

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma nº 9**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção a saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes da  
UBS Sitio Santo Antonio do Município Passagem Franca do Piauí/PI**

**Nitzan Nunez Gámez**

**Pelotas, 2016**

**Nitzan Nunez Gámez**

**Melhoria da atenção a saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes da  
UBS Sítio Santo Antônio do Município Passagem Franca 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: Alexandra da Rosa Martins

Pelotas, 2016

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

G192m Gamez, Nitzan Nuñes

Melhoria da Atenção a Saúde das Pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes da UBS Sitio Santo Antonio do Município Passagem Franca do Piauí/PI / Nitzan Nuñes Gamez; Alexandra da Rosa Martins, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

89 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Martins, Alexandra da Rosa, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico esse trabalho a meus pais, irmãos, minha esposa Leidys, meus filhos e a toda minha família que com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu finalizasse esta etapa da minha vida.

## **Agradecimentos**

Agradeço minha orientadora Alexandra da Rosa Martins por tanta dedicação e esforço, ajudando-me a chegar ao final deste trabalho.

A minha família por acreditar em mim e permitir estar distante deles durante todos esses anos.

A minha equipe de saúde que tanto lutou o meu lado para a realização deste trabalho, em especial o enfermeiro Helsom James.

Ao gestor municipal responsável pela Atenção Primária a Saúde do município pelo seu apoio oferecido.

A todos que ajudaram de alguma forma com a logística de nosso trabalho.

## Resumo

Nunez, Gámez Nitzan. **Melhoria da atenção a saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes da UBS Sitio Santo Antônio do Município Passagem Franca do Piauí/PI.** 88 fl. Ano. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

A Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus são doenças que apesar do aumento da sua incidência, poderiam ser melhor controladas e até evitadas com identificação precoce dos fatores de risco associados. A programação do atendimento para tratamento e acompanhamento das pessoas com essas patologias na Atenção Básica deverá ser realizada de acordo com as necessidades gerais previstas no cuidado integral e longitudinal, incluindo o apoio para mudança de estilo de vida, o controle metabólico e a prevenção das complicações crônicas, muito bem definidas nos protocolos de HAS e Diabetes do Ministério da Saúde. Nosso objetivo neste trabalho foi melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão e diabetes da UBS Sitio Santo Antônio, localizada no município Passagem Franca do Piauí. Participaram das ações da intervenção pessoas com hipertensão e diabetes moradores da área de abrangência da UBS que foram cadastrados no programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, sendo utilizado o protocolo do Ministério da Saúde. A intervenção começou no mês de Setembro e estendeu-se durante 12 semanas. As ações de engajamento público, organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica referentes aos objetivos e metas foram realizadas, monitoradas e avaliadas através dos indicadores de cobertura e de qualidade desta ação programática. A intervenção na UBS propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, atingimos 52,4% das pessoas com hipertensão e 32,5% com diabetes. Houve também a melhoria dos registros, a qualificação da atenção destes usuários com destaque para a ampliação dos exames clínicos e para a avaliação do risco de ambos os grupos. Ao final da intervenção a equipe de saúde bem como a população local já estava familiarizada com o novo protocolo estabelecido, sendo todas as ações incluídas na rotina atual de atendimento da UBS.

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

## Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico 1. Cobertura do programa de atenção á Hipertensão Arterial Sistêmica na unidade de saúde	57
Figura 2	Gráfico 2. Cobertura do programa de atenção á Diabetes Mellitus na unidade de saúde	58
Figura 3	Gráfico 3. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	60
Figura 4	Gráfico 4. Proporção de diabéticos com o exame dos pés em dia de acordo com o protocolo.	61
Figura 5	Gráfico 5. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.	62
Figura 6	Gráfico 6. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	64
Figura 7	Gráfico 7. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	65
Figura 8	Gráfico 8. Proporção de hipertensos faltosos as consultas com busca ativa.	66

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

ACS	Agente comunitário da Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DM	Diabetes Mellitus
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
HAS -	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos.
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde.
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde



## Sumário

1- Análise Situacional .....	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	10
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	12
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
<b>2.3.1- Detalhamento das ações</b> .....	25
2.3.2 - Indicadores.....	36
2.3.3 - Logística.....	43
2.3.4 - Cronograma .....	48
3 - Relatório da Intervenção.....	49
3.1 - Ações previstas e desenvolvidas .....	49
3.2 - Ações previstas e não desenvolvidas .....	54
3.3 - Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	54
3.4 - Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	55
4 - Avaliação da intervenção.....	56
4.1- Resultados .....	56
4.2 Discussão .....	71
5 - Relatório da intervenção para gestores .....	74
6 - Relatório da Intervenção para a comunidade .....	78
7 - Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	77
Referencias.....	78
Apendices.....	79
Anexos.....	81

## **Apresentação**

O presente volume trata-se de um Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS. /UNASUS realizado pela Equipe de Saúde da Família (ESF) na Unidade Básica de Saúde (UBS) Sítio Santo Antônio do município Passagem Franca do Piauí, com o objetivo de melhorar a atenção a saúde das pessoas com hipertensão e diabetes da área de abrangência da referida UBS.

Está organizado em sete unidades, sendo a primeira relacionada à Análise Situacional, que está dividida em três subitens: Situação da ASP/ESF no serviço, Relatório da Análise Situacional e comparação dos dois itens referidos. Nessa unidade trabalhou-se com as evidências encontradas através da análise da situação do serviço e das ações programáticas desenvolvidas na UBS. A segunda unidade trata da Análise Estratégica que contempla o projeto de intervenção, com suas ações detalhadas. A terceira unidade inclui o Relatório da Intervenção no qual se apresenta as atividades realizadas. A Avaliação da Intervenção está descrita na quarta unidade do volume, na qual se apresenta os resultados, com a evolução dos indicadores durante os três meses de intervenção e a discussão. Na quinta unidade encontramos o relatório para gestores e na sétima unidade o relatório para a comunidade. No final, é realizada uma reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem, a partir da vivência no curso.

## **1- Análise Situacional**

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

No município Passagem Franca do Piauí existem duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), uma na zona urbana e outra na zona rural. No momento estamos sem local para a UBS da zona rural, pois está em reforma. Por isso, estamos utilizando temporariamente a UBS da zona urbana para prestar atendimento aos usuários da zona rural. A UBS é pequena às vezes fica lotada devido ao número de usuários que chegam para serem atendidos pelos diferentes profissionais. Contudo, não deixamos de oferecer o melhor e oportuno atendimento. Oferecemos todos os serviços básicos, realizamos atendimentos na zona rural, em escolas e casas.

A equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) é composta por um médico, um enfermeiro, um dentista, um técnico de enfermagem, um técnico em higiene bucal e oito Agentes Comunitários de Saúde. Os atendimentos da zona rural são realizados após agendamentos em reunião com equipe, onde são discutidos os principais problemas de saúde da comunidade. O município tem somente uma ambulância, muitas vezes insuficiente para garantir a demanda própria.

Todos os programas ofertados pelo Ministério de Saúde de Atenção Básica são oferecidos em Passagem Franca. Tem Atenção Pré-natal, citologia, Atenção a Hipertensos, diabéticos e idosos, Vigilância de Tuberculoses e Hanseníase, puericultura, planejamento familiar, vitamina A, SIS de colo, SIS mama. Todas as vacinas que o ministério oferece, o município disponibiliza (Hepatite A, Hepatite B, BCG, DT, Febre Amarela, Triple Viral, Tetra Viral, Pentavalente, Pólio Oral, Pólio

injetável, Tríplice Bacteriana, Influenza, HPV, Rotavirus, Pneumocócica, Meningocócica. Todas elas disponíveis na UBS todos os dias da semana nos dois turnos. São disponibilizados vários exames laboratoriais, alguns realizados no próprio município, os outros são realizados com referências, assim como os encaminhamentos para as diferentes especialidades.

Na área de abrangência da equipe temos 2136 habitantes. Atendemos 483 famílias, distribuídos em 21 povoados. Possuímos 33 pessoas com Diabetes Mellitus, 145 hipertensos e mais de 232 com outras doenças. Não temos casos de Hanseníase e Tuberculose. Mantemos pesquisa em todo momento para diagnosticar outros casos de morbidade oculta.

A maior parte dos atendimentos para crianças, adolescentes, mulheres, adultos e idosos são realizados na zona rural e por demanda espontânea. Para isso se recebe ajuda da prefeitura para o deslocamento. Somente os atendimentos de pré-natal e citologia são feitos na UBS da zona urbana. Possuímos 15 gestantes, e 4 são menores de 20 anos. Os atendimentos a essas gestantes são realizados na quinta-feira, e os atendimentos as crianças menores de um ano são realizados na segunda-feira, todos na UBS da cidade. No caso de crianças e gestantes faltosas, realizamos o atendimento na visita domiciliar.

Os exames citopatológicos são agendados e coletados na sexta-feira e também são realizados na cidade. Todas terças e quartas-feiras nos dirigimos para a zona rural, cada dia em um povoado diferente. Realizamos o atendimento por demanda espontânea em uma escola ou casa, com um mínimo de condições para a realização do atendimento, e no turno da tarde se visita os usuários que não podem ir a consulta como idosos, prostrados, puérperas, e a qualquer outro paciente que solicite a visita.

Minha UBS atende 21 menores de um ano, 40 menores de 2 anos. Ainda apresentamos problemas com as crianças menores de um ano no se refere as consultas agendadas na UBS. O problema do transporte dificulta a ida a UBS, na maioria das consultas. Por isso visitamos todas as crianças em cada região do interior que trabalhamos. Depois de terminar os atendimentos tratamos de visitar toda a comunidade de casa a casa em equipe. Fazemos pesquisa de pressão arterial a todo maior de 15 anos para buscar a doença ainda sem sintomas.

Na UBS acolhemos toda a demanda que precise atendimento, seja do município ou não. Com a chegada do Programa Mais Médicos ao município

observamos maior estabilidade na saúde da comunidade, porque os atendimentos são realizados durante toda a semana

A acolhida nas comunidades foi ótima. Todos querem a visita da equipe em sua casa. Para nós enquanto equipe também é muito bom, porque chegamos a encontrar e diagnosticar fatores de risco para futuras doenças, assim, atuamos em tempo contra os fatores de risco, evitamos doenças e melhoramos a saúde da comunidade.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

O município Passagem Franca do Piauí encontra-se situado a 105 km ao sul da cidade Teresina, capital do estado Piauí. Tem uma população de 4546 habitantes. Existem duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Estratégia de Saúde da família (ESF), uma na zona urbana e outra na zona rural. Não temos laboratório clínico por isso não são feitos exames de laboratório. Não possuímos vinculação com nenhuma instituição de ensino, não contamos com Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), não contamos com Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), não temos atenção especializada, Unidade de Pronto Atendimento (UPA), nem serviço hospitalar.

No momento estamos sem local para a UBS da zona rural, pois está em reforma, por isso, estamos utilizando temporariamente a UBS da zona urbana para prestar atendimento aos usuários da zona rural. Mostramos para a gestora de saúde o plano da estrutura básica da UBS, ou seja, o Manual da Estrutura da UBS de 2008, para aproveitar as reparações que estão sendo feitas na UBS da zona rural e adaptar melhor as salas, para assim cumprir com as expectativas da população, melhorar o acesso de idosos, deficientes temporários e permanentes, eliminar barreiras arquitetônicas e tornar mais agradável a estadia de usuários e profissionais na UBS.

A UBS em que estamos atualmente tem barreiras que limitam o acesso aos usuários. Algumas delas são ausências de corrimãos nos corredores e banheiros para deficientes físicos, possuímos poucas cadeiras nas salas de espera, não temos um local adequado destinado ao acondicionamento de lixo contaminado e não

contaminado, para aguardar a remoção pelo serviço de limpeza urbana, ausência de sala de nebulização (as nebulizações são feitas na sala de espera). Os aspectos positivos que temos em nossa estrutura são a ventilação, iluminação adequada e higiene em relação a piso e paredes. O material de consumo é disponibilizado em quantidade suficiente para o mês, contamos com transporte seguro para deslocamento para os povoados e constante apoio da secretaria de saúde para melhorar nosso trabalho nos povoados.

Dos testes diagnósticos só fazemos Glicemia capilar. Só é feito a coleta de sangue, fezes urina e se envia a outro município para o processamento. Tudo isso afeta os usuários pela demora em receber os resultados dos exames. Também é impossível fazer exames de urgência para definir diagnósticos de algumas doenças. Temos internet com acesso muito ruim, e só pode utilizá-la a pessoa que agenda as consultas especializadas e exames complementários, que são feitos em hospitais e clínicas da capital do estado, não temos prontuário eletrônico nem material para atividades educativas.

Nossa equipe é adequada ao tamanho da população da área de abrangência que é 2136 habitantes. Quanto a distribuição por sexo e faixa etária de nossa população, 1131 são homens e 1005 mulheres. Temos 21 menores de um ano, 68 menores de 5 anos, 375 pessoas entre 5 e 14 anos, 1291 entre 15 e 59 anos e 228 usuários com 60 anos ou mais.

Temos um médico especialista em Atenção Primária a Saúde, oito Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, um dentista e uma auxiliar em saúde bucal. Realizamos todas as ações programáticas recomendadas pelo Ministério da Saúde, realizamos atividades na UBS, domicílio e comunidade. Cada trabalhador exerce as suas atribuições, sempre de maneira integrada, objetivando um atendimento de qualidade e melhorias a saúde da comunidade.

Atendemos 483 famílias, distribuídos em 21 povoados. Atualmente não temos problemas para realizar os atendimentos, temos uma programação de visitas aos povoados, e os usuários conhecem o dia da programação a cada povoado. Coloca-se em prática o acolhimento aos usuários, por cada integrante da equipe, sempre que seja necessário. Os atendimentos são feitos por demanda espontânea e consultas agendadas previamente, não possuímos excesso de demandas. Visitamos os acamados, deficientes e toda a pessoa que deseja e precisa da visita.

Na UBS realizamos atendimentos a toda população, idosos, gestantes, puérperas, crianças, adolescentes, adultos e alguns portadores de doenças crônicas, com prévio agendamento e/ou demanda espontânea.

Atualmente realizamos uma análise da situação da UBS no que se refere à estrutura física, demanda espontânea, acolhimento, processo de trabalho, engajamento público, e cinco ações programáticas (Saúde da Criança, Pré-natal e Puerpério, Controle do Câncer de Colo de Útero e Mama, Hipertensão e Diabetes e Saúde do Idoso), como ferramentas para essa ação, realizamos a leitura dos protocolos do Ministério da Saúde, preenchimento de questionários e do Caderno de Ações Programáticas (CAP) elaborados pelo curso de Especialização em Saúde da Família, e depois realizamos as reflexões e avaliações.

No que se refere a atenção da saúde da criança na UBS, os profissionais têm um objetivo prioritário que é manter a redução da morbimortalidade e potencializar o desenvolvimento infantil, com ações baseadas em protocolos desenhados pelo Ministério de Saúde, que são refletidas nos prontuários individuais das crianças.

Desde as consultas de pré-natal se orienta as mães sobre aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida, prevenção de acidentes domésticos, importância das vacinas e da triagem neonatal. Depois do parto orienta-se sobre a importância das consultas programadas até os dois anos de vida, manutenção das vacinas em dia, importância em evitar coleito, evitar o fumo dentro da casa, benefícios do banho diário do bebê, lavagem de mãos por todas as pessoas que têm contato com o bebê e o preenchimento do cartão da criança para que a mãe participe e sinta-se responsável no monitoramento do crescimento e desenvolvimento de seu filho.

Possuímos um livro controle das crianças até os dois anos, que permite visitar e atender na própria casa aquelas mães faltosas. Orientamos as mães sobre a importância das consultas de puericultura até os dois anos. Temos uma faixa que faz um convite as mães para trazer as crianças de 18 e 24 meses para serem avaliadas.

Nosso trabalho favorece a cobertura de maneira excelente no que se refere às crianças entre 0 e 12 meses, pois todas as 21 crianças menores de 1 ano que residem na área de abrangência da UBS realizam puericultura na UBS. Os indicadores de qualidade da puericultura dessas crianças são excelentes, 100% das

crianças receberam orientações sobre aleitamento materno e prevenção de acidentes; 100% das crianças realizaram o teste do pezinho, triagem auditiva, e receberam monitoramento do crescimento e desenvolvimento e avaliação de saúde bucal; 95% (20) das crianças estão com as vacinas em dia e consultas em dia, de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde. Temos pouca incidência de crianças faltosas e quando isso acontece, com ajuda da secretaria de saúde, em menos de 10 dias, recuperamos a consulta de puericultura. O maior problema encontra-se nas consultas nos primeiros sete dias de vida, pois apenas 62% (13) das crianças receberam a consulta. Vale lembrar a distância entre os povoados e a UBS, além disso, muitas mães, nos primeiros dias após o parto, se alojam nas casas de familiares com melhor acesso aos hospitais e nem sempre é dentro do município. Podemos dizer que essa ação programática encontra-se bem organizada na UBS e que a equipe seguirá trabalhando baseando-se no protocolo do Ministério da Saúde, mantendo de maneira excelente a qualidade da atenção a saúde das crianças, ampliando a cobertura para crianças até 72 meses.

Quanto ao pré-natal de baixo risco, nossas ações são regidas pelo protocolo do Ministério de Saúde e nossa cobertura é ótima (100%), pois atendemos 16 grávidas e coincide com as grávidas cadastradas pelas ACS. Não possuímos registros específicos, todas as ações são anotadas no prontuário. Ao melhorar a estabilidade da atenção médica no município, aquelas grávidas que moram a mais de 2 horas de viagem da UBS, são avaliadas pelo profissional, no mínimo, uma vez ao mês. Depois de obter ajuda da prefeitura com um transporte para os atendimentos no interior, os indicadores da qualidade da atenção ao pré-natal melhoraram muito. Temos um livro controle das consultas e as grávidas faltosas são consultadas na casa. Atualmente, o nosso problema é a demora em receber os exames de laboratório.

Quanto aos nossos indicadores de qualidade, 13 (80%) das gestantes iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre; 100% das gestantes estão com as consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde; 100% receberam solicitação de exames laboratoriais na primeira consulta; 100% receberam prescrição de sulfato ferroso e ácido fólico, receberam avaliação de saúde bucal e orientação para aleitamento materno; 100% receberam vacina contra Hepatite b, e 6 (40%) receberam vacina antitetânica. Não possuímos registros sobre a realização de exames ginecológicos.



No que se refere ao puerpério a nossa cobertura é muito boa, pois das 21 puérperas, 19 (90%) foram acompanhadas, pois realizamos atendimento na UBS quando a mãe traz seu recém-nascido para consulta de puericultura ou realização da vacina. Também realizamos visitas domiciliares na maioria das puérperas que retornam do hospital que fica em outro município. O que nos impede de acompanhar todas as puérperas é a distância dos povoados, pois nem sempre temos confirmação da chegada da puerperal na área. Muitas vezes elas ficam em outras áreas por dois ou três meses e depois voltam para suas casas. Quanto aos indicadores de qualidade, todas as puérperas consultaram antes dos 42 dias de pós-parto, receberam exame de mama, abdome, ginecológico e estado psicológico, receberam orientações sobre cuidados básicos do recém-nascido, aleitamento materno exclusivo e planejamento familiar e foram avaliadas quanto a intercorrências.

Em relação Controle do Câncer de Colo de Útero e de Mama trabalhamos com o protocolo do Ministério de Saúde. As mulheres do município preferem realizar a prevenção do câncer de colo com um profissional do sexo feminino. Há mais de seis anos as citologias são feitas pela enfermeira da UBS da zona urbana. A UBS da zona rural tem um enfermeiro e um médico capacitados para a realização do exame, mas nos últimos tempos, apenas duas mulheres desejaram realizar a prevenção com esses dois profissionais. Embora isso aconteça, temos uma cobertura de 70%, ou seja, das 499 mulheres cadastradas, acompanhamos 351 mulheres. Nossas ações de qualidade apresentam fragilidades, que iniciam pelos registros, pois não possuímos uma ficha específica, temos apenas um livro de registros das usuárias que realizam o exame, com falta de dados, como o endereço e resultado do exame. Além disso, não possuímos o controle adequado das mulheres que apresentam o resultado alterado. Temos registro de 4 mulheres com exame alterado. Agora após a análise dessa ação programática, modificamos a rotina, os resultados são entregues ao enfermeiro, que completa o livro controle para depois entregar os resultados as usuárias. De nossas mulheres cadastradas, 182(52%) estão com exame em dia, 52 (15%) estão com atraso de mais de 6 meses na coleta do exame, 39 (11%) recebeu avaliação de risco para o câncer de colo de útero, 178 (51%) dos exames coletados apresentavam células representativas da junção escamocolunar e 182 (52%) dos exames coletados apresentaram amostras satisfatórias. Todas as mulheres receberam orientações para DST e prevenção do câncer de colo de útero.

Em relação ao Controle do Câncer da Mama, embora tenhamos 167 (100%) das nossas mulheres cadastradas, não é muito diferente da prevenção do câncer de útero. Não temos controle verdadeiro do número de mulheres com mamografias atualizadas, o acompanhamento delas é deficiente e não temos cópia do acompanhamento por os profissionais dos hospitais. Ainda existe na população o fato de esconder a presença de alterações nas mamas, o mito de que a doença é não curável por isso temos que continuar trabalhando para mudar as atitudes, que as mulheres tenham mais informações sobre a doença, tratamento e reabilitação.

Quanto ao cuidado aos usuários acometidos pelas doenças crônicas Hipertensão e Diabetes, atualmente acompanhamos 38 pessoas com Diabetes Mellitus (DM), 160 pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), assim possuímos uma cobertura de 37% para hipertensão e 31% para diabetes. Mantemos pesquisa em todo momento para diagnosticar outros novos casos de morbidade oculta. Trabalhamos com o protocolo do Ministério de Saúde e temos um livro controle dos usuários com doenças crônicas, para garantir o melhor atendimento e controle dos usuários, e também avaliar nossas ações.

Em nossa UBS, normalmente os hipertensos atendidos são avaliados para os fatores de risco e presença de lesões em órgãos alvos. Acreditamos que temos muitos usuários com HAS não diagnosticados na área, mas a principal fragilidade identificada, é que os usuários com uma primeira medição da pressão arterial elevada nem sempre voltam para sua reavaliação e segunda medição da pressão arterial para definir o diagnóstico de HAS.

Em união com a equipe de saúde planejamos melhorar as pesquisas de doenças crônicas, entre elas a HAS e DM. Todo usuário maior de 18 anos que chegar a nossa UBS para ser atendido ou visitado nos povoados do interior, sem importar a queixa, tem que verificar a pressão arterial e ter esse registro no prontuário.

Quanto aos indicadores de qualidade da atenção às pessoas com HAS, os resultados encontrados no CAP demonstram que devemos melhorar no que se refere à realização estratificação de risco cardiovascular por critério clínico 109 (68%), exames complementares em dia 71 (44%), pois esses exames são feitos fora do município. Outro ponto que deve ser melhorado é em relação ao atraso da consulta agendada por mais de sete dias 79 (49%), pois muitas vezes, a demora dos resultados dos exames por mais de um mês, ocasionam esse problema. Outra

fragilidade encontrada foi o pequeno número de hipertensos com avaliação de saúde bucal 27 (17%). No entanto, todos os hipertensos recebem orientações sobre a prática de atividade física regular, alimentação saudável, manutenção do peso adequado, mudanças do estilo de vida, e sobre a importância do tratamento diário para reduzir complicações cardiovasculares e desfechos como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC), problemas renais, entre outros.

Em relação ao Diabetes Mellitus, o processo de trabalho acontece da mesma forma. Temos 38 (31%) dos diabéticos cadastrados acompanhados, e alguns indicadores de qualidade ficam a desejar e poderiam ser melhorados. Temos 21 (61%) das pessoas com Diabetes Mellitus avaliadas para risco cardiovascular, com orientações sobre prática de atividade física regular, encaminhadas ao nutricionista para melhorar o conhecimento de alimentação saudável, encaminhadas ao dentista para acompanhamento, orienta-se sobre os sintomas de hiperglicemia e cuidados gerais do corpo para evitar infecções. As debilidades ficam com os exames complementares em dia 19 (50%), porque são feitos fora do município, atrasos nas consultas agendadas 12 (32%), não temos controle do número de usuários com exame físico dos pés, com palpação dos pulsos periféricos e medida da sensibilidade dos pés e também temos problemas com os registros das ações realizadas.

Atualmente a equipe da zona rural encontra-se cadastrando as pessoas idosas da área de abrangência, porque não tínhamos registro, apenas temos os prontuários e muitos não estão atualizados. Encontramos prontuários de pessoas falecidas e muitos idosos sem prontuários. Acreditamos que a estimativa do número de pessoas idosas residentes na área esteja adequada com a realidade encontrada no CAP, porque nesta data temos cadastrados e atendidos 136 idosos (60%), mas ainda faltam povoados por atualizar e cadastrar as pessoas idosas, além disso, sabemos que é alta a incidência de pessoas maiores de 60 anos nos povoados do interior.

A cobertura da atenção à saúde da pessoa idosa é boa, temos um livro controle de pessoas idosas para que a data dos atendimentos seja registrada e para a equipe monitorar as pessoas idosas faltosas à consulta. A equipe tem como objetivo visitar e dar atendimento de saúde a todas as pessoas maiores de 60 anos em cada povoado visitado, também trabalha com o protocolo do Ministério de

Saúde. Temos 136 idosos acompanhados (60%) em relação à população estimada, deles 42 (18%) apresentam HAS e 28 (12%) diabetes, todos possuem caderneta de saúde e foram orientados quanto alimentação saudável, pratica sistemática de exercícios físicos de acordo com a idade e doenças crônicas que padecem. Nossas fragilidades acontecem na atenção da saúde bucal, porque os povoados não têm condições para atendimento do dentista, só é realizada a avaliação oral, geralmente são muito poucos os idosos que viajam até a UBS da cidade para continuar com o atendimento odontológico.

Os maiores desafios para toda a equipe de trabalho da zona rural é engajar a comunidade e os gestores do município na compra de uma unidade móvel de odontologia para melhorar a saúde bucal da população rural do município, implementar um laboratório clínico para diminuir o tempo de espera dos resultados de exames. Contamos com o melhor dos recursos da UBS, os profissionais. Para minha avaliação são os melhores, sempre dispostos a trabalhar juntos para melhorar a saúde da população sem colocar as dificuldades como desculpa para não cumprir nosso objetivo.

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

Comparando o texto realizado inicialmente e este relatório, podemos dizer que antes de realizar a análise situacional, pensávamos que a equipe trabalhava nas ações programáticas de forma exemplar, não tínhamos controle das ações realizadas, não tínhamos registros específicos e preenchidos com qualidade, que nos proporcionassem agilidade para monitorar as ações. Através do preenchimento dos questionários, do CAP e das leituras dos protocolos disponibilizados pelo curso de Especialização em Saúde da Família, a equipe pode refletir sobre o processo de trabalho e perceber a necessidade de melhorias em várias questões, a iniciar pela estrutura da UBS. Percebemos que o trabalho na ESF é muito mais abrangente, e as ferramentas disponibilizadas pelo curso permitem melhorar nossa prática profissional e oferecer um atendimento de qualidade a nossa população.

Agora estamos mais bem preparados, temos uma linha de trabalho a seguir, para alcançar nossos objetivos guiados pelos protocolos do Ministério de Saúde e o Caderno de Ações Programáticas.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus são doenças muito frequentes no mundo e também na população do Brasil e são as razões mais frequentes das consultas médicas nos serviços de saúde. Constituem fatores de risco para desenvolver complicações cardiovasculares, que representam a principal causa de morte no Brasil. Para modificar esse cenário, ações de prevenção, diagnóstico, monitoramento, e controle dessas doenças devem ser realizadas. A educação em saúde deve ser ofertada as pessoas acometidas por essas doenças, informando sobre os riscos, complicações e tratamentos, de modo a contribuir para a prevenção de complicações na saúde do indivíduo e de sua família, além de promover a participação ativa na promoção de um estilo de vida saudável na comunidade (BRASIL, 2013).

No município Passagem Franca do Piauí existem duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), uma na zona urbana e outra na zona rural. Atualmente trabalhamos na UBS da zona urbana para prestar atendimento aos usuários da zona rural porque nossa UBS está recebendo reparação da estrutura física. A equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) é composta por um médico especialista em Atenção Primária a Saúde, oito Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, um dentista e uma auxiliar em saúde bucal. Realizamos todas as ações programáticas recomendadas pelo Ministério da Saúde, realizamos atividades na UBS, domicílio e comunidade. Na área de abrangência da equipe

temos 2136 habitantes. Atendemos 483 famílias, distribuídos em 21 povoados. Possuímos atualmente 40 pessoas com diabetes e 168 pessoas com hipertensão.

Quanto ao cuidado aos usuários acometidos pelas doenças crônicas Hipertensão e Diabetes, utilizamos o protocolo do Ministério de Saúde e temos um livro controle dessas pessoas com doenças crônicas, para garantir o melhor atendimento e controle desses usuários, e também avaliar nossas ações. O trabalho com o Protocolo do Ministério de Saúde nos permite melhorar os atendimentos, através da instrução de como devem ser feitos os acompanhamentos e como diminuir as complicações da população alvo. Melhorando os indicadores de qualidade propostos no Protocolo de hipertensão e diabetes, obteremos uma população com melhor qualidade de vida. Para alcançar estes objetivos todos os hipertensos e diabéticos recebem orientações sobre a prática de atividade física regular, alimentação saudável, manutenção do peso adequado, mudanças do estilo de vida, saúde bucal e sobre a importância do tratamento diário para reduzir complicações cardiovasculares e desfechos como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC), problemas renais, entre outros.

Decidimos intervir neste foco, pois nossa população se caracteriza por possuir muitos fatores de risco que favorecem a morbidade elevada, como a obesidade e inatividade física, o tabagismo e os deficientes hábitos alimentares, e pouca educação em saúde. Não possuímos registros específicos e não monitoramos e avaliamos as ações realizadas. Possuímos uma limitação relacionada à distância dos povoados e ao transporte disponibilizado para o nosso deslocamento, porém a equipe vai se esforçar para cumprir a tarefa de melhorar a qualidade da atenção à saúde das pessoas com hipertensão e diabetes acompanhadas na UBS. A equipe pretende iniciar a ação programática do zero, desenvolver ações que garantam um melhor acolhimento as pessoas com doenças crônicas e fortalecer o vínculo dos profissionais com os usuários para que entendam a importância do programa e as complicações que estão expostos se não controlarem os fatores de risco.

## **2.2-Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção a saúde das pessoas com hipertensão e diabetes da UBS Sítio Santo Antônio do Município Passagem Franca do Piauí/PI.

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

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas.

Meta 1.1 Cadastrar 50% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Meta 1.2 Cadastrar 50% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

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

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

Meta 2.3 Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Meta 2.4 Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5 Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.



Meta 2.7 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Meta 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.9 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 3.1 Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2 Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

Objetivo 5. Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

Objetivo 6. Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.2 Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.3 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

## **2.3 - Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na UBS Sítio Santo Antônio no Município de Passagem Franca do Piauí/PI. Para atingir os objetivos e metas propostas, foram elaboradas ações de monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica, descritas a seguir.

### **2.3.1- Detalhamento das ações**

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

**Meta 1:** Cadastrar 50% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

**Meta 2:** Cadastrar 50% de pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

#### **Ações**

##### **Monitoramento e avaliação.**

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

Para realizar essa ação, revisaremos semanalmente o livro de registro de hipertensos e diabéticos, os prontuários, e a ficha espelho de cada pessoa atendida. Faremos novos registros para os usuários recém diagnosticados. Os dados dos prontuários serão transcritos para a ficha espelho que servirá de fonte de

alimentação da planilha de coleta de dados (PCD). Os indicadores gerados pela PCD serão avaliados mensalmente.

### **Organização e Gestão do Serviço**

- Garantir o registro de pessoas com hipertensão e com diabetes cadastradas no Programa.

Usaremos a ficha espelho e a planilha de coleta de dados. Verificando sempre a qualidade do preenchimento das fichas e planilha.

- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e Diabetes Mellitus.

Faremos uma reunião com todo o pessoal que trabalha na UBS, para melhorar o acolhimento dos hipertensos e diabéticos, manteremos livre o número de usuários com hipertensão e diabetes atendidos por demanda espontânea.

- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e hemoglicoteste na UBS.

Conversaremos com a coordenadora da UBS e a secretaria de saúde em reunião com toda equipe para que garantissem esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica e hemoglicoteste na UBS, e faremos memorandos para a Secretaria de Saúde solicitando a disponibilização desse material.

### **Engajamento Público**

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde; sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos pelo menos anualmente. Ideal fosse medir a pressão arterial a partir dos 3 anos (5% das crianças no Brasil estão com pressão alta); sobre a importância do rastreamento para Diabetes Mellitus em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg; sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Realizaremos palestras educacionais para a comunidade na UBS, em cada povoado visitado e nas visitas domiciliais, focando esses aspectos e estimulando o controle desses usuários, e a importância da consulta continuada programada.

### **Qualificação da Prática Clínica**

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

No dia da entrega da produção da equipe, orientaremos todos os ACS, sobre como fazer um cadastro adequado e completo; revisaremos conjuntamente sempre que seja necessário e em cada visita aos povoados.

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

Faremos uma palestra para toda a equipe de saúde, abordando a técnica adequada de aferição da pressão e do hemoglicoteste, para melhorar as medições e evitar os erros.

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

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

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

**Meta 2.3** Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 3 meses (palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

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

**Meta 2.5.** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

**Meta 2.7.** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

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

**Meta 2.9.** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e dos diabéticos.

Ações

### **Monitoramento e avaliação**

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado e a solicitação de exames laboratoriais conforme protocolo do Ministério de Saúde, com periodicidade adequada dos usuários hipertensos e dos diabéticos, como também a realização do exame dos pés das pessoas com diabetes.

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular

Revisaremos semanalmente a ficha espelho dessas pessoas, e controles a fim de suprimir eventuais falhas ou registros inadequados.

- Monitorar as pessoas hipertensas que necessitam de atendimento odontológico.

Realizaremos semanalmente a revisão dos registros com o dentista da equipe, para melhor preencher a planilha eletrônica de coleta de dados.

### **Organização e Gestão do Serviço**

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos e no exame dos pés das pessoas com diabetes.

Realizaremos antes do início da intervenção, uma análise dos protocolos do Ministério da Saúde, e faremos uma reunião com a equipe para definir as atribuições e responsabilidades dos profissionais na execução das ações do programa.

- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde.

- Estabelecer periodicidade para atualização.

Realizaremos as capacitações preferencialmente antes do início da intervenção, utilizando os horários da reunião de equipe.

- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Imprimiremos uma cópia dos protocolos atualizados do Ministério da Saúde. Essa cópia ficará disponível em um local de fácil acesso a todos os profissionais, para que possam recorrer a este material quando for necessário.

- Providenciar junto a gestão o monofilamento 10g para exame dos pés.
- Organizar a agenda para acolher as pessoas diabéticas provenientes das buscas domiciliares.

- Solicitar a referência e contra-referência (realizar a coordenação do cuidado) para pessoas com diabetes que necessitem de consulta especializada.

Solicitaremos a secretaria de saúde o monofilamento 10g para que os profissionais responsáveis por essa ação possam fazê-la de maneira adequada. Será reservado um horário na agenda para aquelas pessoas oriundas das buscas domiciliares, essas pessoas serão agendadas durante as reuniões de equipe juntamente com os ACS, para que esses profissionais possam dar retorno ao

usuário, sobre o dia e hora da consulta. Quanto ao sistema de referencia, para todas as pessoas que forem encaminhadas ao serviço especializado, enviaremos referencia por escrito e solicitaremos retorno (também por escrito) do especialista.

- Garantir a solicitação dos exames complementares
- .Garantir com o gestor municipal a solicitação dos exames complementares e agilidade para a realização dos mesmos.

Reunirei as orientações do protocolo adotado para argumentar junto ao gestor a importância desses exames, explicando como isso melhora o planejamento e os gastos com a saúde em longo prazo.

- Estabelecer sistemas de alerta aos exames complementares preconizados.

Buscaremos nas referências bibliográficas os limites de cada exame e indicações de conduta frente a alterações clínico-laboratoriais. Destacaremos a ficha daquelas pessoas que apresentarem exames alterados.

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. Será feita revisão semanal dos estoques por um profissional da equipe.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Cadastraremos as medicações usadas pelos nossos usuários e a necessidade mensal estimadas das mesmas. Atuaremos junto à farmácia da localidade para garantir a disponibilidade dessas medicações, sua fácil obtenção, de acordo com os regulamentos da farmácia popular. Reivindicaremos junto à Secretaria de Saúde a disponibilidade constante de estoques das medicações da Farmácia Básica.

- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e diabetes.

Avaliaremos todos os usuários hipertensos e diabéticos que sejam atendidos por demanda espontânea, ou consulta agendada pelo dentista para definir as necessidades de atendimento e acompanhamento. Como não podemos organizar a agenda do dentista, solicitaremos ao mesmo a disponibilidade de um número maior de atendimento a esses usuários.

### **Engajamento Público**

- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e do diabetes, a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, a necessidade de realização de exames complementares e sua periodicidade adequadas, ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, e também sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente das pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes.

Realizaremos reuniões coletivas, no centro comunitário, nos povoados, e também nas consultas individuais, orientando tais medidas.

### **Qualificação da Prática Clínica**

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado e solicitação de exames complementares conforme protocolo.
- Realizar atualização dos profissionais no tratamento da hipertensão e diabetes.

Discutiremos nas reuniões de equipe os protocolos adotados, para sanar dúvidas no exame clínico e solicitação de exames complementares conforme protocolo. Revisaremos todas as atualizações no tratamento dessas doenças a partir da contribuição de cada membro da equipe.

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

Para isso uniformizaremos o discurso da equipe de saúde, buscando sempre lembrar o paciente sobre a disponibilidade de medicações através desses incentivos do governo.

- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e diabetes.

Discutiremos na reunião de equipe a importância da saúde bucal, para evitar complicações nos usuários hipertensos e diabéticos, e lembraremos da importância de se questionar as pessoas acompanhadas, sobre a saúde bucal no momento do atendimento. Havendo necessidade, as pessoas serão encaminhadas para tratamento com o dentista. Convidaremos o dentista e o técnico em higiene bucal para participarem desse encontro e abordar a temática com os demais profissionais.

**Objetivo 3.** Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

**Meta 3.1.** Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

**Meta 3.2.** Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

### **Ações**

#### **Monitoramento e avaliação**

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas de usuários, hipertensos e diabéticos, previstas no protocolo (consultas em dia).

Realizaremos o monitoramento através da revisão semanal das fichas espelhos.

#### **Organização e Gestão do Serviço**

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Faremos planejamento semanal para visitar os usuários faltosos por um ou vários dos profissionais da equipe.

- Organizar a agenda para acolher as pessoas com hipertensão e diabetes provenientes das buscas domiciliares.

Orientaremos aos usuários hipertensos e diabéticos que sempre serão atendidos tenha ou não tenha consulta agendada, mas para tanto o medico deixará um horário vago na agenda para receber esses usuários.

#### **Engajamento Público**

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas; ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas com hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos); esclarecer as pessoas com hipertensão, diabete à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Realizaremos essas informações durante as consultas individuais, e de forma coletiva na sala de espera. Solicitaremos aos ACS que durante as suas visitas domiciliares, façam questionamentos aos faltosos, e escutem as possíveis soluções da população para diminuir ou evitar os usuários faltosos. Assim, poderemos modificar nossas estratégias de trabalho, e diminuir a evasão.

#### **Qualificação da Prática Clínica**



- Capacitar os ACS para a orientação de pessoas com hipertensão e diabetes quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Realizaremos essa ação durante a reunião de entrega da produção dos ACS, onde trataremos das consultas e sua periodicidade de acordo aos protocolos.

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

**Meta 4.1.** Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

**Meta 4.2.** Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

#### **Ações.**

##### **Monitoramento e avaliação**

- Monitorar a qualidade dos registros de pessoas com hipertensão e com diabetes acompanhadas na UBS.

Ao final de cada consulta, faremos a revisão das fichas espelho, para evitar dados incompletos, e ao final de cada semana, utilizaremos os dados da ficha espelho para preencher a planilha eletrônica de coleta de dados, e monitorar o programa. Ao final de cada mês, realizaremos a avaliação dos indicadores gerados pela planilha eletrônica.

##### **Organização e Gestão do Serviço**

- Manter as informações do SIAB/e-SUS atualizadas.

Solicitaremos aos ACS, que mantenham suas fichas atualizadas para que o sistema possa ser atualizado mensalmente.

- Implantar a ficha de acompanhamento.

Implantaremos na UBS o modelo de ficha espelho disponibilizado pelo curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade federal de Pelotas. Essa ficha contempla os dados pessoais das pessoas com hipertensão e diabetes, assim, como sua situação de saúde, exames realizados, medicação utilizadas, avaliação de risco, entre outras ações.

- Pactuar com a equipe o registro das informações.

Depois de definir na equipe as atribuições de cada profissional, cada um irá realizar o registro na ficha, das ações realizadas em cada atendimento.

- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

O monitoramento dos registros ficará sob a responsabilidade do médico da equipe.

- 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.

Fixaremos um lembrete (com um clipe) na ficha espelho de cada pessoa que necessitar, para destacar a situação de alerta, contendo a descrição “ALERTA”.

### **Engajamento Público**

- Orientar as pessoas com hipertensão, com diabetes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Essa orientação será realizada por todos os membros da equipe em sala de espera e também nas consultas individuais ou visitas domiciliares.

### **Qualificação da Prática Clínica**

- Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento da pessoa hipertensa e capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Para realizar essa ação, faremos uma capacitação para os profissionais da equipe, antes mesmo de iniciar a intervenção, utilizando o espaço da reunião de equipe.

**Objetivo 5.** Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

**Meta 5.1.** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

**Meta 5.2.** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

### **Ações.**

#### **Monitoramento e avaliação**

- Monitorar o número de pessoas com hipertensão e com diabetes com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano:

O monitoramento será realizado semanalmente, através da revisão das fichas espelho.

### **Organização e Gestão do Serviço.**

- Priorizar o atendimento das pessoas com hipertensão e com diabetes avaliadas como de alto risco e organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

As pessoas avaliadas como risco terão prioridade no atendimento, através do agendamento que pode ser feito por qualquer profissional, e se a necessidade for imediata, será acolhido pela enfermeira e encaminhado ao médico.

### **Engajamento Público**

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

Nos diferentes atendimentos a pessoa hipertensa e/ou diabética tem que conhecer seu nível de risco e como diminuir os riscos de complicações, por isso orientaremos em sala de espera e durante as consultas e atendimentos individuais, sobre a importância de assistir as consultas programadas.

- Esclarecer as pessoas com hipertensão, com diabetes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Faremos palestras nos diferentes povoados sobre os fatores de risco modificáveis como obesidade, sedentarismo, alimentação saudável. Todos os usuários terão acompanhamento por nossa nutricionista.

### **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 e capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

As capacitações serão realizadas antes do início da intervenção, durante as reuniões de equipe, tendo o médico como coordenador dessa atividade.

**Objetivo 6.** Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

**Meta 6.1.** Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

**Meta 6.2.** Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

**Meta 6.3.**Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

**Meta 6.4.** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

**Meta 6.5.**Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

**Meta 6.6.** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

**Meta 6.7.**Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

**Meta 6.8.**Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

### **Ações.**

#### **Monitoramento e avaliação**

- Monitorar a realização de orientação nutricional as pessoas com hipertensão e com diabetes; monitorar a realização de orientação para atividade física regular e sobre riscos do tabagismo as pessoas com hipertensão e com diabetes e monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal a essas pessoas.

O monitoramento será realizado através da revisão semanal das fichas espelho.

#### **Organização e Gestão do Serviço.**

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Faremos palestras coletivas sobre alimentação saudável com a participação da nutricionista do posto. Todo paciente terá no mínimo uma consulta com a nutricionista.

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Faremos palestras coletivas para orientar sobre atividades físicas e solicitaremos ao gestor, a disponibilidade de buscar parcerias com as escolas, para que educadores físicos participem desta atividade.

- Demandar ao gestor a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde.

Reforçaremos a importância da realização desse programa na UBS.

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

Daremos orientações individuais sobre a correta higiene bucal e a importância de ter uma boa saúde bucal. Caso o tempo se encurte, contaremos com a ajuda do enfermeiro e técnica de enfermagem, para finalizar essa orientação.

### **Engajamento Público**

- Orientar pessoas com hipertensão e/ou diabetes, e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável; orientar pessoas com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular; orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo e por fim, orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabéticas e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Essas orientações serão realizadas individualmente ao final de cada consulta, como também coletivamente em sala de espera, e nas visitas domiciliares de todos os profissionais (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS).

### **Qualificação da Prática Clínica**

- Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde e práticas de alimentação saudável.

As capacitações serão realizadas antes do início da intervenção. Serão realizadas durante a reunião de equipe. Para as ações específicas de orientação sobre a alimentação saudável, higiene bucal e atividade física, convidaremos a nutricionista e os profissionais de saúde bucal da UBS e o professor de educação física da escola, para contribuir nessa atividade.

## **2.3.2 - Indicadores**

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas

**Meta 1.1:** Cadastrar 50% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

**Indicador 1.1:** Cobertura do Programa de atenção ao hipertenso da UBS.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS.

**Meta 1.2.** Cadastrar 50% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

**Indicador 1.2:** Cobertura do Programa de atenção ao diabético da UBS

Numerador: Número de pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da UBS.

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

**Meta 2.1.** Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

**Indicador 2.1.** Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com hipertensão com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Meta 2.2.** Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

**Indicador 2.2.** Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com diabetes com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Meta 2.3** Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

**Indicador 2.3.** Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia

Numerador: Número de pessoas com diabetes com exame dos pés em dia.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Meta 2.4.** Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 2.4.** Proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com hipertensão com exames complementares em dia.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Meta 2.5.** Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 2.5.** Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com diabetes com exames complementares em dia.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Meta 2.6** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

**Indicador 2.6.** Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus. .

**Meta 2.7.** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

**Indicador 2.7.** Proporção de pessoas com diabetes com prescrição prioritizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

Denominador: Número de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Meta 2.8.** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

**Indicador 2.8.** Proporção de pessoas hipertensas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Meta 2.9.** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

**Indicador 2.9.** Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Objetivo 3.** Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

**Meta 3.1.** Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.1.** Proporção de pessoas com hipertensão faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão faltosas às consultas médicas na UBS com busca ativa

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.



**Meta 3.2.** Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.2.** Proporção de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

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

**Meta 4.1.** Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

**Indicador 4.1.** Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de pessoas hipertensas com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de pessoas hipertensas cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Meta 4.2.** Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

**Indicador 4.2.** Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Objetivo 5.** Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes

**Meta 5.1.** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

**Indicador 5.1** Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à pessoas com diabetes Mellitus.

**Meta 5.2.** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

**Indicador 5.2.** Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

**Objetivo 6.** Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

**Meta 6.1.** Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

**Indicador 6.1.** Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação nutricional.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Meta 6.2.** Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

**Indicador 6.2.** Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre nutricional.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Meta 6.3.** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

**Indicador 6.3.** Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Meta 6.4.** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

**Indicador 6.4.** Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Meta 6.5.** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

**Indicador 6.5.** Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Meta 6.6.** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

**Indicador 6.6.** Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Meta 6.7.** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

**Indicador 6.7.** Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Meta 6.8.** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

**Indicador 6.8.** Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

### **2.3.3 - Logística**

Para realizar nosso projeto de intervenção sobre o programa de Hipertensão e Diabetes vamos adotar os Protocolos do Ministério da Saúde - Cadernos de Atenção Básica Nº 36 e Nº 37 de 2013. Os dois volumes já estão disponíveis em nossa UBS, e serão utilizados por toda nossa equipe para atualização e pesquisa dos profissionais quando houver necessidade.

A UBS ainda não utiliza nenhuma forma de registro específico para esses usuários, assim, implementaremos o modelo de ficha espelho sugerido pelo curso de Especialização em Saúde da Família, visando coletar adequadamente todas as informações referentes aos indicadores de cobertura e qualidade, para podermos avaliar os resultados da nossa intervenção e melhorar o atendimento a essa população.

Buscamos atingir uma meta de cobertura de 50% com a intervenção, melhorando a qualidade do atendimento atualmente oferecido, e para isso já fizemos contato com o gestor municipal para garantir inicialmente a reprodução de 100 fichas para o registro do atendimento as pessoas com hipertensão e diabetes. Essas fichas serão organizadas em um arquivo próprio para o Programa de Atenção a Saúde da Pessoa Idosa, facilitando o acesso a todos os profissionais da UBS. Solicitaremos também materiais como caneta e lápis para preencher as fichas.

Pretendemos acolher todas as pessoas com hipertensão e diabetes nas visitas domiciliares, e também na UBS, quando essas pessoas chegarem para consultar, para renovar receitas, para receber vacina, para verificar PA, ou para realizar qualquer tipo de atendimento. A ação de cadastramento será realizada pelo médico e enfermeiro durante a consulta clínica. O cadastramento será feito

diretamente na ficha espelho, através do preenchimento dos dados pessoais dessas pessoas. Os dados de saúde serão completados durante os atendimentos, a medida que as ações forem realizadas. As ações também serão registradas nos prontuários dos usuários.

Para o monitoramento das ações, realizaremos uma revisão semanal das fichas espelho, e aproveitaremos este momento para transcrever todos os dados contidos nas fichas, para uma planilha eletrônica de coleta de dados, fornecida pelo curso de especialização em Saúde da Família. Essa planilha eletrônica calculará automaticamente os indicadores de cobertura e qualidade, que serão avaliados ao final de cada mês da intervenção, para verificar os progressos e esquematizar estratégias para melhorar as metas que não foram atingidas.

O médico e o enfermeiro serão responsáveis pelo monitoramento e avaliação dos registros, identificando todas as pessoas com hipertensão e diabetes que vieram ao serviço para consulta. Também serão responsáveis por transcrever as informações da ficha espelho para Planilha de Coleta de Dados (PCD). Eles realizarão o monitoramento de consultas com atraso, medicações em uso, realização da estratificação de risco, exames laboratoriais, atenção odontológica, exame físico e todas as ações contidas na ficha.

Em relação aos recursos materiais, estamos providenciando lápis, canetas, lápis de cores, folhas brancas. Contamos com os recursos humanos necessários para desenvolver nosso projeto. Em relação aos recursos para aplicação da avaliação multidimensional rápida já temos garantido antropômetro, balança e já falamos com o gestor municipal para ter disponibilizada a ficha espelho em formato escrito para o total dos usuários hipertensos e/ou diabéticos de nosso projeto, sendo os responsáveis por essa ação o enfermeiro e o médico.

O acolhimento das pessoas com hipertensão e diabetes será realizado por todos da equipe, sendo que a técnica de enfermagem ficará responsável por organizar a agenda para receber as pessoas provenientes das buscas domiciliares e com risco elevado. Teremos consultas agendadas como também atendimentos a demanda espontânea para aquelas pessoas com hipertensão e diabetes que necessitarem de atendimento.

O controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e a manutenção do registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde, serão de responsabilidade do

enfermeiro, da técnica de enfermagem e do gestor municipal, para isto esses profissionais farão a revisão e monitoramento mensal.

A garantia do material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde, já esta sendo providenciada.

O dentista será responsável por organizar a agenda de saúde bucal para atendimento dos hipertensos e/ou diabéticos, e oferecer atendimento prioritário aos mesmos, no turno da tarde, para aproveitar o deslocamento dos usuários através do ônibus escolar. Para isto, estamos conversando com o dentista e o gestor municipal, a possibilidade de aumentar a quantidade de materiais para enfrentar o aumento das consultas odontológicas. Será de responsabilidade do dentista e do auxiliar de saúde bucal organizar o acolhimento dos usuários no posto odontológico, fazendo com que ele seja bem recebido e assistido.

Temos programadas reuniões de capacitação semanais com a equipe para conversar sobre Política Nacional de Humanização, os protocolos de HAS e Diabetes mellitus do Ministério da Saúde, registro adequado das pessoas com hipertensão e diabetes, como melhorar o acolhimento da população alvo, verificar pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, orientação dos usuários sobre as alternativas para obter acesso à Farmácia Popular/Hiperdia, tratamento de usuários tabagistas. Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde, para desenvolver os temas de um jeito mais adequado, abordando fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes, alimentação saudável, orientação nutricional para pessoas com diabetes e/ou hipertensão, realização de atividade física regular e orientações de saúde bucal. Estas reuniões de capacitação foram programadas para serem realizadas uma vez por semana, na própria UBS no horário das 15:00 horas às 17:00 horas a partir do dia 14 de Setembro de 2015, uma semana antes do inicio da intervenção. As demais capacitações deverão ocorrer simultaneamente com a intervenção, por indisponibilidade de tempo.

Na primeira semana a capacitação para toda a equipe será sobre Política Nacional de Humanização, como melhorar o acolhimento da população alvo e cadastro adequado das pessoas com hipertensão e diabetes. Assim vamos garantir melhorar as relações humanas, organizar visitas domiciliares para buscar os

usuários faltosos, o acolhimento oportuno por cada membro da equipe, priorizar o atendimento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes avaliadas como de alto risco, melhorar a triagem dos usuários, também treinaremos a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos hipertensos e diabéticos, manter as informações do SIAB/e-SUS atualizadas. Os responsáveis por essa ação serão o médico e o enfermeiro.

Na segunda semana a capacitação será sobre os protocolos de HAS e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde, vamos capacitar os profissionais para realizar os atendimentos de acordo com o protocolo, solicitação de exames complementares e acompanhamento por consultas de acordo com os protocolos, a técnica correta para verificar a pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, orientação dos usuários sobre as alternativas para obter acesso da Farmácia Popular/Hiperdia. Faremos capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para o cadastro dos hipertensos e diabéticos, importância de manter ao dia as consultas programadas para os usuários. Os responsáveis por essa ação serão o médico e o enfermeiro.

A capacitação da terceira semana será sobre metodologias de educação em saúde para desenvolver os temas de um jeito mais adequado para os usuários, sobre fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes, promoção de alimentação saudável de acordo com os “Dez passos para alimentação saudável”, orientação nutricional para diabéticos e/ou hipertensos, tratamento de usuários tabagistas, realização de atividade física regular, orientações de saúde bucal, avaliação e encaminhamento dos usuários com necessidades de atendimento para o serviço odontológico. Nesta semana os responsáveis serão a psicóloga do CREAS, a nutricionista, o dentista e o médico.

Na quarta semana a capacitação será para garantir uma correta realização da estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões alvo, que a equipe reconheça a importância do registro desta avaliação, treinaremos como realizar a estratificação de risco e algumas estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

A partir da quinta semana faremos treinamento dos ACS nos diferentes povoados. Depois de planejar as visitas semanais aos povoados solicitaremos a

presença dos ACS que moram mais perto dos povoados visitados para fazer o treinamento, avaliar as dificuldades e esclarecer as possíveis dúvidas.

Quanto às ações de engajamento público, pretendemos fazer primeiramente atividades educativas com toda a população do povoado para esclarecer a importância do controle dessas doenças crônicas, assim como os fatores de risco. Informaremos sobre a existência dos Programas de Hipertensão e Diabetes Mellitus na unidade de saúde, orientaremos sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno, e também sobre a periodicidade preconizada das consultas, da realização de exames complementares, o direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Abordaremos temas sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Também aproveitaremos o momento para ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão e diminuir ou eliminar o número de usuários faltosos. As ações de promoção da saúde serão realizadas coletivamente e individualmente em cada consulta, na sala de espera no início de cada turno de atendimento e também nas visitas domiciliares realizadas nos povoados. O enfermeiro e o médico serão responsáveis pelas atividades nos povoados.





### **3 - Relatório da Intervenção**

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

Depois de procurar as principais debilidades nos atendimentos da população da zona rural de nosso município, a equipe decidiu trabalhar no programa de hipertensão e diabetes e começou um período de elaboração de toda a logística para enfrentar o projeto. Fizemos contato com nossa secretária de saúde, que ficou muito contente pela intervenção nessa população alvo, porque nunca havia sido realizado algum tipo de ação com as pessoas com hipertensão e diabetes. Conversamos com o prefeito sobre o projeto, que prometeu nos ajudar com o problema do transporte, para o deslocamento até os povoados da zona rural.

Tínhamos várias pendências antes de começar com a fase de implementação das ações, e para garantir o êxito do projeto, realizamos uma reunião com toda equipe que atua dentro da UBS e os 8 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), onde avaliamos a necessidade de capacitar os diferentes profissionais, de acordo com as atribuições de cada um. Com apoio da secretária de saúde, desenvolvemos uma vez por semana ações de capacitação para os diferentes membros da equipe. Essa ação, fez com que a equipe se sentisse unida, fortalecendo o trabalho, em busca dos mesmos objetivos. No final de cada capacitação a união da equipe era maior e todos estavam desejosos de começar a parte prática do projeto, a intervenção.

Programamos viajar aos povoados da zona rural nas segundas e quartas-feiras de cada semana para realizar atendimentos, mas com a atual falta de transporte que estava acontecendo, que prejudicaria o sucesso da intervenção, orientamos a todos os ACS, para encaminhar 5 pessoas de cada micro área para consulta médica e/ou de enfermagem nos dias em que estaríamos na UBS.

Chegou o dia esperado do início da parte prática do projeto. O problema do transporte não foi resolvido e foram atendidas poucas pessoas na primeira semana da intervenção. Aumentamos para 10, o número de pessoas com hipertensão e diabetes, a ser enviadas por cada ACS, e decidimos fazer parceria com educação, para nos deslocar nos ônibus das escolas até os povoados. Na segunda semana da intervenção, foi impossível ir até os povoados, pois os ônibus das escolas estavam muito lotados. Um dos ônibus deixou de prestar serviço, e por questões de segurança, foi proibido o transporte de outras pessoas que não fossem os alunos. Nessa semana a equipe voltou a se reunir para procurar alternativas e recebemos a visita do prefeito, que prometeu para a semana seguinte ajudar com seu transporte próprio. Tivemos uma pequena melhora no número de atendimentos, e na terceira semana conseguimos visitar um povoado de nossa área de abrangência, atingindo um número maior de atendimentos.

Na quarta semana de intervenção, aproveitei o feriado e visitei pela manhã a casa da mãe do prefeito, para falar novamente com ele, sobre a importância do projeto de intervenção para o município, reforçando que sem ajuda dele não cumpriríamos o objetivo. O prefeito concordou em receber-me no turno da tarde, mas quando voltei a esperada conversa agendada, o prefeito havia saído. Procurei a mãe dele para obter uma justificativa e só escutei, de novo, o argumento de que não tem verbas suficientes para cumprir todos os objetivos. Fique na casa até a noite e ele não voltou.

Após um mês de intervenção, avaliamos outras dificuldades. Atrasos de mais de dois meses nos pagamentos da nutricionista, do dentista, da técnica de enfermagem e da técnica do laboratório, o que ameaçou o correto desenvolvimento da intervenção. Chegou-se a um acordo de pagamento com os profissionais, mas só a nutricionista não continuou trabalhando. As ações previstas para serem desenvolvidas pela nutricionista foram assumidas pelo enfermeiro e médico. A técnica de laboratório retornou ao serviço, mas novamente afastou-se por motivos de saúde. Os demais profissionais continuaram prestando serviço e realizando suas ações de saúde, de acordo com o protocolo.

As comunidades da área de abrangência da UBS, pouco a pouco, foram conhecendo os objetivos da intervenção, e estavam empolgadas, mas o problema do transporte, a grande distância dos povoados e as condições precárias das estradas, contribuíram, com a pouca adesão da população alvo na UBS. O

questionamento principal dos povoados era saber quando começaria novamente as visitas, já acostumadas no período que antecedeu a crise econômica e a intervenção, aos povoados da equipe de saúde.

Em meio a estes entraves, aconteceram coisas boas, o esposo de uma ACS que também mora no povoado, comprometeu-se ajudar com seu transporte próprio. Ele tinha que fazer um trabalho perto da UBS e traria pessoas da população alvo para consulta. A secretária de saúde providenciou diariamente gasolina para o transporte e almoço para essas pessoas. Foi outra vitória para nossa intervenção, porque melhorou a procura dos usuários.

A sétima semana foi de muita alegria para a equipe, com o transporte oferecido pelo cidadão, aumentou o número de pessoas acolhidas. Os usuários da zona urbana foram procurando atendimento integral, igual aos usuários da zona rural, o médico da zona urbana se interessou pelo nosso projeto de intervenção e foi convidado a fazer também atenção integral de qualidade às pessoas com hipertensão e diabetes de sua área de abrangência. Cabe ressaltar que essas pessoas não fazem parte do cadastramento da nossa área de abrangência, e de nossos indicadores.

Na oitava semana o médico da zona urbana começou com a avaliação integral aos pacientes hipertensos e diabéticos de sua área de abrangência, e colaborou na conversa de segunda feira, falando sobre obesidade e exercício físico. Neste dia, para nossa tristeza e preocupação, não houve participação de usuários da zona rural, pois as ações coletivas de prevenção e promoção da saúde de nossa equipe, pouco chegam aos usuários de nossa população. Com a incorporação da equipe da zona urbana, decidimos fazer a conversa com os usuários todos os dias na semana, assim sempre terá uma atividade educativa de saúde e mais probabilidade de participação dos usuários da área rural. Durante o decorrer da semana, as pessoas dos povoados foram chegando para os seus atendimentos. No final da semana, a equipe avaliou a pouca procura de pessoas com diabetes e concordou em trazer na próxima semana soluções para reverter a situação.

Começou a nona semana e conversei com as pessoas que aguardavam ser atendidas sobre alimentação saudável. Muitas perguntas foram escutadas e respondidas, mas só uma pessoa da zona rural participou. Entre quarta-feira e quinta-feira aconteceu do mesmo jeito, poucos atendimentos, o que fez a equipe pensar numa solução para reverter à situação. Novamente procuramos a gestora do

município e o prefeito, foi impossível uma vez mais encontra-los. Ao final da semana poucas pessoas da população alvo haviam sido atendidas.

Como de costume, ao final de cada semana analisamos os indicadores na PCD, e embora já tivéssemos uma boa cobertura para hipertensão, a cobertura para o diabetes estava baixa. Tínhamos que melhorar essas coberturas, e para isso, visitamos a escola de ensino médio para falar com os alunos sobre os fatores de risco para desenvolver as duas doenças, a importância do atendimento oportuno, e formas de evitar complicações próprias das doenças crônicas. Pedimos aos alunos que levassem a mensagem a seus pais e familiares, assim nos ajudariam na prevenção das duas doenças. Insistimos aos alunos de pais com hipertensão e diabetes, sobre a importância de manter a consulta e os exames complementares em dia.

Acreditamos que a conversa com os alunos foi muito proveitosa, pois os estudantes mostraram desconhecimento dos fatores de risco e prometeram ajudar, solicitando aos seus pais a procura por atendimento clínico, evitando complicações futuras na saúde. Acordamos em avaliar todos os usuários que procurassem atendimento.

A décima semana iniciou com pouca procura de atendimentos de nossa população alvo. O enfermeiro retornou à escola para falar com os alunos que moravam na zona rural, para conhecer as respostas dos pais. Já na escola decidimos perguntar se algum dos pais trabalhava próximo a UBS, para que pudéssemos visitar o estabelecimento, e acordar o atendimento a essas pessoas. Nesta primeira conversa obtivemos o nome de oito pessoas que trabalhavam próximo a UBS, em casas de famílias, na própria escola e três que trabalhavam em um forno de tijolos. Nossa meta era chegar a cada um deles no próprio local de trabalho, em alguns casos para convidá-los a procurar atendimento na UBS, ou onde fosse possível, desde que, tivéssemos as condições mínimas para prestar atendimento clínico a pessoa.

No dia seguinte uma senhora procurou atendimento, dizendo que seu neto insistiu muito para que ela procurasse atendimento. Referiu também, que o neto estudava na escola que a equipe havia visitado, falou sobre nossa conversa na escola e que havia ficado muito preocupado com a saúde dela. Ele detalhou os fatores de risco que ela tinha e ela se comprometeu a procurar atendimento, e lá estava ela, cumprindo a palavra que havia dado a seu neto.

Todos na equipe ficamos muito contentes, pois essa alternativa deu resultado. Com a informação recebida dos alunos, o enfermeiro e a técnica de enfermagem saíram para visitar as pessoas com hipertensão e diabetes que trabalhavam próximo a UBS e moravam nos povoados da zona rural, para assim, convidá-los a consultar.

Neste meio tempo, iniciava-se o Novembro Azul, e a equipe pensou em aproveitar as atividades educativas, e além da prevenção do Câncer de Próstata, abordar também a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Tínhamos uma atividade programada, que foi adiada, pois, novamente falhou o transporte para deslocar os pacientes da zona rural. Foi muito triste para nós, porque era a melhor oportunidade de avaliar mais pessoas de nossa população alvo. Tínhamos expectativas de avaliar no mínimo 10 pessoas e o resultado foi negativo. Esperamos o prefeito para conversar sobre nossa preocupação com a intervenção, e solicitar novamente, sua ajuda com o transporte, informar sobre a falta do pessoal de laboratório e os atrasos nos exames complementares das pessoas por falta de pessoal para coletá-los. Ao final da atividade não se apresentou ninguém dos gestores do município.

Na semana onze, nossa equipe recebeu a notícia de que começariam as melhorias nas estradas para os povoados da zona rural. Notícia muito boa para todos, pois assim podemos nos deslocar em carros pequenos até os povoados. Tornou-se costume aos usuários chegarem cedo à UBS e esperarem na área do refeitório, para conversa educativa com um profissional da equipe. Pouco a pouco os usuários foram gostando da atividade e sentindo-se mais perto dos profissionais, assim, quebrando as barreiras que obstruíam a relação médico-paciente. Nas atividades educativas das duas últimas semanas, tivemos a participação do dentista que voltou a falar sobre higiene bucal e esclareceu dúvidas sobre a necessidade de atendimento dos usuários com prótese dental total e/ou parcial.

Ainda na semana onze, cinco pessoas com hipertensão que foram visitados pela equipe nos seus locais de trabalho, procuraram atendimento e foram avaliados por todos os profissionais. A ideia de visitar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes da zona rural, nos próprios locais de trabalho deu resultado. A rotina da UBS mudou, os usuários chegam cedo para a ação coletiva de educação em saúde, e a gestão garante um delicioso café para as pessoas que participam da conversa.

Em reunião de equipe, fizemos um escala com os nomes dos profissionais de saúde que ficarão responsáveis pela ação coletiva de cada dia da semana e o tema que será abordado nesses dias. Foi colocada na entrada da UBS, uma folha com a

relação dos temas, para que a população conheça e participe no nos dias de seu maior interesse.

Na décima segunda semana, mantivemos a rotina das ações, desenvolvemos as ações coletivas, realizamos os atendimentos individuais, visitamos a casa do dono do forno para solicitar ajuda no encaminhamento dos seus funcionários com hipertensão e/ou diabetes, ação esta, que obtivemos sucesso. Mesmo assim, a semana foi de poucos atendimentos no sentido geral. Todas as pessoas pertencentes ao programa foram avaliadas pelo dentista e receberam orientações de prevenção.

A coleta de exames laboratoriais foi normalizada, foram realizadas coletas de sangue na UBS, mas ainda com pouca procura. Recebemos vários resultados de exames complementares de pacientes já avaliados, e através dos ACS enviamos um bilhete para cada usuário, comunicado a chegada do resultado do exame. Finalizamos a intervenção para o curso, mas as ações continuam sendo realizadas do mesmo jeito na UBS. A equipe comprometeu-se avaliar toda nossa população alvo nos próximos três meses. Desejamos a breve finalização dos reparos das estradas, para que possamos retomar com nossa programação de visitas aos povoados e alcançar a melhoria da saúde de toda a população com hipertensão e/ou diabetes da zona rural.

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

Todas as ações previstas no projeto foram realizadas.

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

Durante toda a intervenção, ao final de cada semana, o médico e/ou enfermeiro realizavam o monitoramento das ações através da ficha espelho, e transcreviam os dados das fichas para a PCD. Em nenhum momento houve dificuldade na coleta e sistematização dos dados, sendo o trabalho com a PCD

muito interessante e de grande ajuda, pois a planilha é de fácil manejo e calcula automaticamente todos os indicadores. Para poder elaborar esse relatório, fizemos um relatório diário durante toda a intervenção para não esquecer detalhes importantes de nosso trabalho. Foi utilizado o termo de consentimento livre e esclarecido que autorizava a utilização da imagem dos usuários.

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

As ações desenvolvidas durante a intervenção já fazem parte da rotina dos atendimentos de nossa UBS. Também conseguimos estimular a equipe da zona urbana, pois os usuários do serviço, ao perceberem as mudanças destinadas aos usuários da zona rural, começaram a questionar a possibilidade de receber o mesmo tipo atendimento. O médico responsável pela zona urbana se interessou pelo projeto de intervenção e foi convidado a realizar atendimento integral às pessoas com hipertensão e/ou diabetes de sua área de abrangência. Entregamos uma cópia da ficha espelho ao médico, que prometeu estudá-la, e somar com a avaliação integral de seus usuários. No dia seguinte, chegou a UBS com várias cópias da ficha espelho e começou avaliar integralmente as pessoas com hipertensão e diabetes da sua área de abrangência.

Hoje nós podemos dizer que as pessoas com hipertensão e diabetes do município recebem atenção integral, de acordo com o Protocolo de Hipertensão e Diabetes do Ministério de Saúde.



## 4 - Avaliação da intervenção

### 4.1- Resultados

A intervenção realizada na UBS Sitio Santo Antônio foi projetada para ser realizada no período de 12 semanas, e teve como objetivo geral melhorar a atenção as pessoas com hipertensão e/ou diabetes da área de abrangência da UBS, que apresenta uma população total de 2136 habitantes. A estimativa de pessoas com 20 anos ou mais com Hipertensão e/ou Diabetes residentes na área de cobertura da UBS, segundo a Planilha de Coleta de Dados (PCD) do Curso de Especialização em Saúde da Família é de 325 e 80, respectivamente, mas optamos por utilizar os dados da UBS, já que são dados atualizados, sendo assim, possuímos em nossa área 168 pessoas com hipertensão e 40 pessoas com diabetes. Na intervenção iniciada em setembro de 2015, acolhemos e cadastramos no programa de Hipertensão e Diabetes da UBS 88 pessoas com hipertensão e 13 pessoas com diabetes.

A seguir destacaremos os objetivos, as metas e resultados encontrados ao longo dos três meses de intervenção:

**Objetivo 1.** Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas

**Meta 1.1.** Cadastrar 50% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

**Indicador 1.1:** Cobertura do Programa de atenção ao hipertenso da UBS.

Inicialmente nossa UBS não tinha cadastro oficial de pessoas com hipertensão e/ou diabetes atendidas no serviço. As poucas fichas de pessoas da população alvo que possuíamos tinham dados incompletos, e seria inviável fazer algum tipo de monitoramento através dos prontuários das pessoas, sendo assim, decidimos iniciar o Programa de hipertensão e diabetes do zero. Começamos a intervenção com a participação de 32 pessoas com hipertensão no primeiro mês (19%), no segundo mês já possuíamos 71 pessoas (42,3%) e no terceiro mês já tínhamos um total de 88 pessoas com hipertensão (52,4%).

Embora a equipe tenha passado por algumas dificuldades durante a intervenção, como a falta de transporte para o deslocamento até os povoados da área, a meta estabelecida foi cumprida. Devemos destacar como ponto positivo para o alcance da meta o envolvimento de toda equipe, e também a organização e correta realização das ações seguindo o cronograma. Foi de muita ajuda a capacitação dos profissionais da UBS sobre os protocolos de Hipertensão e Diabetes do Ministério da Saúde, melhorou-se o acolhimento dos usuários com hipertensão e a qualidade de seus registros na UBS. Foi garantido esfigmomanômetro, manguitos e fita métrica para verificação da pressão arterial de forma criteriosa pelos profissionais da UBS.

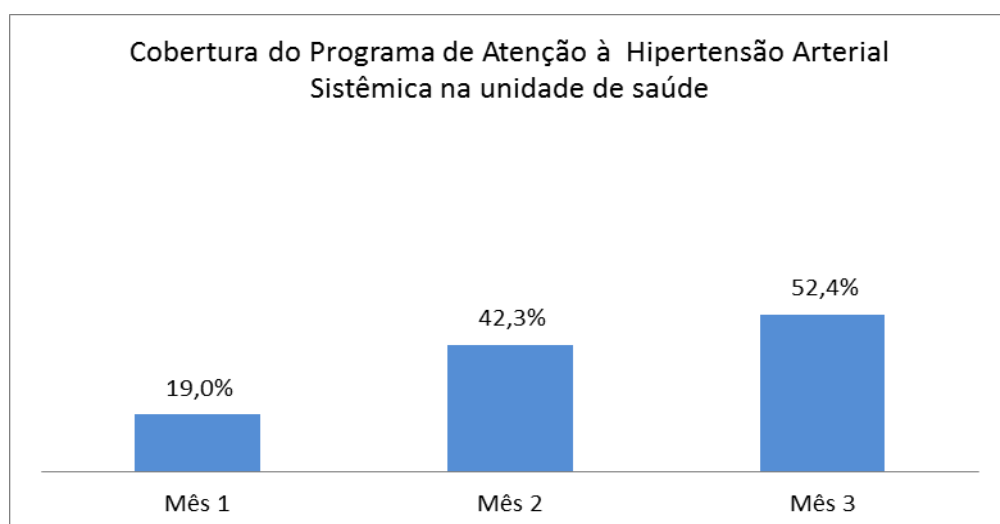


Figura 1. Gráfico da Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na UBS Sítio Santo Antônio, Município Passagem Franca, Piauí. Fonte: Planilha Coleta de dados, 2015.

**Meta 1.2.** Cadastrar 50% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

**Indicador 1.2:** Cobertura do Programa de atenção ao diabético da UBS

Nossa intervenção começou com 5 pessoas com diabetes no primeiro mês (12,5%). No segundo mês já tínhamos cadastrados 8 pessoas (20,0%) e finalizamos o terceiro mês com 13 pessoas com diabetes (32,5%) cadastradas no programa da UBS.

A capacitação dos profissionais da UBS melhorou o cadastramento e atualização dos pacientes diabéticos, pois favoreceu que todos os usuários da zona rural com pressão arterial maior que 135/80 mmHg realizam-se hemoglicoteste para definir o diagnóstico de Diabetes Mellitus. Apesar do esforço de toda a equipe, não foi possível cumprir a meta proposta, pois a falta de transporte adequado para o deslocamento até os povoados, e as condições precárias das estradas, influíram no resultado.

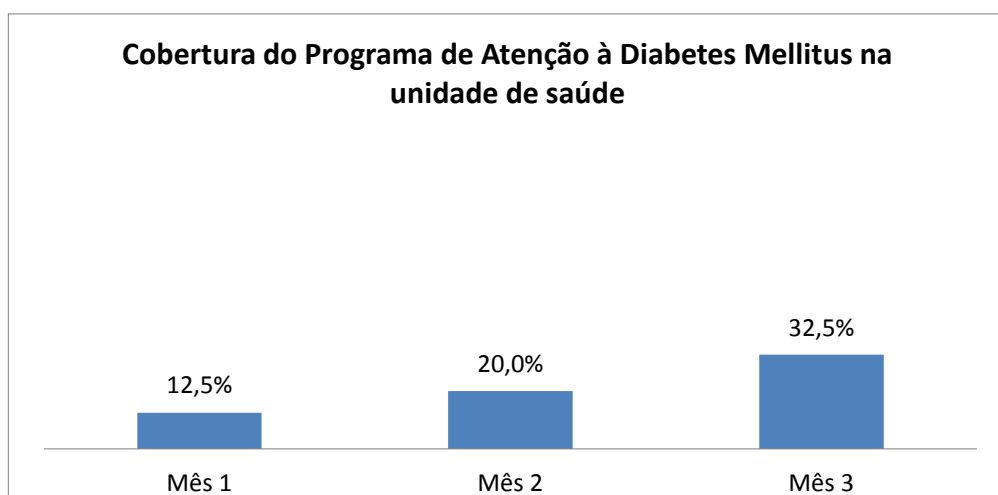


Figura 2. Gráfico da cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na UBS Sítio Santo Antônio, Município Passagem Franca, Piauí. Fonte: Planilha Coleta de dados, 2015.

Mesmo com os entraves relacionados a distância entre as residências das pessoas da área e a UBS, além das ações citadas acima em cada meta, foram articuladas outras estratégias que permitiram ampliar a cobertura do programa (metas 1.2 e 1.2), houve a colaboração dos ACS que fizeram um trabalho muito importante em suas comunidades visitando os usuários da população alvo e engajando-os para receber atendimento na UBS, como também de dois usuários, sendo que um deles era marido de uma ACS, que forneceram transporte para as pessoas. Recebemos também apoio da secretaria de saúde, fornecendo

alimentação a essas pessoas, e também contamos com o apoio dos alunos da escola do ensino médio, na divulgação do programa para seus pais e avós.

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

**Meta 2.1.** Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

**Indicador 2.1.** Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Neste indicador, atingimos 100% nos três meses da intervenção. No primeiro mês de intervenção 32 pessoas receberam exame clínico adequado, no segundo mês 71 pessoas e no terceiro mês todas as 88 pessoas com hipertensão tinham recebido o exame clínico apropriado.

Novamente consideramos que a capacitação dos profissionais e o comprometimento de cada um na intervenção, executando as ações conforme o protocolo impactou de forma positiva neste indicador. Não podemos deixar de comentar a participação da comunidade e gestão, para que as pessoas fossem trasladadas até a UBS para a realização do exame clínico.

**Meta 2.2.** Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

**Indicador 2.2.** Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Neste indicador, também atingimos a meta de 100% em todos os três meses. No primeiro mês de intervenção todas as 5 pessoas com diabetes receberam exame clínico apropriado, no segundo mês todas as 8 pessoas receberam exame clínico apropriado e finalizamos o terceiro mês de intervenção com todas as 13 pessoas com diabetes examinadas. A justificativa para o cumprimento dessa meta é a mesma que apresentamos no indicador 2.1.

**Meta 2.3.** Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

**Indicador 2.3.** Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia.

Nos três meses de intervenção, todas as pessoas com diabetes tiveram seus pés examinados. No primeiro mês as 5 pessoas com diabetes tiveram seus pés examinados, no segundo mês as 8 pessoas tiveram seus pés examinados, o que se repetiu no terceiro mês, onde todas as 13 pessoas estavam com seu exame dos pés em dia. Novamente podemos salientar que a capacitação teve papel fundamental no desenvolvimento desta ação, pois a UBS tinha o monofilamento 10g para exame dos pés, mas não era utilizado antes do início de nosso projeto. Após a capacitação a equipe sentiu-se mais segura em realizar um exame com qualidade.

**Meta 2.4.** Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 2.4.** Proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

A proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo comportou-se da seguinte maneira. No primeiro mês de intervenção, das 32 pessoas com hipertensão cadastradas no programa, somente 2 (6,3%), estavam com os exames complementares em dia. No segundo mês das 71 pessoas com hipertensão, apenas 12 (16,9%), estavam com os exames complementares em dia. No terceiro mês das 88 pessoas com hipertensão, apenas 34 (38,6%) tinham os exames complementares em dia.

Embora a equipe estivesse capacitada para a solicitação de exames complementares segundo o protocolo, tivemos algumas dificuldades para alcançar as metas desejadas. Nosso município não possui laboratório para analisar os exames complementares, estes são analisados em outro município, que possui convenio com a prefeitura. A profissional responsável realiza as coletas de exames laboratoriais uma vez na semana, que são enviados a outro município para análise, mas problemas com o pagamento dessa profissional que realiza a coleta de exames de laboratório, fez com que ela se ausentasse por mais de um mês, além disso, por problemas de saúde ficou afastada por mais tempo. Também o predomínio de famílias com baixa renda impediu as pessoas de realizar os exames complementares em clínicas ou laboratórios privados. Estas dificuldades

contribuíram com a pouca proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

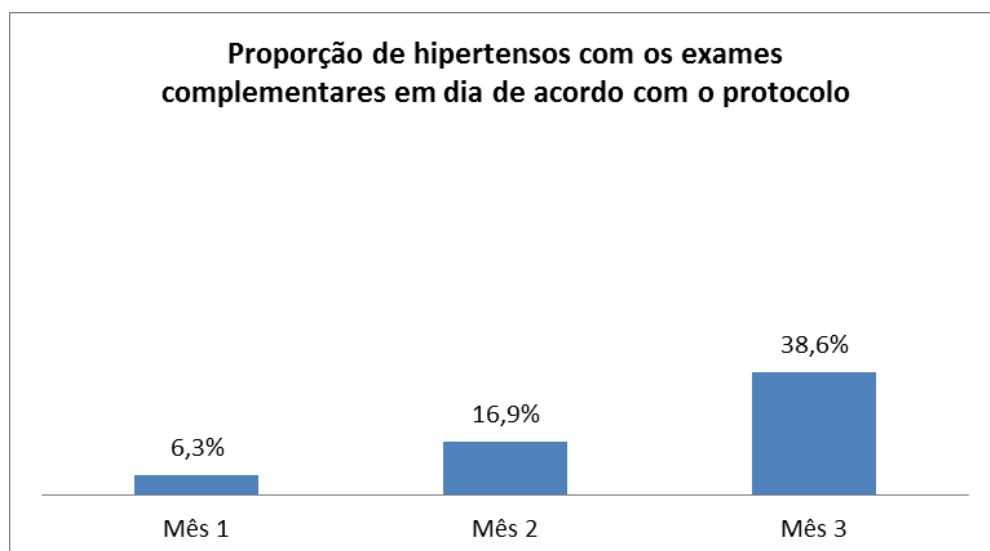


Figura 3. Gráfico da proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Sítio Santo Antônio, Município Passagem Franca, Piauí. Fonte: Planilha Coleta de dados, 2015.

**Meta 2.5.** Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 2.5.** Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

A proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo comportou-se da seguinte maneira. No primeiro mês nenhuma das 5 pessoas com diabetes cadastradas estavam com seus exames complementares em dia. No segundo mês das 8 pessoas com diabetes, apenas 3 (37,5%) estavam com os exames complementares em dia. No terceiro mês das 13 pessoas com diabetes, 10 (76,9%) apresentavam os exames complementares em dia.

Esses números são atribuídos a dificuldade da coleta e realização do exame, pela ausência da profissional responsável pela coleta dos exames laboratoriais e a demora dos resultados, pois os exames são enviados a outro

município conveniado, além disso, a baixa renda das pessoas dos povoados dificulta a realização dos exames em clínicas e laboratórios particulares. Procuramos varias vezes os gestores para a solução do problema dos exames complementares e pouco foi resolvido.

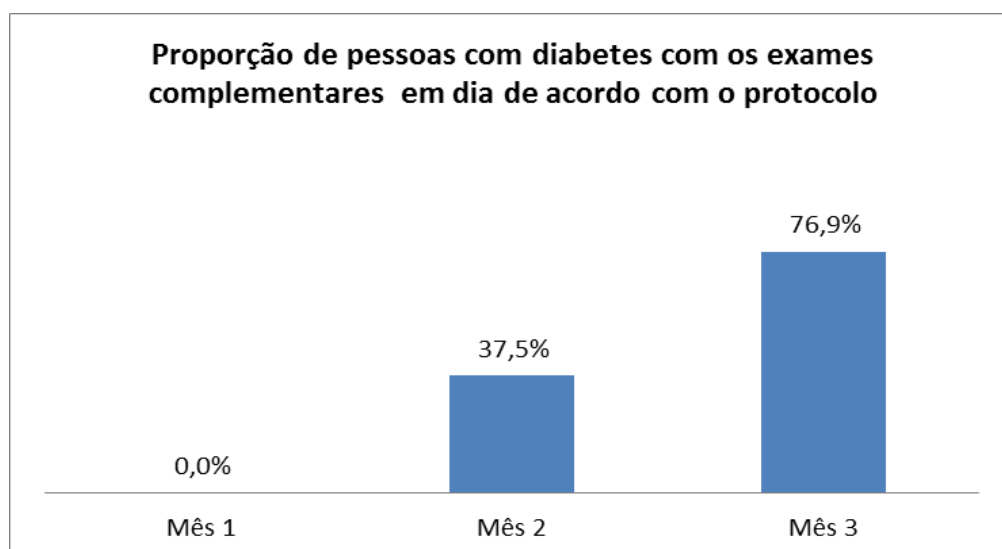


Figura 4. Gráfico da proporção de pessoas com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Sitio Santo Antônio, Município Passagem Franca, Piauí. Fonte: Planilha Coleta de dados, 2015.

**Meta 2.6.** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

**Indicador 2.6.** Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

No primeiro mês de intervenção, todas as 32 pessoas com hipertensão cadastradas na UBS receberam prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, o que representa 100%. No segundo mês das 71 pessoas cadastradas, 70 (98,6%) tinham prescrição de medicamentos da farmácia popular, este único paciente é acompanhado pelo Cardiologista e tem tratamento com medicamentos que não são da Farmácia Popular. No terceiro mês, das 88 pessoas com hipertensão cadastradas, 87 (98,9%) receberam tratamento da Farmácia Popular. A pessoa que não utiliza as medicações da farmácia popular é a mesma descrita no segundo mês.

É importante ressaltar que o município não tem Farmácia Popular e os medicamentos são fornecidos gratuitamente na UBS, mas nem sempre suficientes, tanto em quantidade como diversidade. Sempre orientamos quanto ao direito dos

usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso no município mais perto com Farmácia Popular. Temos um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com hipertensão cadastrados na UBS, para garantir os medicamentos.

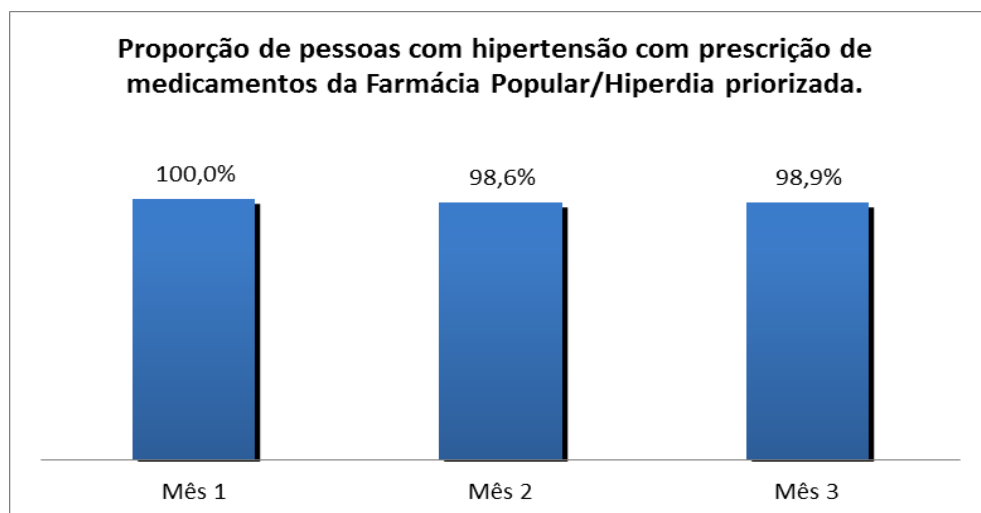


Figura 5. Gráfico da proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Sitio Santo Antônio, Município Passagem Franca, Piauí. Fonte: Planilha Coleta de dados, 2015.

**Meta 2.7.** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

**Indicador 2.7.** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

A prescrição de medicamentos da Farmácia Popular para as pessoas com diabetes comportou-se de forma diferente. Nos três meses de intervenção todas as pessoas com diabetes cadastradas apresentavam prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, colaborando para o cumprimento da meta de 100%. Durante os atendimentos clínicos, realizamos atualização do tratamento do diabetes, e a equipe orientou aos usuários quanto ao direito do acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso. A equipe elaborou um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com diabetes cadastrados na UBS, para realizar controle sistemático de estoque (incluindo validade) de medicamentos.



**Meta 2.8.** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

**Indicador 2.8.** Proporção de pessoas hipertensas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

No primeiro mês de intervenção das 32 pessoas com hipertensão cadastradas, 29 (90,6%), foram avaliadas quanto a necessidade de atendimento odontológico. No segundo mês das 71 pessoas cadastradas, 67 (94,4%) pessoas com hipertensão foram avaliadas. Já no terceiro mês, das 88 pessoas cadastradas todas foram avaliadas quanto a necessidade de atendimento odontológico.

Nossa UBS tem atendimento odontológico mais a procura é pouca. Geralmente procuram atendimentos só quando apresentam alguma emergência. O dentista capacitou a equipe para avaliar as necessidades de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão. Os ACS orientaram as comunidades sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente das pessoas com hipertensão. Com um ótimo acolhimento as pessoas foram avaliadas pelo médico ou enfermeiro. Em cada acompanhamento realizado, explicamos a importância da saúde bucal para prevenir doenças como o câncer bucal, entre outras doenças. Depois foram avaliados pelo dentista aumentando a procura de atendimentos para prevenção de doenças bucais. A unidade de atendimento odontológico encontra-se afastado da UBS. O dentista se ausentou por vários dias, mas a avaliação das necessidades de atendimento odontológico foi realizada pelo médico e enfermeiro.

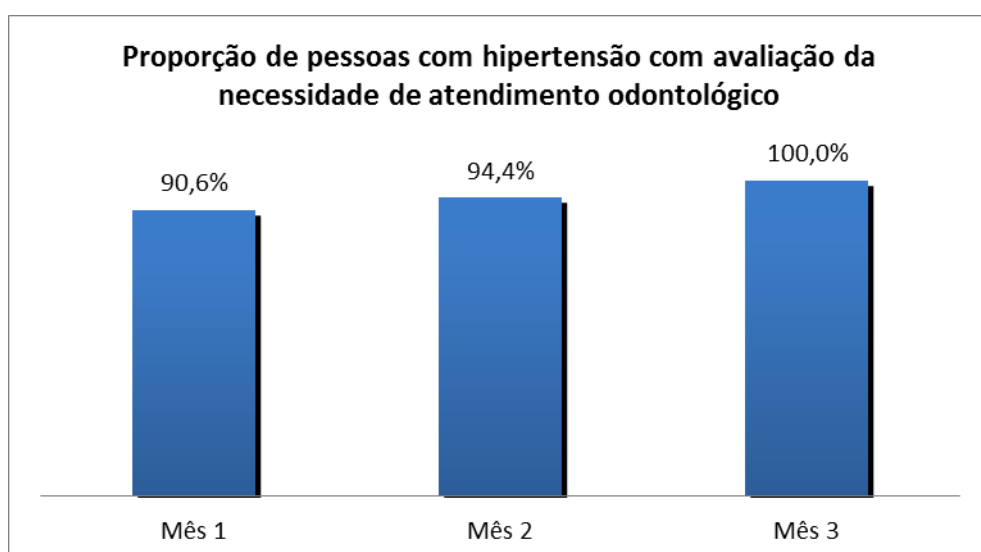


Figura 6. Gráfico da proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Sitio Santo Antônio, Município Passagem Franca, Piauí. Fonte: Planilha Coleta de dados, 2015.

**Meta 2.9.** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

**Indicador 2.9.** Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Todas as pessoas com diabetes cadastradas foram avaliadas nos três meses de intervenção, 5, 8, 13 respectivamente quanto suas necessidades de atendimento odontológico, atingindo a cobertura de 100% nos três meses. A justificativa para o sucesso dessa ação é a mesma do indicador 2.8.

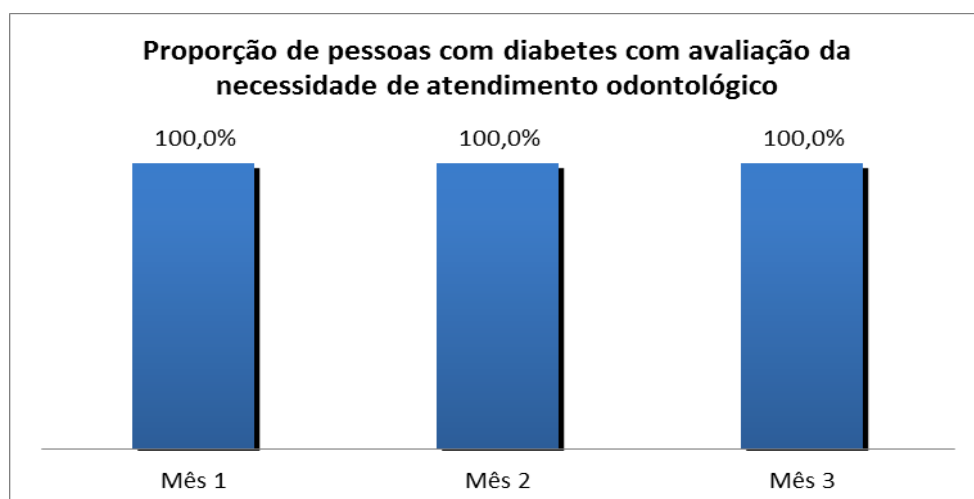


Figura 7. Gráfico da proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Sitio Santo Antônio, Município Passagem Franca, Piauí. Fonte: Planilha Coleta de dados, 2015.

**Objetivo 3.** Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

**Meta 3.1.** Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.1.** Proporção de pessoas com hipertensão faltosas às consultas médicas com busca ativa.

No primeiro mês de intervenção não tivemos pessoas cadastradas faltosas as consultas. No segundo mês, foi procurada uma pessoa com hipertensão faltosa e no terceiro mês, não tivemos pessoas faltosas.

A capacitação dos ACS para a orientação de pessoas com hipertensão quanto a importância da realização das consultas e sua periodicidade, foi fundamental no cumprimento dessa meta. Sem o apoio dos ACS seria impossível alcançar os resultados, porque o problema do transporte para o deslocamento da equipe até os povoados, atrapalhou as visitas programadas para os povoados.

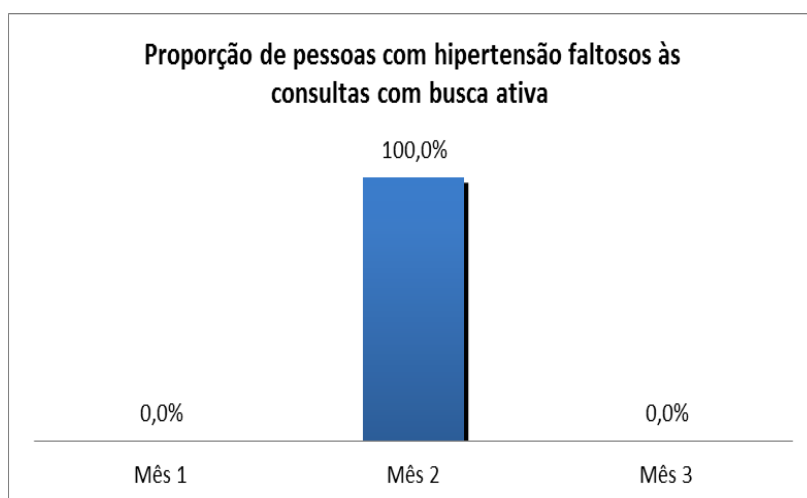


Figura 8. Gráfico da proporção de hipertensos faltosos as consultas com busca ativa na UBS Sitio Santo Antônio, Município Passagem Franca. Piauí. Fonte: Planilha Coleta de dados, 2015.

**Meta 3.2.** Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.2.** Proporção de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Nos três meses avaliados não tivemos pessoas com diabetes faltosas as consultas conforme a periodicidade recomendada no protocolo.

Cabe destacar a desempenho dos ACS após a capacitação, para orientar as pessoas com diabetes, quanto a realização das consultas e sua periodicidade.

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

**Meta 4.1.** Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

**Indicador 4.1.** Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Atingimos a meta de 100% nos três meses da intervenção, pois todas as pessoas com hipertensão cadastradas no programa da UBS apresentaram registro adequado na ficha de acompanhamento. Para alcançar o resultado desejado, o médico capacitou toda a equipe no preenchimento dos registros necessários ao acompanhamento da pessoa com hipertensão e registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

**Meta 4.2.** Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

**Indicador 4.2.** Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Atingimos a meta de 100% nos três meses da intervenção, pois todas as pessoas com diabetes cadastradas no programa da UBS apresentaram registro adequado na ficha de acompanhamento.

A justificativa para o sucesso dessa ação é a mesma do indicador 4.1

**Objetivo 5.** Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

**Meta 5.1.** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

**Indicador 5.1** Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

Atingimos a meta de 100% nos três meses da intervenção, pois todas as pessoas com hipertensão cadastradas no programa da UBS realizaram estratificação de risco cardiovascular.

A capacitação da equipe para importância de realizar e registrar a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, enquanto estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis permitiu atingir a meta de 100% nos três os meses de intervenção.

**Meta 5.2.** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

**Indicador 5.2.** Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

Nos três meses de intervenção realizou-se a estratificação de risco cardiovascular em todas as pessoas com diabetes, o que permitiu a equipe a atingir 100% da meta em todos os meses.

Para obter sucesso, utilizamos a mesma estratégia referenciada no indicador 5.1.

**Objetivo 6.** Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

**Meta 6.1.** Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

**Indicador 6.1.** Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional.

No primeiro mês de intervenção 32 (100%) das pessoas com hipertensão cadastradas receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, no segundo mês 71 (100%) das pessoas com hipertensão cadastradas receberam orientações e no terceiro mês de intervenção todas as 88 (100%) das pessoas com hipertensão haviam recebido orientação nutricional sobre alimentação saudável.

A nutricionista da UBS também colaborou para o alcance da meta, capacitando a equipe antes de iniciar a intervenção sobre as práticas de alimentação saudável. Quando iniciamos a intervenção, todas as pessoas que passavam pela avaliação clínica realizada pelo médico ou enfermeiro, eram encaminhadas a consulta com a nutricionista para avaliação e orientação, mas no segundo mês de intervenção essa profissional afastou-se do serviço por falta de pagamento, e as orientações passaram a ser assumidas pelo médico e enfermeiro, que conseguiram manter todas as pessoas orientadas nos três meses de intervenção.

**Meta 6.2.** Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

**Indicador 6.2.** Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional.

Nos três meses de intervenção, todas as pessoas com diabetes cadastradas receberam orientações nutricionais, atingindo a meta de 100% em todos os meses.

Os fatores que colaboraram para o cumprimento da meta foram os mesmos citados no indicador 6.1.

**Meta 6.3.** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

**Indicador 6.3.** Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre prática regular de atividade física.

Nos três meses de intervenção, todas as pessoas com hipertensão cadastradas no programa da UBS, receberam orientações sobre a prática regular de atividade física, atingindo a meta de 100% em todos os meses.

Para o sucesso dessa meta, a secretaria de saúde fez parceria com o educador físico de uma academia da cidade para capacitar a equipe sobre prática regular de atividade física. Pactuou-se uma turma com as pessoas com hipertensão e diabetes para receber atividade física diferenciada, mas para os usuários da zona rural foi difícil o deslocamento. A capacitação da equipe pelo educador físico foi muito importante para o desenvolvimento posterior da intervenção e assim manter a proporção em 100% dos pacientes que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

**Meta 6.4.** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

**Indicador 6.4.** Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre prática regular de atividade física.

Nos três meses de intervenção, todas as pessoas com diabetes cadastradas no programa da UBS, receberam orientações sobre a prática regular de atividade física, atingindo a meta de 100% em todos os meses.

Os fatores que colaboraram para o cumprimento dessa meta foram os mesmos citados no indicador 6.3.

**Meta 6.5.** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

**Indicador 6.5.** Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Nos três meses de intervenção, todas as pessoas com hipertensão cadastradas no programa da UBS, receberam orientações sobre os riscos do tabagismo, atingindo a meta de 100% em todos os meses.

Para alcançar esta meta durante o atendimento clínico, o médico e enfermeiro orientaram sobre os riscos do tabagismo e sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. Além de monitorar semanalmente a realização de orientação sobre este tema mediante as informações oferecidas pela equipe em atividades coletivas realizadas na UBS sobre este tema.

**Meta 6.6.** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

**Indicador 6.6.** Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Nos três meses de intervenção, todas as pessoas com diabetes cadastradas no programa da UBS, receberam orientações sobre os riscos do tabagismo, atingindo a meta de 100% em todos os meses.

Os fatores que colaboraram para o cumprimento dessa meta foram os mesmos citados no indicador 6.5.

**Meta 6.7.** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

**Indicador 6.7.** Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

Nos três meses de intervenção, todas as pessoas com hipertensão cadastradas no programa da UBS, receberam orientações sobre higiene bucal, atingindo a meta de 100% em todos os meses.

Antes de iniciar a intervenção, percebemos a necessidade de capacitar toda equipe em todas as ações de saúde previstas para desenvolver o projeto, sendo assim, tínhamos que estar preparados para as questões relacionadas a saúde bucal. Solicitamos apoio ao dentista, que preparou uma conversa com a equipe oferecendo orientações de higiene bucal. Foi muito bem vinda porque no segundo mês da intervenção o dentista faltou por vários dias e a equipe continuou oferecendo as orientações as pessoas com hipertensão que recebiam atendimentos. Isso fez aumentar o conhecimento das pessoas cadastradas e seus familiares sobre saúde bucal. Também aumentou a procura nos atendimentos para consulta odontológica de prevenção.

**Meta 6.8.** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

**Indicador 6.8.** Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

Nos três meses de intervenção, todas as pessoas com diabetes cadastradas no programa da UBS, receberam orientações sobre higiene bucal, atingindo a meta de 100% em todos os meses.

As ações que colaboraram para o cumprimento dessa meta foram as mesmas citadas no indicador 6.7.

## **4.2 Discussão**

A intervenção sobre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde Sítio Santo Antônio do município Passagem Franca do Piauí, propiciou a ampliação da cobertura da atenção as pessoas com hipertensão e diabetes com melhoria dos registros, a qualificação da atenção a essas pessoas, o



começo de atividades programadas de promoção e prevenção com a participação de outros profissionais, assim como a identificação das pessoas de risco.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Além disso, a intervenção melhorou o trabalho em equipe, já que exigiu um trabalho integrado de todos, do médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, recepção, e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Considero importante destacar o trabalho desenvolvido pelos ACS, os quais realizaram um bom desempenho de suas atividades, o que permitiu o êxito da intervenção.

As reuniões da equipe foram muito proveitosas para a qualificação da prática clínica e para traçar as estratégias para cada uma das ações da planilha de objetivos, metas, indicadores e ações. Além disso, favoreceu a união da equipe e o pensamento de trabalhar juntos até alcançar os objetivos propostos, discutir sobre dúvidas da equipe e analisar as deficiências detectadas no trabalho da intervenção e criar medidas alternativas para corrigir a mesma. Também aproximou mais os ACS aos outros profissionais da equipe fortalecendo o sentido da equipe e trabalhando por as mesmas metas.

As ações de saúde provocaram um impacto positivo na população, evidenciado pelos resultados obtidos, e pela satisfação mostrada pela comunidade. Foi permitido identificar os principais fatores de risco e as pessoas com risco elevado de complicações, aumentou o nível de conhecimento na população sobre as duas doenças e favoreceu o acompanhamento correto e integral das pessoas com hipertensão e/ou diabetes. Não podemos deixar de destacar a influência da intervenção na equipe da outra UBS, que passou a acolher as pessoas de sua área de abrangência segundo o protocolo de hipertensão e diabetes do Ministério de Saúde.

Podemos dizer que antes da intervenção as atividades de atenção a Hipertensão e Diabetes eram concentradas no médico. Com as reuniões da equipe e o desenvolvimento do projeto foi organizado um agendamento destas pessoas com o enfermeiro, que aproveitou as atividades do grupo e palestras realizadas para desenvolver as ações coletivas.

Para conseguirmos realizar um bom trabalho orientamos as atribuições de cada membro da equipe, reforçando as ações dos ACS, que têm um importante

papel dentro das comunidades e na UBS, viabilizando o atendimento a um maior número de pessoas. A melhoria dos registros das pessoas com hipertensão e diabetes viabilizou um melhor controle da situação de saúde das pessoas cadastradas, das ações realizadas e aperfeiçoou o monitoramento, planejamento e compra de insumos e medicamentos para a atenção as pessoas de nossa zona rural que procuram atendimento. A classificação de riscos das pessoas com hipertensão e diabetes apoiou a priorização do atendimento dos mesmos.

Avaliamos que ainda temos que ampliar a cobertura para um grupo maior da população, diagnosticando novos casos e ampliando as ações nos grupos através de reuniões nos próprios povoados, realizar ações que envolvam a população que se encontra passiva frente aos seus problemas de saúde. Conscientizar a população sobre os benefícios que teriam com relação a sua saúde se participassem das atividades coletivas desenvolvidas na UBS.

Consideramos que a intervenção poderia ter sido facilitada se o transporte da equipe tivesse sido garantido para realizar as visitas programadas aos povoados. Assim tínhamos possibilidades de interagir com a população, explicar os objetivos da intervenção, escutar suas queixas e dificuldades, além de aproximar os povoados do serviço de saúde.

Atualmente percebemos que a equipe está integrada, entusiasmada com os resultados alcançados, comprometida com o programa de Hipertensão e Diabetes, e que as ações já fazem parte da rotina do serviço. Cada um dos membros da equipe conhece suas atribuições e ações, a cada dia aperfeiçoa seu trabalho. Se o problema de transporte for resolvido, nos próximos quatro meses teremos condições de superar as dificuldades encontradas inicialmente, e avaliar toda a população da nossa área de abrangência.

Enfim, para poder realizar com êxito estas ações é necessário ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade da priorização da atenção as pessoas com hipertensão e diabetes, engajar os líderes comunitários de cada povoado no programa e garantir nosso transporte, para facilitar o deslocamento a todos os povoados da nossa área de abrangência.

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

A intervenção na ação programática Hipertensão e Diabetes foi realizada durante 12 semanas na UBS Sitio Santo Antônio, município Passagem Franca no estado Piauí. Foram realizadas ações de qualificação da prática clínica, organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação e engajamento público. Os usuários receberam um atendimento qualificado, com ações de promoção e prevenção para melhorar o estado de saúde da população e mudar os hábitos e estilos de vida dessas pessoas, para evitar complicações que na maioria dos casos deixam sequelas irreversíveis.

Durante o desenvolvimento da intervenção recebemos apoio da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) com a impressão do projeto, dos protocolos de Hipertensão e Diabetes do Ministério da Saúde e das fichas espelhos para cada usuário cadastrado, folhas, canetas. A SMS também garantiu almoço para todos os usuários provenientes dos povoados distantes.

As primeiras ações realizadas foram as capacitações dos profissionais da unidade de saúde de acordo com os Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Estas capacitações foram realizadas na própria UBS pelo médico e enfermeiro, abordando temas importantes como a melhoria do acolhimento dos pacientes hipertensos e diabéticos na unidade, assim como orientações a comunidade sobre como alcançar estilos de vida mais saudáveis, os fatores de risco, prevenção de complicações, medicamentos de Hiperdia, responsabilidades e ações a serem desenvolvidas por cada membro da equipe, entre outras ações.

Os agentes comunitários de saúde foram muito importantes no desenvolvimento da intervenção. Com ausência do transporte para o deslocamento dos profissionais, os ACS foram os que procuraram as pessoas com hipertensão e diabetes em suas casas, insistiram para que procurassem atendimentos na UBS,

realizaram ações de promoção e prevenção orientando aos pacientes sobre temas relacionados a suas doenças, engajaram as comunidades nas ações com muito êxito, sem eles o número de cadastramentos e acompanhamentos seriam muito menor.

Todas as pessoas com hipertensão e diabetes que tiveram participação no programa foram avaliadas com exame clínico em dia de acordo ao protocolo. Todas as pessoas com diabetes tiveram seus pés examinados. Os usuários da população alvo em sua maioria (98,9%) apresentam prescrição de medicamentos da farmácia popular. Todas as pessoas integradas ao programa receberam avaliação da estratificação de risco cardiovascular, orientação nutricional sobre alimentação saudável, realização de atividade física de forma regular, orientação sobre higiene bucal como prevenção de câncer bucal e outras doenças, assim como os riscos do tabagismo.

Como em toda intervenção encontramos dificuldades, que em nosso caso, as principais foram a realização de exames complementares, pois não foi possível realizar em todos os cadastrados devido a problemas como profissional que realiza as coletas. A falta do transporte constituiu uma dificuldade importante, pois não permitiu o deslocamento dos profissionais a cada povoado, para assim atender e avaliar cada usuário, prestar atendimento odontológico sem que eles precisassem deslocar-se, além de não permitir diagnosticar aqueles pacientes com morbidade oculta das duas doenças.

A intervenção iniciou com 32 pessoas hipertensas cadastradas no primeiro mês representando 19,0% da população estimada, no segundo mês o acompanhamento chegou a 71 pessoas, resultando em 42,3% de cobertura e no mês terceiro ultrapassamos a meta proposta acompanhando 88 pessoas finalizando com 52,4% das pessoas cadastradas. Com relação as pessoas com diabetes, no primeiro mês cadastramos 5 pessoas (12,5%), no segundo mês a cifra ascendeu a 8 pessoas, o que representa 20,0% da população estimada e no terceiro mês finalizamos com 13 pessoas acompanhadas, que constituem 32,5% de pessoas com diabetes área de abrangência.

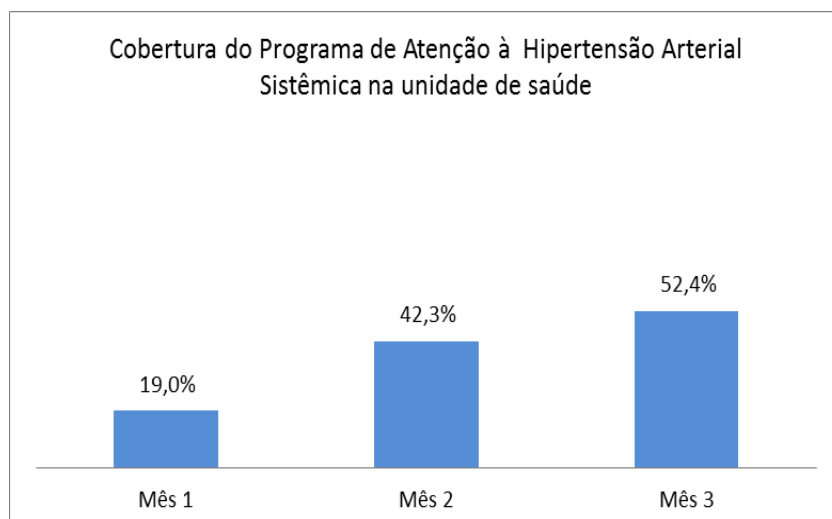


Figura 1. Cobertura de pessoas com hipertensão cadastradas na UBS Sitio Santo Antônio, Município Passagem Franca, Piauí. Fonte: Planilha Coleta de dados, 2015

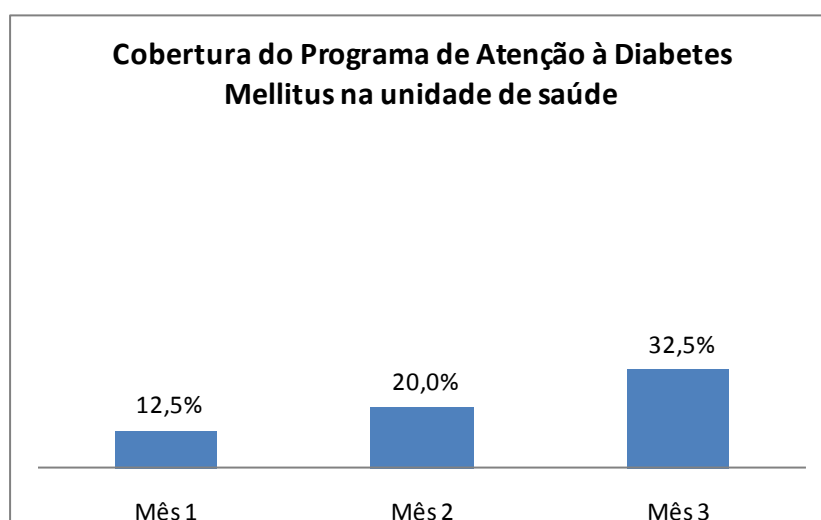


Figura 2. Proporção de diabéticos cadastrados na UBS Sitio Santo Antônio, Município Passagem Franca, Fonte: Planilha Coleta de dados, 2015.

Para alcançar as metas estipuladas, precisamos do apoio dos gestores do município, garantindo os princípios da Universalidade e da Integralidade, todas estas ações cumpridas receberam apoio dos gestores durante toda a intervenção.

A priorização de exames laboratoriais para as pessoas com diabetes e hipertensão é uma das ações que deve ser atentada pelos gestores de saúde, já que constitui uma das dificuldades principal que apresentamos em nossa unidade, assim como a priorização das referências a especialidades. Contamos com o apoio

da SMS para que as ações tenham continuidade melhorando de forma efetiva a saúde da população.

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

Em nossa Unidade de Saúde realizou-se um projeto de intervenção com o objetivo de melhorar a saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes, onde participaram das ações 88 pessoas com hipertensão e 13 com diabetes. Antes da intervenção tínhamos uma estimativa do número de pacientes hipertensos e diabéticos acompanhados pela UBS, mais não tínhamos controle adequado desses usuários e os prontuários apresentavam dados incompletos. Por acreditarmos que o número de pessoas com hipertensão e diabetes era muito maior do que sabíamos, e que essas pessoas mereciam um atendimento de qualidade, nos motivamos a realizar a intervenção.

Uma das atividades realizadas pela equipe para melhorar a saúde desses usuários foram as reuniões da equipe, momentos onde todos os profissionais foram capacitados para atuar nessa ação programática e também eram avaliadas as ações realizadas e o planejamento das ações futuras. Em uma destas reuniões surgiu à ideia de realizar conversas antes de começar os atendimentos com os usuários na área do refeitório da UBS. Isso favoreceu a aproximação dos usuários com a equipe, escutar suas queixas e melhorar o conhecimento dessas pessoas sobre o tema específico das conversas. Foi uma experiência muito favorável, pois o médico da outra UBS interessou-se por nosso projeto e começou a incorporar as ações de nosso projeto em sua comunidade. O número de pessoas com hipertensão e/ou diabetes nas conversas foi aumentando e essa ação teve boa aceitação.

Com a intervenção foi possível acolher e acompanhar pessoas com hipertensão e diabetes, cadastrando essas pessoas no programa de Hipertensão e Diabetes da UBS. Os registros de cada usuário melhoraram o que permitiu o monitoramento das ações realizadas e a avaliação dos indicadores de cobertura e qualidade. Os agendamentos estão sendo programados com a periodicidade

adequada para cada caso e com acompanhamento adequado. É muito gratificante observar os resultados satisfatórios de nosso trabalho, realizamos exame clínico com estratificação de risco cardiovascular de cada um dos usuários, assim como orientações de promoção e prevenção destinadas a evitar as complicações destas doenças e suas complicações.

Foi importante a participação dos ACS oferecendo informação sobre as ações realizadas na UBS, e sobre a intervenção, realizando a busca ativa das pessoas com hipertensão e diabetes e na identificação de fatores de risco para estas doenças nas famílias e na comunidade. Contamos com o apoio da comunidade para que esta intervenção seja mantida e que a cada dia atinja um número maior de pessoas elevando assim a qualidade de vida dessas pessoas com diabetes e hipertensão e da comunidade como um todo.



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

O curso de especialização foi um grande processo de aprendizagem para mim, já que apesar de trabalhar sempre em Atenção Primária à Saúde, a experiência em outro país é muito interessante. O curso ajudou a ampliar o meu nível de conhecimento em medicina familiar e da saúde em geral no Brasil, contribuindo para a melhoria da qualidade da atenção aos usuários da minha área de abrangência, além de dar-me experiência para realizar outras intervenções em saúde aqui no Brasil ou em meu país. Realmente o curso exigiu muito esforço e dedicação, mas as experiências obtidas vão me servir para toda a vida.

Com o curso tive que acessar ao ambiente virtual, uma experiência completamente nova para mim, que também exigiu dedicação e muito apoio da minha orientadora através do espaço de Diálogo Orientador/Especializando, para superar as dificuldades, assim como no esclarecimento das dúvidas frente às diferentes atividades propostas. Este ambiente virtual permitiu interagir com os demais especializandos e orientadores, contribuindo no desenvolvimento dos espaços de diálogos clínicos ou de saúde coletiva.

Durante o curso foi desenvolvido nosso projeto de intervenção, sendo muito importante para a união da equipe, pois era imprescindível a participação de todos no desenvolvimento das ações programáticas. A intervenção exigiu um melhor conhecimento da língua portuguesa para realizar todas as atividades propostas, sendo elas práticas ou escritas. Além disso, a intervenção ajudou a interagir mais com a população, ampliando meu conhecimento sobre os costumes e os problemas socioculturais que afetam as comunidades, realizando mudanças nos hábitos e estilos de vida das pessoas com hipertensão e diabetes, aspectos que devem ser levados em conta para as novas estratégias de continuidade das ações realizadas durante a intervenção.

Para mim foi um grande prazer fazer parte deste grupo de especializandos e compartilhar minhas experiências em Saúde da Família, assim como, aprender com

as experiências de meus colegas para oferecer serviços de saúde integral, com ações que permitam alcançar uma maior qualidade de vida das comunidades.

## 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



Atendimentos na UBS

### Apêndice B



Atividade na praça do povo com pessoas HAS e Diabéticas.

## Apêndice C



. Reunião com a comunidade.

## Anexos

## Anexo A - Documento do comitê de ética



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

---

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

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

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

Prezada Pesquisadora;

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

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

## Anexo B- Planilha de coleta de dados

PCD Nitzan\_final.xls [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel

Arquivo Página Inicial Inserir Layout da Página Fórmulas Dados Revisão Exibição Nitro Pro 10

Normal Layout da Página Quebra de Página Modos de Exibição Personalizados Tela Inteira Modos de Exibição de Pasta de Trabalho

Regra Barra de Fórmulas Linhas de Grade Títulos

Zoom 100% Zoom na Seleção Nova Janela Organizar Tudo Congelar Painéis Reescrever

Exibir Lado a Lado Rolagem Sincronizada Redefinir Posição da Janela Salvar Espaço de Trabalho Alternar Janelas Macros

G64 fx 1

Indicadores Pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes - Mês 3																			
Dados para Coletar	Número do usuário	Nome do usuário	Idade do usuário	O usuário tem hipertensão?	O usuário tem diabetes?	O usuário está com o exame glicêmico apropriado de acordo com o protocolo?	O usuário com diabetes está com seus diu?	O usuário está com os exames complementares e em dia de acordo com o protocolo?	O usuário necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos prescritos são de Farmácia Popular/Região?	O usuário foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O usuário está fazendo o controle de acordo com o protocolo?	Foi realizada base de dados para o usuário com controle um usuário?	O usuário está com registro adequado no formulário de acompanhamento?	A estratificação de risco corroborou por meio clínico está em dia?	O usuário recebeu orientação verbal?	O usuário recebeu orientação sobre práticas regulares de atividade física?	O usuário recebeu orientação sobre o risco do tabagismo?	O usuário recebeu orientação sobre higiene bucal?
Orientações de prevenção	de 1 até o total de usuários cadastrado	Nome	Em anos	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim
1	52	QUELONCE BARROSA DOS SANTOS	52	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
2	53	PEDRO MENDES VIEIRA	53	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
3	60	JOÃO NERES SILVA	60	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
4	37	MARIA DO CARMO VIEIRA ALVES	37	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
5	31	ELIANE BATISTA SILVA	31	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
6	62	RAIMUNDO RODRIGUES DA SILVA RIBE	62	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
7	56	ANTONIO FERREIRA DE SOUSA	56	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
8	62	ADELADA XAVIER DA SILVA	62	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
9	52	EDUARDO PEREIRA DA SILVA	52	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
10	53	FRANCISCA LIMA DOS SANTOS	53	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
11	56	LUIZ ALVES DA SILVA	56	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
12	37	MARIA FRANCISCA ALVES	37	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
13	71	ANTONIA MARIA DE SOUSA	71	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
14	77	RAIMUNDO VIEIRA BARROS	77	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
15	67	MARIA JOSE DOS SANTOS PASSO	67	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
16	66	JOSE RIVANMAR RIVERA DOS SANTOS	66	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
17	77	PATRICIA DE ESPIRITU SANTO	77	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
18	53	MANOEL FERREIRA DA SILVA	53	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
19	70	SEBASTIANA VIEIRA DA SILVA	70	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
20	43	MARIA DA CRUZ MONTEIRO DA SILVA	43	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
21	63	JOSE RIVANMAR SOUSA	63	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
22	51	FRANCISCO FERREIRA DA SILVA	51	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
23	67	MARIA ALZIRA DA CONCEIÇÃO	67	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
24	64	FRANCISCA ROSA MOURA	64	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1
25	65	SERGIO JOÃO DA SILVA	65	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1

Pronto





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

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

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

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

\_\_\_\_\_

Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

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

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

\_\_\_\_\_

Assinatura do declarante