

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS-UNASUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
MODALIDADE A DISTÂNCIA  
TURMA 9**



**MELHORIA DA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS QUE POSSUEM  
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E/OU DIABETES MELLITUS NA ESF  
GAUDÊNCIO CONCEIÇÃO, QUARAÍ/RS**

**PEDRO VICTOR GARCIA RODRIGUEZ**

Pelotas, 2016

**Pedro Victor Garcia Rodriguez**

**Melhoria da atenção aos usuários que possuem Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF Gaudêncio Conceição, Quaraí/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Fabiana Vargas Ferreira

Pelotas, 2016

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

R696m Rodríguez, Pedro Victor García

Melhoria da Atenção aos Usuários Que Possuem Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF Gaudêncio Conceição, Quaraí/RS / Pedro Victor García Rodríguez; Fabiana Vargas Ferreira, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

99 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. Ferreira, Fabiana Vargas, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

À minha família, que foram meus conselheiros, escudo e minha fortaleza para conseguir vencer todos os obstáculos e desafios.

## **Agradecimentos**

A minha família...

Minhas filhas Katerine Garcia e Kamila Garcia os grandes amores da minha vida, as razões de empreender tantas lutas e desafios.

Meus pais Mérida Rodriguez e Pedro Garcia que na distância me proporcionarão grande apoio onde compartimos alegrias e tristezas.

A minha grande amiga Anabel Penarredonda pela ajuda incondicional e paciência durante todo este tempo.

Minha orientadora...

Cristina Dutra Ribeiro com quem compartilhei a construção final deste estudo, com grande apoio, paciência, respeito e competência.

A equipe de saúde...

Por sua dedicação, disponibilidade e trabalho árduo, que foi possível o desenvolvimento desde estudo.

A comunidade...

Por sua compressão, apoio e sensibilidade.

## Resumo

**RODRIGUEZ, Pedro Victor Garcia. Melhoria da atenção aos usuários que possuem Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF Gaudêncio Conceição, Quaraí/RS.** 2016. 99f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Especialização em Saúde da Família. Universidade Aberta do SUS / Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

As doenças cardiovasculares são uma das primeiras causas de morte no Brasil e no mundo, sendo que, a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus constituem fatores de risco para estas doenças. O objetivo da intervenção foi promover a “Melhoria da atenção aos usuários que possuem Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF Gaudêncio Conceição, Quaraí/RS. O projeto de intervenção foi estruturado para ser desenvolvido num período de doze semanas. As ações foram desenvolvidas em quatro eixos pedagógicos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Os dados foram monitorados por intermédio de uma planilha de coleta de dados extraídos os dados da ficha espelho do usuário. Tivemos resultados significativos durante a intervenção, como cadastrar 443 usuários com hipertensão e/ou diabetes, sendo que 342 (48,8%) possuíam hipertensão e 101(50,5%) tinham diabetes. Todos os cadastrados (100%) receberam avaliação clínica, tiveram registro adequado na ficha de acompanhamento, prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA, exames complementares de acordo com o protocolo, os faltantes receberam busca ativa, receberam orientações individuais sobre alimentação saudável, tabagismo, prática de atividade física e saúde bucal, todos os usuários diabéticos receberam o exame dos pés, estratificação do risco cardiovascular e exame clínico em dia. Com a intervenção tivemos melhoria na qualidade do atendimento clínico, fortalecendo o engajamento da população com a equipe, conscientização aos usuários com relação ao auto cuidado, com um melhor desempenho e competência profissional no Programa de hipertensão e diabetes, através de capacitações, fornecendo uma transformação no sistema de trabalho em equipe. O impacto na comunidade proporcionou a adesão de grande número de usuários hipertensos e diabéticos que passaram a serem acompanhados, que passaram a terem conhecimento do Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, mostrando que a organização dos serviços é fundamental para a melhoria do atendimento prestado a este público alvo.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde da família; Doença crônica, Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica.

## Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na ESF Gaudêncio Conceição. Quaraí/ RS, 2016.	68
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao diabético na ESF Gaudêncio Conceição. Quaraí/ RS, 2016.	69
Figura 3	Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na ESF Gaudêncio Conceição. Quaraí/ RS, 2016.	70
Figura 4	Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na ESF Gaudêncio Conceição. Quaraí/ RS, 2016.	71
Figura 5	Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na ESF Gaudêncio Conceição. Quaraí/ RS, 2016.	72
Figura 6	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico ESF Gaudêncio Conceição. Quaraí/ RS, 2016.	73
Figura 7	Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico ESF Gaudêncio Conceição. Quaraí/ RS, 2016.	74
Figura 8	Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento ESF Gaudêncio Conceição. Quaraí/ RS, 2016.	75
Figura 9	Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento ESF Gaudêncio Conceição. Quaraí/ RS, 2016.	76
Figura 10	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico na ESF Gaudêncio Conceição. Quaraí/ RS, 2016.	77
Figura 11	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia ESF Gaudêncio Conceição. Quaraí/ RS, 2016.	77

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

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CAP	Cadernos de Ações Programáticas
CLS	Conselho Local de Saúde
DCNT	Doença Crônica não Transmissível
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PMMB	Programa Mais Médico do Brasil
SAMU	Sistema de Atenção Médica de Urgência
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
UFPel	Universidade Federal de Pelotas



## Sumário

Apresentação .....	9
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 .....	25
2 Análise Estratégica .....	27
2.1 Justificativa .....	27
2.2 Objetivos e metas .....	28
2.3 Metodologia .....	30
2.3.1 Detalhamento das ações .....	30
2.3.2 Indicadores .....	53
2.3.3 Logística .....	57
2.3.4 Cronograma .....	61
3 Relatório da Intervenção .....	62
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	62
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	65
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	65
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	66
4 Avaliação da intervenção .....	67
4.1 Resultados .....	67
4.2 Discussão .....	80
4.3 Relatório da intervenção para gestores .....	85
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	88
5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem .....	91
6 Referências .....	93
Apêndices .....	94
Anexos .....	95

## **Apresentação**

O presente trabalho de conclusão de curso em Especialização em Saúde da Família modalidade à distância da Universidade Aberta do SUS (UNASUS)/ Universidade Federal de Pelotas (UFPel), é o resultado das atividades que foram desenvolvidas durante as Unidades de Ensino que integram o Projeto Pedagógico do curso. A intervenção desenvolvida no decorrer da Turma 9 foi realizada na ESF Gaudêncio Conceição, localizada no município de Quaraí/RS.

A intervenção, que deu origem a este trabalho, visou melhorar a atenção em saúde dos usuários que possuíam HAS e DM. Este trabalho é o relato do processo, sendo composto pelo Relatório de Análise Situacional da UBS. Na segunda seção será descrita a Análise Estratégica, abordando a justificativa para a realização da intervenção, os objetivos e metas, a metodologia, as ações, indicadores, logística e cronograma do projeto de intervenção. A terceira seção traz o relatório da intervenção; na quarta seção será descrita a avaliação da intervenção, na qual serão apresentados os resultados, a discussão. Na quinta seção o relatório aos gestores, na sexta o relatório para a comunidade. E na última seção aborda a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem. Por fim, temos a bibliografia usada no trabalho, apêndice e os anexos.

## **1 Análise Situacional**

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

A ESF tem uma estrutura física de pequeno porte, sendo uma adaptação duma escola onde a sala de atendimento ea sala de recepção é muito pequenas e o consultório médico é pequeno também.

A equipe é composta por uma recepcionista, seis agentes comunitários de saúde (ACS), uma enfermeira, três técnicas de enfermagem, um odontólogo e um médico (eu). Neste momento temos falta de um agente comunitário e uma técnica de enfermagem. Além disso, contamos com o apoio de uma professora de educação física e uma fisioterapeuta que fazem seu trabalho duas vezes por semana.

O acolhimento dos usuários é feito pelas técnicas de enfermagem e pela enfermeira, onde fazem o preenchimento das fichas do atendimento, a medição da pressão arterial, do peso, entre outras.

O atendimento é feito de segunda a sexta das 8h00min as 12h00min horas e das 13h30min às 17h30min atendendo a demanda espontânea sendo agendados aproximadamente até 30 usuários por dia, mais as urgências médicas. Sendo que o atendimento se divide em dias de atendimento para as pessoas com doenças crônicas não transmissíveis HAS e DM, uma vez por semana, as quintas de manhã, atendimento das gestantes nas terças de manhã, as visitas domiciliares são feitas as quartas de tarde e puericultura no mesmo dia pela manhã, além disso, visitamos um asilo que esta nossa área de saúde.

A equipe faz reuniões mensais para organizar e avaliar o trabalho de cada mês, a partir da qual se conhece os problemas de saúde existente na comunidade

como parte do diagnóstico de saúde e estabelecemos o planejamento e as prioridades das ações que devemos realizar com o objetivo de avaliar todos os meses o trabalho desempenhado na ESF e assim melhorar nossa atenção médica na promoção, prevenção e tratamento que é o pilar fundamental do médico na APS.

O serviço de atenção básica no município é relativamente novo pois começou faz poucos anos, após minha chegada estamos fazendo atendimento ambulatorial com regularidade e visita domiciliar semanalmente, as atividades educativas se fazem regularmente também, mas ainda falta muito por fazer.

Possuímos no município um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que é atendido por um médico clínico geral e um psiquiatra a cada quinze dias, eu estou procurando e encaminhando os usuários pacientes que precisam desse tipo de atenção.

Quanto às referencias e contra-referência aqui no município tem um médico que se encarrega de avaliar as referencias dos médicos das ESF e se é aprovado por ele o usuário passa para ser avaliado pelo especialista, o município tem poucas especialidades, menos de cinco, eu acho que as básicas, sendo que para as outras os usuários são levados a outros municípios, tem especialidades que parecem não ter solução pela lista de espera que é quase interminável e demoram muito tempo para serem avaliados.

O conselho de saúde esta composto por um só médico que também é o coordenador do hospital, médico de um dos ESF e ele avalia todos os exames indicados por o resto dos médicos e os encaminhamentos dos pacientes.

Em conclusão minha ESF é muito pequena, adaptada, com população muito grande onde não tinha médico fixo, só agora após do Programa Mais Médicos para o Brasil e em especial com minha chegada é que temos a permanência de um médico comprometido e responsável com atenção médica, planejando e fazendo atividades educativas que nunca foram realizadas e que por a quantidade de demandas espontâneas não se realizam com maior frequência, também conseguindo espaços para consultas de grávidas, hiperdia, puericulturas, visitas domiciliares, além disso, tem deficiência nos recursos humanos como agentes comunitários, enfermeiras e outro médico por a quantidade de população, sem falar as poucas especialidades que radicam no município e que os exames e encaminhamentos dos usuários de todas as ESF são avaliados por só um médico

quem decide quando e como vão ser feitos, razões que afetam o trabalho e a relação da ESF /APS em meu serviço e nosso município em geral.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

Nosso município brasileiro, Quaraí, é pequeno, localizado no estado do Rio Grande do Sul, na Região Oeste, fazendo fronteira com o Uruguai. Possui uma população estimada de 22.883 habitantes, as condições sócio econômicas são muito baixas predominando o desemprego mais nas mulheres. Conta com seis Estratégias de Saúde da Família (ESF), mas não tem Unidade Básica de Saúde tradicional, tem Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que oferta serviços de nutrição, fonoaudióloga, psicologia, profissional da educação física e fisioterapia. Dispõe de um Hospital Municipal Geral, com serviços de atendimento de qualidade nas urgências e emergências. Os casos que precisam de outro nível de atenção são encaminhados para outros municípios. Conta com Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) apresenta disponibilidade de atenção das seguintes especialidades, mas não estão vinculados ao ESF: Anestesiologista, Cirurgia Geral, Gineco-Obstetricia, Pediatria, Psiquiatria e Dermatologia, as outras especialidades são encaminhadas para outros municípios.

Dispõe dos seguintes exames complementares: Radiologia, ultra-sonografia e Laboratório Clínico, os demais exames estão sendo realizados em outros municípios. O acesso aos exames complementares não têm a resolutividade esperada porque o município não tem laboratórios para realizá-los pelo SUS e são contratados serviços privados. Por outro lado, todo o exame, encaminhamentos, referencia e contra-referencias dos pacientes de todas as ESF são avaliados por um medico, que é quem decide quando e como vão ser feitos. Essa é uma das razões que afetam o trabalho da ESF /APS em meu serviço e em nosso município em geral.

Trabalho na ESF urbana na periferia da cidade com características rurais, que iniciou seus serviços no ano 2010, não tem vinculo com instituições de ensino, ofertando os serviços vinculados com o SUS, sendo nossa referencia a Secretaria Municipal de Saúde. Constituída por uma só equipe de saúde com doze profissionais fazendo parte da mesma: um médico clínico geral, um dentista, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde, uma recepcionista e uma auxiliar de limpeza.

A estrutura física observada na nossa ESF é muito pequena e não possui os espaços adequados, podemos dizer que é um local adaptado de uma escola fora da cidade com muitas dificuldades estruturais. Temos necessidade de mais locais, algumas salas compartilham os horários de atendimento para que sejam feitas todas as atividades programadas. Apresentamos uma sala de espera única, pequena, que utilizamos compartilhada com o dentista que tem suas consultas no mesmo prédio, coberta por cadeiras e com TV e vídeo para a divulgação de materiais educativos, enquanto os pacientes esperam na sala até o momento do atendimento. Nossa população é muito grande, meu município tem planejado uma nova ESF que atenda as características estruturais expostas no manual.

Na unidade temos uma recepcionista para a recepção e arquivo dos prontuários, além disso, já existe implantado o prontuário eletrônico, temos computador com conexão à internet, impressora, estabilizador, telefone, todos em condições satisfatórias, não contamos com farmácia, mas temos uma sala misturada e pequena para armazenamento dos medicamentos, vacinação e onde fazem a triagem. Nesta sala também se entregam os medicamentos, antes mencionados.

Não contamos com laboratórios clínicos, mas se realizam diferentes testes diagnósticos: glicemia capilar, teste de sífilis e para HIV e teste rápido para hepatite B. Não se realizam teste rápido de gravidez, bacterioscópico da secreção vaginal nem teste rápido de urina.

No dia das visitas domiciliares toda a equipe realiza as visitas aos pacientes caminhando ou no transporte particular da enfermeira, mas deveríamos ter assegurado o transporte pela a secretaria de saúde, que é quem programa e prioriza um só dia por semana para cada ESF, onde fazemos todas as visitas domiciliares planejadas. Para nossa área são as quartas de tarde, mas não existe um carro e motorista a disposição de nossa equipe, os gestores alegam que não tem carros suficientes e, além disso, tem que garantir o deslocamento para outros municípios dos pacientes que precisam encaminhamento das diferentes especialidades, hemodiálise, cirurgias entre outras.

A equipe realizou o mapeamento e territorialização da área faz alguns anos (2012) e não foi atualizado novamente, nesta ocasião só participaram a enfermeira e os agentes comunitários de saúde, motivo pelo o qual, neste momento o cadastramento da população não está 100% correto com todas as famílias. A expansão da área adstrita cobrindo uma área com construção de muitas casas

novas também reforça esta desatualização. Além disso, por faltar um ACS, motivo pelo qual exigimos que o cadastramento das famílias fosse feito em todas as áreas, participando de forma ativa toda a equipe. Outra situação é que não temos sinalização dos equipamentos sociais nem sinalização das redes sociais, devemos trabalhar nesse ponto já que aumenta a participação social da comunidade e formação do nosso conselho de saúde local, com a incorporação de líderes da comunidade, que fica em processo de captação e identificação.

Os profissionais de nossa ESF realizam atendimento no domicílio a todos os pacientes moradores da área de abrangência que necessitam recebê-lo, os mesmos são identificados e se oferta por toda a equipe exceto o odontólogo. Prioriza-se aquelas pessoas que não tem um acesso ao serviço de saúde como paciente acamados, deficientes e pessoas idosas com dificuldades na locomoção entre outras. Temos na unidade um registro de pacientes que necessitam receber os cuidados nas suas casas.

Em nossa unidade encaminhamos os usuários para internação hospitalar e especialidades básicas que temos no nosso município, encaminhamos os usuários a outro nível, respeitando a referência e contra-referência. Nossa equipe acompanha o usuário ante uma situação domiciliar, mas na internação domiciliar temos que melhorar a qualidade da mesma, pois constitui uma ferramenta importante da medicina de família. Sempre acompanhamos os planos terapêuticos propostos por outros níveis do sistema, por exemplo: os indicados por traumatologistas, cardiologistas, psiquiatras, etc.

Em nossa ESF toda a equipe trabalha nas atividades de grupo, por exemplo: com adolescentes, aleitamento materno, combate ao tabagismo, com diabéticos e hipertensos, os idosos, pré-natal, prevenção de câncer ginecológico, puericultura, saúde da mulher, saúde bucal, temos que iniciar as atividades com portadores de sofrimento psíquico, capacitação para o trabalho e planejamento familiar, com um comprometimento de toda a equipe de saúde para que eles fiquem envolvidos nesta atividade, e assim atingir grandes mudanças na população.

Em relação à população da área adstrita segundo o cadastramento atualizado no ano 2012 é de 3.136 habitantes, mais um asilo de idosos, para uma só equipe de saúde, onde a distribuição da população por sexo está acordo com a distribuição da população brasileira e a faixa etária, predominando os mesmos grupos que na maioria do Brasil, prevalece o sexo feminino com 1981 mulheres, são 1155 homens,

peças com 20 anos ou mais com 1868, peças entre 20 e 59 anos com 1531, mulheres entre 25 e 64 anos 791, mulheres entre 50 e 69 anos 312.

Com relação à demanda espontânea, como já tinha mencionado anteriormente, minha ESF tem uma só equipe e até agora o tamanho desta não é adequado ao tamanho da população de minha área de abrangência, além disso, temos um asilo com 36 idosos que também atendemos, mais as visitas domiciliares. Tudo isto em paralelo com um atendimento na consulta médica com a exigência que requer a população.

Existe uma grande demanda espontânea que não tem resposta dos gestores, pois temos carência de médicos no nosso município, situação que complica o trabalho diário, sendo uma realidade a necessidade de ampliação da capacidade clínica para garantir um atendimento integral ao usuário como objetiva a APS.

Sendo assim, quando temos excesso de demanda, os usuários são avaliados fazendo uma triagem, e assim, se precisam de algum atendimento que não pode esperar se procura fazer a consulta no mesmo dia, sempre dando uma explicação aos pacientes que podem esperar para a consulta do dia seguinte. Apesar destas difíceis situações, geralmente com um grande esforço conseguimos satisfazer as demandas de saúde no dia.

Em nossa unidade não temos local de acolhimento para os usuários, e nem está estruturado o serviço com as características e a organização que o mesmo precisa. Na maioria das vezes, o usuário tem que esperar mais de 30 minutos para o acolhimento, este é feito todos os dias nos dois turnos de trabalho. Lamentavelmente não tem privacidade, pois tem outros usuários esperando, e eles podem facilmente sem querer ouvir tudo o que o outro usuário está relatando. Logo, entram na sala de procedimentos com a técnica de enfermagem e a enfermeira, sendo sempre três pessoas que realizam a primeira parte do acolhimento. O mesmo é feito mediante escuta, com caráter solidário, de forma respeitosa, fazendo avaliação e classificação de risco, utilizando modelagem de acolhimento pela referência do usuário. Dependendo da necessidade são logo acolhidos pelos profissionais de saúde que necessitam.

Na minha ESF temos os registros dos atendimentos das crianças nas consultas de puericultura através do prontuário clínico, mais uma pasta específica para puericultura. Podemos dizer que a qualidade da atenção a essa ação programática não é muito boa, porque existem ainda muitas dificuldades. Temos 41



crianças cadastradas, alcançando 100% de cobertura, nosso principal problema está na qualidade da atenção. Das 41 crianças temos 13 com consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério de Saúde (31.7%), com atraso da consulta agendada em mais de sete dias 17 (41.4 %), com teste do pezinho até sete dias 0 % porque não existe controle do mesmo na ESF, este exame é centralizado na secretaria de saúde. Com a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida 24 (58.5%), com as vacinas em dia 33 (80,4 %) também centralizado pelo município, o restante das ações é cumprido aos 100 %.

Começamos realizando atendimento de puericultura na unidade pelo medico, neste caso eu, e acompanhado pela enfermeira, com prioridade aos menores de 12 meses, porque os demais até 72 meses se fazem, mas são muito poucos os atendimentos para esta faixa etária onde se precisa continuar o trabalho para fortalecer o programa.

Atendemos as crianças todos os dias da semana nos dois turnos, garantindo vagas para eles como estratégia da equipe. Além disso, após a consulta sempre fica agendada a próxima, segundo o protocolo de atendimento, com o estabelecimento de sete controles no 1º ano de vida.

Fazemos avaliação da qualidade e monitoramento do programa com uma freqüência mensal verificando crianças faltosas, identificando procedimentos em atraso.

Ainda falta muito trabalho por fazer neste programa para que a atenção às crianças seja de qualidade, pois na realidade temos que incorporar mais profissionais, além de outras ações, de maneira responsável e com ajuda dos gestores.

Em relação ao um número estimado de 31 grávidas contamos com 28 cadastradas em nossa UBS, o que representa 89% de cobertura. Comparando esse dado com o começo de meu trabalho na unidade, a cobertura não chegava aos 40% sendo a maioria captada após o 1º trimestre, ao final do 2º trimestre e no 3º trimestre da gestação. Essas gestantes não cumpriam com calendário segundo Ministério de Saúde, outras não faziam o pré-natal e realizavam o parto sem acompanhamento médico. Outras consultavam no prédio da secretaria de saúde, com outros médicos desde o começo da gravidez ou com médicos particulares, inclusive no Uruguai porque somos fronteira e elas passam também ao outro lado para realizar seu pré-natal lá.

Algumas mulheres ainda não o recebiam e realizavam o parto sem acompanhamento pré-natal. Dessa forma, todo o descrito me motivou à formação do grupo das gestantes realizando atividades no âmbito da ESF. Por enquanto, brindando atendimentos todos os dias da semana, em todos os turnos, fazendo atendimento dos problemas agudos, sem excesso de demanda, além disso, planejando um dia específico neste caso todas as terças, para seu atendimento agendado como programa prioritário e exigindo a participação e comprometimento de todos os profissionais da equipe de saúde para oferecer serviços de qualidade.

Neste momento podemos dizer que nosso trabalho tem uma grande repercussão alcançando 28 gestantes captadas na ESF, destas 21 tem captação da gravidez no 1º trimestre (75%), sete no 2º trimestre e nenhuma no terceiro trimestre. Quase todas cumprem com o calendário segundo Ministério de Saúde, apenas uma apresenta algumas irregularidades na frequência da consulta. Os ACS ajudam muito nessa tarefa.

Contamos com protocolos de atendimento pré-natal na ESF do Ministério da Saúde 2012, o qual os profissionais utilizam na avaliação e classificação do risco gestacional das gestantes, e encaminhamos caso necessário porque contamos com especialista no município para avaliar gestante do alto risco e casos complexos.

Todas as gestantes possuem carteira e a apresentam a cada consulta, onde são preenchidas as informações necessárias e alterações apresentadas durante a gestação.

Além disso, não ficamos conformes até alcançar um atendimento aos 100% das gestantes e envolver o resto dos profissionais nesta tarefa sendo ainda um desafio para nossa equipe.

As puérperas, que segundo o caderno de ações programáticas, de um estimado de 38, temos 36 puérperas pertencentes a nossa área de cobertura, que representa 95% de cobertura. Todas com consulta antes do 42º dia pós-parto e com consulta médica registrada. Situação que não existia anteriormente na nossa unidade, porque antes não tinham atendimento ao puerpério nas ESF, só na secretaria de saúde quando era indicado pelo ginecologista ou se a puérpera precisasse de alguma consulta por algum problema de saúde. Mas depois da formação do grupo das gestantes formamos também este grupo de puérperas, a partir do qual começamos marcando e agendando as consultas médicas e as visitas domiciliares para que nenhuma delas fique sem este atendimento.

Apesar de tudo isso, as consultas antes os sete dias pós parto são realizadas com grandes dificuldades porque as mulheres depois do parto não tinham costume de serem avaliadas, pois não existia a atividade de puerpério e as mesmas eram realizadas nas visitas domiciliares, ofertando orientação sobre a complicação de um puerpério patológico. Sendo assim, podemos destacar a importância de trabalhar em educar as mulheres sobre a importância da avaliação pelo médico neste período e os riscos e complicações que podem ocorrer até os 42 dias depois do parto.

Outra coisa muito importante onde temos que trabalhar também é a promoção de saúde mental, porque a gravidez, parto e puerpério é um período de maior vulnerabilidade para a mulher, estão envolvidas diversas mudanças que requererem uma adaptação e preparação psíquica para a chegada de um novo membro na família. Este é tema das reuniões da equipe, para desenvolver estratégias planejadas e fortalecer essas dificuldades com apoio da psicóloga do município, mas ainda não temos solução local e continuam suas consultas centralizadas. Ainda temos muito que trabalhar com toda a equipe, continuando com as orientações adequadas por parte do profissional da saúde.

Em relação ao Controle do Câncer de Colo de Útero podemos dizer que nossa ESF não tem um registro específico do programa de prevenção do mesmo, se está fazendo a prevenção e se registra no prontuário clínico, mas para completar o preenchimento dos dados do caderno de ações programáticas tivemos que buscar no registro das enfermeiras que atendem este programa na secretaria de saúde, através do monitoramento dos dados no SISCAN e assim foi como se conseguiu a maior parte da informação.

Em nossa ESF segundo dados estimados, temos que ter um total de 864 mulheres na idade de 25 a 64 para 100% de cobertura. Na UBS temos um total de 791 mulheres nesta idade cadastradas (92%), com um total de 305 exames citopatológicos em dia (39%) este se justifica, além da falta da organização do programa, porque este procedimento é realizado apenas pela enfermeira. Apesar de o médico dentro das suas atribuições poder realizar exame citopatológicos, muitas oferecem resistência a realizá-lo com profissional do sexo masculino, apresentando algumas resistências e vergonha. Lembrando que nossa área tem um baixo nível cultural e a maioria são procedentes da zona rural. Apresentamos 162 mulheres com atraso com mais de seis meses na realização do citopatológicos (20%), nossa equipe precisa de um grande esforço para sensibilizá-las e conscientizá-las através

de ações de promoção de saúde, essa representação são fundamentalmente de maiores de 50 anos.

Temos recebido até o momento só 19 exames com resultados alterados (3%), estes casos são avaliados com ginecologista e encaminhados para o hospital da capital do estado. Na avaliação do risco, em todas as mulheres que comparecem ao exame citopatológicos, fazemos uma investigação sobre os fatores do risco para Câncer do Colo. A respeito dos exames coletados com amostra satisfatória, e com células representativas de função escamocolumnar, não foi possível ter esses dados, mas a orientação sobre prevenção de CA de colo de útero e a orientação sobre DST são dadas a 100 % delas.

Fazendo uma avaliação do trabalho da equipe à respeito do Câncer de Colo de Útero em nossa ESF, todas as mulheres recebem orientação do uso de preservativo, em nossa recepção contamos com uma caixa com reposição constante, ofertando a nossa população, incentivando a utilização do mesmo como efeito protetor contra doenças transmissíveis como vírus HPV destacado no câncer do colo. Realizamos ações de promoção sobre os fatores de risco, com a realização da prevenção precoce através da coleta de exame cito patológico realizado dois dias da semana nas quintas e sextas no turno da tarde, já que muitas trabalham.

Ofertamos atendimento para mulheres da área de cobertura, realizado pela enfermeira a qual faz o preenchimento do formulário especial da paciente para após mandar a secretaria de saúde onde fica registrado e a coleta é levada para Porto Alegre, capital do estado, onde o resultado demora mais de 45 dias. O rastreamento é misturado, mas acho que devemos de incrementar o rastreamento organizado que nos permite um melhor controle do trabalho, nossa equipe tem que fortalecer esta debilidade no trabalho diário.

Em relação à problemática da nossa ESF existe o protocolo de prevenção produzido pelo Ministério de Saúde para o programa, sendo utilizado pela enfermeira e o médico clínico geral neste caso eu, dedicados ao planejamento e coordenação do mesmo, onde tentamos que todas as mulheres com exames citopatológicos alterados nos últimos três anos sejam acompanhadas e controladas, assim como conhecimento das que têm tido perda de seguimento.

Outro aspecto muito importante É que ainda não temos formado grupo de mulheres. Na realização de atividades de grupo existem muitos tabus para a realização deste atendimento, fundamentalmente em pacientes maiores de 50 anos,

constituindo as atividades em grupo uma possibilidade de sensibilizá-las e conscientizá-las onde estimulam e aportam grande benefício com troca de experiências entre elas, costumes e interação sobre os fatores do risco.

Em relação ao Câncer da Mama podemos dizer que é exatamente igual ao controle de câncer de colo de útero, por enquanto não tem um registro destas pacientes nem de suas mamografias, as informações são registradas no prontuário clínico.

No caderno das ações programáticas nossa população deve de ter 324 mulheres de 50 e 69, para 100% de cobertura, neste momento contamos com 312 mulheres cadastradas (96%), a mamografia constitui o exame de imagem para rastreamento do câncer de mama em Brasil, com capacidade de detectar lesões não palpáveis. Nossa ESF deveria solicitar o exame, mas isso não acontece. Lamentavelmente só 57 têm mamografia em dia (18%), as mamografias com mais de três meses em atraso não foi possível receber esses dados, mas avaliação de risco para câncer de mama e orientação sobre prevenção do câncer de mama é ofertadas a 100 % delas.

A realização deste exame não tem oferta em nosso município apesar de que temos um mamógrafo, mas não temos quem trabalhe nesta questão. Os gestores têm conhecimento, mas não tem solução ainda, situação muito difícil de explicar á população e que nos obstaculiza o trabalho e direito do usuário, o programa do câncer de mama em nossa ESF está muito deficiente, uma fragilidade realmente grave. As usuárias solicitam o exame de mamografia e após são agendados na secretaria de saúde onde são chamadas e levadas a outro município Alegrete, todas as quintas de manhã e os resultados demoram mais de 10 dias para retornar.

Os indicadores têm que melhorar já que estão muito baixos, apesar de que fazemos rastreamento de exame clínico todos os dias da semana, em cada mulher pertencente ao grupo entre 50 e 69 anos em consultas e em visitas domiciliares. Realizamos ações sobre a prática regular de atividade física, consumo de álcool, educação sobre reconhecimento de sintomas do câncer e exame clínica da mama, entre outras.

Para alcançar estes aspectos os registros são muito importantes porque nos aportam informação, avaliação do programa, mas só contamos com os prontuários clínicos e não se revisam de forma adequada. A estratégia para superar este problema no município seria descentralizar para cada ESF o controle destes

programas ganhando em organização e assim melhorar a qualidade da atenção na unidade.

As doenças crônicas degenerativas ocupam a maior parte dos atendimentos da ESF onde trabalho. Nosso registro dos hipertensos se está fazendo desde que começou o trabalho com este grupo. Registramos a data do acompanhamento médico, seu tratamento, suas complicações, etc. Além de anotar tudo no prontuário clínico, deixando uma pasta especial para os usuários hipertensos e diabéticos, que estão na pasta do grupo de Hiperdia.

A estimativa de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área segundo os dados estimados no caderno das ações programáticas é de 701 hipertensos, mas temos cadastrados em nossa UBS um total de 567 hipertensos, gerando uma cobertura de 81%. Situação não ideal que, como já descrito anteriormente, pode ser por cadastramento incompleto da população, apesar de que já esta em andamento novo cadastro. Mas devemos continuar trabalhando na pesquisa desta doença.

A cobertura de atendimento às pessoas com HAS em nossa ESF acontece todos os dias da semana nos dois turnos de trabalho, realizando uma pesquisa da população na consulta e na área por meio das visitas domiciliares, para isto estamos procurando conferir bem a pressão arterial em cada momento, ainda quando o paciente só vai consultar por um atestado ou preencher algum documento. Na unidade contamos com um dia na semana programado para o atendimento prioritário dos usuários desse programa. Todas as 5ª feiras no turno da manhã (Grupo de Hiperdia), onde além da aferição da PA e níveis de glicemia, há avaliação clínica, antropométrica, entrega de receitas da medicação com programação das consultas agendada no próximo atendimento com data do retorno, sem excesso de demandas.

Na nossa ESF todos os pacientes com HAS têm avaliação de risco por critério clínico (100%), com atraso em consultas agendadas com mais de sete dias temos 178 paciente (31%). Lembramos que apesar de continuar o trabalho em âmbito educativo, com a importância da assistência a consulta em tempo, muitos fazem viagens de longos dias a zonas rurais, outros trabalham nesse horário. Os agentes de saúde nos mantêm informados destas eventualidades, situação que devemos continuar fortalecendo e traçar estratégias para recuperar estes atrasos.

Todos comparecem para fazer exames complementares periódicos, mas sempre temos 2% dos usuários com exame periódico atrasado. Todos os pacientes

são orientados da importância de realizar uma alimentação saudável e da prática do exercício físico, modificando os fatores do risco para melhorar estado de saúde do usuário.

Este programa de Hipertensos e Diabéticos juntos no grupo de Hipertensão foi o primeiro formado na nossa unidade de saúde. Já estava andando com minha chegada a mesma, é o grupo que melhor se está atendendo na ESF, mas como é de esperar ainda temos muito trabalho a fazer. Muitos usuários não consultam com periodicidade ou não consultam para nada, estamos avaliando alternativas para alcançar o máximo desta população. Assim iremos fortalecer o programa, nossa equipe desenvolve diversas atividades dinâmicas e ações, intercambiando as experiências e costumes dos usuários, como: hábito alimentar saudáveis, controle do peso corporal, estimula a prática regular da atividade física, também sobre malefício do álcool e tabagismo.

Igual ao que acontece com o grupo de hipertensos ocorre com o registro dos usuários com diabetes, aqui só temos que agregar que se leva um controle detalhado da glicose e as possíveis complicações que esta doença pode ter.

A diferença dos pacientes hipertensos à estimativa dos diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área segundo os dados estimados no caderno das ações programáticas é que ficou bem perto do número que nos temos cadastrado.

São estimados 200 diabéticos, e em nossa ESF contamos com 193 diabéticos acompanhados (97% de cobertura), mas devemos continuar o rastreamento da mesma, identificando os fatores de risco em consultas e nas visitas domiciliares.

Além da aferição da PA e níveis de glicemia, há avaliação clínica, antropométrica, entrega de receitas da medicação com programação das consultas agendada no próximo atendimento com data do retorno. Sempre com a incorporação de tema educativo planejado e programado em todas as consultas. Em nossa ESF utilizamos protocolos para regular o acesso de adulto com DM aos outros níveis caso precisem. Todos em seu retorno são seguidos e respeitados os tratamentos impostos. Todos recebem orientação sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável.

Em conclusão podemos dizer que estes programas são bem atendidos na nossa ESF, sendo duas doenças diferentes, mas quase sempre estão juntas e a equipe como estratégia oferece estas ações de forma simultânea, apesar de que

como falei antes, muitos aspectos podem ser melhorados, aqui os dois grupos recebem atenção quase igual. Acho que pode seguir assim, já que como falei muitas vezes, os usuários têm as duas doenças. Estas atenções requerem extremos detalhes para melhorar a qualidade de vida dos pacientes e evitar possíveis complicações que podem levar à morte.

A saúde do idoso é uma parte muito importante no atendimento na minha ESF porque abarca quase o 60 % dos atendimentos. Os idosos são atendidos espontaneamente e a maioria do grupo dos hipertensos e diabéticos é idosa, mas para o atendimento específico do idoso não contamos com outro registro que não seja o prontuário clínico, mas estamos em processo de mudar isso procurando fazer um registro específico para os mesmos.

A estimativa de idosos residentes na área, segundo o caderno das ações programáticas, é de 428 idosos. Em nossa população temos um total de 502 idosos, dessa forma, muito acima do valor estimado, lembrando que o cadastramento não estava atualizado e ainda está em andamento.

O atendimento às pessoas idosas em nossa ESF acontece todos os dias da semana nos dois turnos de trabalho, com programação das consultas agendada no próximo atendimento com data do retorno, sem excesso de demandas. O programa ao paciente idoso não funciona da forma estabelecida, temos muitas dificuldades, todos os profissionais não participam deste programa, ficando o trabalho insuficiente. O atendimento deve intensificar-se mais e com mais profundidade por meio de toda a equipe, porque os pacientes que mais procuram a consulta são os que apresentam doenças crônicas não transmissíveis como hipertensão e diabetes. Ainda não estamos trabalhando com eles diretamente, como um grupo específico para idosos, como deveria ser, o enfoque preventivo o mais importante.

Os indicadores da qualidade da atenção como a maioria dos indicadores da ESF estão melhorando pouco a pouco, porque de um total de 502 idosos residentes na área, temos 371 com caderneta de saúde, 342 com hipertensão arterial sistêmica, 149 com diabetes mellitus. Todos os usuários são orientados da importância de levar uma alimentação saudável e da prática do exercício físico, modificando os fatores do risco para melhorar estado de saúde do usuário.

Entre outras ações desenvolvidas pela ESF estão as imunizações, as quais são realizadas pela enfermeira e técnica de enfermagem, tendo em conta que a gripe por influenza pode influenciar neste grupo de maior vulnerabilidade. Todos os



idosos são vacinados contra influenza e antipneumocócica. Os indivíduos com limitação de locomoção e outra deficiência são visitados em domicílio e vacinados.

Também fazemos diagnóstico e tratamento clínico geral, alcoolismo, obesidade, tabagismo, sedentarismo, promoção de saúde mental, mas devemos sinalizar que não contamos com grupos específicos de idosos. A grande maioria participa nos grupos de hipertenso e diabético, conceito errado e de alta responsabilidade para equipe na formação rápida de grupos de idosos, porque temos que ter presente que a pessoa idosa tem certas características que devemos cuidar. Propiciar-lhe um ambiente cômodo, tranquilo, sem ruídos, ofertando-lhe a possibilidade de ventilar vivências, situações, com linguagem clara e coerente, sem palavras técnicas que podem possibilitar uma interpretação errônea.

Outro aspecto importante é que o registro dos atendimentos dos idosos na ESF acontece somente nos prontuários clínicos, não contamos com livro nem formulário especial de registro, não existe arquivo para este atendimento, mas contamos com caderneta de saúde da pessoa idosa o qual constitui um instrumento de muito benefício para o controle dos mesmos. Nesta preenchemos todas as informações de forma atualizada, sendo os principais profissionais que intervêm na organização e gestão de ações são a enfermeira e o médico, conhecendo que todos os profissionais da equipe devem estar comprometidos nessa tarefa, não fazemos reunião específica para este tema, os problemas são conversados na reunião da equipe, com realização mensal e não com a profundidade necessária.

Depois de fazer o relatório da análise situacional podemos ressaltar certas mudanças na nossa ESF a qual tem mantido uma integralidade, um trabalho responsável, disciplinado, com ideais de trocar todo a favor do bem estar da população. Neste momento já contamos com prontuário eletrônico que faz pouco tempo foi instalado e falta muito para aprender com ele para aproveitar mais suas vantagens no controle das doenças, grupos etários, estatísticas em geral. Chegaram os protocolos do ministério da saúde de todos os programas de trabalho na unidade, o cadastramento da área adstrita esta em andamento, entre outras coisas já mencionadas anteriormente.

Os maiores desafios que apresentamos na nossa ESF estão relacionados com melhorar a estrutura física da mesma, concluir o cadastramento total da população, com um trabalho unido de forma integral e ativo de todos ACS atuando nas áreas não cadastradas. A falta de outros profissionais e a incorporação de todos

os usuários aos programas de atendimento na saúde, alcançando as coberturas dos programas priorizados para que fiquem de acordo com o número da população e avaliados de uma maneira integral e cumprindo com os princípios de universalidade e integridade do SUS. Todos com um seguimento e acompanhamento segundo os protocolos estabelecidos pelo ministério de saúde, com o número de controles que precisam os exames complementares em dia, com orientações de ações de promoção e prevenção de saúde de forma individual e nas grandes coletividades.

Também com a formação total dos grupos nos diferentes programas com o objetivo de modificar fatores de risco e elevar o conhecimento da população nos problemas de saúde conhecendo que nossa população tem um nível sociocultural baixo, com costumes arraigados durante muitos anos e crenças erradas com respeito ao tema saúde.

Outro desafio é confeccionar todos os registros de atendimento com arquivos, com registros que sustentem dados amplos para a construção de indicadores para um posterior planejamento com o objetivo de alcançar metas. Descentralizar os agendamentos dos diferentes exames complementares, a vacinação e os medicamentos da farmácia básica e da farmácia popular e assim brindar uma atenção de maior qualidade à população. Estabelecer ainda um monitoramento, gestão e avaliação em todos os programas, alcançar a formação de um conselho local que responda as necessidades da população e a incorporação de líderes da comunidade na reunião da equipe.

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

Quando comparamos o texto inicial em resposta a “*Qual a situação da ESF/APS em nosso serviço*”, fico impressionado, porque percebemos que tínhamos pouco conhecimento de nossa ESF em muitos elementos tão primordiais que passavam de forma despercebida, traduzido num texto escasso, carente em conhecimento, sem darmos conta do longo caminho de trabalho que devíamos enfrentar.

Com o início do curso da especialização e hoje com a redação do relatório da análise situacional, desenvolvemos um despertar e uma motivação em toda nossa ESF, porque conhecemos todas as limitações, necessidades e dificuldades que nos impossibilitavam um atendimento de qualidade, e agora apresentamos de forma

mais específica nossas potencialidades e fragilidades, os elementos que sustentam informações profundas, um conhecimento mais amplo de nossa população e processo de trabalho, a atribuição de cada profissional de saúde, os protocolos estabelecidos para cada programa, com os parâmetros fundamentais para avaliar. Hoje nossa equipe colabora fazendo mudanças no dia a dia, sentindo-se comprometido com a tarefa, e neste sentido o curso nos têm permitido compartilhar e conhecer o verdadeiro funcionamento da ESF no Brasil.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

Nossa ESF atinge uma população de 3136 habitantes e a equipe de trabalho está composta por um médico clínico geral, um odontólogo sem auxiliar de saúde bucal, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde (ACS), uma secretária e uma auxiliar de limpeza, todos envolvidos no trabalho e na organização da unidade. As condições estruturais da nossa ESF não são favoráveis porque é um local adaptado de uma escola, neste momento a estrutura física da unidade está sendo ampliada e modificada, pois funcionávamos fazendo alguns procedimentos conjuntos numa mesma sala. Não contamos com sala de reuniões, nem um local destinado para a realização das atividades de promoção e prevenção de saúde, para isso, utilizou a sala de recepção. Serão incluídas na reforma as salas que realizam trabalho conjunto como das ACS, farmácia, vacinas e de reuniões.

Segundo o cadastramento da população da área adstrita, temos uma estimativa segundo da Planilha de coleta de dados de 701 hipertensos, tendo 567 acompanhados (81%) e 200 diabéticos estimados, com 193 acompanhados (97%). Apesar de ser um percentual elevado de cobertura, considero que a qualidade do atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos que estão sendo acompanhados na unidade precisa continuar melhorando, pois a atenção oferecida não é integral. Ainda não foram cadastrados nem diagnosticados todos os usuários da área, porque o cadastramento continua em andamento e está prejudicado pela falta de um ACS, deixando descoberta uma microárea, o que faz que em ocasiões cheguem pessoas que não são conhecidos. Temos que continuar o cadastramento e melhorar a

qualidade da atenção, nem todos recebem ações de promoção em saúde, avaliação bucal, nem são atualizados os exames laboratoriais, também existem dificuldades na qualidade da atenção, sem protocolo de atendimento para pautar as condutas a serem feitas, por exemplo, não se realizava o Escore de Framingham aspecto importante para avaliação do risco cardiovascular nestes usuários, apresentamos também dificuldades no exame físico dos pés, monitoramento dos faltosos às consultas, assim como atualização dos registros primários com toda a informação de maneira contínua e permanente.

A equipe tem buscado superar qualquer dificuldade na viabilização da intervenção, trabalhando de forma unida, com desenvolvimento da atribuição que a pertence, com apoio da Secretaria de saúde e órgão gestores, capacitando a toda equipe de saúde na execução de suas ações, temos adotado durante esta etapa o protocolo preconizado pelo Ministério de Saúde como uma atividade que surge com nossa intervenção, além de recursos humanos e registros que estão sendo feitos para permitir o monitoramento desta, com o objetivo de elevar os indicadores e a qualidade de atenção do Programa de hipertensos e diabéticos na nossa ESF e assim melhorar a qualidade de vida destas pessoas, culminando com a continuidade da intervenção também em ações futuras. Acho que não existem limitações, nem dificuldades para o desenvolvimento da ação programática, somente devemos começar a realização das ações para que fiquem como uma forma de trabalho permanente na nossa ESF, o qual é uma tarefa bem difícil porque alguns membros da equipe em ocasiões não têm costume de fazer todas as ações para alcançar o atendimento de qualidade, mas já iniciamos um planejamento para oferecer respostas, por exemplo, nas atenções odontológicas como uma das maiores dificuldades apresentadas neste programa.

## **2.2 Objetivos e metas**

### Objetivo geral

Melhorar a atenção aos usuários que possuem Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF Gaudêncio Conceição, Quaraí/RS.

### 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 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 e o diabetes mellitus.

Meta 2.2: Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 3 meses (palpação dos pulsos tibiais posteriores e pediosos e medida da sensibilidade).

Meta 2.3: Garantir a 100% das pessoas com hipertensão e diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas na UBS.

Meta 2.5: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas hipertensas e diabéticas.

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

Metas 3.1: Buscar 100% das pessoas com hipertensão e 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 e diabetes.

Objetivo 5 Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

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

Objetivo 6 Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

Meta 6.2: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão e diabetes.

Meta 6.3: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão e diabetes.

Meta 6.4: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão e diabetes.

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 **semanas, na Unidade de Saúde da Família (ESF) Gaudêncio Conceição, Quaraí/RS.** Participarão da intervenção hipertensos e diabéticos acima de 20 anos da área de abrangência.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

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 e à Diabetes Mellitus da UBS.

Ações:

Monitoramento e avaliação:

- Monitorar o número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Detalhamento. O monitoramento será realizado com o acompanhamento semanal do novo registro específico (Ficha espelho), revisão de prontuário, preenchimento e acompanhamento da PCD, além das fichas dos ACS. A enfermeira e as técnicas de enfermagem ficarão responsáveis, verificarão se o usuário este corretamente cadastrado ou não, mensalmente analisaremos esta situação em reunião da equipe.

#### Organização e gestão do serviço.

- Garantir o registro de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS.
- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na UBS.

Detalhamento. A enfermeira da UBS será a responsável por solicitar à Secretária de saúde os registros necessários impressos, materiais adequados e suficientes, garantindo na consulta um esfigmomanômetro com reposição em bom estado técnico para a aferição da pressão arterial dos pacientes e dispor de fita métrica, todo antes da intervenção, além durante a vinda dos usuários à UBS a enfermeira quando fizer a consulta, fará o cadastro daqueles que ainda não estão cadastrados. Realizaremos atendimento todas as 5tas feiras nos dois turnos, com 30 vagas, 15 de manha e 15 na tarde, com 10 vagas disponíveis para procedimentos em atraso, divididos em cinco de amanha e cinco na tarde, todos os usuários hipertensos serão acolhidos pelas duas técnicas de enfermagem no local de procedimentos de enfermagem da UBS.

#### Engajamento público:

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus na UBS.
- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Detalhamento. A equipe (médico, enfermeira e os agentes comunitários de saúde) com apoio dos líderes da comunidade, esclarecerão à comunidade nas visitas domiciliares e nos diferentes espaços públicos sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus na UBS, orientando sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos pelo menos anualmente, realizando uma vez por semana. A aferição da pressão arterial de todos os pacientes maiores de 18 anos será feita pela enfermeira e o médico da UBS.

#### Qualificação da prática clínica:



- Capacitar os ACS para o cadastramento e atualização da população da área da UBS.
- Capacitar a equipe da UBS para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Detalhamento. Realizar capacitações executadas pelo médico e enfermeira nas reuniões semanais da equipe, sobre o cadastramento de hipertensos às cinco ACS, os temas abordados serão através do documento oficial de cadastramento. Além disso, capacitações com todos os profissionais da equipe com apresentação e discussão do Caderno de Atenção Básica nº 37 do Ministério da Saúde. Estratégia para o cuidado da pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica, 2014, através de demonstração prática da toma da PA, fazendo ênfases como é realizada de forma correta a aferição da pressão arterial dos usuários na unidade de saúde.

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

Detalhamento. O monitoramento será realizado com o acompanhamento semanal do novo registro específico (Ficha espelho), revisão de prontuário, preenchimento e acompanhamento da PCD, além das fichas dos ACS. A enfermeira e as técnicas de enfermagem ficarão responsáveis, verificarão se o usuário este corretamente cadastrado ou não, mensalmente analisaremos esta situação em reunião da equipe.

Organização e gestão do serviço.

- Garantir o registro das pessoas com diabetes cadastradas no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de diabetes.
- Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na UBS.

Detalhamento. A enfermeira da UBS será a responsável de solicitar à Secretária de saúde os registros necessários impressos, materiais adequados e suficientes, garantindo na consulta cinta reagente e lancete, garantindo o abastecimento contínuo para a realização dos testes diagnósticos da glicemia capilar dos indivíduos diabéticos cadastrados, tudo antes da intervenção, além de durante a vinda dos usuários à UBS a enfermeira quando faça a triagem fará o cadastro daqueles que ainda não estão cadastrados. Realizaremos atendimento todas as 5tas feiras nos dois turnos, com 30 vagas, 15 de manhã e 15 na tarde, com 10 vagas disponíveis para procedimentos em atraso divididas em cinco de manhã e cinco na tarde, todos os usuários diabéticos serão acolhidos pelas duas técnicas de enfermagem no local de procedimentos de enfermagem da UBS.

Engajamento público.

- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento. A equipe (médico, enfermeira e os agentes comunitários de saúde) com apoio de líderes da comunidade, esclarecerão à comunidade nas visitas domiciliares e nos diferentes espaços públicos sobre a importância de realizar hemoglicoteste nos adultos com pressão sustentada maior de 135/80 mmHg e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento da DM e HAS, sustentadas pelo Caderno de Atenção Básica nº 36 do Ministério da Saúde. Estratégia para o cuidado da pessoa com Diabetes Mellitus 2014, e do Caderno de Atenção Básica nº 37 do Ministério da Saúde. Estratégia para o cuidado da pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica 2014, os temas abordados serão tabagismo, obesidade, sedentarismo entre outros, responsáveis médico e enfermeira da UBS.

Qualificação da prática clínica.

- Capacitar os ACS para o cadastramento e atualização da população da área da UBS.
- Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento. Realizar capacitações sob responsabilidade do médico e enfermeira nas reuniões semanais da equipe, sobre o cadastramento de diabéticos

a toda equipe. Os temas abordados serão através do documento oficial de cadastramento. Além disso, capacitações com todos os profissionais da equipe com apresentação e discussão do Caderno de Atenção Básica nº 36 do Ministério da Saúde. Estratégia para o cuidado da pessoa com Diabetes Mellitus, 2014, através de demonstração prática de como é realizada de forma correta a medida da glicemia capilares usuários na unidade de saúde.

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 e o diabetes mellitus.

Ações:

Monitoramento e avaliação.

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas com hipertensão e diabetes mellitus.

Detalhamento. O monitoramento será realizado com o acompanhamento semanal do novo registro específico (Ficha espelho), revisão de prontuário, preenchimento e acompanhamento da PCD, além das fichas dos ACS. A enfermeira e as técnicas de enfermagem ficarão responsáveis, verificarão se o usuário tem a realização de exame clínico apropriado, mensalmente analisaremos esta situação em reunião da equipe.

Organização e gestão do serviço.

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com hipertensão e diabetes mellitus.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS.
- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
- Disponibilizar de versão atualizada do protocolo impressa na UBS.

Detalhamento. Realizar-se-á reunião da equipe na UBS uma vez por semana, executada pelo médico e a enfermeira, com participação de todos os profissionais da mesma, com discussão do papel que desempenharam no exame clínico do usuário hipertenso e diabético, as propostas do cronograma das capacitações estarão de acordo com os protocolos adotados pela UBS, onde cada um deles serão

informado sobre sua periodicidade de atuação na intervenção, mantendo a tomada de PA pelas enfermeiras e médico. O exame clínico dos usuários será realizado sempre pelo médico. A enfermeira da equipe solicitará à Secretaria Municipal de Saúde a versão impressa do protocolo de hipertensão produzida pelo Ministério de Saúde, pois dispomos na unidade só da versão digital, precisando da impressão dos Cadernos nº 36 e 37 do Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, 2014, para os 10 profissionais de saúde, com uma impressão disponível como meio básico para material alternativo, com entrega antes da intervenção.

Engajamento público.

- Orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes mellitus.

Detalhamento. A equipe (médico, enfermeira e os agentes comunitários de saúde) esclarecerá à comunidade nas visitas domiciliares e nos diferentes espaços públicos sobre a importância de procurar a unidade de saúde para o controle da pressão arterial, da glicemia capilar, de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes mellitus, utilizando panfletos demonstrativos de algumas doenças com ACV, IMA, insuficiência venosa periférica, entre outras, responsáveis o médico e enfermeira da equipe, sustentada pelos Cadernos nº 36 e 37 do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa com diabetes mellitus e Hipertensão Arterial, 2014.

Qualificação da prática clínica.

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento. A capacitação será feita na unidade de saúde pelo médico nas reuniões semanais da equipe com a participação de todos os profissionais, onde serão analisados e discutidos métodos de realizar um exame físico completo e correto nos usuários hipertensos e diabéticos, depois de estudo prévio do tema sustentado pelos Cadernos nº 36 e 37 do Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, 2014.

Meta: 2.2. Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a

cada 3 meses (palpação dos pulsos tibiais posteriores e pediosos e medida da sensibilidade).

Ações:

Monitoramento e avaliação.

- Monitorar a realização de exame dos pés das pessoas com diabetes.

Detalhamento. O monitoramento será realizado com o acompanhamento semanal do novo registro específico (Ficha espelho), revisão de prontuário, preenchimento e acompanhamento da PCD, além das fichas dos ACS. A enfermeira e as técnicas de enfermagem ficarão responsáveis, verificarão se o usuário tem a realização de exame dos pés, mensalmente analisaremos esta situação em reunião da equipe.

Organização e gestão do serviço.

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame dos pés das pessoas diabéticas.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS.
- Providenciar junto à 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.

Detalhamento: Realizar-se-á na reunião da equipe pelo médico, com participações de todos os profissionais, onde cada um deles será informado sobre suas atribuições no exame dos pés nas pessoas diabéticas, realizadas nas consultas de acompanhamento e nas visitas domiciliares, exame feito pelo menos uma vez por ano com vistas a prevenir danos e complicações desta doença. Além uma capacitação de acordo com os protocolos adotados pela UBS. A enfermeira da equipe será a responsável de solicitar à Secretaria Municipal de Saúde o monofilamento 10g para exame dos pés, com entrega antes da intervenção, pois não disporemos na unidade para a avaliação neurológica dos diabéticos, como

principal objetivo identificar a perda da sensibilidade protetora, que pode se estabelecer antes do surgimento de eventuais sintomas, baseado todo no Caderno nº 36 do Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa Diabetes Mellitus, 2014, pagina 94 e97.

Disporão dum total de 10 vagas disponíveis para acolher os usuários diabéticos provenientes de busca domiciliar, distribuídas cinco na manha e cinco na tarde, as responsáveis do acolhimento serão as duas técnicas de enfermagem. O medico será o responsável da referência do usuário diabético que precisa realizar a coordenação do cuidado em consultas especializadas e a enfermeira da equipe será a responsável de solicitara à Secretaria Municipal de Saúde que realizem uma orientação a todos os especialistas da atenção secundaria de saúde que realizam consultas de acompanhamento aos diabéticos, emitir a contra referência facilitando à equipe a consolidação dos dados dos usuários os quais serão consolidados e avaliados na reunião da equipe com periodicidade semanal.

Engajamento público.

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

Detalhamento. A equipe (médico, enfermeira e os agentes comunitários de saúde) orientará à comunidade nas visitas domiciliares e nos diferentes espaços públicos sobreos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente nos usuários diabéticos para evitar a aparição das complicações decorrentes desta doença, sendo muito importante o exame físico minucioso dos pés, fazendo uma avaliação da pele, musculoesquelética, vascular e neurológica a todos eles, ao menos uma vez por ano.

Qualificação da prática clínica.

- Capacitar a equipe para a realização de exame apropriado dos pés.

Detalhamento. A capacitação será feita pelo medico nas reuniões semanais da equipe com a participação de todos os profissionais da saúde, sobre a realização

de exame apropriado dos pés dos usuários diabéticos depois de estudo prévio do tema, sustentada pelo Caderno nº 36 do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa com Diabetes Mellitus, 2014.

Meta: 2.3. Garantir a 100% das pessoas com hipertensão e diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Ações:

Monitoramento e avaliação.

- Monitorar o número de pessoas com hipertensão e diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na UBS.
- Monitorar o número de pessoas com hipertensão e diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: O monitoramento será realizado com o acompanhamento semanal do novo registro específico (Ficha espelho), revisão de prontuário, preenchimento e acompanhamento da PCD, além das fichas dos ACS. A enfermeira e as técnicas de enfermagem ficarão responsáveis, verificarão o número de pessoas com hipertensão e diabetes com exames laboratoriais solicitados e a periodicidade de acordo com o protocolo adotado na UBS, mensalmente analisaremos esta situação em reunião da equipe.

Organização e gestão do serviço.

- Garantir a solicitação dos exames complementares dos hipertensos e diabéticos.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados.

Detalhamento. O médico da UBS realizara solicitação dos exames complementares a todos os hipertensos e diabéticos, solicitados de acordo a periodicidade segundo o classificado do risco e particularidades de cada usuário, nas consultas realizadas todas as 5tas férias e visitas domiciliares nas 4das férias na tarde, realizados no laboratório escolhido pelo mesmo paciente.

A enfermeira da UBS antes da intervenção solicitara à Secretaria de saúde estabelecer uma coordenação com os laboratórios garantindo vagas e favorecendo o processo de agilidade para a realização dos exames complementares definidos pelo protocolo de saúde, com probabilidade de 10 vagas semanais disponíveis para nossa UBS. O médico e enfermeiras revisão os registros primários de hipertensão e diabetes onde ficaram os exames complementares preconizados com a data de indicação, os resultados dos mesmos e os que faltam por realizar, com uma revisão semanal, estabelecendo um sistema de alerta de possíveis irregularidades.

Engajamento público.

- Orientar as pessoas com hipertensão e diabetes da comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar as pessoas com hipertensão e diabetes da comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares

Detalhamento. A equipe (médico, enfermeira e os agentes comunitários de saúde) com apoio de líderes da comunidade, orientará nas consultas médicas e à comunidade nas visitas domiciliares e nos diferentes espaços públicos, sobre a importância de procurar à unidade de saúde os usuários hipertensos e diabéticos para seu controle e a necessidade de realização dos exames complementares de forma periódica para a prevenção de complicações, sustentado nos Cadernos nº 36 e 37 do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa com Diabetes mellitus e Hipertensão Arterial, 2014, sendo os responsáveis o médico e enfermeira da UBS.

Qualificação da prática clínica.

- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

Detalhamento. A capacitação será feita na unidade de saúde pelo médico e a enfermeira nas reuniões semanais da equipe onde serão analisados e discutidos os exames laboratoriais que devem ser indicados e periodicidade segundo os protocolos nos usuários hipertensos e diabéticos, com estudo o prévio do tema antes da capacitação, sendo os responsáveis o médico e enfermeira da UBS.

Meta: 2.4. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas na UBS.



Ações:

Monitoramento e avaliação:

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento. O monitoramento será realizado com o acompanhamento semanal do novo registro específico (Ficha espelho), revisão de prontuário, preenchimento e acompanhamento da PCD, além das fichas dos ACS. A enfermeira e as técnicas de enfermagem ficarão responsáveis, verificarão o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia dos usuários, mensalmente analisaremos esta situação em reunião da equipe.

Organização e gestão do serviço.

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas na UBS.

Detalhamento. As técnicas de enfermagem serão as responsáveis do estoque dos medicamentos dos usuários hipertensos e diabéticos, revisando diariamente todos os medicamentos em existência na USB, incluindo a validade e detecção precoce da probabilidade do déficit, solicitando à enfermeira da UBS o pedido à Secretaria de Saúde, os responsáveis desta atividade serão as técnicas de enfermagem em conjunto com a enfermeira da equipe.

Engajamento público.

- Orientar as pessoas com hipertensão, diabetes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento. A equipe (médico, enfermeira e os agentes comunitários de saúde) e com apoio de líderes da comunidade, orientará nas consultas médicas e à comunidade nas visitas domiciliares e nos diferentes espaços públicos, sobre o direito dos usuários hipertensos e diabéticos de ter acesso aos medicamentos da farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, disponíveis todos os dias da semana nos horários de 7.30 AM até 5.00 PM na UBS e até 7.00 PM na farmácia municipal da secretaria de saúde. Responsáveis médico e enfermeira da unidade.

Qualificação da prática clínica.

- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento. A capacitação será feita na unidade de saúde pelo médico nas reuniões semanais da equipe sobre atualização no tratamento da hipertensão e diabetes segundo os protocolos dos Cadernos nº 36 e 37 do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica com Diabetes mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica 2014, com estudo antecipado das páginas 57 à 70, fazendo ênfase na importância da mudança e modificação no estilo de vida dos pacientes, além disso serão analisados e discutidos os principais medicamentos utilizados nestas doenças, algumas reações adversas, toda esta atividade através de discussão e debate, sendo o responsável o médico da UBS. Além de isso capacitar e orientar a todos os profissionais da equipe a disponibilidade dos medicamentos para todos os usuários hipertensos e diabéticos nos horários de 7.30 AM até 5.00 PM na UBS e até 7.00 PM na farmácia da secretaria de saúde, com a apresentação da carteirinha.

Meta: 2.5. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas hipertensas e diabéticas.

Ações:

Monitoramento e avaliação.

- Monitorar as pessoas hipertensas e diabéticas que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento. O monitoramento será realizado com o acompanhamento semanal do novo registro específico (Ficha espelho), revisão de prontuário, preenchimento e acompanhamento da PCD, além das fichas dos ACS. A enfermeira e as técnicas de enfermagem ficarão responsáveis, verificarão das pessoas hipertensas e diabéticas que necessitam de atendimento odontológico, mensalmente analisaremos esta situação em reunião da equipe.

Organização e gestão do serviço.

- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e diabetes.
- Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do
  - Atendimento das pessoas com hipertensão e diabetes proveniente da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento. Ao concluir as consultas medicas os pacientes hipertensos e diabéticos agendaram consultas odontológicas, programada para a avaliação bucal, com cinco vagas diárias para esta avaliação e necessidade de atendimento odontológico, com um total de 25 vagas semanal, em cada avaliação bucal se priorizara os pacientes com necessidade de retorno para um próximo atendimento odontológico, agendada e programada com um período não máximo dos cinco dias, responsável o odontólogo da UBS.

Engajamento público.

- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente das pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes.

Detalhamento. A equipe (odontólogo, médico, enfermeira e os agentes comunitários de saúde) e com apoio dos líderes da comunidade, orientará nas consultas medicas e à comunidade nas visitas domiciliares e nos diferentes espaços públicos, sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente das pessoas com hipertensão e diabetes, os principais temas abordados serão adequados higiene bucal com demonstração através de manequins da técnica adequada de escovado e detecção de doenças bucais previa, sendo o responsável o odontólogo da unidade.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento. O odontólogo realizara uma capacitação nas reuniões da equipe para todos os profissionais sobre a necessidade da avaliação odontológica dos pacientes hipertensos e diabéticos, os temas abordados serão principais doenças bucais e sua prevenção, sustentado nos Cadernos nº 36 e 37 do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Diabetes

Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, 2014, nas páginas 138 à 145 e na página 107.

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

Metas.

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

Ações:

Monitoramento e avaliação.

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

Detalhamento. O monitoramento será realizado com o acompanhamento semanal do novo registro específico (Ficha espelho), revisão de prontuário, preenchimento e acompanhamento da PCD, além das fichas dos ACS. A enfermeira e as técnicas de enfermagem ficarão responsáveis, verificarão a periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) das pessoas hipertensas e diabéticas, mensalmente analisaremos esta situação em reunião da equipe.

Organização e gestão do serviço.

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

Detalhamento. Todos os profissionais realizaram a busca ativa dos pacientes hipertensos e diabéticos em atraso ou faltosos, os agentes comunitários de saúde o farão com uma periodicidade diária, o resto da equipe todas as 4feiras no turno da tarde todas as semanas. Disporão de um total de 30 vagas para atendimento dos hipertensos e diabéticos todas as 5tas férias nos dois turnos, distribuídas 15 no turno da manhã e 15 na tarde, com 10 vagas disponíveis para acolher os usuários provenientes de busca domiciliar, distribuídas cinco na manhã e cinco na tarde, as responsáveis do acolhimento e que os dados sejam transferidos ao livro de registro e avaliados na reunião da equipe com periodicidade semanal serão as duas técnicas de enfermagem.

Engajamento público.

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Esclarecer as pessoas com hipertensão, diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento. A equipe (médico, enfermeira e os agentes comunitários de saúde) e com apoio dos líderes da comunidade, esclarecerá à comunidade nas visitas domiciliares e nos diferentes espaços públicos sobre a importância da realização das consultas dos hipertensos e diabéticos em dia, explicando a necessidade de priorização do atendimento periódico desta doença, abordando os temas de adequado controle destas doenças e suas complicações.

Qualificação da prática clínica.

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

Detalhamento. A capacitação será feita na unidade de saúde pelo médico e a enfermeira nas reuniões semanais da equipe onde será analisado e discutido quanto às consultas e periodicidades das pessoas com hipertensão e diabetes segundo os protocolos estabelecidos e complicações das mesmas, sustentado nos Cadernos nº 36 e 37 do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, 2014.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Metas: 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão e diabetes.

Ações:

Monitoramento e avaliação.

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

Detalhamento. O monitoramento será realizado com o acompanhamento semanal do novo registro específico (Ficha espelho), revisão de prontuário, preenchimento e acompanhamento da PCD, além das fichas dos ACS. A enfermeira e as técnicas de enfermagem ficarão responsáveis, verificarão a qualidade dos

registros de pessoas com hipertensão e diabetes acompanhadas na UBS, mensalmente analisarão esta situação em reunião da equipe.

Organização e gestão do serviço.

- Implantar a ficha de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento. Para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, o médico e a enfermeira vão elaborar uma ficha complementar de acompanhamento a qual será anexada aos prontuários dos usuários hipertensos e diabéticos, estimando alcançar com a intervenção 350 hipertensos e 100 diabéticos, incluindo em cada um deles os dados gerais do usuário, data de consulta, profissional que executa PA, peso, IMC, risco, exame físico, exame de pé, complementários, resultados, medicamentos indicados, quantidade, orientação nutricional, pratica de exercícios físicos, tabaquismo, avaliação bucal, data retorno da próxima consulta, com preenchimento pelo medico da UBS, todas as 5tas férias nas consultas e 4feiras nas visitas domiciliares com periodicidade semanal.

Realizar-se-á reunião da equipe pelo médico com a participação de todos os profissionais da unidade, onde se definira os registros a utilizar nos atendimentos dos hipertensos e diabéticos acompanhados e o responsável pelo monitoramento dos mesmos, sendo o medico da UBS responsáveis pelo monitoramento dos registros com apoio da enfermeira, com uma revisão semanal com identificação de procedimentos em atrasos, pacientes faltosos com retorno programado, usuários de risco, com a transferência da informação aos ACS e resto da equipe, para a execução de todas as ações não menos de três dias, responsável enfermeira e as duas técnicas de enfermagem.

Engajamento público.

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

Detalhamento. A equipe (médico, enfermeira e os agentes comunitários de saúde) e apoio dos líderes da comunidade, esclarecerá à comunidade nas visitas domiciliares e nos diferentes espaços públicos sobre a informação registrada dos usuários hipertensos e diabéticos de suas doenças e o acesso a estas se for necessário, com o direito em caso de dúvida acudir UBS para revisar sua documentação ou uma pessoa autorizada pelo usuário. A enfermeira da UBS será a responsável de esclarecer à informação solicitada.

Qualificação da prática clínica.

- Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento das pessoas hipertensas e diabéticas.

Detalhamento. A capacitação será feita na unidade de saúde pelo médico e a enfermeira nas reuniões semanais da equipe onde será analisado e discutido quanto o preenchimento adequado dos registros de acompanhamento de hipertensos e diabéticos, onde se apresentara a ficha específica (Ficha espelho), registro a utilizar na intervenção (PCD), com todos os procedimentos clínicos estabelecidos na atenção aos usuários hipertensos e diabéticos, sustentado nos Cadernos nº 36 e 37 do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, 2014.

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 e diabetes.

Ações:

Monitoramento e avaliação.

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

Detalhamento. O monitoramento será realizado com o acompanhamento semanal do novo registro específico (Ficha espelho), revisão de prontuário, preenchimento e acompanhamento da PCD, além das fichas dos ACS. A enfermeira

e as técnicas de enfermagem ficarão responsáveis, verificarão o número de pessoas com hipertensão e diabetes com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, mensalmente analisarão esta situação em reunião da equipe.

Organização e gestão do serviço.

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

Detalhamento: O atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos avaliados como de alto risco cardiovascular será priorizado pela enfermeira ao fazer a triagem quando eles assistirem na unidade para atendimento ou pelos agentes de saúde quando fazem as visitas nos domicílios. Estes usuários serão identificados como de maior probabilidade de complicações e ao concluir cada consulta agendaram de forma imediata para próxima consulta com data de retorno, responsável o médico da UBS.

Engajamento público.

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
- Esclarecer as pessoas com hipertensão, diabetes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento. A equipe (médico, enfermeira e os agentes comunitários de saúde) orientará a todos os pacientes hipertensos e diabéticos nas consultas realizadas e nas visitas domiciliares sobre seu nível de risco baixo, moderado ou alto, se tem lesão em órgão alvo, a necessidade de um atendimento e acompanhamento oportuno segundo o risco identificado para evitar a aparição das complicações. Além disso esclarecerá sobre a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis como obesidade, sedentarismo, alimentação saudável, consumo de álcool, hábito de fumar entre outros e como modificá-lo, para manter uma adequada qualidade de vida, responsáveis médico e enfermeira da UBS.

Qualificação da prática clínica.



- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.
- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis

Detalhamento. A capacitação será feita na unidade de saúde pelo médico nas reuniões semanais da equipe, com a participação de todos os profissionais da saúde, onde será analisado e discutido como realizar a estratificação de risco segundo o escore de Framingham nos usuários hipertensos e diabéticos, classificados em baixo, intermediário ou alto risco. Além disso, serão capacitado sobre a importância dos registros desta avaliação, onde se realizara uma apresentação da ficha de acompanhamento, o livro de registro, identificando a classificação do risco, também se oferecerá as principais complicações nos usuários de alto risco, o controle e orientações dos fatores de risco modificáveis nos indivíduos hipertensos e diabéticos como a obesidade, sedentarismo, alimentação saudável, consumo de álcool, habito de fumar entre outros e como modificá-lo, para manter uma adequada qualidade de vida, com um estudo prévio do tema antes da capacitação, através de discussões e debates, sustentados nos cadernos nº 36 e 37 do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, 2014.

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

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

Ações:

Monitoramento e avaliação:

- Monitorar a realização de orientação nutricional as pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento. O monitoramento será realizado com o acompanhamento semanal do novo registro específico (Ficha espelho), revisão de prontuário, preenchimento e acompanhamento da PCD, além das fichas dos ACS. A enfermeira e as técnicas de enfermagem ficarão responsáveis, verificarão a realização de

orientação nutricional nas pessoas com hipertensão e diabetes, mensalmente analisarão esta situação em reunião da equipe.

Organização e gestão do serviço.

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento. As praticas coletivas sobre alimentação saudável serão organizadas na UBS e em outros locais da comunidade como igrejas, escolas participando pessoas hipertensos, diabéticos e a população em geral, além o grupo de hipertensos e diabéticos de nossa unidade a realizaram todas as 5tas feiras nos dois turnos, antes do atendimento, com uma duração de 15 minutos, participando todos os profissionais da equipe, envolvendo nestas atividades outros profissionais como nutricionistas, utilizarão meios de ensino como pancartas ofertadas pela Secretaria de saúde.

Engajamento público.

- Orientar pessoas com hipertensão e diabetes e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento. A equipe (médico, enfermeira e os agentes comunitários de saúde) orientará as pessoas com hipertensão e diabetes e seus familiares nas consultas, nas visitas domiciliares e nos diferentes espaços públicos sobre a necessidade de mudanças do estilo de vida, por exemplo, mantendo uma alimentação saudável segundo as particularidades em cada usuário, abordando os dez passos de alimentação saudável nestes pacientes, a prática de atividade física regular, o controle do peso corporal, eliminar o hábito de fumar, aspetos que ajudam a manter uma melhor qualidade de vida assim como um melhor controle destas doenças e suas complicações.

Qualificação da prática clínica.

- Capacitar a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável.

Detalhamento. A capacitação será feita na unidade de saúde pelo médico nas reuniões semanais da equipe, com participação de todos os profissionais da saúde, onde será analisado e discutido quanto à importância de mudanças do estilo de vida para o controle de fatores de risco modificáveis como alimentação saudável, abordando os dez passos de alimentos saudáveis nos pacientes hipertensos e

diabéticos, sustentados nos cadernos nº 36 e 37 do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, 2014. Pagina 112 e pagina 84.

Meta: 6.2. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão e diabetes.

Ações:

Monitoramento e avaliação.

- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular às pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento. O monitoramento será realizado com o acompanhamento semanal do novo registro específico (Ficha espelho), revisão de prontuário, preenchimento e acompanhamento da PCD, além das fichas dos ACS. A enfermeira e as técnicas de enfermagem ficarão responsáveis, verificarão a realização de orientação para atividade física regular às pessoas com hipertensão e diabetes, mensalmente analisarão esta situação em reunião da equipe.

Organização e gestão do serviço.

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento. As práticas coletivas para orientação de atividade física serão organizadas na UBS e em outros locais da comunidade como igrejas, escolas participando usuários hipertensos, diabéticos e a população em geral. Além disso, o grupo de hipertensos e diabéticos de nossa unidade será realizado todas as 5as feiras nos dois turnos, antes do atendimento, com uma duração de 15 minutos, participando todos os profissionais da equipe, envolvendo nestas atividades outros profissionais como educadores físicos, utilizarão meios de ensino como cartazes ofertados pela Secretaria de saúde.

Engajamento público.

- Orientar pessoas com hipertensão, diabetes e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento da hipertensão.

Detalhamento. A equipe (médico, enfermeira e os agentes comunitários de saúde) orientará as pessoas com hipertensão, diabetes e à comunidade nas

consultas, nas visitas domiciliares e nos diferentes espaços públicos sobre a importância da prática de atividade física regular como uma mudança no estilo de vida destes usuários é muito importante para o controle do peso corporal, aspectos que ajudam a manter uma melhor qualidade de vida, assim como um melhor controle diretamente ao tratamento destas doenças e suas complicações.

Qualificação da prática clínica.

- Capacitar a equipe da UBS sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Detalhamento. A capacitação será feita na unidade de saúde pelo médico nas reuniões semanais da equipe, com participação de todos os profissionais da saúde, onde será analisado e discutido a importância na promoção da prática de atividade física regular como mudança do estilo de vida dos usuários hipertensos e diabéticos, abordando a importância sobre exercícios aeróbios, anaeróbios e reavaliação, aeróbios ou de resistência, e de força ou resistidos, com estudo prévio antes da capacitação, sustentado nos cadernos nº 36 e 37 do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, 2014. Pagina 129, pagina 99.

Meta: 6.3. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão e diabetes.

Ações:

Monitoramento e avaliação.

- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo as pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento. O monitoramento será realizado com o acompanhamento semanal do novo registro específico (Ficha espelho), revisão de prontuário, preenchimento e acompanhamento da PCD, além das fichas dos ACS. A enfermeira e as técnicas de enfermagem ficarão responsáveis, verificarão a realização de orientação sobre riscos do tabagismo as pessoas com hipertensão e diabetes, mensalmente analisarão esta situação em reunião da equipe.

Organização e gestão do serviço.

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

Detalhamento. A enfermeira da equipe realizará a solicitação a Secretaria Municipal de saúde, em coordenação com órgão gestor (Prefeitura) para a compra de medicamentos para tratamento de abandono do tabagismo em usuários hipertensos e diabéticos, com subministro antes da intervenção.

Engajamento público.

- Orientar as pessoas com hipertensão e diabetes tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento. A equipe (médico, enfermeira e os agentes comunitários de saúde) orientará as pessoas com hipertensão e diabetes tabagistas nas consultas, nas visitas domiciliares e nos diferentes espaços públicos sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Qualificação da prática clínica.

- Capacitar a equipe para o tratamento de pessoas tabagistas.

Detalhamento. A capacitação será feita na unidade de saúde pelo médico nas reuniões semanais da equipe, com participação de todos os profissionais da saúde, onde será analisado e discutido quanto à importância do tratamento de pessoas hipertensas e diabéticas tabagistas sobre a existência de um tratamento para abandono do tabaquismo na UBS.

Meta: 6.4. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão e diabetes.

Ações:

Monitoramento e avaliação.

- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal as pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento. O monitoramento será realizado com o acompanhamento semanal do novo registro específico (Ficha espelho), revisão de prontuário, preenchimento e acompanhamento da PCD, além das fichas dos ACS. A enfermeira e as técnicas de enfermagem ficarão responsáveis, verificarão a realização de orientação sobre higiene bucal as pessoas com hipertensão e diabetes, mensalmente analisarão esta situação em reunião da equipe.

Organização e gestão do serviço.

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

Detalhamento. Organizaram-se atendimentos odontológicos para hipertensos e diabéticos todos os dias com cinco vagas diárias, se estabelecera uma disponibilidade de 50 minutos diários, para ofertar orientações individuais e particulares a cada usuário, distribuídos em 10 minutos por cada paciente, responsáveis odontólogo.

Engajamento público.

- Orientar as pessoas com hipertensão e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento. A equipe (Odontólogo, médico, enfermeira e os agentes comunitários de saúde) orientará as pessoas com hipertensão e diabetes e seus familiares nas consultas, nas visitas domiciliares e nos diferentes espaços públicos sobre a importância da higiene bucal. Abordarão temas como técnica de escovação adequada e principais doenças bucais entre outras, utilizaremos meio de ensino materiais como manequins, e cartazes ilustrativos.

Qualificação da prática clínica.

- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento. A capacitação será feita na unidade de saúde em forma de escuta e debate pelo odontólogo nas reuniões semanais da equipe, com participação de todos os profissionais da saúde, sobre orientações de higiene bucal. Serão abordados temas como técnica de escovação adequada e principais doenças bucais entre outras, utilizaremos meio de ensino materiais como manequins e cartazes ilustrativos.

### **2.3.2 Indicadores**

Objetivo 1 Ampliar a cobertura dos hipertensos e diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

**Indicador 1.1.** Cobertura do programa de atenção aos hipertensos na unidade de saúde.

Numerador: Número de Hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Meta 1.2: Cadastrar 50% os diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Numerador: Número de Diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão e o diabetes mellitus.

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

Numerador: Número de hipertensos e diabéticos com exame clínico apropriado.

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

Meta 2.2: Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 3 meses (palpação dos pulsos tibiais posteriores e pediosos e medida da sensibilidade).

**Indicador 2.2.** Proporção de pessoas com diabetes com exame dos pés em dia.

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

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

Meta 2.3: Garantir a 100% das pessoas com hipertensão e diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

Meta 2.4: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas na UBS.

**Indicador 2.4.** Proporção de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

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

Meta 2.5: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas hipertensas e diabéticas.

**Indicador 2.5.** Proporção de hipertensos e diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

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

Metas 3.1: Buscar 100% das pessoas com hipertensão e diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.



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

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

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

Objetivo 4 Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

Objetivo 5 Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

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

**Indicador 5.1** Proporção de hipertensos e diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Objetivo 6 Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão e diabetes.

**Indicador 6.2.** Proporção de hipertensos e diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão e diabetes.

**Indicador 6.3.** Proporção de hipertensos e diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.4: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão e diabetes.

**Indicador 6.4.** Proporção de hipertensos e diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### 2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no Programa de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, vamos adotar o Protocolo do Ministério de Saúde, 2009 e os Cadernos de Atenção Básica: número 36 de Diabetes Mellitus e número 37 de

Hipertensão Arterial Sistêmica do Ministério de Saúde, 2014. Utilizaremos para a coleta de todos os indicadores necessários para o monitoramento da intervenção as fichas espelho disponibilizadas pelo curso, pois contém toda a informação necessária para alimentar a planilha de coleta de dados.

Para organizar o registro específico do programa o médico e a enfermeira revisarão o livro de registro, identificando todos os usuários hipertensos e diabéticos acompanhados na ESF. Essas pessoas serão chamadas a comparecer na UBS para consulta e cadastramento na intervenção. Durante a consulta todos os dados serão transcritos para a ficha espelho. Após a primeira semana será realizado o primeiro monitoramento e identificando consultas e exames complementar em atraso segundo os protocolos estabelecidos, pacientes faltosos com retorno programado, entre outros aspectos. Estimamos alcançar na intervenção 350 Hipertensos e 100 Diabéticos. A equipe solicitará a Secretaria de Saúde a impressão de um total de 450 fichas espelhos, de acordo com as necessárias de cada grupo já descrito. Para o acompanhamento mensal, será implantada a planilha de coleta de dados, fazendo o monitoramento contínuo e mantendo o estilo de trabalho permanente da equipe o que organizará a coleta e o monitoramento da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência.

O monitoramento das ações programáticas será realizado com o acompanhamento semanal do novo registro específico (Ficha espelho), revisão de prontuário, preenchimento e acompanhamento da PCD, além das fichas dos ACS. O médico e as enfermeiras ficarão responsáveis, verificarão o número de usuários cadastrados no Programa de Atenção a Hipertensão arterial e Diabetes na ESF, se o usuário tem a realização de exame clínico apropriado, a realização de exame dos pés das pessoas com diabetes, com exames de laboratório solicitado de acordo com o protocolo adotado na unidade, o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, os que necessitam de atendimento odontológico, o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia), a qualidade dos registros, a realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, a realização de orientação nutricional, a realização de orientação para atividade física regular, a realização de orientação sobre riscos do tabagismo, a realização de orientação sobre higiene bucal, entre outras, mensalmente analisaremos esta situação em reunião da equipe.

Depois de identificado nosso foco da intervenção, começamos a capacitar a equipe para a utilização do protocolo sobre o Manual Técnico de HAS e DM, os quais serão utilizados durante a mesma, sendo analisados e discutidos na unidade de saúde semanalmente no horário da reunião da equipe, esta atividade ocorrerá ao longo de toda a intervenção, mantendo o espaço para esclarecer dúvidas sobre o projeto.

A estruturação de acolhimentos aos usuários hipertensos e diabéticos será da seguinte forma, a enfermeira e as duas técnicas de enfermagem farão o acolhimento dos usuários, os quais, sempre que realizarem a consulta de acompanhamento na unidade, terão a próxima consulta agendada. Além disso, todos os indivíduos com suspeita de hipertensão e diabetes serão acolhidos nos mesmo turno para ampliar o numero de pessoas com estas doenças acompanhadas. O atendimento será realizado na sala de procedimentos da ESF, realizando os processos de enfermagem sustentados na sistematização da assistência de enfermagem pelos Cadernos de Atenção Básica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus 2014, serão priorizados os usuários avaliados como alto risco oferecendo lhes atendimento imediato, o atendimento clínico o realizaremos para este programa como a maioria das doenças estão misturadas todas as 5tas feiras nos dois turnos, com 30 vagas, 15 de manha e 15 na tarde, com 10 vagas disponíveis para procedimentos em atraso divididas em cinco de amanha e cinco na tarde, para melhorar a qualidade do atendimento, também temos previstos a chegada de usuários com intercorrências clinicas com duas vagas para a demanda espontânea.

Os agentes comunitários serão responsáveis pela busca ativa diária de todos os usuários faltosos às consultas programadas e usuários que não tem realizado as ações e procedimentos identificados já descritos, com retorno planejado e organizado, agregando estes dados ao registro. Essas pessoas serão agendadas nas vagas reservadas da demanda espontânea. Ao final de cada semana estas informações serão analisadas nas reuniões da equipe, ao mesmo tempo monitorando a qualidade dos registros, com apresentação de um relatório realizado pelo medico e enfermeira da ESF, com a obtenção dos indicadores alcançados e os pendentes para alcançar, traçando estratégias para alcançá-los.

Para sensibilizar a comunidade o médico e enfermeira da ESF (responsáveis por esta ação) promoverão ações sustentadas pelos Cadernos de Atenção Básica nº

36 e 37 do Ministério da Saúde. Estratégia para o cuidado das pessoas com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, 2014. Toda a equipe (médico, enfermeira e os agentes comunitários de saúde) com apoio dos líderes da comunidade, esclarecerão à comunidade nas visitas domiciliares e nos diferentes espaços públicos sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus na ESF, orientando sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos pelo menos anualmente, de realizar hemoglicoteste nos adultos com pressão sustentada maior de 135/80 mmHg, de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes mellitus, utilizando cartazes demonstrativas de algumas doenças com ACV, IMA, insuficiência venosa periférica, entre outras, intervir no conhecimento de fatores de risco modificáveis para prevenir o desenvolvimento destas doenças, a necessidade de realização dos exames complementares de forma periódica para a prevenção de complicações, o direito dos usuários hipertensos e diabéticos de ter acesso aos medicamentos da farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, a importância de realizar avaliação da saúde bucal com demonstração através de maquetas da técnica adequada de escovado e detecção de doenças bucais prévias, da realização das consultas dos hipertensos e diabéticos em dia, explicando a necessidade de priorização do atendimento periódico desta doença para evitar suas complicações, a necessidade de mudanças do estilo de vida, por exemplo, mantendo uma alimentação saudável segundo as particularidades em cada paciente, abordando os dez passos de alimentação saudável nestes pacientes, a prática de atividade física regular, o controle do peso corporal, eliminar o hábito de fumar, aspectos que ajudam a manter uma melhor qualidade de vida assim como um melhor controle destas doenças e suas complicações, a existência para os usuários tabagistas de tratamento para abandonar o tabagismo, entre outras. A gestão já foi informada da necessidade do material de apoio para o desenvolvimento dessas atividades como: cartazes, multimídia, acesso a rádio local.



### **3 Relatório da Intervenção**

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

Na intervenção desenvolvida na ESF Gaudêncio Conceição, Quaraí/RS, o grupo prioritário escolhido foi HAS e DM. A equipe que realizou o trabalho árduo e significativo, durante 12 semanas, nos meses de novembro, dezembro e janeiro do ano de 2016, as ações foram desenvolvidas segundo o cronograma estabelecido.

Para o cumprimento dos objetivos propostos, foi monitorado e avaliado em todas as reuniões da equipe, semanalmente, o levantamento da necessidade dos materiais para a intervenção e solicitados aos gestores, como: prontuários clínicos, registros de cadastros, ficha espelho, ficha de atendimento odontológico, caderneta de HAS e DM, material e insumos como medicamentos, fita métrica, esfigmomanômetro, fitas reagente e lancete, com abastecimento contínuo. Melhoramos o acolhimento de todos os usuários na ESF e definimos atribuição de cada profissional. Também foi realizada capacitação de todos os profissionais da equipe de saúde da ESF sobre os protocolos de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, aproveitando o momento e feito estabelecimento do papel de cada profissional nas ações programáticas, capacitando-os também sobre a realização de busca ativa dos faltosos, como realizar o registro adequado das informações, oportunizando o tempo e planejando as atividades educativas.

Foi feita a incorporação das lideranças da comunidade com uma interação ativa e grande apoio à intervenção. Realizamos cadastro de 342 (48,8%) usuários portadores de hipertensão e 101 (50,5%), portadores de diabetes mellitus. Sendo oferecido atendimento clínico de hipertensão arterial sistólica e diabetes mellitus continuamente, sendo realizado rastreamento com tomada da pressão arterial sustentada maior que 135x80 mmHg e realização de hemoglicoteste à todos os usuários maiores de 18 anos.

Todos os registros foram implantados, com responsabilidade das técnicas, enfermeira e o médico da ESF. Foi feita a retroalimentação da ficha espelho dos usuários e monitoramento da intervenção, assim como detecção dos usuários faltosos e realização da busca ativa dos mesmos. Feita revisão do controle de estoque (incluindo validade) de medicações. Também foram realizadas avaliação bucal e atendimento odontológico de hipertensos e diabéticos. Apresentamos dificuldades já que não contamos com um local adequado para a realização das palestras, mais a equipe enfrentou o desafio, utilizando a sala de espera antes de começar os atendimentos para desenvolver promoção de saúde. Ainda não conseguimos realizar uma agenda compartilhada com o odontólogo para viabilização do atendimento.









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

Dentro das ações previstas não desenvolvidas, não conseguimos a garantia da disponibilização total de todos os exames complementares como a hemoglobina glicada, porque não tem conseguido que a secretaria municipal libere este examen para os pacientes diabeticos. Também não conseguimos realizar uma agenda compartilhada com o odontólogo para viabilização do atendimento.

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

Com o andamento da intervenção foram aperfeiçoadas as ações de coletar os dados com a ajuda da orientadora do curso, com grande apoio dos instrumentos utilizados, como fichas espelho no fortalecimento de todas as informações individuais dos usuários hipertensos e diabéticos, transcritas ao livro registro geral, ampliado do Programa de HAS e DM, com equipe capacitada, com um sistema de registro viável, os diários de intervenção e os elementos fotografias, forneço com grande profundidade a coleta de todas as informações durante o desenvolvimento da intervenção, o qual condicionou resultados significativos.

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

As ações desenvolvidas durante a intervenção estão integradas à rotina da ESF, e será continuada no dia a dia, garantindo um aumento da cobertura do Programa de HAS e DM na unidade. A adesão de usuários com mobilidade, são orientados a continuar acompanhamento regular segundo os protocolos, e assim dedicar mais tempo as atividades educativas no âmbito de higiene bucal, sensibilizando usuários e garantindo mudanças de estilos de vida da comunidade. A intervenção fortaleceu o vínculo entre a equipe e a comunidade, transformou o processo de trabalho, qualificando a equipe. Todas as semanas, aconteceram reuniões da equipe para monitoramento e avaliação do processo de trabalho. Estes contatos semanais já são considerados rotina em nosso trabalho.

## 4 Avaliação da intervenção

### 4.1 Resultados

Durante o transcurso de 12 sememas foi desenvolvida e finalizada a intervenção, este trabalho teve como objetivo promover a melhoria da Atenção à saúde de hipertensos e diabéticos na ESF Gaudêncio Conceição, no Município de Quaraí/ RS, mediante ações desenvolvidas junto à equipe de saúde, e para a avaliação dos resultados alcançados descreveremos os parâmetros em aspectos quantitativos e qualitativos de todos os indicadores que foram utilizados para mensurar o serviço.

Resultados referentes ao objetivo de ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos:

**Meta:** Cadastrar 50% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Indicador:** Cobertura do programa de atenção de hipertensos e diabéticos na unidade de saúde.

O total de usuários hipertensos com 20 anos ou mais, residentes na área de abrangência estimados na nossa unidade de saúde é de 701 usuários. Durante os meses da intervenção, tivemos 130 hipertensos acompanhados na ESF no primeiro mês (18,5%), 237 no segundo mês (33,8%), e finalmente 342 no terceiro mês fechando com (48,8%) de cobertura (Figura 1).

Com relação ao total de usuários diabéticos, residentes na área de abrangência e estimados na nossa unidade de saúde é de 200 usuários. Durante a

intervenção, tivemos 32 no primeiro mês (16,0%), 69 no segundo mês (34,5%), e 101 no terceiro mês fechando com (50,5%) de cobertura (Figura 2).

Referentes ao objetivo de ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos temos que dizer que não conseguimos superar a meta estipulada dum (50,0%) nos usuários com hipertensão só alcançamos um (48,8%) de cobertura, mas tivemos êxito no aumento da cobertura nos usuários diabéticos que alcançamos (50,5%), finalmente podemos mencionar que houve um aumento considerável das coberturas para ambas as doenças e que ofertamos uma atenção e assistências mais qualificadas, tentando minimizar as consequências negativas sobre a qualidade de vida dos usuários.

O problema da cobertura da hipertensão foi porque apresentamos algumas dificuldades durante o tempo da intervenção, mas o mais importante foi à afetação duma semana de intervenção por problemas climáticos, na semana seis tentamos dar continuidade a nossa intervenção, mas com as intensas chuvas com a enchente do rio Quarai que impossibilitou o trabalho na ESF por uma semana o que afeito o acompanhamento de usuários com esta doença, apesar de este podemos dizer que a equipe ficou capacitada e trabalhou no projeto com muito empenho, dedicação, esforço, compromisso, mantendo sempre a colaboração de todos cumprindo com todas as atividades planejadas no cronograma, com um monitoramento semanal avaliado em cada reunião da unidade de saúde, existiu apoio de lideranças da comunidade e dos gestores de saúde, e assim demonstrando além o envolvimento de todos os membros para que tivéssemos o cadastro e fizéssemos o efetivo acompanhamento dos usuários com HAS e/ou DM.

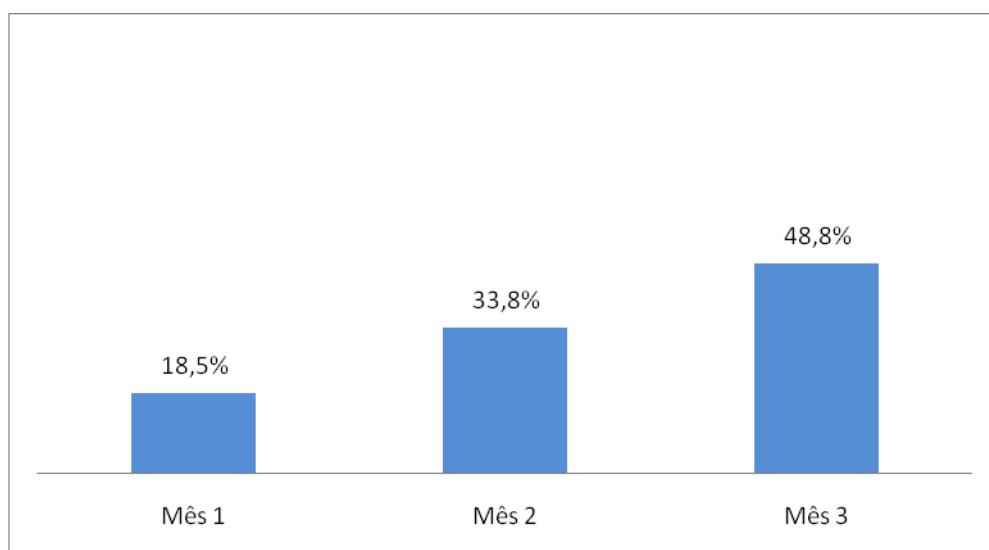


Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na ESF Gaudêncio Conceição. Quaraí/ RS, 2016. Fonte: Planilha de Coleta de Dados Final, 2016.

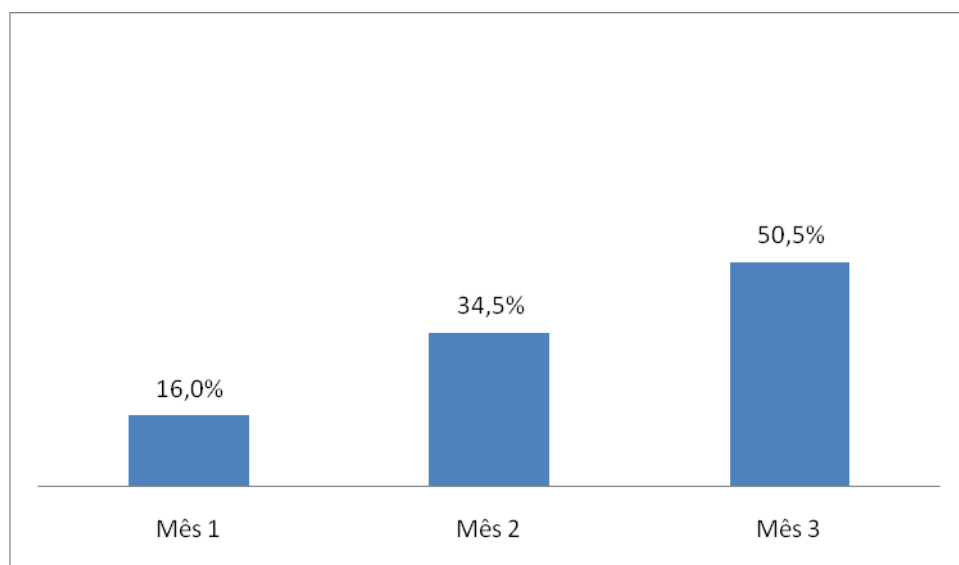


Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na ESF Gaudêncio Conceição. Quaraí/ RS, 2016. Fonte: Planilha de Coleta de Dados Final, 2016.

**Resultados referentes ao objetivo de melhorar a qualidade do atendimento do hipertenso e/ou diabético ao programa:**

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

**Indicador:** Proporção de hipertensos e diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo

O número de hipertensos com 20 anos ou mais que tiveram o exame clínico em dia no primeiro mês foi de 122 (93,8%), 224 no segundo mês (94,5%), no terceiro mês foram 330 (96,5%) (Figura 3).

O número de diabéticos que tiveram o exame clínico em dia foi de 32 no primeiro mês (100%), 69 no segundo mês (100%), 101 (100%) no terceiro mês usuários com diabetes assistidos.

Conseguimos este indicador pela grande apoio da equipe onde cada profissional desenvolveu sua atuação, foram realizadas atividades educativas coletivas na comunidade e visitas domiciliares orientando sobre a importância de exames clínico segundo os protocolos com um equipo capacitado nos temas.

Os indicadores tanto para hipertensos quanto para diabéticos foram excelentes, em destaque para os diabéticos que justifica maiores proporções, talvez por maior cuidado e atenção da equipe com o pé diabético e possíveis feridas no

corpo do usuário. Podemos mencionar que houve uma incorporação do exame físico qualitativo no serviço.

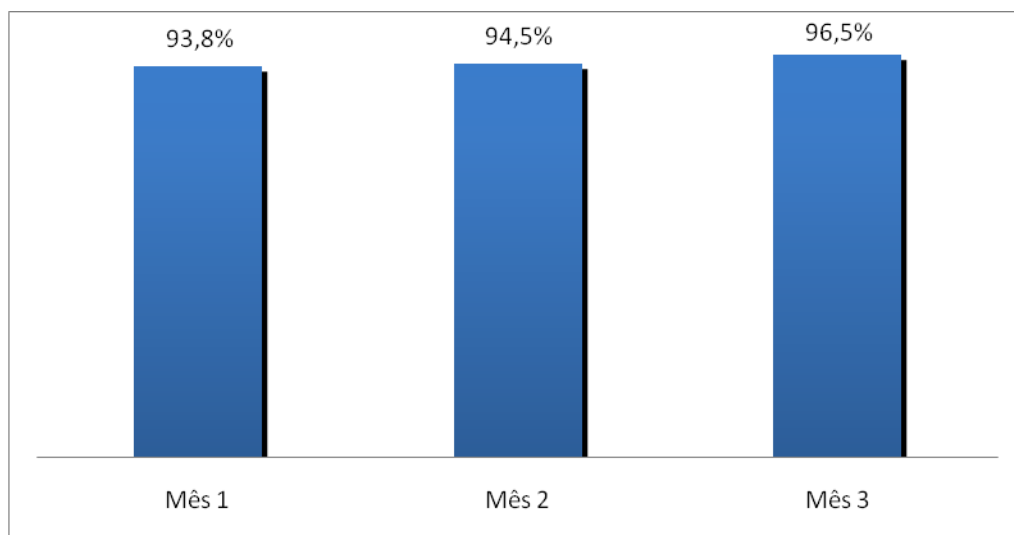


Figura 3 - Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo naESF Gaudêncio Conceição. Quarai/ RS, 2016.Fonte: Planilha de Coleta de Dados Final, 2016.

**Meta:** Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada três meses (palpação dos pulsos tibiais posteriores e pediosos e medida da sensibilidade).

**Indicador:** Proporção de diabéticos com exame dos pés em dia de acordo com o protocolo.

Todos os usuários diabéticos receberam ao (100%) o exame dos pés, no primeiro mês foram 32, no segundo mês foram 69 usuários e fechando o terceiro mês com 101 diabéticos (100%).

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

**Indicador:** Proporção de hipertensos e diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Durante os meses da intervenção para usuários hipertensos, no primeiro mês alcançamos 106 (81,5%), no segundo mês 207 (87,3%), e no terceiro mês 300 (87,7%) (Figura 4).

Para os usuários com diabetes, no primeiro mês alcançamos 31 (96,9%), no segundo mês, foram 68 (98,6%), e no terceiro mês, foram 98 (97,0%) (Figura 5).

O exame complementar foi requerido para todos os usuários onde em todas as consultas medicas o medico realizou a solicitação de exames complementares a todos os hipertensos e diabéticos, solicitado de acordo a periodicidade e segundo o classificado do risco e particularidades de cada paciente, exceto a hemoglobina glicada que não tem realização gratuita no nosso Município, com um processo agilização na realização dos exames complementares colegiado, que ajudou alcançar estes resultados, com um acompanhamento continuo dos ACS em visitas domiciliares orientados pelo um sistema de alerta através do livro de registros com avaliação nas reuniões da equipe com apoio das lideranças da comunidade, mas ainda temos muitos usuários que não retornaram com os resultados, dificultando a efetiva avaliação deste indicador.

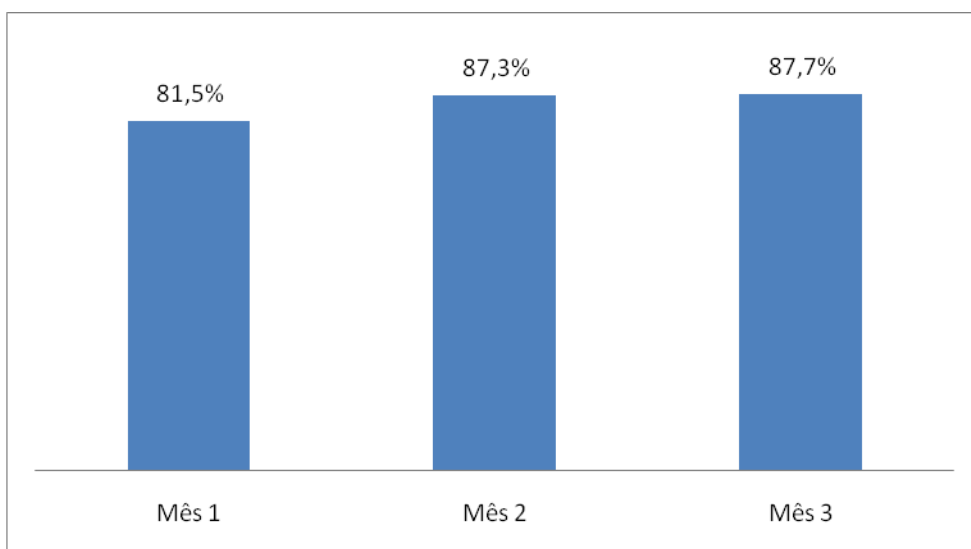


Figura 4: Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo ESF Gaudêncio Conceição. Quaraí/ RS, 2016. Fonte: Planilha de Coleta de Dados Final, 2016.



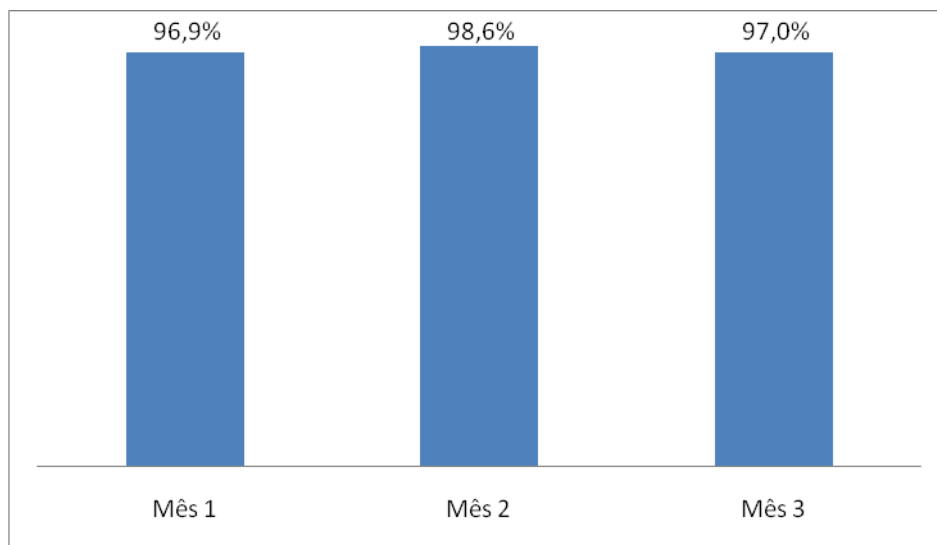


Figura 5: Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo ESF Gaudêncio Conceição. Quaraí/ RS, 2016.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados Final, 2016.

**Meta:** Priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados.

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

Todos os usuários hipertensos e diabéticos receberam prescrição de medicamentos na Farmácia popular (100%), no primeiro mês foram 129 hipertensos que receberam medicamentos, no segundo mês foram 236 usuários e fechando o terceiro mês com 342 hipertensos (100%).

Para os diabéticos no primeiro mês foram 31 (100%) usuários, no segundo mês 68 (100%) e no terceiro mês foram 100 (100%), indicador satisfatório, com grande apoio de órgãos gestores para o abastecimento contínuo.

**Meta:** Realizar avaliação de atendimento odontológico a 100 % dos hipertensos e diabéticos.

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

Para avaliação de este indicador consideramos que foi o indicador com resultados mais baixo da intervenção, mas nossa ESF não tem uma equipe odontológica só tem um odontólogo que trabalha pela manhã e de tarde não temos este atendimento, assim a equipe planejou e organizou agendamentos para aumentar este indicador, uma agenda de recuperação para os usuários com

resistência a este atendimento sendo muito forte nos idosos, mais para a equipe tem sido um desafio lidar com as pessoas de baixo nível cultural que não acreditam na avaliação odontológica, muito por medo outros porque referem que não precisam.

A equipe tem identificado todos os usuários com esta dificuldade, e ajustou um cronograma de palestras e visita domiciliar para sensibilizar estes pacientes e assim acreditamos que chegaremos aos 100% dos atendidos, no primeiro mês alcançamos 69 hipertensos com avaliação de atendimento odontológico (53,1%), no segundo mês foram 136 hipertensos com avaliação (57,4%) e concluímos no terceiro mês com 204 hipertensos com avaliação de atendimento odontológico (59,6%) (Figura 6).

Quanto aos diabéticos, no primeiro mês alcançamos 21 atendimentos (65,6 %), no segundo mês foram 53 usuários (76,8 %), e para fechar no terceiro mês foram 76 atendimentos (75,2%), os atendimentos nos diabéticos foram melhores porque eles têm maior risco de doenças e os usuários pendentes são resistentes a avaliação bucal fundamentalmente nos idosos, que continuaremos sensibilizando mediante palestras para usuário, família e comunidade, este resultado foi alcançado com grande apoio do odontólogo da ESF e acompanhamento contínuo dos ACS nas visitas domiciliares e orientações sobre a importância da avaliação bucal nestas doenças, conhecimento alcançado na capacitação realizada a todos os profissionais da equipe (Figura 7).

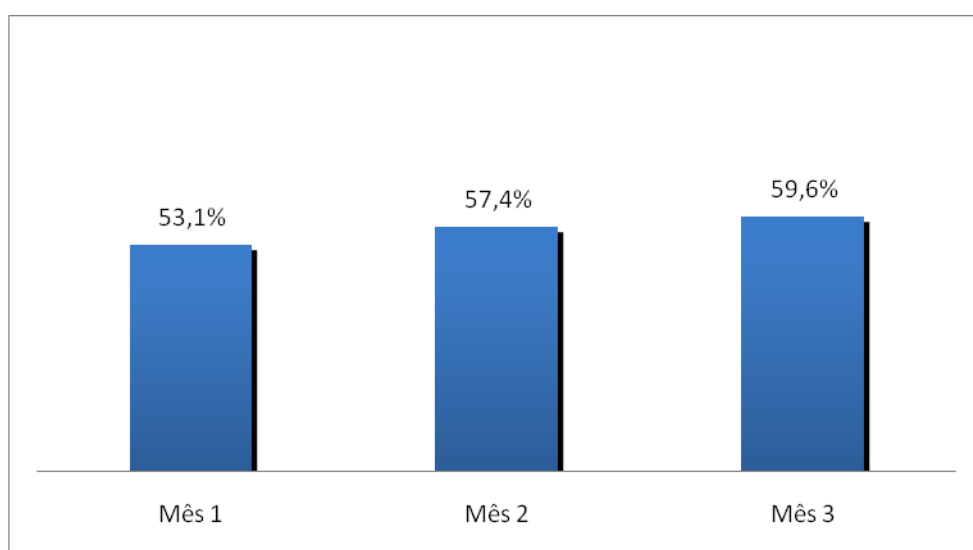


Figura 6: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico ESF Gaudêncio Conceição. Quaraí/ RS, 2016. Fonte: Planilha de Coleta de Dados Final, 2016.

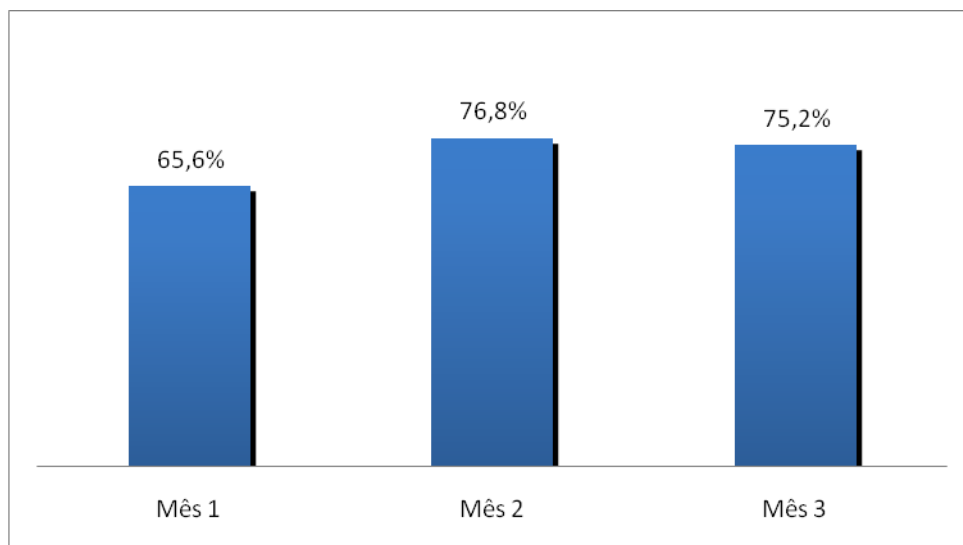


Figura 7: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico ESF Gaudêncio Conceição. Quaraí/ RS, 2016.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados Final, 2016.

### **Resultados referentes ao objetivo de melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa:**

**Meta:** Buscar 100 %dos hipertensos e diabéticos faltosos as consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador:** Proporção de hipertensos e diabéticos faltosos as consultas com busca ativa.

Com relação ao indicador de proporção de hipertensos e diabéticos faltosos as consultas com busca ativa, nossa equipe realizou uma árdua tarefa, no primeiro mês para usuários hipertensos tivemos 30 usuários faltosos recuperando (100%) em busca ativa, para o segundo mês 51 este indicador se incrementou, mas recuperando também (100%) em busca ativa, e finalizando no terceiro mês 57 usuários recuperando o (100%) deles na busca ativa.

Quanto aos usuários diabéticos, no mês primeiro mês foram quatro usuários faltosos recuperando o (100%) com busca ativa, no segundo mês cinco e recuperando o (100%) na busca ativa de usuários faltosos, para terminar no terceiro mês seis que também foram recuperados ao (100%) procedente de busca ativa.

Este indicador foi intensificado porque no começo apresentávamos dificuldades em usuários com resistência para ir à consulta, no transcurso da intervenção as ações desenvolvidas que auxiliaram foram às atividades educativas coletivas e individuais, os ACS formarão parte de grandes parceiros neste indicador com a reaplicação de busca ativa em todos os usuários faltosos a consultas com um

planejamento organizado e colegiado numa agenda confeccionada para acolher usuários provenientes de busca ativa, com revisão diária do livro de registros.

**Resultados referentes ao objetivo de melhorar o registro das informações do hipertenso e/ou diabético ao programa:**

**Meta:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na ESF conforme a periodicidade recomendada.

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

Na avaliação deste indicador, a equipe trabalhou em conjunto atualizando os registros adequados, no primeiro mês alcançamos 115 hipertensos com uma ficha de acompanhamento adequada (88,5%), no segundo mês 217 (91,6%), concluindo nas 12 semanas com 342 (100%) de hipertensos com ficha de acompanhamento adequado de acordo com a periodicidade recomendada (Figura 8).

Quanto aos diabéticos, no primeiro mês alcançamos 31 diabéticos com ficha de acompanhamento adequada (96,9%), no segundo mês 68 (98,6%) e no terceiro mês com 101 (100%) de diabéticos com ficha de acompanhamento adequado de acordo com a periodicidade recomendada (Figura 9).

As ações desenvolvidas que ocasionaram os resultados deste indicador foi à utilização de registros adequados em todos os atendimentos clínicos como ficha espelho, prontuários, ficha odontológica, planilha eletrônica e impressa de medicamentos e livro de registro geral, com uma equipe capacitada, sistema de registro viável que propiciou a identificação de situações de alerta como atraso na realização de consultas de acompanhamento com data de retorno programado, exame complementar, a não avaliação do risco, estado de compensação do doente, entre outros, para assim alcançar uma ficha de acompanhamento adequada em todos os usuários.

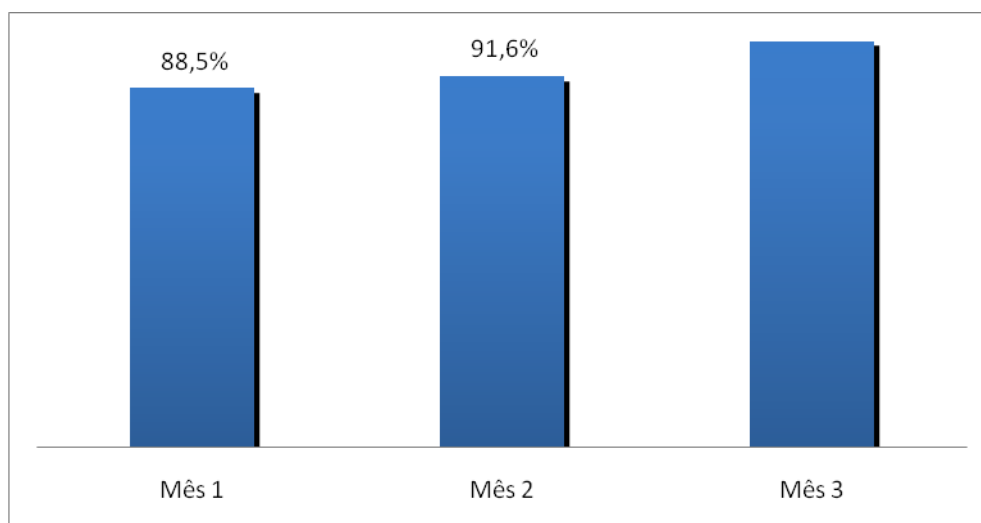


Figura 8: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento ESF Gaudêncio Conceição. Quaraí/ RS, 2016.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados Final, 2016.

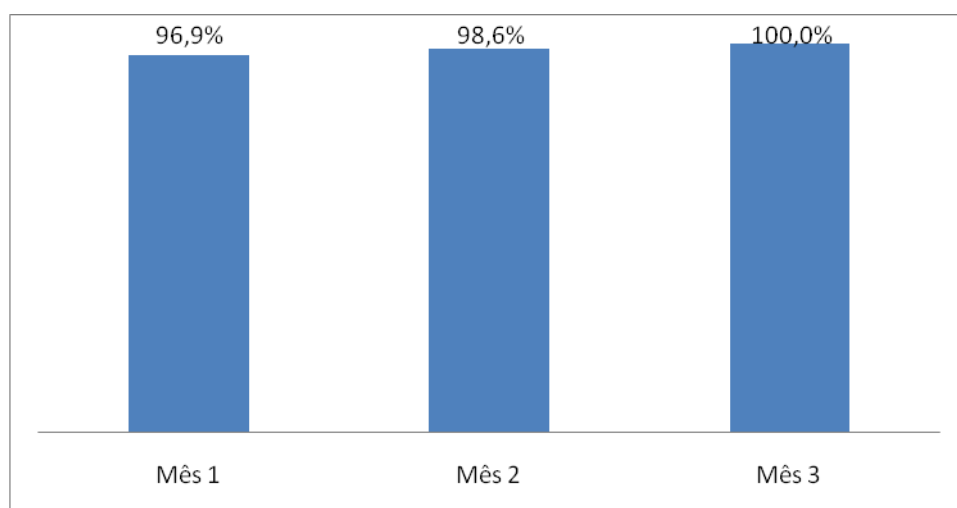


Figura 9: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento ESF Gaudêncio Conceição. Quaraí/ RS, 2016. Fonte: Planilha de Coleta de Dados Final, 2016.

**Resultados referentes ao objetivo de mapear o risco para doença cardiovascular do hipertenso e/ou diabético ao programa:**

**Meta:** Realizar estratificação do risco cardiovascular nos 100 % de hipertensos e diabéticos cadastrados na ESF.

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

Os resultados alcançados na estratificação de risco cardiovascular foram satisfatórios, para usuários hipertensos no primeiro mês realizou-se a estratificação do risco em 118 hipertensos (90,8%), no segundo mês foram 226 (95,4%), fechando

no terceiro mês com 342 (100%) de hipertensos com estratificação do risco cardiovascular por exame clínico em dia (Figura 10).

No primeiro mês alcançamos 31 diabéticos com realização de estratificação de risco (96,9%), no segundo mês foram 68 (98,6%) e fechamos no terceiro mês com os 101 diabéticos (100%) com estratificação do risco cardiovascular por exame clínico em dia (Figura 11).

As ações desenvolvidas que ocasionaram os resultados deste indicador, foi à identificação de risco no todos os hipertensos e diabéticos e priorização dos usuários avaliados como de alto risco com uma periodicidade mais intensa e consulta agendada de forma imediata, com uma organização de agenda com usuários de maior probabilidade de complicações com vagas disponível para situações imprevistas. Todos os usuários hipertensos e diabéticos foram orientados sobre seu nível de risco com a periodicidade de assistência a consulta segundo o risco identificado e a importância do adequado controle de fatores de riscos modificáveis, orientação que foi transferida a família e comunidade a traves de atividades educativas coletivas nas diferentes instituições da população com apoio das lideranças.

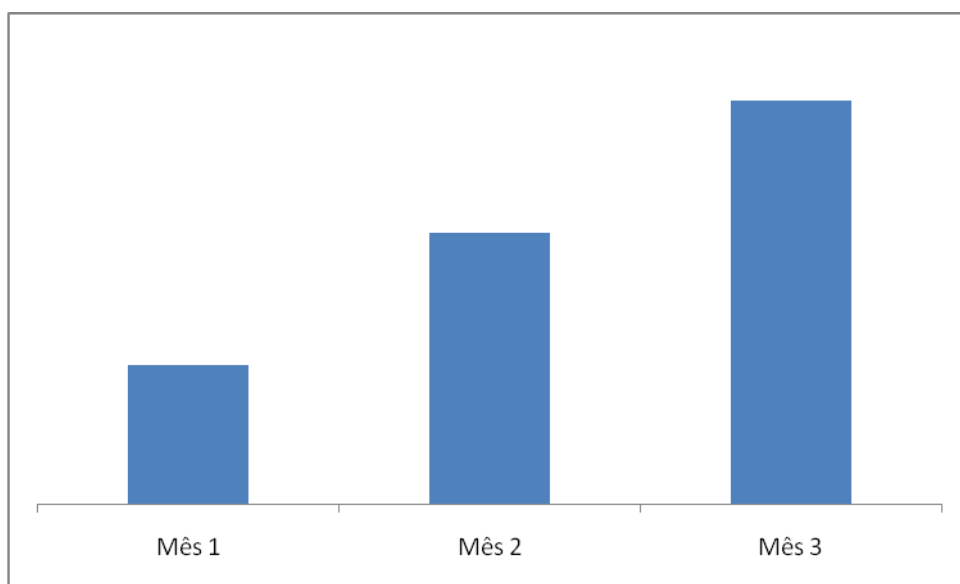


Figura 10: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico na ESF Gaudêncio Conceição. Quarai/ RS, 2016. Fonte: Planilha de Coleta de Dados Final, 2016.

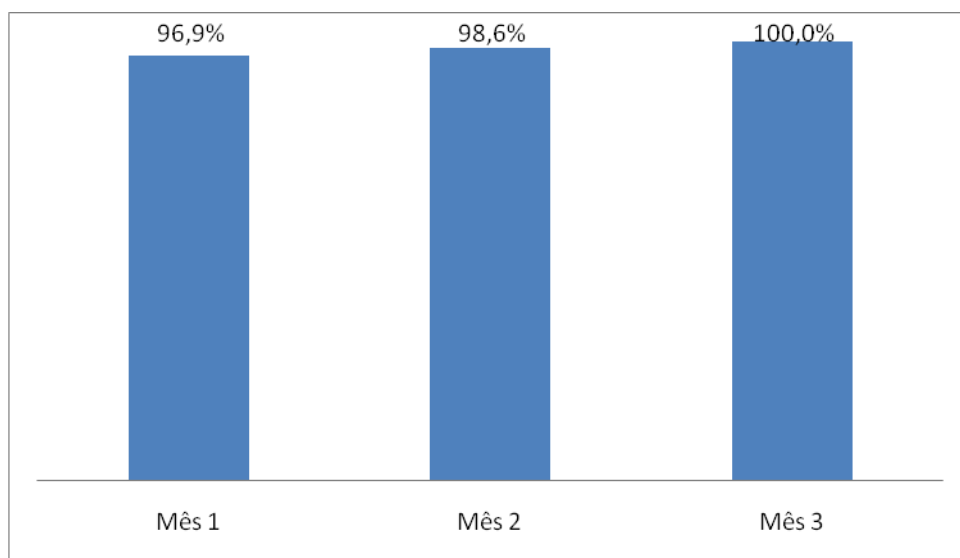


Figura 11: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia ESF Gaudêncio Conceição. Quarai/ RS, 2016. Fonte: Planilha de Coleta de Dados Final, 2016.

**Resultados referentes ao objetivo de ampliar a promoção da saúde aos hipertensos e/ou diabéticos do programa:**

**Meta:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% de hipertensos e diabéticos na UBS.

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

**Meta:** Garantir orientação em relação à atividade física regular a 100% hipertensos e diabéticos em UBS.

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

**Meta:** Garantir orientação sobre risco de tabagismo a 100% hipertensos e diabéticos em UBS.

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

**Meta:** Garantir orientação de higiene bucal a 100% hipertensos e diabéticos em UBS.

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

Dentre todos os indicadores utilizados para mensurar a qualidade do serviço, estes são os que obtiveram os melhores desempenhos tanto para hipertensos quanto para diabéticos. As ações referentes à orientação nutricional sobre alimentação saudável, orientação em relação à atividade física regular, orientação sobre risco de tabagismo e orientação de higiene bucal, eram realizadas em todos os momentos possíveis, antes e durante as consultas médicas, salas de espera, nos atendimentos odontológicos e também em encontros com os usuários. Em todos os meses da intervenção, todos (100%) receberam as orientações relativas à educação, prevenção e promoção da saúde.

Realizaram-se atividades educativas coletivas e individuais nos atendimentos clínicos e visitas domiciliares pelos profissionais da equipe, para o usuário, família e comunidade, nas instituições como escolas e ESF, sobre os dez passos para alimentação saudável e sua importância, a importância da prática de atividade física, exercícios aeróbios e anaeróbios, orientações sobre os riscos do tabagismo e orientação de higiene bucal, através de debates e discussão, com utilização de meios de ensino, com uma equipe capacitada para execução desta atividade, a existência de tratamento para abandonar o tabagismo na ESF, com um monitoramento semanal avaliado nas reuniões da equipe com uma periodicidade semanal.

Todos os profissionais da equipe ficaram muito satisfeitos com os resultados alcançados em nossa intervenção, já que nunca haviam realizado uma e para eles era um grande desafio, cumprindo todos objetivos propostos e melhorando a qualidade do programa de atenção dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência da nossa ESF, onde a equipe realizou um trabalho árduo, durante todo este tempo ficando todas as ações desenvolvidas.

Apesar de um longo caminho de dificuldades e desafios, aprendemos a enfrentar todos os obstáculos, com unidade, organização e consolidação do trabalho na equipe, com um grande apoio dos órgãos gestores, lideranças e uma resposta positiva da comunidade, hoje contamos com uma grande cobertura de usuários acompanhados no Programa de HAS e DM na nossa ESF, com atendimento de qualidade segundo os protocolos do Ministério de Saúde, que continuará e será extensiva para outros Programas priorizados para continuar o fortalecimento do Sistema Único de Saúde no Brasil. Além de que, este trabalho está se desenvolvendo já na nossa unidade como rotina e que todos os profissionais tem



certeza que darão continuidade porque não existem obstáculos nem barreiras que afeitem este desafio que com tanto compromisso foi realizado.

## **4.2 Discussão**

Após apresentação dos resultados obtidos pelo trabalho realizado no Programa de HAS e DM durante a intervenção, temos alcançado grandes logros, promovendo a melhoria da Atenção à saúde destes pacientes na ESF Gaudêncio Conceição, no Município Quarai/RS.

Como resultados importantes, podemos destacar o aumento da cobertura para os Programas que envolvem os adultos hipertensos e/ou diabéticos, com um incremento positivo e significativo na ampliação da mesma nestes usuários. Além da cobertura, algumas ações mostraram-se altamente impactantes, como qualidade da atenção, com destaque nos agendamentos programados e organização de agenda nos atendimentos odontológicos, a qualificação do exame clínico em dia de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde, a oferta de orientações sobre saúde (alimentação saudável, atividade física regular e higiene bucal) e também o registro adequado das informações relativas a cada usuário, com grande melhoria no sistema e organização dos registros que tem propiciado um monitoramento e avaliação contínua, viabilizando situações de alerta quanto ao atraso na realização da consulta de acompanhamento, realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e estado de compensação da doença, com realização de estratificação de risco priorizando usuários de alto risco com uma maior periodicidade nos atendimentos clínicos, e visitas domiciliares dos usuários hipertensos e diabéticos.

Para nossa equipe o principal impacto da intervenção teve relação à necessidade de capacitações constantes, como a leitura dos protocolos preconizados pelo Ministério da Saúde mais atualizados, dos 2014, que sem lugar a dúvidas ajudou na repercussão do processo de trabalho, porque estas capacitações e diálogos propiciaram um trabalho mais integrado de vários profissionais, dentre eles, o médico, a enfermeira, auxiliares de enfermagem, dos agentes comunitários de saúde, o odontólogo e das pessoas responsáveis pela recepção.

Através da intervenção foi necessária a realização da capacitação dos 11 profissionais da saúde da ESF para seguir os protocolos recomendados pelo

Ministério de saúde, como rastreamento adequado de todos hipertensos e diabéticos com mobilidade oculta, realização de exames clínico apropriado e complementar, diagnóstico, tratamento, avaliação odontológica, monitoração e avaliação contínua do programa, entre outros aspectos sustentado pelos Cadernos nº 36 e 37 do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. 2014, esta capacitação condicionou um trabalho mais unido, a equipe mais organizada e integrada, incrementando o nível de conhecimento de todos para lograr um trabalho com sucesso, com o desempenho de cada profissional segundo sua atribuição, os 5 ACS ficaram responsabilizados pelo Cadastro de novos casos de usuários hipertensos e diabéticos, visitas domiciliares em busca de usuários faltosos, as técnicas de enfermagem realizaram o rastreamento mediante a realização de toma de PA a todo paciente maior de 18 anos, com realização de hemoglicoteste em adultos com pressão sustentada maior de 135.80 mmHg.

O médico realizou os atendimentos clínicos de hipertensos e diabéticos e em conjunto com a enfermeira da equipe foram os responsáveis do monitoramento e avaliação do programa de HAS e DM, foram realizadas atividades educativas coletivas e individuais sobre promoção de saúde, para o usuário família e comunidade, com qualificação da prática clínica dada por capacitações para todos os profissionais da equipe sobre o Programa de atenção de HAS e DM.

O odontólogo realizou os atendimentos odontológicos e avaliação bucal, além de participar nas atividades coletivas e individuais de promoção de saúde bucal, para o usuário família e comunidade, com monitoramento também da avaliação bucal, a recepcionista acolheu todos os usuários portadores de HAS e DM com agendamento programado segundo data de retorno no livro de registros e priorização das vagas para demanda espontânea. Os 11 profissionais da equipe realizaram atribuições gerais como acolhimento dos usuários portadores de HAS e DM, visitas domiciliares, revisão periódica de registros de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos (ficha espelho, livro de registro e planilhas) e participação nas atividades planejadas.

Todo isto condicionou que a intervenção tivera um impacto significativo sobre o serviço, o que propiciou a forma de organização dos serviços dentro da estratégia da saúde da família, melhoria da qualidade e ampliação dos serviços prestados, porque antes da intervenção as atividades de atenção aos usuários com

HAS e/ou DM eram escassas e de pouca qualidade quando eram realizados, os usuários estavam acostumados ir só para buscar os medicamentos e para controle da PA e HGT, sendo assim que as maiorias ficavam sem supervisão do médico da ESF, não se realizavam as atividades educativas, só eram concentrados nos atendimentos clínicos, os atendimentos odontológicos não programados e desorganizados, tinham registros que aportavam escassa informação, com uma percepção pouco priorizada ao usuário de alto risco, hoje todos os membros da equipe têm seu papel de destaque, propiciando uma atenção e assistências mais efetivas, direcionadas e resolutivas, os usuários atendidos de forma mais qualificada.

Além disso, no nosso serviço contamos com uma interação concentrada em toda a equipe de saúde no Programa de HAS e DM na ESF, com ações integradas coordenadas e colegiadas e não de forma isolada, alcançando maior número de usuários em acompanhamento continuado na unidade, atendimentos odontológicos programados no acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos, uma integração mais perto do odontólogo nas atividades executadas, uma ampliação dos registros que aporta grande informação onde todos os profissionais da equipe percebem situações de alerta com um monitoramento contínuo avaliados e discutidos nas reuniões da equipe semanal, onde se evidencia conhecimentos mais profundos dos temas abordados do Programa de HAS e DM, com um melhor controle na nossa ESF de materiais e insumos e priorizando de vagas para usuários de alto risco, tudo isto diminuindo atendimentos a demanda espontânea, tentamos durante o transcurso da intervenção cumprir com outros atendimentos priorizados no serviço, dado a grande organização e planejamento e transformação no processo de trabalho.

Em relação ao impacto da intervenção para a comunidade foi percebido com a grande aceitação das atividades educativas coletivas executadas sem queda na rotina, sempre despertando uma motivação com imagens, demonstrando uma alimentação saudável, elevando o nível de conhecimentos dos usuários e a comunidade sobre o Programa de HAS e DM e assim propiciando mudanças nos estilos de vida, todos os pacientes falavam que ficaram satisfeitos com a melhoria dos atendimentos clínicos e da prioridade no mesmo, principalmente, entre aqueles de maior risco para o desenvolvimento de comorbidades, outro ponto importante foi à satisfação relatada pelos usuários pela realização rápida dos exames

complementares e a existência dos medicamentos sem déficit, alguns usuários ficaram insatisfeitos porque queriam visitas domiciliares pelo médico da ESF que não precisavam, muitos pacientes idosos não fizeram avaliação odontológica por medo e justificativa de ficar desdentados com um nível cultural muito baixo característico de nossa população, a intervenção propicia uma aproximação mais perto entre a equipe e a comunidade na interação contínua das atividades realizadas, assim como uma ativa participação e apoio das lideranças da comunidade nas atividades e reuniões da equipe, apesar do grande esforço ainda temos hipertensos e diabéticos sem cobertura mais no transcurso da intervenção lograremos incorporar mais usuários em acompanhamento.

Em relação ao que faria diferente caso fosse realizar a intervenção neste momento - Se tivesse que começar a intervenção com os conhecimentos alcançados neste momento prepararia o caminho facilitando a intervenção desde o análise situacional prévio, logrando que a equipe tivesse completa para que não ficasse nenhuma área desprotegida sem ACS, incentivaria mais na participação de toda a equipe, porque a união não foi total e ficamos mais sobrecarregados a enfermeira e o médico, discutiria o problema do município com as férias dos ACS que eles saem todos juntos e fica um mês todas as áreas desprotegidas aumentando o trabalho ao resto da equipe, além de preparar toda a equipe muito antes da intervenção aproveitando os espaços das reuniões da unidade, oferecendo a todos os profissionais com tempo as capacitações de forma contínua, incorporando também nestas reuniões as lideranças da comunidade que assim poderia manter mais vinculada a relação equipe de saúde com os usuários, o que favoreceria uma articulação mais ampla com a comunidade explicando os critérios para a priorização da atenção destes usuários e discutir de melhor maneira o modo de programar todas as ações.

Em relação à viabilidade de incorporar a intervenção à rotina do serviço / melhorias devem ser realizadas / próximos passos: Ao concluir a intervenção percebemos uma equipe mais organizada, com um trabalho planejado e colegiado pelo todos os profissionais da ESF, direcionado pelas orientações do Ministério de saúde, incorporando a intervenção à rotina do serviço, a definição de objetivos, metas e ações já fazem parte do nosso planejamento, mas, podemos mencionar que para que realmente a intervenção continue sem problemas na rotina do serviço da unidade temos que ir superando algumas dificuldades como continuar

conscientizando à comunidade sobre a importância da priorização de atenção aos hipertensos e diabéticos fundamentalmente altos riscos com vinculação e apoio das lideranças da comunidade, confeccionar um cronograma de palestras de saúde bucal, avaliação odontológica e visitas domiciliares com orientações individuais para usuários hipertensos e diabéticos que não compadecem atendimentos odontológicos para sua sensibilização, pois assim estaríamos possibilitando uma avaliação mais completa do quadro de saúde do usuário, incorporar o ACS que falta na área desprotegida para garantir que sejam realizadas nessa área as mesmas ações sem sobrecarregar a outros que finalmente não vai fazer esse trabalho de forma contínua nem com a mesma dedicação, envolvimento e comprometimento que requerem esses usuários que moram ali, mas este depende dos gestores quem tem que priorizar esta situação que durante os 3 meses da intervenção não teve solução. Muito importante também manter as reuniões da equipe de forma semanal apesar do que a equipe não gosta porque estavam acostumados a fazer poucas e nunca com periodicidade menor aos 30 dias, além do que nucas haviam feito na ESF uma intervenção sendo esta a primeira experiência para eles, que na realidade com este trabalho logramos uma melhor organização de nosso serviço que com certeza obtemos melhores resultados com maiores benefícios aos usuários de nossa área de abrangência, além disso, devemos solicitar que a equipe de uso destas fichas espelhos para todos os programas da ESF. Favorecendo assim a coleta de dados de todos os usuários e que seja de forma sistematizada, organizada como ate o momento são feitas e assim ajudariam oferecendo informações que são usadas para o planejamento de diversas ações na saúde, mas para este tem que continuar com as capacitações dos diversos programas e não só o de hipertensão e diabetes, considerando que outros programas têm necessidade também de ser melhorados na unidade de saúde tomando esta intervenção para ser implementada nos demais atendimentos priorizados como a Atenção a Criança, muito importante que devemos começar o antes possível.

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

Prezados gestores:

Como já me conhecem sou o médico do Programa Mais Médicos e atuo na ESF Gaudêncio Conceição. Eu estou realizando uma especialização em saúde da família pela Universidade Federal de Pelotas desde o ano passado. Sendo assim, precisamos desenvolver uma intervenção na nossa unidade de saúde.

Este relatório apresenta como foi implementada a intervenção sobre o tema “Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus”, de autoria do médico Pedro Victor Garcia Rodriguez atuante do Programa Mais Médicos para Brasil, realizada na UBS Gaudêncio Conceição que se situa no município de Quaraí/RS.

Esta intervenção faz parte das atividades do curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas. Sendo assim, para efetivar a intervenção inicialmente realizamos uma análise situacional da nossa UBS e identificamos que existia uma lacuna na atenção aos usuários que possuíam hipertensão e/ou diabete bem como uma baixa adesão dos mesmos ao acompanhamento na unidade, falta de registros e de atenção integral.

Para tanto, as ações foram planejadas e desenvolvidas de acordo com os eixos do Projeto Pedagógico do Curso de Especialização: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica.

A intervenção foi realizada no período de 12 semanas, com a capacitação da equipe quanto ao desenvolvimento da intervenção e protocolos do MS quanto à atenção a este grupo populacional, capacitamos e orientamos líderes da

comunidade para divulgar a intervenção, realizamos grupos de educação em saúde, melhora no acolhimento dos usuários que possuem hipertensão e diabetes, entre outros aspectos.

Foram cadastrados 342 pessoas com hipertensão representando 48,8%, dos usuários que possuem esta patologia e 101 usuários com diabetes representando 50,5% das pessoas que possuem esta patologia.

Podemos destacar que 100% dos usuários que possuem hipertensão e diabetes cadastrados na intervenção receberam avaliação clínica, ficha de acompanhamento adequado de acordo com a periodicidade recomendada, prescrição de medicamentos na Farmácia popular, busca ativa de usuários faltosos, orientações individuais sobre alimentação saudável, tabaquismo, prática de atividade física e saúde bucal, todos os usuários diabéticos receberam o exame dos pés, estratificação do risco cardiovascular e exame clínico em dia.

Os indicadores tanto para hipertensos quanto para diabéticos foram excelentes, em destaque para os diabéticos que justifica maiores proporções, talvez por maior cuidado e atenção da equipe pelas futuras complicações como o pé diabético entre outras. Podemos mencionar que houve uma incorporação do exame físico qualitativo no serviço.

Os indicadores que não alcançaram 100% de qualidade foram avaliação de atendimento odontológico com 204(59,6%) hipertensos com avaliação e 76 (75,2%) pessoas com diabetes, sendo que esta é uma questão que já foi levantada várias vezes com a SMS e ainda estamos aguardando alguma solução da gestão para resolver esta questão, o outro indicador foi a realização de exame complementar em dia de acordo com o protocolo tivemos 300 (87,7%) hipertensos e 98 (97,0%) diabéticos com retorno dos exames complementares.

Sendo assim, gostaríamos de destacar o apoio que tivemos da gestão da SMS, colaborando com os recursos e materiais necessários para desenvolver nosso trabalho com qualidade, assim como também com sua constante preocupação e avaliação dos principais aspectos que competem a sua atuação.

Dentre os aspectos que tivemos dificuldade durante a intervenção e que poderia ser solucionada pela gestão está a realização do exame complementar de hemoglobina glicada, indicada aos usuários diabéticos segundo os protocolos do Ministério da Saúde, que não tem oferta gratuita no nosso município, além disso, os cinco ACS saíram de férias todos juntos por quatro semanas o que sobrecarregou o

trabalho da equipe neste período, mas ressaltamos o ótimo trabalho que a gestão vem desenvolvendo no município, e por ser uma equipe coesa e unida com abertura ao diálogo.

Quanto à intervenção é preciso constantemente estabelecer e garantir uma rotina de supervisão das atividades compartilhada com a equipe de saúde e voltada às demandas da população.

Consideramos que essa atividade foi inserida na rotina do serviço e está sendo avaliada como satisfatória, pois ouvimos dos usuários que estão satisfeitos com o serviço, mais presentes na unidade de saúde, e com melhoras nos indicadores de saúde.



## 6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezada comunidade:

Como já me conhecem sou o médico do Programa Mais Médicos e atuo na ESF Gaudêncio Conceição. Eu estou realizando uma especialização em saúde da família pela Universidade Federal de Pelotas desde o ano passado. Sendo assim, precisamos desenvolver uma intervenção na nossa unidade de saúde.

Após realizar uma análise da UBS verificamos quantas famílias tínhamos cadastradas e de como era dada a atenção a vocês usuários. Eu juntamente com a equipe chegamos à conclusão que a atenção aos hipertensos e diabéticos ainda é muito precária, pois tínhamos antes da intervenção muitos poucos usuários hipertensos e com diabetes cadastrados e sem receber atendimento integral.

Diante disso, planejou-se uma intervenção para melhorar a atenção dos usuários hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na UBS.

Para isso desenvolvemos várias ações que foram divididas em quatro eixos: monitoramento e avaliação, organização e gestão dos serviços, engajamento público e qualificação clínica. Para isso implantamos fichas espelhos para o monitoramento de todas as informações de todos os usuários hipertensos e diabéticos, todos os dados foram consolidados, transcritos ao livro de registros com periodicidade semanal pelas técnicas de enfermagem e avaliado em todas as reuniões da equipe.

Na organização e gestão dos serviços, a equipe providenciou com apoio dos gestores do município todos os registros pertinentes e impressos para o desenvolvimento da intervenção, além dos materiais e insumos como medicamentos, fita métrica, esfigmomanômetro, cintas reagentes e lancete, garantindo o abastecimento contínuo, organizamos o programa de capacitação para a equipe oferecida na ESF.

Os atendimentos foram desenvolvidos sem dificuldades, priorizando os usuários de alto risco, com ficha de acompanhamento adequado, realização de exame clínico e exames complementares segundo os protocolos com apoio dos gestores para sua agilização, todos os usuários receberam seu tratamento,

organizamos uma agenda de saúde bucal para a realização do atendimento odontológico com consultas programadas e num tempo médio para ofertar aos usuários as orientações individuais.

As visitas domiciliares foram organizadas e efetuadas pelos cinco ACS, na busca de usuários faltosos e confeccionamos uma agenda para acolher de forma organizada os usuários provenientes de busca ativa, todos os usuários maiores de 18 que compareciam a unidade realizávamos rastreamento e verificação de PA e realização de hemoglicoteste, também implantamos um sistema de registros que possibilitou a equipe detectar situações de alerta como consultas e exames complementares em atrasos entre outros aspectos, organizamos um cronograma para a realização de atividades educativas segundo os temas estabelecidos, os gestores garantirão o tratamento para abandono do tabaquismo a usuários com estas doenças.

No engajamento público todas as atividades foram desenvolvidas, com capacitação comunitária e as lideranças, sobre a intervenção no Programa de HAS e DM, solicitando apoio para estratégias que foram implementadas e prevenção destas doenças, oferecido nas instituições da comunidade e em cada visita domiciliar.

A qualificação clínica foi desenvolvida através da capacitação de todos os profissionais da equipe.

Durante a intervenção cadastramos 342 pessoas que possuíam hipertensão e 101 que tinham diabetes.

Apresentamos algumas dificuldades como à realização do exame complementar hemoglobina glicada, indicada nos usuários diabéticos segundo os protocolos do Ministério de Saúde, e que não tem oferta gratuita no nosso município, perdemos uma semana de atendimentos pelas chuvas intensas que provocou enchente do rio e impossibilitou os atendimentos toda uma semana, além disso os cinco ACS saírem de férias todos juntos por quatro semanas o que sobrecarregou o trabalho da equipe.

A intervenção realizada já está incorporada à rotina do serviço, com o desenvolvimento contínuo de todas as ações, o apoio incondicional da comunidade será um elemento imprescindível para que isto aconteça.

A intervenção propiciou um grande impacto na comunidade aumentando a cobertura de grande número de usuários hipertensos e diabéticos acompanhados e

muitos com mobilidade oculta, com um atendimento de qualidade segundo os protocolos, ampliando o nível de conhecimento sobre a HAS e DM nos usuários, famílias e comunidade, adquirido mediante as diversas atividades educativas coletivas, realizadas em diversas instituições da comunidade e ESF, onde percebemos uma melhor aceitação destas, hoje temos uma comunidade mais sensível e conscientizada sobre estas doenças, com um vínculo mais perto e uma interação mais ativa entre a equipe e comunidade.

O grande apoio e parceria da comunidade condicionaram um grande impulso para que a intervenção continue com resultados relevantes e um avance certo no aperfeiçoamento do Programa de HAS e DM na ESF Gaudêncio Conceição.

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

No desenvolvimento de meu trabalho durante o curso minha expectativa foi melhorar a atenção do serviço de saúde na ESF onde atuo, apesar de ter uma equipe a mais completa possível, fiquei com dúvida que a mesma não estava preparada para um desenvolvimento adequado das ações de saúde, mas o impacto do curso foi contundente na transformação do processo de trabalho para mim e para a equipe levando isso para a comunidade e desenvolvendo o aprendizado para todos.

Inicialmente não pensei que aconteceriam mudanças tão evidentes, pois a nossa ESF não tinha um sistema organizativo que era muito distante da realidade que aborda as estratégias da família na atenção básica, com desconhecimento dos profissionais da definição exata de suas atribuições, com escassos conhecimentos no sistema de trabalho na atenção básica, sendo mais significativos nos ACS, foi difícil lidar com a realidade, com os costumes de muitos anos dos profissionais e gestores que trabalham no seu país de origem e a da aceitação de um profissional estrangeiro.

Mas, a equipe foi receptiva e começamos com um trabalho mais organizado e planejado mantendo uma interação contínua, o ambiente do curso ultrapassou o meio virtual e passou para o espaço de trabalho do dia a dia, com discussão nas reuniões da equipe das ações previstas, indicadores, capacitações de todos os profissionais e superação das dificuldades imprevistas no caminho, com uma vinculação mais próxima das lideranças da comunidade e órgãos gestores oferecendo os conhecimentos da intervenção e as ideias da equipe, sugestões, necessidades de recursos e solução de problemas que dificultam a atenção de saúde da comunidade, fortalecendo conhecimento dos gestores do sistema de trabalho nos serviços, sendo mais efetivo o engajamento público, garantindo uma destacada participação comunitária na intervenção, e levando a uma comunidade mais conscientizada, mais flexível e sensibilizada, o curso elevou de forma surpreendente minha atuação, competência e desempenho profissional no Brasil e também de todos os profissionais da equipe.

O projeto pedagógico do curso foi muito bom, desenhado, encaminhado e estruturado durante o transcurso de todo o curso sendoum guia com recursos muitos valiosos e ferramentas bem implementados para o especializando como os casos interativos e estudos da prática clínica, mantendo ao educando numa revisão sistemática dos temas com dificuldades que enriquecem sua aprendizagem e desempenho de seu trabalho diário.

O curso apesar de ser adistância o percebei como presencial já que mantém ao profissional mais próximo de seu orientador no espaço DOE com um acompanhamento contínuo, os fórum foram muito alentadores e benéficos com um intercambio ativo com os demais alunos e professores o que possibilitou o apoio na confecção das tarefas, dúvidas, experiências e vivências em nosso entorno profissional e de trabalho, aprendi os protocolos segundo o Ministério da Saúde de atuação no Brasil das diferentes ações programáticas, princípios e diretrizes do SUS, direitos do usuários no Brasil, Política Nacional da Atenção Básica, entre múltiplos temas, mas o aspecto mais relevante foi à repercussão durante o curso na transformação considerável do trabalho para a equipe, serviços e comunidade, com profissionais mais qualificados na atenção básica de saúde, com uma experiência única no desenvolvimento de uma intervenção, com resultados de sucesso, sendo que a intervenção propiciou a incorporação de um número significativo de usuários a uma atenção de qualidade, humanizada e preventiva, intervenção que foi incorporada a rotina do serviço e extensiva a outras ações programáticas, para melhorar cada dia a eficiência nos serviços de Atenção Básica de Saúde, com uma população mais saudável, demonstrando que um mundo melhor é possível.

## **Referências**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.

## Apêndices







**Anexo C – Documento do comitê de ética**



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

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

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

Prezada Pesquisadora;

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

Patricia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

## **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