a equipe baseado nos Cadernos de Atenção Básica do MS, sobre doenças crônicas não transmissíveis – HAS e DM (BRASIL, 2013 a e b) para a capacitação de todos os membros da equipe.

Após essa análise decidimos viabilizar ações e atividades para ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos, melhorar a adesão ao programa, melhorar a qualidade do atendimento do hipertenso e diabético realizado na UBS, melhorar o registro das informações, mapear hipertensos e diabéticos de risco para doenças cardiovascular e promover ações de saúde para todos os inscritos no programa, assim como fazer a busca ativa de grupos de riscos para diagnóstico de casos novos. A população vinculada a equipe é de 2015 habitantes residentes na área de abrangência. No projeto de intervenção foram estabelecidas metas e indicadores e

traçamos ações a serem desenvolvidas. A seguir apresentamos os resultados alcançados para as metas propostas:

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

Meta 1.1.2: Cadastrar 75% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Entre os hipertensos 313 foram cadastrados alcançando ao final da intervenção uma cobertura na área adstrita de 100%, resultado superior à meta prevista que foi cadastrar 75% dos hipertensos. No primeiro mês da intervenção foram cadastrados 68 usuários (22,2%), no segundo mês foram cadastrados 189 usuários (61,7%), terminamos o projeto com 313 hipertensos cadastrados (100%). (Gráfico 1)". Este trabalho foi facilitado pelo trabalho dos ACS que fizeram as visitas domiciliares e agendaram as consultas para o médico. Além do trabalho de toda a equipe de saúde que divulgou o projeto, contato com lideranças comunitárias, gestores públicos, usuários hipertensos e com a população em geral.

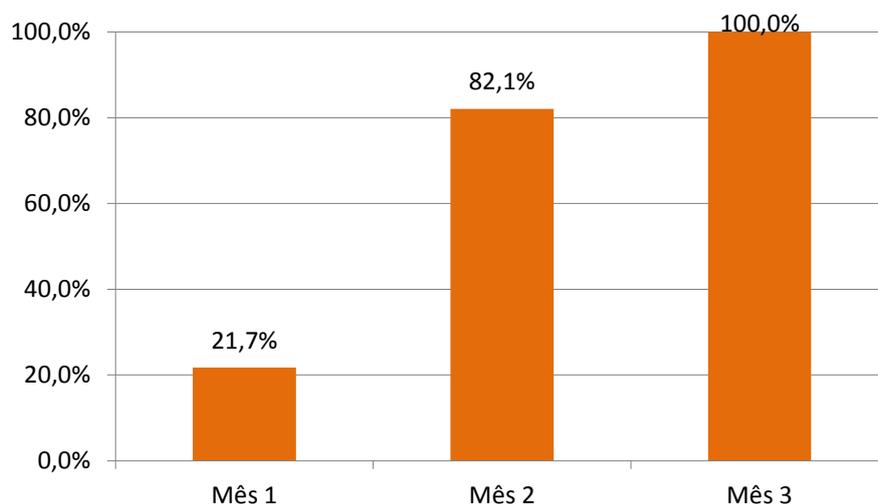


Figura 1- Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS São Francisco, Massapê do Piauí. 2015.

Fonte: Planilha coleta de dados.

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

Na área de abrangência foi possível ao longo da intervenção fazer o cadastro de todos os diabéticos. No primeiro mês foram cadastrados e avaliados 16 usuários (21,1%), no segundo mês 59 (77,6%) e no último mês 76 diabéticos, para completar 100% dos usuários cadastrados e avaliados. Este trabalho foi facilitado pelo trabalho dos ACS que fizeram as visitas domiciliares e agendaram as consultas para o médico. Além do trabalho de toda a equipe de saúde que divulgou o projeto, contatos com lideranças, usuários diabéticos e com a população em geral. O trabalho foi cansativo, mas alcançamos nosso objetivo de cadastrar esse número e junto a isso ir fazendo avaliações dos mesmos. Muito destacado o trabalho dos ACS e do resto da equipe.

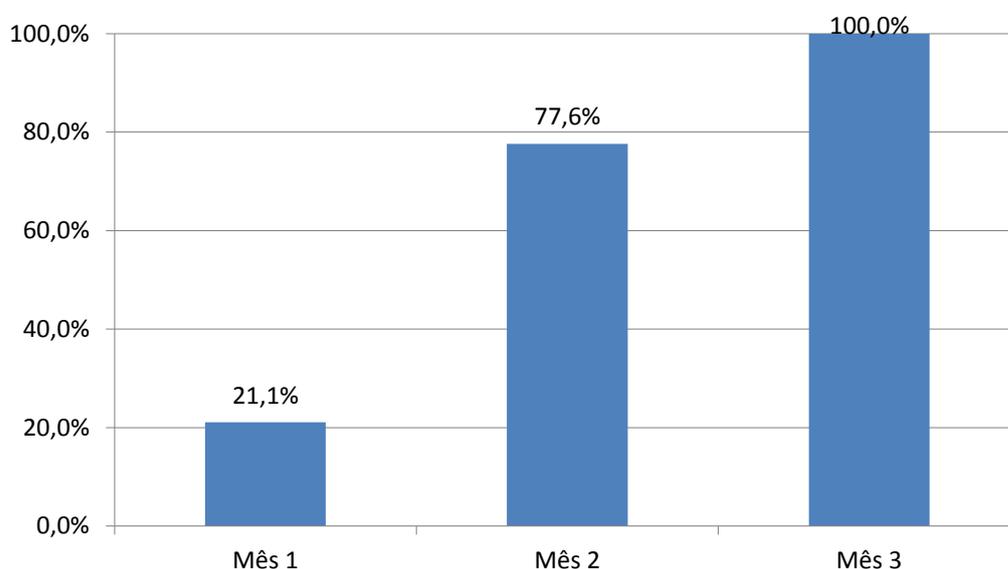


Figura 2- Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS São Francisco, Massapê do Piauí. 2015.

Fonte: Planilha coleta de dados.

Percebe-se que existem diferenças entre o número de hipertensos e diabéticos estimados no CAP (404 e 115 respectivamente) e na planilha de coleta de dados (313 e 76 respectivamente). Utilizou-se a mesma população para a identificação do número de hipertensos e diabéticos, que é de 2015 habitantes. No entanto, os dois instrumentos apresentam diferenças nos cálculos nas estimativas. Desta forma optamos pela planilha de coleta de dados, pois consideramos esta estimativa mais adequada à nossa realidade.

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

Meta 2.1.2:-Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos.

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

Entre os 313 hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS, 306 fizeram exame clínico em dia de acordo com o protocolo, alcançando ao final da intervenção uma proporção de 97,8%, resultado inferior à meta prevista que foi realizar exame clínico apropriado a 100% dos hipertensos de nossa área. No primeiro mês da intervenção dos 68 usuários, 63 (92,6%) tinham exame clínico em dia de acordo com o protocolo, no segundo mês dos 189, 187 (97,3%) tinham exame clínico em dia de acordo com o protocolo, terminando a intervenção com 306 (97,8%) dos usuários com exame clínico em dia. (Gráfico 3). Este trabalho foi facilitado pelo trabalho do médico e da enfermeira que realizaram o exame clínico de qualidade aos hipertensos do programa, além da ajuda muito importante do resto da equipe. Acredito que esse percentual que ficou sem exame clínico em dia, vai ser avaliado mais na frente, pois o trabalho continua com muito esforço. A colaboração dos usuários e da família foi decisivo para alcançar os resultados.

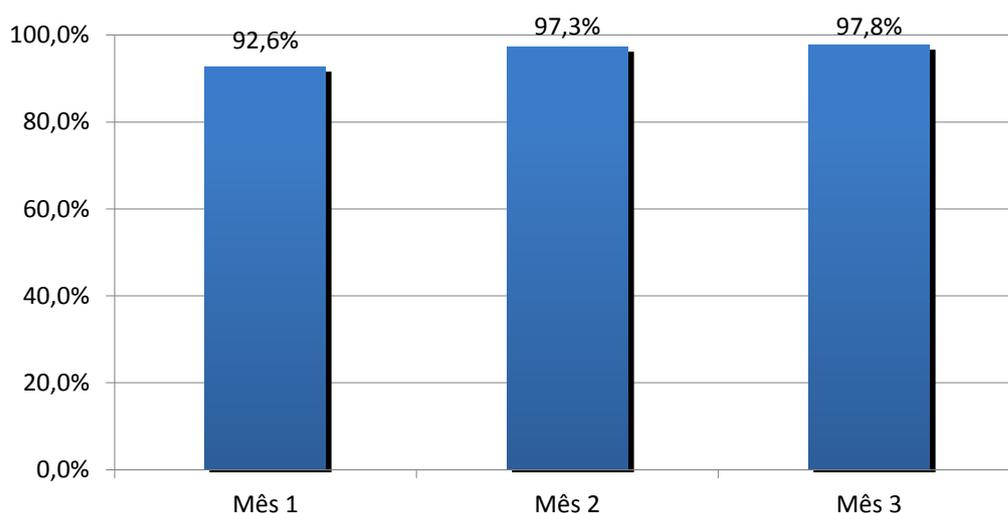


Figura 3- Proporção de hipertenso com exame clínico em dia de acordo com o protocolo, na UBS São Francisco, Massapê do Piauí. 2015.  
Fonte: Planilha coleta de dados.

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

Entre os 76 diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS, 73 estão com exame clínico em dia de acordo com o protocolo, alcançando ao final da intervenção uma proporção de 96,1%, resultado que ficou abaixo de acordo com a meta prevista que foi realizar exame clínico apropriada em 100% dos diabéticos. No primeiro mês da intervenção dos 16 diabéticos, 13 (81,3%) tinham exame clínico em dia, no segundo mês dos 59, 56 (94,9%) tinham exame clínico em dia, chegando ao final da intervenção com 73 diabéticos (96,1%) com exame clínico em dia. (Figura 4). Apesar de não chegar a 100% da meta, foi um bom trabalho feito pelo médico e a enfermagem que realizaram o exame clínico de qualidade aos diabéticos do programa, que inclui exame físico dos pés. Também foi possível pelo trabalho dos ACS que visitaram a todos os usuários e agendaram as consultas. Além do trabalho de toda a equipe de saúde que divulgou o projeto com contato com lideranças, usuários diabéticos e com a população em geral.

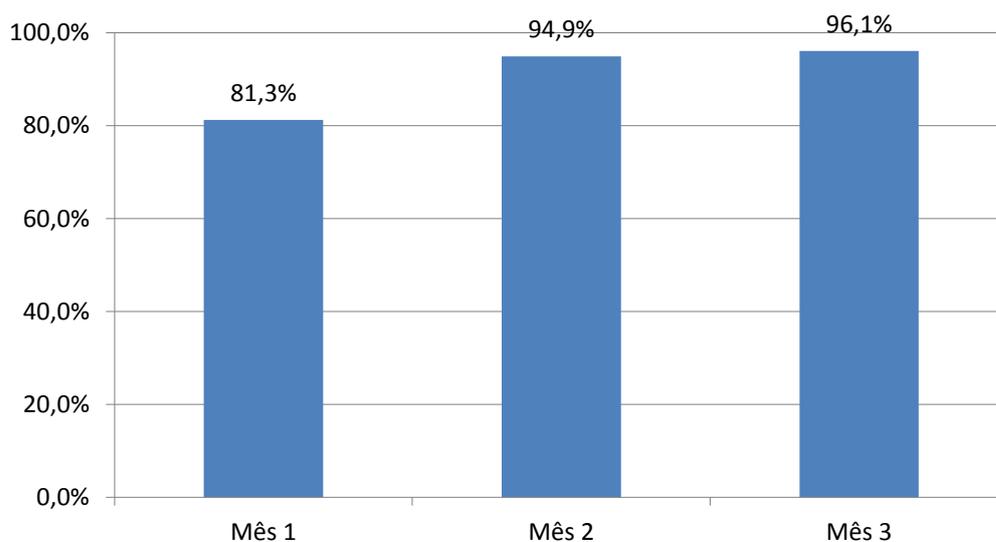


Figura 4- Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo, na UBS São Francisco, Massapê do Piauí. 2015.

Fonte: Planilha coleta de dados.

Meta 2.3.4 Garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

Entre os 313 hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS, 299 tinham exames complementares periódicos em dia de acordo com o protocolo, alcançando ao final da intervenção uma proporção de 95,5%, resultado inferior à meta prevista que foi realizar exames complementares em 100% dos hipertensos. No primeiro mês da intervenção tinham exames complementares periódicos em dia de acordo com o protocolo 60 usuários (88,2%), no segundo mês dos 257, 240 (93,4%) tinham exames complementares periódicos em dia, terminamos o projeto com 299 hipertensos (95,5%) com exames complementares periódicos em dia de acordo com o protocolo. (Figura 5). Este trabalho foi facilitado pelo trabalho do médico que realizou a consulta dos hipertensos, e solicitou exames laboratoriais a usuários que não tinham; a impressão dos modelos de exames complementares e prontuários dos usuários estão garantidos. Além das dificuldades e as características do município, conseguimos fazer exames complementares a 95,5% dos hipertensos cadastrados, isso foi garantido pelo esforço dos integrantes da equipe e do gestor municipal que foi monitorando a realização dos exames aos usuários do programa de Hiperdia. Também em nosso município não temos laboratório clínico, as amostras são levadas para um laboratório que fica em outra cidade distante e isso dificulta um pouco a realização dos mesmos.

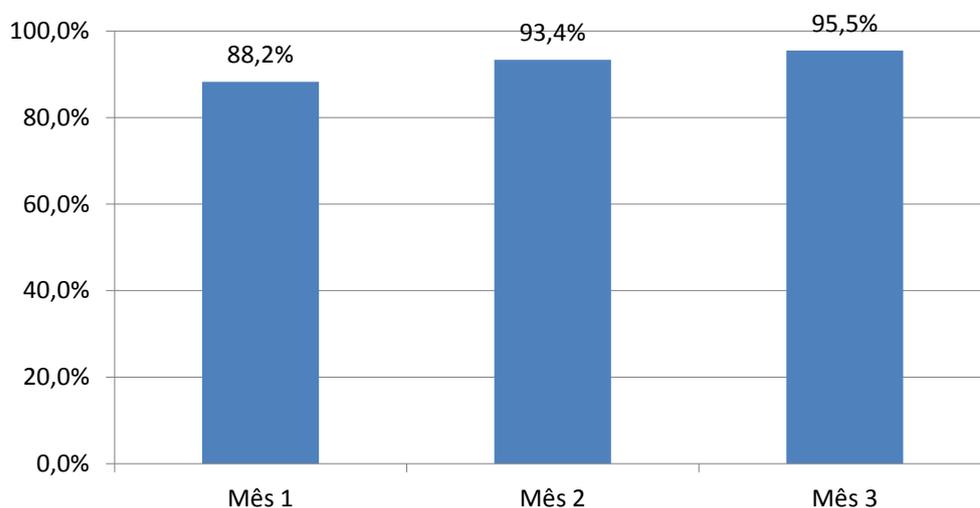


Figura 5- Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o Protocolo na UBS São Francisco, Massapê do Piauí. 2015.

Fonte: Planilha coleta de dados.

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

Dos 76 diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS, 73 tinham exames complementares em dia de acordo com o protocolo, alcançando ao final da intervenção uma proporção de 96,1%, resultado inferior à meta prevista que foi realizar exames complementares em 100% dos diabéticos. No primeiro mês da intervenção dos 16 diabéticos avaliados, 15 (93,8%) tinham exames complementares em dia, no segundo mês dos 59, 55 (93,2%) tinham exames complementares periódicos em dia, terminando o projeto com 73 diabéticos (96,1%) com exames complementares em dia de acordo com o protocolo (Figura 6). Este trabalho foi facilitado pelo trabalho do médico que realizou a consulta dos diabéticos. A impressão dos modelos de exames complementares e prontuários dos usuários estão garantidos. Também solicitamos últimos exames feitos para verificar data de realização, e solicitamos exames complementares ao usuário diabético com atraso. A secretaria de saúde ajudou muito para obter os resultados, pois aqui no município não temos laboratório clínico, coisa que dificultou um pouco o trabalho.

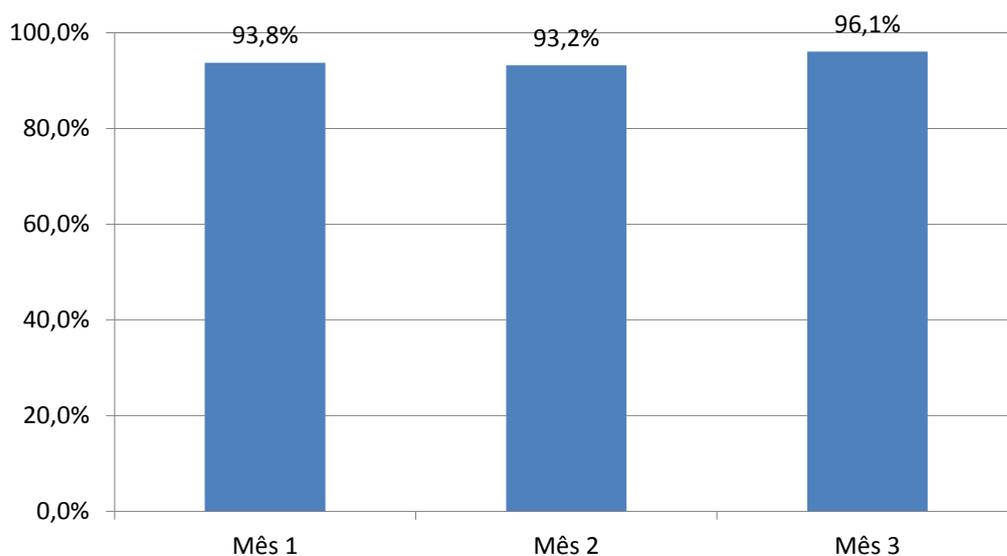


Figura 6- Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com protocolo, na UBS São Francisco, Massapê do Piauí. 2015.  
Fonte: Planilha coleta de dados.

Meta 2.5.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Todos os hipertensos de nossa área cadastrados no programa tiveram prescrição de medicamento da farmácia popular na unidade de saúde (100%) nos três meses da intervenção, essa meta foi cumprida graças ao trabalho realizado pelo assistente de farmácia do município e de nossa equipe, pois foi monitorado o registro das necessidades de medicamentos para hipertensos, para que cada usuário tivesse seus medicamentos todos os meses. Sempre foi priorizado a prescrição de medicamentos da farmácia popular, foi atualizado o cadastro dos hipertensos na farmácia e também cada usuário tem seu cartão de medicamentos onde tudo mês é colocada a data de entrega da medicação, a quantidade e as doses.

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

Todos os diabéticos cadastrados tiveram prescrição de medicamento da farmácia popular na unidade de saúde (100%) nos três meses de intervenção, isso possível pelo esforço realizado pelo assistente da farmácia municipal, da gestora municipal de saúde, além do trabalho bem organizado de nossa equipe monitorando o registro das necessidades de medicamentos para os diabéticos da UBS.

Meta 2.7.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos.

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

Dos 313 hipertensos cadastrados em nossa área, onde 81,5 % foram avaliados quanto a necessidade de atendimento odontológico, além do resultado ficar inferior à meta prevista que foi realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos, acredito que foi um resultado muito bom, pois é a primeira vez que se faz um seguimento odontológico bem planejado, sendo uma realidade que é muito difícil em 3 meses avaliar, acompanhar e dar alta odontológica a todos os usuários do programa (Hiperdia), pois o dentista também tem atendimento ao resto da comunidade. No primeiro mês da intervenção os 68 hipertensos cadastrados tinham necessidade de atendimento odontológico e os 68 foram avaliados (100%), no segundo mês dos 257 usuários só 199 foram avaliados (77.4%), terminando o terceiro mês e a intervenção com 255 usuários avaliados com 81,5% (Figura 7). Hoje muitos usuários, os mais idosos, precisam de próteses e as vagas

para conseguir isso são poucas. Mas o gestor municipal junto com nosso dentista está trabalhando para melhorar a saúde bucal dos usuários.

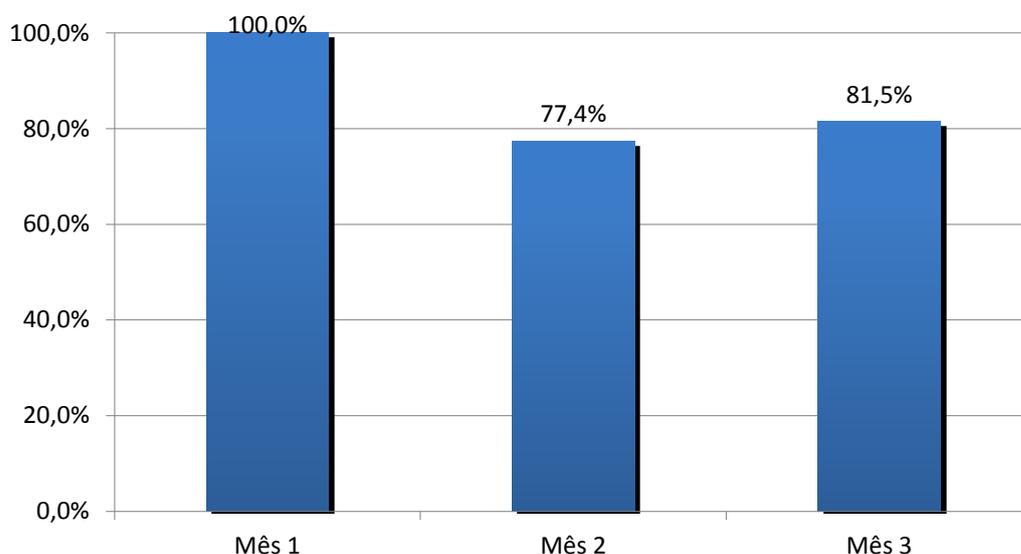


Figura 7- Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS São Francisco, Massapê do Piauí. 2015.

Fonte: Planilha coleta de dados.

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

Dos 76 diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS, foram avaliados 60 com necessidade de atendimento odontológico, alcançando ao final da intervenção uma proporção de 78,9%, resultado inferior à meta prevista pela equipe que foi realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológica em 100% dos diabéticos. No primeiro mês da intervenção os 16 diabéticos cadastrados foram avaliados (100%), no segundo mês dos 59 cadastrados foram avaliados 43 (72,9%), terminamos a intervenção com 60 diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico (78,9%) (Figura 8). Este trabalho foi facilitado pelo trabalho do médico que fez a revisão das fichas de atendimento odontológico dos usuários do programa de hipertensos e diabéticos para identificar os diabéticos sem tratamento odontológico inicial ou sem finalizar, e também pelo trabalho do cirurgião dentista que programou cronograma de consultas semanais priorizando os usuários diabéticos, e os ACS agendaram as vagas para os usuários da sua micro- área. Não foi possível avaliar, acompanhar e dar alta odontológica a todos os usuários, pois o tempo foi pouco, além do que o dentista atende outros programas em nossa comunidade.

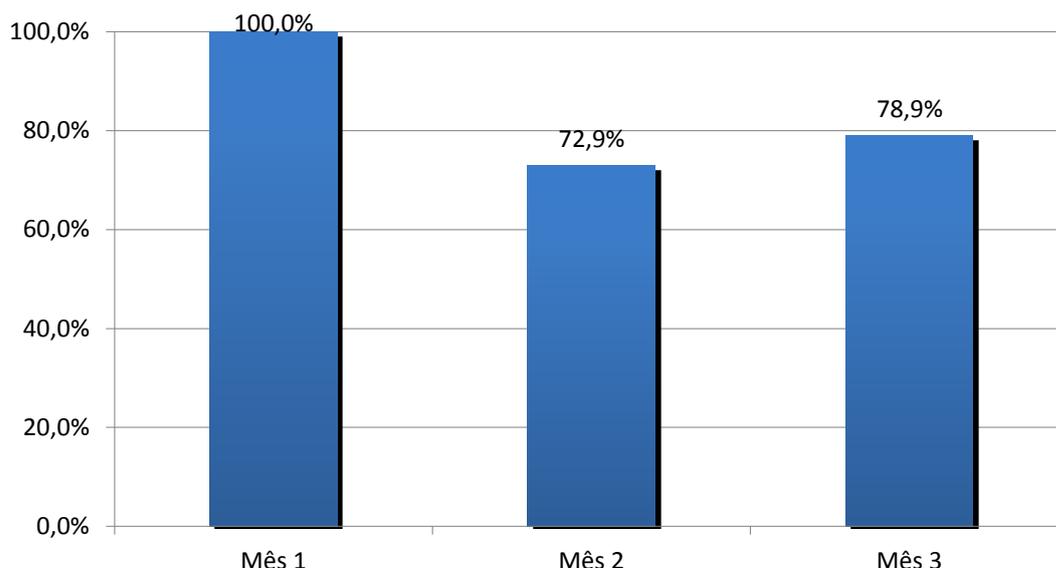


Figura 8- Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento Odontológico na UBS São Francisco, Massapê do Piauí. 2015.  
Fonte: Planilha coleta de dados.

Meta 2.9.10:-Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 2.9: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Dos 07 hipertensos (2,2%) residentes na área e acompanhados na UBS que faltaram à consulta, os 7 tinham a busca ativa, alcançando ao final da intervenção uma proporção de 100%, resultado atingido com êxito, que concorda com a meta prevista que foi realizar a busca ativa de 100% de hipertenso faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada. No primeiro mês foi feita a busca ativa de um caso e no terceiro mês os outros 6 casos. Destaca-se o trabalho dos ACS e do resto da equipe pois alguns desses usuários foram avaliados na suas casas, pois não tinham condições para deslocar-se a UBS.

Indicador 2.10: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Tivemos 2 diabéticos (2,6%) faltosos a consulta, os quais foram avaliados no segundo mês da intervenção, pois foi feita a busca ativa dos mesmos. Destaca-se o trabalho dos ACS e do resto da equipe pelo trabalho realizado.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Todos os hipertensos cadastrados tiveram registro adequado na ficha de acompanhamento (100%) nos três meses de intervenção, e isso foi cumprido pelo monitoramento semanal dos registros. A ação que mais auxiliou no registro adequado na ficha de acompanhamento foi o trabalho do médico que atualizou as cadernetas dos hipertensos e escreveu no prontuário dos usuários, e a enfermeira que atualizou as informações do SIAB, e implantamos a ficha de acompanhamento para todos os hipertensos.

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

Todos os diabéticos cadastrados tiveram registro adequado na ficha de acompanhamento alcançando 100% nos três meses de intervenção, e isso foi cumprido pelo monitoramento semanal dos registros. A ação que mais auxiliou no registro adequado na ficha de acompanhamento foi o trabalho do médico que atualizou as cadernetas dos diabéticos e escreveu no prontuário dos usuários, e a enfermeira que atualizou as informações do SIAB, e implantamos a ficha de acompanhamento para todos os hipertensos.

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

Meta 5.1.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Todos hipertensos cadastrados realizaram estratificação de risco cardiovascular alcançando 100% nos três meses de intervenção, meta que foi cumprida pela nossa equipe, graça ao trabalho dedicado de todos os integrantes e das consultas planejadas assim como a ajuda do gestor municipal para ter os exames em dia.

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

Todos os usuários diabéticos cadastrados realizaram estratificação de risco cardiovascular alcançando 100% nos três meses da intervenção, meta que foi cumprida pela nossa equipe. Este trabalho foi facilitado pelo trabalho do médico que realizou as consultas, e recebeu os exames laboratoriais para fazer avaliação oportuna de cada usuário.

Objetivo 6 :Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos.

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

Todos os hipertensos cadastrados receberam orientação nutricional nos três meses de intervenção (100%), e isso foi cumprido pela nossa equipe pois em cada consulta foi tratado o tema sobre alimentação saudável, também com ajuda da nutricionista do NASF municipal, que colaborou incansavelmente junto a nossa equipe. Foram realizadas várias palestras sobre o tema.

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

Todos os diabéticos cadastrados receberam orientação nutricional nos três meses de intervenção, atingindo100%. Isso foi cumprido pela nossa equipe mediante as consultas, trabalho com os grupos de diabéticos e com ajuda da nutricionista do NASF municipal que colaborou desde o início com o projeto.

Meta 6.3.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

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

Todos os hipertensos cadastrados foram orientados sobre a importância da prática regular de atividade física nos três meses de intervenção (100%), e isso foi cumprido pela nossa equipe mediante as consultas e trabalho com os grupos de hipertensos. Foram formados os grupos para a prática de exercícios físicos, só que

falta ainda um melhor planejamento por parte do técnico de esporte que fica responsável por esta atividade.

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

Todos os diabéticos cadastrados foram orientados sobre a importância da prática regular de atividade física nos três meses de intervenção (100%), e isso foi cumprido pela nossa equipe mediante as consultas e trabalho com os grupos de diabéticos. Este trabalho foi facilitado pelo trabalho do médico e a enfermeira que realizaram as consultas, e falaram com todos os diabéticos sobre a prática de atividade física regular, também realizaram palestras com diabéticos, com lideranças e população em geral. Além do trabalho dos ACS que realizaram visitas domiciliares e falaram sobre a prática de atividade física regular.

Meta 6.5.6 :Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

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

Todos os hipertensos cadastrados foram orientados sobre os riscos do tabagismo nos três meses de intervenção (100%), e foi cumprido pela nossa equipe mediante as consultas e trabalho com os grupos de hipertensos. Foram entregues materiais sobre tabagismos para todos os usuários do programa.

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

Todos os diabéticos cadastrados foram orientados sobre os riscos do tabagismo nos três meses da intervenção (100 %), e foi cumprido pela nossa equipe mediante as consultas e trabalho com os grupos de diabéticos. Receberam materiais educativos, além das palestras que foram feitas pela enfermeira e médico, onde foi tratado o tema.

Meta 6.7.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

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

Todos os hipertensos cadastrados foram orientados sobre higiene bucal durante os três meses (100%), e isso foi cumprido pela nossa equipe mediante as consultas e trabalho com os grupos de hipertensos, além do trabalho do dentista e o técnico em odontologia.

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

Todos os diabéticos cadastrados foram orientados sobre higiene bucal durante os três meses (100 %), e isso foi cumprido pela nossa equipe mediante as consultas e trabalho com os grupos de diabéticos. Foram realizadas várias palestras e foi entregue materiais educativos para os usuários e familiares.

## **4.2 Discussão**

Na UBS São Francisco, a intervenção permitiu a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a realização do exame dos pés dos diabéticos e classificação de risco cardiovascular deste grupo de usuários, assim como a ampliação da cobertura para atenção odontológica.

A intervenção exigiu uma maior preparação da equipe de saúde, pois tivemos que estudar detalhadamente as recomendações dos protocolos de atendimento dos hipertensos e diabéticos, relativas ao cadastramento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da hipertensão e diabetes. Esta atividade promoveu um trabalho mais organizado, integrado e com níveis de competência e responsabilidade bem estabelecidos para cada integrante da equipe, permitindo um melhor desenvolvimento no serviço. As funções foram bem delimitadas onde o médico, a enfermeira, técnicas de enfermagem e ACS atuaram de forma correta no cumprimento das mesmas. As técnicas de enfermagem fizeram o rastreamento da hipertensão arterial em indivíduos com mais de 18 anos pelo menos uma vez no tempo do projeto, mesmo aqueles sem queixa, e encaminhar a consulta ao médico ou enfermeira os indivíduos rastreados como suspeitos de serem portadores de hipertensão ou diabetes, assim como aqueles

com fatores de riscos importantes. Também orientaram a comunidade sobre a importância de mudanças nos hábitos de vida, ligadas à alimentação e à prática de atividade física rotineira, verificando os níveis de pressão arterial, de glicemia, verificando o peso, altura, circunferência abdominal, perímetro braquial, em indivíduos da demanda espontânea e consultas agendadas, além de encaminhar as solicitações de exames complementares para serviços de referência. Os ACS fizeram a verificação e o comparecimento dos hipertensos e diabéticos nas consultas planejadas e agendados pela equipe na UBS, busca de faltosos a consulta, assim como visitas domiciliares com o resto da equipe. Foi muito destacado o trabalho dos ACS no cadastramento dos usuários com hipertensão e diabetes. A enfermeira teve que capacitar os técnicos de enfermagem e os ACS e supervisionar, de forma permanente, bem como realizar consultas de enfermagem a hipertensos e diabéticos, abordando fatores de risco, tratamentos não medicamentosos e possíveis intercorrências ao tratamento encaminhando o indivíduo ao médico, quando necessário. O médico teve que realizar consultas aos hipertensos e diabéticos previamente diagnosticados e realizar consultas para confirmação, avaliação dos fatores de risco, identificação de possíveis lesões em órgãos-alvos e morbidades, solicitar exames complementares, prescrever tratamento medicamentoso e programar junto à equipe estratégias para a educação do usuário e da família. Todas estas ações acabaram tendo impacto também em outras atividades no serviço, como nas consultas de puericulturas e pré-natal as quais estamos realizando de forma adequada, melhorando a captação de recém-nascido nos primeiros 07 dias da alta hospitalar e o acompanhamento estabelecido pelo MS, além de ter a vacinação da criança atualizada. Também teve impacto positivo na consulta de pré-natal, onde realizamos a primeira consulta da gestante antes das 12 semanas de gestação, atingindo pelo menos as seis consultas durante a gestação e o seguimento adequado do puerpério.

Acredito que a intervenção foi muito importante para o serviço porque antigamente, as atividades de atenção aos hipertensos e diabéticos não estavam bem definidas, o trabalho não estava bem organizado e depois de revisar e estudar os protocolos de atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos, no início da intervenção, todos os profissionais da equipe tem sua função bem estabelecida e estamos fazendo atendimento a um maior número de pessoas.

Com o avanço da intervenção melhoramos o registro e agendamento das consultas aos hipertensos e diabéticos na rotina diária do trabalho e fizemos

atendimento da demanda espontânea todos os dias sem nenhuma dificuldade. Foi muito importante a capacitação da equipe sobre classificação de risco dos hipertensos e diabéticos, pois todos os integrantes aprenderam a priorizar os atendimentos dos usuários com maior risco.

O impacto da intervenção foi bom e muito positivo para a comunidade, porque perceberam a importância do projeto na melhoria da saúde dos hipertensos e diabéticos, participaram das atividades de promoção e prevenção de saúde realizado na unidade básica. Os hipertensos e diabéticos ficaram muito felizes com a atenção recebida, com a qualidade e prioridade no atendimento. Apesar da ampliação da cobertura de hipertensos e diabéticos a equipe trabalha, diariamente, para diagnosticar casos novos, pois temos grupos de risco que podem desenvolver a doença em qualquer momento da vida.

Sempre que um projeto é feito pela primeira vez, tem coisas negativas que obstaculizam a execução das ações, mas se eu fosse realizar a intervenção neste momento eu falaria com os gestores municipais, lideranças comunitárias e com a comunidade em geral, para que apoiassem mais o bom desenvolvimento da intervenção para conseguir melhores resultados e com mais qualidade. Acredito que as próximas intervenções vão ser melhor organizadas e as dificuldades encontradas diante a realização do projeto vão ser solucionadas na totalidade, pois as ações foram incorporadas na rotina de trabalho da equipe.

Continuar com o trabalho feito até agora é uma meta para os integrantes da equipe, pois vamos manter as ações bem planejadas onde cada um vai fazer suas atividades com responsabilidade e amor. Depois da experiência e aquisição de novos conhecimentos na intervenção, a equipe pretende implementar uma intervenção no programa de puericultura, para melhorar a cobertura de atendimento das crianças de nossa comunidade.

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

Estimados gestores municipais, primeiramente quero agradecer o apoio de vocês para a realização da intervenção que foi dedicada a melhorar as ações da atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da UBS São Francisco, do município Massapê do Piauí.

Esta Intervenção fez parte dos requisitos formativos do Curso de Especialização em Saúde da Família promovido pela Universidade Aberta do SUS em parceria com a UFPel, e só foram possíveis devido ao apoio da equipe e da gestão que colaborou em todo momento para alcançar os objetivos e as metas propostas. Neste processo da intervenção foram avaliados os adultos maiores de vinte anos num período de 12 semanas, cadastrando 313 hipertensos, 76 diabéticos e melhorando o atendimento deles.

Antes de decidirmos sobre o tema da intervenção, a equipe fez uma análise situacional e análise estratégica para ficar sabendo as fortalezas e debilidades da ESF com relação à estrutura física, ao processo de trabalho e ao acolhimento da população adstrita na UBS. Após esta análise foi feito um projeto de intervenção juntamente com a equipe baseado nos Cadernos de Atenção Básica do Ministério de Saúde, sobre Doenças Crônicas não Transmissíveis - HAS e DM para a capacitação de todos os membros da equipe.

Após essa análise decidimos viabilizar ações e atividades para ampliar a cobertura à hipertensos e/ou diabéticos, melhorar a adesão ao programa, melhorar a qualidade do atendimento do hipertenso e diabético realizado na UBS, melhorar o registro das informações, mapear hipertensos e diabéticos de risco para doenças

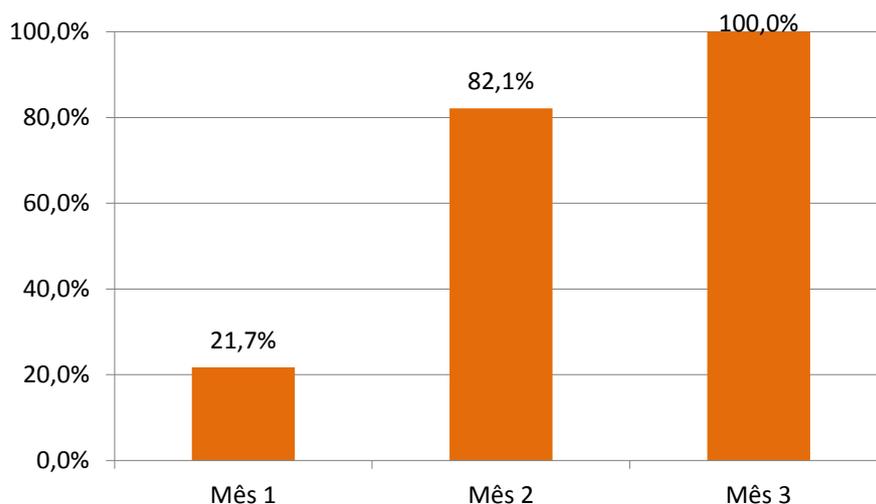
cardiovascular e promover ações de saúde para todos os inscritos no programa, assim como fazer a pesquisa ativa de grupos de riscos para diagnóstico de casos novos.

A população vinculada a equipe é de 2015 habitantes residentes na área de abrangência. De acordo com a população vinculada a equipe, segundo o Caderno de Ações Programáticas que utilizamos para registrarmos os levantamentos de dados da população atendida na UBS estimava-se que na área teríamos 404 hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e 115 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área, mas nossa intervenção foi baseada segundo as estimativas da planilha de coleta de dados, onde se estimava 303 hipertensos e 76 diabéticos, pois achamos ela mais acorde com nossa realidade.

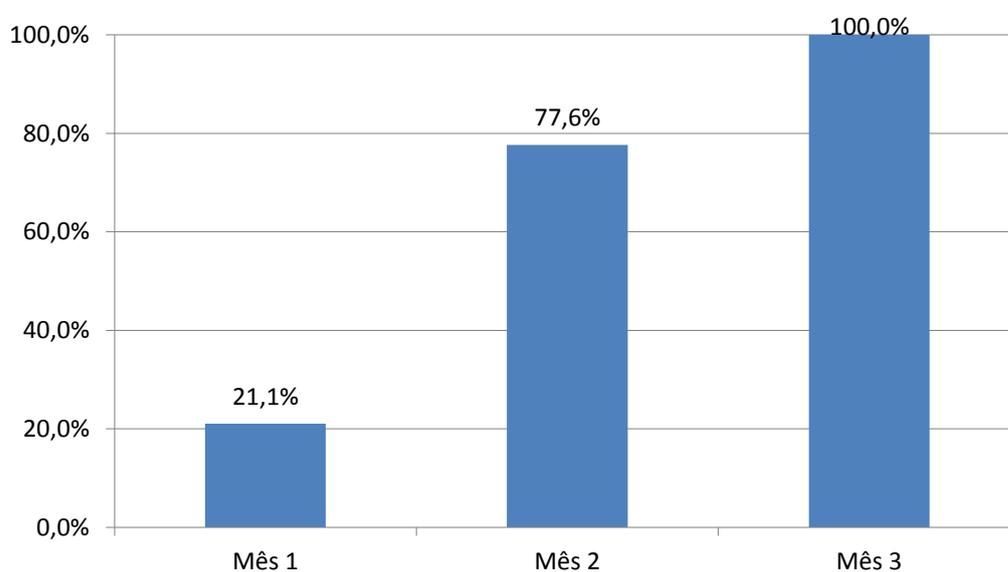
Antes da intervenção em nossa UBS as atividades de atenção aos hipertensos e diabéticos não estavam bem definidas, e o trabalho não estava bem organizado. Não eram avaliados pelo médico e odontologista de forma periódica, não tinham exames laboratoriais em dia para detectar algum risco que tiveram e os registros não eram coletados de forma correta. Com a intervenção pudemos alcançar uma maior cobertura, além de incluir também cuidados aos familiares das pessoas acompanhadas.

Conseguimos pôr em prática ações previstas no projeto nos eixos de Monitoramento e Avaliação, Qualificação da Prática Clínica, Organização e Gestão do Serviço e Engajamento Público. Algumas ações foram realizadas com atraso e outras foram realizadas parcialmente

Realizamos a contento o monitoramento da intervenção, cadastramos um total de 389 usuários maiores de 20 anos no Programa de Atenção ao diabético e Hipertenso, e destes 313 são hipertensos e 76 diabéticos. Foram cadastrados e avaliados todos nossos hipertensos e diabéticos residentes na UBS.



Cobertura do programa de atenção ao usuário hipertenso na UBS São Francisco



Cobertura do programa de atenção ao usuário diabético na UBS São Francisco

Tivemos vários dias de Feriado durante o projeto da Intervenção e também o tempo de chuva atingiu um pouco o cumprimento dos objetivos, mas conseguimos fazer o trabalho. O período da Intervenção foi reduzido de 16 para 12 semanas conforme orientação da Coordenação do Curso, mas as ações iniciadas com a intervenção estão arraigadas na rotina de trabalho da equipe e conseguiremos assim manter uma atenção de qualidade de nossos usuários do programa de HIPERDIA.

Na avaliação da qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos da UBS, conseguimos que dos 313 hipertensos acompanhados e cadastrados na UBS,

306 fizeram exame clínico em dia de acordo com os protocolos, alcançando ao final da intervenção uma proporção de 97,8%. Entre os 76 diabéticos acompanhados na UBS, 73 estão com exame clínico em dia de acordo com o protocolo, alcançando ao final da intervenção uma proporção de 96,1%. Quanto aos exames complementares em dia, alcançamos 95,5% dos hipertensos e 96,1% dos diabéticos, e isso foi garantido pelo esforço dos integrantes da equipe e do gestor municipal monitorando a realização dos exames aos usuários do programa de Hiperdia. Em nosso município não temos laboratório clínico, e as amostras são levadas para um laboratório que fica em outra cidade distante e isso dificulta um pouco a realização dos mesmos

E quanto a avaliação da necessidade de atendimento odontológico, 81,5% dos hipertensos e 78,9% dos diabéticos foram avaliados. Apesar de não cumprir a meta prevista, o trabalho foi muito bom, pois é a primeira vez que se faz um seguimento odontológico bem planejado, sendo uma meta muito difícil de atingir em 3 meses: avaliar, acompanhar e dar alta odontológica.

Atendendo ao objetivo de melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa conseguimos fazer a busca ativa dos nove faltosos a consulta agendada (7 hipertensos e 2 diabéticos). O trabalho do ACS foi muito importante no cadastramento, porque fizeram um trabalho de promoção e prevenção para neste grupo priorizado, realizaram muitas visitas domiciliares com os demais membros da equipe, avaliando suas condições de vida e relacionamento, assim como o meio familiar e ambiental onde moram.

Também alcançamos o objetivo de melhorar o registro das informações. Não tivemos dificuldades na disponibilização pela gestão das Fichas Espelhos, e conseguimos preencher todas as fichas espelhos com a atualização dos prontuários individuais. Com objetivo de mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular, foram realizados nos atendimentos clínicos a avaliação de riscos cardiovascular, exame dos pés e exame físico. Não apresentamos nenhuma dificuldade no atendimento dos hipertenso e diabético já que todo o equipamento e materiais estiveram disponíveis

Realizamos várias ações de promoção em saúde com atividades de educação em saúde na UBS e na comunidade, pois orientamos 100% dos usuários sobre alimentação saudável, pratica regular de exercício físico, risco do tabagismo, assim como a importância da higiene bucal adequada. Nas micro áreas de nossa comunidade realizamos diferentes palestras com a presença de muitos usuários,

familiares e das lideranças comunitárias onde foi explicado à importância de sua participação no desenvolvimento da intervenção e a necessidade de seu apoio. Desde o primeiro dia nos apoiaram nas atividades, fornecendo locais adequados para realizar as palestras e em algumas ocasiões carros estavam a nossa disposição para o deslocamento da equipe para lugares de difícil acesso.

As vezes tivemos dificuldade para as ações de cadastramento dos hipertensos e diabéticos já que na semana temos outras atividades programadas e planejadas que tem que ser cumpridas, como as consultas de puericultura, a realização de exames citopatológico, e a atenção à pessoa idosa e demais atividades que desenvolve a equipe. O registro dos dados de cada usuário avaliado nas consultas de Hipertensão e Diabetes, oferecidas pelo médico e a enfermeira foi preenchido nos prontuários individuais de todos eles e não tiveram dificuldades.

O projeto tornou-se uma rotina no trabalho diário da UBS, pois foram inseridas as ações planejadas na unidade. Continuamos trabalhando na busca ativa de hipertensos e diabéticos maiores de 18 anos de idades para garantir que todos tenham uma saúde de qualidade. Nossa equipe fica comprometida em manter essa rotina de trabalho e fazer atividades encaminhas para melhorar a saúde de nossos usuários, mudando estilos de vida e diminuindo fatores de riscos que possam desencadear algum tipo de doença.

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

O presente relatório tem como finalidade fazer uma explicação para a população da UBS São Francisco do município Massapê do Piauí, com objetivo de melhorar a atenção à saúde dos Hipertensos e Diabéticos de nossa área de abrangência.

Início informando que este trabalho foi feito durante a realização da Especialização em Saúde da Família. A Intervenção que foi realizada num período de 12 semanas, e a equipe trabalhou para melhorar as ações de atenção aos adultos portadores de HAS e/ou DM da população vinculada a nossa área de abrangência. Optamos por realizar uma ação que atingisse a usuários com HAS e DM, já que para estes usuários o atendimento não era de qualidade, porque tinha muitos usuários sem cadastrar e outros que não tinham o seguimento adequado e programado, faltando o exame clínico, exames laboratoriais, assim como atendimento odontológico.

A importância desta intervenção é que: melhorando o atendimento feito pela equipe juntamente com a melhora da frequência às consultas, fazendo os exames necessários e controlando os índices de glicemia capilar e pressão arterial poderemos reduzir o número de mortes por complicações, assim como evitar sequelas devido a problemas cérebro- vasculares principalmente.

Antes de a equipe decidir sobre o tema da intervenção, levantamos as potencialidades e debilidades para o atendimento de qualidade aos usuários cadastrados na UBS tanto com relação à estrutura física bem como relativos ao processo de trabalho e acolhimento da população adstrita à UBS.

Após essa análise, decidimos ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos, melhorar a adesão do Hipertenso e/ ou diabético ao programa, melhorar a

qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde, melhorar o registro das informações, mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular e promover à saúde aos diabéticos e hipertensos inscritos no programa.

Temos uma quantidade de 2015 pessoas residentes na área de abrangência da UBS. Conseguimos pôr em prática ações previstas no projeto nos eixos de Monitoramento e Avaliação, Qualificação da Prática Clínica, Organização e Gestão do Serviço e Engajamento Público. Algumas ações foram realizadas com atraso e outras foram realizadas parcialmente. Estabelecemos metas para alcançarmos e definimos ações para alcançá-las. Esta ação durou três meses, mas ela vai continuar ocorrendo na rotina do trabalho diário da UBS. Tínhamos como primeira meta cadastrar 75% dos hipertensos e dos diabéticos, mas com o trabalho dos ACS que realizaram o cadastramento e visitaram os domicílios, e o trabalho do médico e da enfermeira nas consultas, chegamos ao final da intervenção, com cadastro e realização da consulta multifuncional para 313 hipertensos (100%) e 76 diabéticos (100%). É um dado muito bom, e vamos continuar com essa rotina de trabalho para manter uma melhor qualidade na atenção aos usuários. Por isso é importante o apoio de vocês da comunidade, para que possamos dar continuidade ao atendimento dos hipertensos e diabéticos e para que tenham uma vida mais saudável e com poucas complicações no futuro.

Outras ações que iniciamos com este trabalho foram às buscas ativas dos hipertensos e diabéticos faltosos a consultas. Tínhamos 9 usuários faltosos a consulta (7 hipertensos e 2 diabéticos), realizamos a busca ativa alcançando 100%, e não ficando nenhum usuário sem ser visitados e agendada a consulta com o médico e o enfermeira. Temos que destacar outra ação que melhorou muito a saúde bucal dos usuários. Antes da intervenção, apenas a minoria dos hipertensos e diabéticos tinham realizado a primeira consulta odontológica. Hoje 81,5% dos hipertensos e 78,9 dos diabéticos tem avaliação da sua necessidade odontológica e ficam acompanhados pelo dentista. Outro aspecto a mencionar é a alta proporção de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia priorizada. 100% dos hipertensos e diabéticos recebem mensalmente e de forma controlada a medicação para sua doença. As vezes ficam faltando alguns medicamentos, mas a gestão municipal faz um esforço para comprar os mesmos.

Uma questão a mencionar é que agora temos o registro de todos os atendimentos em uma ficha espelho para cada hipertenso e diabético e conseguimos ter um controle de avaliação da saúde de cada um deles. Além disso, podemos avaliar se nossas ações como profissional estão atingindo o que queremos. Queremos a ajuda da comunidade nas questões educativas como realizar palestras, o contato com lideranças, pois os resultados ainda podem ser melhores. Vocês podem ajudar para dar continuidade a esse projeto através da cobrança dos seus direitos ao atendimento as consultas médica e da enfermagem periodicamente. Além da participação efetiva nos grupos de acompanhamento nutricional e de atividade física da cidade. Esse engajamento é essencial para prover vinculo e efetividade das ações. Nosso projeto está modificando a visão dos profissionais da equipe em relação ao manejo dos hipertensos e diabéticos. Outros pontos positivos para a população em geral, foram as facilidades dos atendimentos, o fortalecimento da relação médico-usuário e melhor controle de hipertensos e diabéticos.

Para concluir quero destacar o apoio da comunidade no trabalho realizado com os hipertensos e diabéticos e que todos os profissionais estão felizes e satisfeitos de terem trabalhado nestas atividades.

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

Nossa intervenção foi realizada na UBS São Francisco de Massapê do Piauí, durante um período de 12 semanas, com o objetivo de melhorar a atenção à saúde das pessoas hipertensas e diabéticas de nossa comunidade.

Ao início do meu projeto de estudo, eu fiquei um pouco preocupado, pois era a primeira vez que iria fazer um curso a distância e de uma universidade tão reconhecida como a UFPel. Outra preocupação para mim foi o idioma português, pois eu falo espanhol, e foi um desafio muito grande, tanto na escrita como na leitura dos diferentes materiais de estudo enviados pela universidade. Acho que foi uma experiência inesquecível para mim.

Em muitas ocasiões tive algumas dificuldades para acessar o curso, pois a internet estava um pouco ruim e outras vezes não tinha, coisa que dificultou a realização e envio de algumas tarefas no tempo programado.

Quero destacar o apoio dos diferentes professores que trabalharam durante todo o curso nas orientações, avaliação e revisão das diferentes tarefas, especialmente agradecer a minha orientadora Estela Maris Rossato, pelo carinho, perseverança e dedicação.

O curso tem sido muito importante para meu trabalho como profissional de Atenção Básica neste país, pois ajudou muito no desenvolvimento do meu trabalho e da equipe. Todos os materiais, bibliografias e demais ferramentas de estudo, foram utilizadas pelos demais profissionais da equipe para melhorar nosso trabalho. O curso permitiu consultar com nossos colegas e professores casos clínicos muito frequentes na prática diária, o que nos ajudou a consolidar, conhecer e obter novos conhecimentos, nos enriqueceu sobre os protocolos das diferentes doenças, nos ajudou a praticar a língua portuguesa e além de possibilitar melhor desenvolvimento em nosso trabalho.

Quando eu convoquei uma reunião com minha equipe para discutir as bases do projeto, eles ficaram curiosos e muito felizes, pois era a primeira vez que ia acontecer isso em nosso município e em nossa comunidade. Conseguimos fazer um bom trabalho em conjunto com a comunidade, para melhoria da saúde dos hipertensos e diabéticos. Desenvolvemos um atendimento mais humanizado e de qualidade, respeitando sempre os direitos dos usuários, onde toda a equipe ajudou muito na realização e no cumprimento das ações do cronograma e das atividades programadas.

Minha expectativa foi cumprida já que conseguimos cadastrar todos os usuários com hipertensão e diabetes da nossa área de abrangência, incorporamos essas ações na rotina diária da UBS o qual os usuários e comunidade em geral ficaram muito contentes com nosso trabalho.

Sempre existem obstáculos na estrada que dificultam a realização de algum sonho em nossa vida, mas quando se tem fé, coragem, dedicação, e amor pelo que você faz, geralmente a vitória é certa.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **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)

BRASIL. Ministério da Saúde. **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)

## Apêndices

## Apêndice A – Registro fotográfico da intervenção



Figura 9: Consulta de Hipertensão realizada na UBS São Francisco, Massapê do Piauí/PI, 2015



Figura 10: Visita domiciliar a usuária diabética e deficiente visual por Glaucoma na área da UBS São Francisco, Massapê do Piauí/PI, 2015



Figura 11 Visita domiciliar a usuária hipertensa e deficiente físico motor com seqüela de acidente vascular encefálico na área da UBS São Francisco, Massapê do Piauí/PI, 2015

## **Anexos**

**Anexo A – Documento do Comitê de Ética**

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

---

OF. 15/12  
Pelotas, 08 de março 2012.

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

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

Prezada Pesquisadora;

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

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

## Anexo B- Planilha de coleta de dados

Digite apenas nas células em VERDE.

Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)	306
Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)	76

Considere o total de hipertensos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao hipertenso na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (\*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.

Considere o total de diabéticos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao diabético na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (\*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.

HIPERTENSOS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao hipertenso em cada mês da intervenção	68	257	313	
DIABÉTICOS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao diabético em cada mês da intervenção	16	59	76	

**OBSERVAÇÕES**  
Considere as pessoas que são **APENAS HIPERTENSOS** residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao hipertenso. Você pode obter este dado contando as fichas de hipertensos!

Considere as pessoas que são **APENAS DIABÉTICOS** residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao diabético.

\*Estimativa no território

População total	2015
-----------------	------

Digite a **população total** nesta célula de acordo com sua realidade e as estimativas serão calculadas automaticamente. Utilize estes números se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.

Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais (67% da população)	1350
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais HIPERTENSOS (22,7%) (VIGITEL, 2011)	306
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais DIABÉTICOS (5,6%) (VIGITEL, 2011)	76

Este seria o número total estimado de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C5.

Este seria o número total estimado de diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C6.

Apresentação Orientações Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 3																
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamento?	Todos os medicamentos são da lista da Hipertensão ou da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na folha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?
1	Manoel José da Silva	64	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1
2	Engracia Angela dos Santos	68	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1
3	Juliete Maria Costa	63	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1
4	Manoel José dos Santos	66	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1
5	João Joaquim Barbosa	65	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1
6	Constância José da Silva	71	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1
7	Joana Maria Conceição Rodrigues	78	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1
8	Maria Pedro de Sousa	78	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1
9	Maria dos Santos Ramos	42	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1
10	Maria Elza Lopes Sousa	52	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1
11	Benedita Josefa da Conceição	69	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
12	Josefa Elza da Conceição Rodrigues	69	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
13	Jonas Adriano Barbosa	71	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
14	Maria Paolinia da Silva	70	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
15	Jose Andreino Lima de Sousa	55	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
16	Mercias Antonio Rodrigues	78	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
17	Maria das Mercedes Binho Rodrigues	69	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
18	Maria Evangelista de Jesus	69	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
19	Alpio João de Sousa	68	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
20	Luzinete M de Carvalho	63	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1
21	Jose Luiz da Costa	62	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
22	Joaquim Abidias dos Santos	68	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1

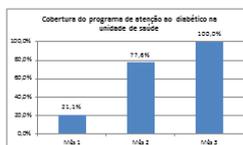
Apresentação Orientações Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores

B1	INDICADORES																														
A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE	AF
INDICADORES																															

1.1	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
		32,2%	84,6%	92,3%	6,0%
		68	257	313	0
Numerador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área acompanhados na UBS		68	257	313	0
Denominador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de saúde		206	306	306	306



1.2	Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
		21,1%	77,6%	98,6%	8,9%
		16	59	76	0
Numerador: Número total de diabéticos residentes na área acompanhados na UBS		16	59	76	0
Denominador: Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de saúde		76	76	76	76



2.1	Preparação de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
		92,3%	97,3%	97,3%	80,0%
		63	250	306	0
Numerador: Número de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo		63	250	306	0
Denominador: Número de hipertensos residentes na área acompanhados na UBS		68	257	313	0



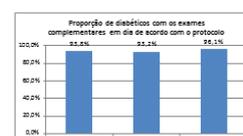
2.2	Preparação de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
		61,3%	94,6%	96,3%	80,0%
		13	56	73	0
Numerador: Número de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo		13	56	73	0
Denominador: Número de diabéticos residentes na área acompanhados na UBS		16	59	76	0



2.3	Preparação de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
		93,2%	92,4%	95,5%	80,0%
		60	240	299	0
Numerador: Número de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo		60	240	299	0
Denominador: Número de hipertensos residentes na área acompanhados na UBS		68	257	313	0



2.4	Preparação de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
		93,0%	93,2%	94,3%	80,0%
		15	55	73	0
Numerador: Número de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo		15	55	73	0
Denominador: Número de diabéticos residentes na área acompanhados na UBS		16	59	76	0



Apresentação Orientações Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores



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

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

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

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

\_\_\_\_\_

Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

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

Eu, \_\_\_\_\_

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