

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma 9**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção às Pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e  
Diabetes Mellitus na ESF Vitorino Nhoatto, Fontoura Xavier/RS**

**Irasema Pérez Casanova**

**Pelotas, 2016**

**Irasema Pérez Casanova**

**Melhoria da Atenção às Pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e  
Diabetes Mellitus na ESF Vitorino Nhoatto, Fontoura Xavier/ RS**

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

Orientador: Marcinia Moreno Bueno

Pelotas, 2016

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

C335m Casanova, Irasema Pérez

Melhoria da Atenção Às Pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na ESF Vitorino Nhoatto, Fontoura Xavier/RS / Irasema Pérez Casanova; Marcinia Moreno Bueno, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

89 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Bueno, Marcinia Moreno, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

## Dedicatória

Dedico este trabalho a minha família, meu esposo, em especial a meus filhos por sua confiança e espera.

## **Agradecimentos**

Agradeço a toda minha equipe de saúde, aos gestores municipais de saúde pela colaboração e parceria, aos usuários que sem eles não poderia ter realizado uma intervenção tão benéfica para à comunidade. Meu agradecimento especial a minha orientadora, pois sem sua ajuda, realizar o curso teria sido uma tarefa impossível. A minha querida irmã, Leticia, que é amiga e colega, que sempre me guiou e ajudou no momento certo.

## Resumo

CASANOVA, Irasema Perez. **Melhoria da Atenção às Pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na ESF Vitorino Nhoatto, Fontoura Xavier/ RS**, 2016. 91 fls. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma das doenças mais frequentes e silenciosas que afeta a nossa população e constitui um fator de risco principal, para doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e Insuficiências Renais Crônicas e agudas. Por ser assintomático, às vezes seu diagnóstico e tratamento são frequentemente negligenciados, tanto pelo usuário como pelo profissional da saúde. A Diabetes Mellitus, também esta considerada como uma epidemia mundial e aqui no Brasil existe mais de seis milhões de pessoas que sofrem desta doença que junto a hipertensão, são responsáveis por um alto índice de mortalidade e hospitalizações. As ações de saúde encaminhadas a melhorar e modificar o estilo de vida da população é uma das terapêuticas mais importantes para diminuir a morbimortalidade destas doenças. Em nossa área de abrangência, este é um dos principais problemas que atinge a nossa população, constatado durante a análise situacional, realizada na UBS. Como objetivo deste Projeto de Intervenção, traçamos melhorar a atenção de saúde dos usuários com hipertensão e diabetes da área de abrangência da unidade Vitorino Nhoatto, em Fontoura Xavier, no Rio Grande do Sul. As ações implementadas, foram desenvolvidas em um período de 12 semanas, abrangendo quatro eixos norteadores: Monitoramento e Avaliação; Organização e Gestão do Serviço; Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica. Nossa UBS atende uma população de 1682 pessoas, sendo que a estimativa da Planilha de Coleta de Dados, para os maiores de 20 anos, é de 1126 usuários, 256 com hipertensão e 63 com diabetes. Após intervenção se verificou que na área de abrangência temos um total de 262 usuários com hipertensão e 65 usuários com diabetes. Para capacitação da equipe e organização do serviço, foram utilizados os protocolos dos cadernos de atenção básica do Ministério da Saúde. Os registros e o monitoramento da intervenção foram realizados na ficha espelho e planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso. Dentro dos resultados obtidos, está o cadastrado e acompanhamento de 100% dos usuários, todos receberam atendimento clínico, realizaram exames laboratoriais, aderiram ao programa da farmácia popular, atendimento odontológico, busca ativa dos faltosos a consultas, através da visita domiciliar. Orientação sobre tabagismo, alimentação saudável, prática de exercícios físicos e saúde bucal por meio das palestras, as atividades de grupo e orientações individuais. Foram muitos os ganhos para a comunidade, a equipe e o serviço, obtidos com a intervenção. Entre eles, a organização no processo de trabalho da equipe, a integração dos membros da equipe com a comunidade e a qualidade nos atendimentos voltados aos usuários com hipertensão e/ou diabetes, intensificando as ações de prevenção e promoção da saúde na comunidade.

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

## Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico de Cobertura do Programa de Atenção a Hipertensão Arterial na unidade de saúde.	58
Figura 2	Gráfico de Cobertura do Programa de Atenção a Diabetes Mellitus na unidade de saúde.	59
Figura 3	Gráfico de Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional sobre alimentação saudável.	66
Figura 4	Fotografia Equipe de saúde ESF Vitorino Nhoatto	81

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

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MS	Ministério da Saúde
UFPeI	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 .....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	21
2 Análise Estratégica .....	22
2.1 Justificativa .....	22
2.2 Objetivos e metas .....	23
2.2.1 Objetivo geral .....	23
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	24
2.3 Metodologia .....	26
2.3.1 Detalhamento das ações .....	26
2.3.2 Indicadores .....	43
2.3.3 Logística .....	49
2.3.4 Cronograma.....	53
3 Relatório da Intervenção.....	54
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	54
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	57
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	57
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	57
4 Avaliação da intervenção.....	59
4.1 Resultados.....	59
4.2 Discussão .....	71
5 Relatório da intervenção para gestores .....	74
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	77
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	79
Referências .....	81
Apêndices.....	82
Anexos 84	

## **Apresentação**

Este volume trata do trabalho de conclusão de curso da Especialização em Saúde da Família – Modalidade EAD, da Universidade Federal de Pelotas. Realizou-se um projeto de intervenção na localidade de Gramado São Pedro, município Fontoura Xavier, Estado Rio Grande do Sul, com o objetivo geral de Melhorar a Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na ESF Vitorino Nhoatto. O trabalho está dividido em cinco sessões. Na primeira será apresentada a análise situacional onde foi realizada uma avaliação minuciosa da situação da UBS. Na segunda é apresentada a análise estratégica desenvolvida durante a segunda unidade de curso onde é abordada a justificativa para a realização da intervenção, os objetivos e metas, a metodologia, as ações, indicadores, logística e cronograma de execução do projeto de intervenção. Na terceira, contempla o Projeto da intervenção, nesta encontra-se os relatórios da intervenção desenvolvida durante 12 semanas. A quarta unidade que contempla a avaliação da intervenção, na qual serão apresentados os resultados e a discussão, o relatório aos gestores e o relatório para a comunidade e uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem. A quinta que compreende a apresentação do Trabalho de Conclusão do Curso. Por último, será apresentada a bibliografia utilizada e os anexos e apêndices que foram utilizados durante a intervenção.

## **1 Análise Situacional**

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

Eu me encontro trabalhando no Município Fontoura Xavier/ RS. Este município tem uma população de 11.473 habitantes. Conta com um sistema de saúde composto por: um hospital, um UBS, três ESF, um Secretaria de saúde.

Trabalho na ESF Vitorino Nhoatto, a mesma encontra-se situada na comunidade de Gramado São Pedro, no interior do município, atende um total de 1682 usuários, deles 993 são do sexo feminino e 689 do sexo masculino, 985 pessoas maiores de 20 anos, 697 menores de 20 anos e 21 são crianças menores de um ano, que moram em diversas localidades do interior, em áreas de difícil acesso e sua situação é mais complicada pela falta de transporte público, a atividade econômica principal é a agricultura, geralmente coleta de fumo e o corte de lenha. O clima é frio como quase todo Rio Grande do sul, predominam as pessoas da cor de pele branca, com um alto nível de analfabetismo e as condições socioeconômicas muito precárias, população envelhecida e com uma cultura gaúcha que está muito arraigada, o que dificulta demais nosso trabalho referente à mudança de estilos de vida geralmente associado a um alto consumo de gorduras e sal.

A estrutura física da minha unidade esta composta por uma recepção; um consultório médico; uma sala de vacina; sala de enfermagem, onde se realizam as coletas para exames cito patológicos, todos os dias da semana; uma sala onde se realiza medicação, curativos e outros processos; uma farmácia; uma sala de almoxarifado; uma sala de esterilização, mais não se faz este processo por não contar com o equipamento necessário; uma sala de reuniões; uma cozinha, uma sala de espera e dois banheiros. Os recursos humanos estão distribuídos em um médico geral; uma técnica de enfermagem; uma enfermeira; auxiliar de serviços gerais; e cinco agentes comunitários de

saúde distribuídos em cinco micro áreas. O atendimento é feito por demanda espontânea, de segunda a quinta feira, todas as quintas feiras de manha fazemos visitas domiciliares a aquelas pessoas acamadas o com alguma dificuldade para loco mover-se até o posto.

Os principais problemas de saúde de esta população são as infecções respiratórias altas, Hipercolesterolêmica, doenças crônicas como HTA, Diabetes Mellitus, doenças musculoesqueléticas e situações emocionais como a depressão. Estamos integrados a um sistema de reuniões mensais dos diferentes grupos para realização de promoção e educação para saúde apoiadas pela nutricionista do município, também realizamos palestras a grupos de Hiper/Dia, gestantes, crianças, fumantes, grupos de adolescentes para promover importância do uso de camisinha em a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, importância de prevenção de câncer de colo de útero, mamas e outros, e seu adequado encaminhamento em caso de suspeita a positividade.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

O Município de Fontoura Xavier esta situado na região noroeste do Estado Rio Grande do Sul, fundado no ano 1965, consta com um total populacional de 11.473 habitantes. No Município existem três ESF que estão localizadas no interior do município e uma UBS Central, onde está a Secretaria de saúde, não existe NASF, a atenção especializada esta baseada em consulta com a Pediatra que vem de outro município uma vez na semana, não contamos com outras especialidades, os usuários precisam viajar até outros municípios. Temos um hospital que funciona às 24 horas, de onde são encaminhadas as urgências e emergências do território. Sobre a realização de exames complementares, existem dois laboratórios que prestam os serviços de hematologia, química sanguínea, imunologia, exame de urina, entre outros, um deles conveniado pelo SUS. Também se realizam, há alguns meses atrás, determinados exames de ultrassom no setor privado. Eu trabalho na ESF Vitorino Nhoatto, a mesma encontra-se situada na comunidade de Gramado São Pedro, no interior do município, atende um total de 1682 usuários que moram em diversas localidades do interior, em áreas de difícil acesso e sua

situação e mais complicada pela falta de transporte público. O clima é frio como quase todo Rio Grande do sul, tem como atividade econômica principal a agricultura, geralmente coleta de fumo e o corte de lenha. A população predominante é de pele cor branca, na comunidade tem um alto nível de analfabetismo e as condições socioeconômicas são muito precárias e com uma cultura gaúcha que está muito arraigada, o que dificulta demais nosso trabalho referente à mudança de estilos de vida, geralmente associado a um alto consumo de gorduras e sal.

A estrutura física da minha unidade é muito confortável, tem ambiente agradável, clara de boa iluminação, esta composta por uma recepção; um consultório médico que não tem disponibilidade de negatoscópio; uma sala de vacina; uma sala de enfermagem, onde se realizam as coletas para exames cito patológicos todos os dias da semana; uma sala onde se realiza medicação, curativos e outros procedimentos; uma farmácia; uma sala de almoxarifado; uma sala de esterilização, mais não se faz este processo por não contar com o equipamento necessário, mas isso não é impedimento para realizar os procedimentos, pois o material é levado para outra unidade de saúde, onde é realizada a esterilização; uma sala de reuniões; uma cozinha, uma sala de espera e dois banheiros, contamos com cadeiras, escritórios e recursos necessários para um bom desempenho de nosso trabalho, não contamos com materiais e medicamentos suficientes para um ótimo atendimento diante situações de urgência, ainda assim nosso equipe atua sob minha supervisão e liderança, com rapidez e destreza garantindo qualidade no atendimento.

Nesta unidade temos algumas barreiras arquitetônicas que dificultam o acesso dos usuários ao serviço, fundamentalmente idosos e portadores de deficiências, dentro delas podemos citar: presença de banheiros inadaptados para usuários em cadeiras de rodas e salas de espera inadequadas, sem passa mãos, falta de cadeiras de rodas, presença de degrau na entrada, estradas em péssimas condições. Nossa equipe frente a estas dificuldades trabalha garantindo o acesso seguro dos usuários com deficiência aos locais onde existem estes problemas, ofertando qualidade e respeito aos usuários, além de informar ao conselho municipal de saúde, os problemas que existem na ESF, assim como das possíveis soluções, quando a soluções destes problemas, depende da gestão.

Os recursos humanos estão distribuídos em um médico geral; uma técnica de enfermagem; uma enfermeira; auxiliar de serviços gerais; e seis ACS distribuídos em seis micro áreas, antes havia apenas cinco, mas já foi completado a equipe e deste modo se conseguiu atingir a cada uma das comunidades. O atendimento é feito por demanda espontânea, de segunda a sexta feira, todas as quintas-feiras de manhã, fazemos visitas domiciliares aquelas pessoas acamadas o com alguma dificuldade para locomover-se até a UBS. A equipe não participou no processo de territorialização e mapeamento da área de atuação, mas com o dia a dia e o trabalho dos ACS, estamos realizando a identificação de grupos de risco como hipertensão, diabetes, usuários vulneráveis, com situações desfavoráveis tanto econômicas como psíquicas ou de qualquer outra índole, questão esta que forma parte importante e indissolúvel do trabalho da medicina familiar; não se realiza pequenas cirurgias, assim como não temos condições para realizar atendimentos as urgências /emergências, geralmente quando chega um usuário neste estado, o estabilizamos dentro de nossas possibilidades e encaminhamos ao hospital, com prévio contato e acompanhado de um pessoal da equipe; diante de usuários faltosos, procuramos de qualquer forma, visitando sua casa.

Na ESF se trabalha de maneira sincrônica e organizada com diferentes grupos como gestantes, idosos, pessoas com hipertensão e diabetes, mais ainda faltam muito por fazer e temos que buscar incorporar a nossas palestras outros grupos de riscos como adolescentes; saúde da mulher; fumantes; saúde bucal, pois esta ultima é mais complicada por não ter profissionais deste serviço na equipe, já solicitamos apoio da gestão, um profissional da área para participar conosco, pelo menos nestas atividades; também professores, pais e todo aquele que quiser apoiar nosso trabalho. Além disso, como parte das atividades da equipe, realizamos conversas relâmpagos com duração de 15 a 20 minutos cada manhã, antes de começar a consulta, escolhemos diferentes temas de interesse para população em dependência da sua morbidade, combinamos tudo nas reuniões de equipe que se realizam mensalmente com a participação dos ACS, a enfermeira, a técnica e minha participação, organizando o trabalho, planejando atividades e fazendo a agenda de trabalho. Em minha opinião, devagar, mas com perseverança e vontade vamos

conseguir realizar um ótimo trabalho dentro da saúde familiar para o povo brasileiro.

Na nossa área adstrita são 1682 habitantes cadastrados, organizado por idade/sexo, 993 são do sexo feminino e 689 do sexo masculino, 985 pessoas maiores de 20 anos, 697 menores de 20 anos, 21 são crianças menores de um ano; a área está totalmente coberta por nossa equipe de trabalho, não temos atendimentos a usuários fora de área de abrangência, realizamos atendimentos todos os dias da semana, de segunda a sexta-feira, em ambos os turnos, tanto pela médica como pela enfermeira. Realizamos atendimento por demanda espontânea, não temos excesso, como a unidade esta no interior, temos que viajar diariamente pelo menos 15 km para chegar aos locais, uma vez ali, iniciamos o acolhimento dos usuários. A escuta ativa é realizada pela médica e enfermeira da equipe, no consultório e logo uma pequena conversa, aproveitando o marco falamos sobre temas que orientam a melhorar a qualidade de vida. Nossa agenda contempla: atendimento médico e de enfermagem. Nossa recepção também direciona o fluxo de outras demandas dos usuários: vacinas, coleta de exames cito patológicos, marcação de consultas especializadas, entre outras; depois do horário de acolhimento, os usuários são atendidos pela médica, este processo tem melhorado muito nosso trabalho em equipe e temos uma grande aceitação de nosso povo.

Em relação da saúde da criança, nossa equipe realiza puericultura sobre tudo crianças da faixa etária de 0 a 24 meses de idade prioritariamente; os dados são obtidos pelo prontuário clínico e pela caderneta da cada criança, pois não contamos na UBS, com outro sistema de registro para as consultas de puericultura e cabe sinalizar que até eu chegar à UBS, não se realizava consulta alguma de puericultura e foi muito difícil incorporar as mães ao grupo de puericultura formado. A estimativa de cobertura do caderno de ações programáticas é de 20 crianças menores de um ano na nossa área de abrangência. Somente quatro de sete crianças cadastradas, realizam consultas de puericultura em nossa unidade, uma cobertura de apenas 20%, as demais, os ACS tem a informação que recebem atendimento no serviço privado. No início das consultas destas crianças, percebemos que pra muitas delas, não há registro de dados, a história do pré-natal, parto, nem depois do parto, mensurações na hora do nascimento, peso ao nascer, altura, Apgar; se foi

realizado teste do pezinho, nenhum dado sobre seguimento na curva de crescimento, somente esquema vacinal. Sempre está incompleto, por isso resulta ser muito difícil acreditar que estas crianças tiveram um acompanhamento de puericultura em dia e de acordo os protocolos do Ministério de Saúde, nem mesmo realizadas consultas até os sete dias do nascimento. A partir de nosso trabalho contínuo e sistemático, é que a equipe tem buscado integrar estas crianças ao sistema de consultas, para que ao final do primeiro ano de vida, tenham um total de sete consultas de puericultura, as quais recebem atendimento integral, monitoramento do desenvolvimento e crescimento; mostramos as mães para cada mês quais são os principais avanços de seus filhos e junto a isso os cuidados com acidentes no lar, importância do aleitamento materno, importância das vacinas e o cumprimento do esquema assim como falamos e realizamos promoção de saúde bucal, pois não contamos com serviço de odontologia. Eu acredito que na medida em que continuemos realizando os grupos de puericultura vamos incentivando as motivações e vamos buscar através dos ACS e de toda equipe, incorporar o total de crianças menores de um ano a nossas consultas. As mães gostam de aprender sobre os cuidados de seus filhos, como evitar doenças, como manter a estabilidade física e emocional, é isso que faremos em cada grupo e em cada puericultura, pois não só para as crianças menores de dois anos, as quais também devem ser avaliadas segundo o esquema do Ministério de Saúde, mínimo uma vez cada dois anos, mas a equipe planeja fazer as mesmas uma vez por ano, até os 12 anos. Neste tema ainda temos muito por fazer e muitos recursos humanos que incluir em nossa tarefa, como os profissionais odontologistas, divulgar e dar conhecimento sobre os diferentes programas e todos os benefícios que o Sistema Único de Saúde (SUS) oferece a seus usuários, para melhorar sua qualidade de vida e mostrar para muitos profissionais e trabalhadores de saúde que ainda não o conhecem.

Como não temos excesso de demanda de atendimento, as gestantes são atendidas quando precisam, não contamos com um sistema de registro específico, a maioria delas recebem atendimento no serviço privado e apesar de insistir em sua incorporação na UBS, ainda temos resistência. A estimativa de cobertura do CAP é de 17 gestantes, temos cadastro de nove o que corresponde 54%, somente cinco são atendidas na unidade, o restante

mantem pré-natal no setor privado, todas captadas no primeiro trimestre, 100%, com exames indicados em primeira consulta, exame ginecológico, vacinação em dia, 100%. Destas três ainda não foram avaliadas pela odontologia, 67%. Mediante as visitas domiciliares da equipe, assim como dos ACS, supervisamos as cadernetas de todas as gestantes embora que não façam o pré-natal na unidade, assim sabemos se o atendimento está em dia, mesmo que seja atendida em outro serviço, orientamos sobre a importância de um bom seguimento de pré-natal, pois é a garantia de obter um recém-nascido sadio. Recebem suplemento de sulfato ferroso em cada consulta e orientamos como devem ser ingeridos, os horários para melhor absorção de ferro, sempre afastados das refeições, eu como médica geralista, faço uma avaliação geral da usuária grávida, incluindo a saúde bucal, recomendações como cuidar dela e sobre tudo, oriento sobre a importância da avaliação com odontologista. Nossa equipe trabalha intensamente com as gestantes o referente a aleitamento materno sua importância e manejo, em cada consulta são avaliados os mamilos das gestantes para ver se estão prontos para amamentar e se não estão, então trabalhamos para fazer durante as consultas do pré-natal, é muito importante e mais ainda durante último trimestre, falar sobre a puericultura, pré-natal e o puerpério, explicar em que consiste e sua importância; os cuidados com os recém-nascidos e seus próprios cuidados depois do parto normal ou por cesárea, pois a maioria da população não tem por costume realizar consulta após o parto, acham que só é importante o teste de pezinho e as vacinas aos bebês e o pior, não é que seja a população, também próprios profissionais de saúde não são cientes deste problema, não levam um registro sobre a quantidade de gestantes e nem a data provável de parto para assim saber quando ganham o bebê, quando devem voltar as consultas para ser examinadas e captadas, este trabalho só para os ACS, que muitas vezes esquecem este dado importante, este é um trabalho de toda equipe.

Outro problema identificado, além de ser tratado em outros serviços, ainda não tem resposta, é que não temos no município especialista em gineco-obstetrícia e as grávidas não são avaliadas em nenhum trimestre, assim como uma dificuldade que está muito próximo a resolver; sobre as consultas odontológicas que não são realizadas e além do que, o serviço de odontologia

não esta disponível na unidade; já estamos trabalhando nesse aspecto para dar solução a esta situação, que as gestantes busquem a consulta na UBS, 100 % das grávidas e conseguir realizar consultas pré-natal cada vez com maior qualidade e que o produto da concepção chegue em ótimas condições a nosso mundo.

Sobre a saúde da mulher e a prevenção de câncer de colo de útero e de mama, posso dizer que desde que começamos a trabalhar em equipe, temos conseguido que ao menos 29 % da população feminina na faixa etária entre 25 a 64 anos, realizaram o exame preventivo do câncer de colo de útero, número que ainda está muito abaixo do esperado, pois o aproximado de 464 usuárias, somente 134 concordaram e foram coletadas amostras para o exame citopatológico; todas elas satisfatórias e com negativos para câncer do colo de útero, mas quero refletir, que além de ter serias dificuldades neste programa, um deles é que não contamos com os protocolos na unidade, seguimos as recomendações do Ministério de Saúde. Quanto a avaliações do risco, tratamento e encaminhamentos a especialistas, segundo as avaliações, solicitações de colposcopias em usuárias com alterações do colo de útero e acompanhamento de usuárias de risco, não temos organizados grupos de saúde da mulher, não temos um controle preciso sobre a quantidade de mulheres desta faixa etária que entram no programa. Os prontuários não tem registro de dados sobre a realização do exame e nem seus resultados, não foi possível saber a quantidade de mulheres que tem o exame em dia e nem aquelas que estão atrasadas, é por isso que já montamos estratégias da equipe para aumentar as ações encaminhadas a melhorar o programa; é realizado o preventivo todos os dias da semana em todos os turnos de maneira organizada e também oportuna, pois aquelas mulheres que moram muito longe e vão a UBS por algum problema ginecológico, aproveitamos a oportunidade e realizamos a coleta de amostra, se esta em condições para realizar; outras ações como palestras realizadas pelo outubro rosa, onde a participação alcançou 80 % das mulheres; atividades de promoção de saúde, prevenção do câncer de colo uterino como caminhadas, folhetos, conversas na unidade de saúde, aumentamos o número das mulheres sexualmente ativas que ainda não realizaram o preventivo e os ACS tem a meta, que a população feminina seja cadastrada. Eu reconheço que ainda falta muito por fazer mais o

importante e a vontade de trabalhar em equipe para diminuir a incidência de câncer de colo de útero de nossa população.

Em relação ao câncer de mama, temos as mesmas dificuldades, pelo CAP a estimativa é 174 mulheres na faixa de 50 a 69 anos, apenas 22 mulheres, 13% da população alvo realizou a mamografia, não tenho como saber a quantidade precisa de usuárias que foram diagnosticadas com câncer de mama nos últimos três anos, os prontuários não tem estes dados e muitas delas simplesmente nunca foram acompanhadas pela UBS; o trabalho é muito intenso em promover a importância da prevenção do câncer de mama, realização de autoexame, a mamografia e exame clínico, para avaliação de risco. Assim vamos buscar a conscientização da mulher para cuidar de sua saúde e diminuir o alto índice de mortalidade por câncer de mama que tem Rio Grande do Sul.

Em relação aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na área de abrangência da unidade, a estimativa do CAP são 376 pessoas com HAS, 146 (39%) estão acompanhadas e 107 com DM, 44 (47%) são acompanhadas pela equipe da UBS. Podemos afirmar que a situação é muito difícil, devo lembrar as características, uma população envelhecida, predominantemente a cor de pele branca, muito arraigada a suas tradições, uma grande maioria é analfabeta e as condições socioeconômicas precárias, vivem da agricultura. Tudo isso nos leva a vários caminhos, alimentação não saudável, sedentarismo, obesidade, stress, alcoolismo, hábito de fumar, etc. e outros fatores de risco para doenças não transmissíveis como HAS e DM, resultado alarmante, a quantidade de usuários que procuram a UBS somente para renovar receitas de medicações para estas doenças, sem atendimento prévio, sem uma avaliação clínica, com vários meses de tratamento sem controle da doença; não existia registro nenhum destes usuários, muitos prontuários ainda não estão atualizados. O mesmo ocorre aos usuários com diabetes, não existe um controle de peso, nenhum protocolo de atendimento para estas doenças; ao longo do trabalho, por não ter excesso de demanda, começamos realizar atendimentos todos os dias da semana, de segunda a quinta-feira consultas clínicas e visitas domiciliares e na sexta-feira, a enfermagem realiza qualquer outro atendimento de caso agudo que precisarem. Os usuários agendados e as consulta para próxima semana, no

caso de ser necessário, são encaminhados para pronto atendimento, todos os usuários que não assistem a consultas são buscados pelo ACS.

Para consulta de avaliação, é solicitado exames complementares, se necessário, avaliação do tratamento médico, recomendações sobre alimentação saudável, fatores de risco como obesidade, encaminhamento para nutricionista, orientação sobre os danos do alcoolismo e tabagismo, agendamento da consulta de acompanhamento segundo avaliação clínica; contamos com um grupo de usuários com hipertensão e diabetes uma vez ao mês, realizado na UBS, participam somente 40 a 45 % destes usuários e isso constitui uma derrota para nossa equipe de saúde; também analisamos que muitos moram longe, não tem como participar do nosso grupo, mesmo que tenham interesse. Por isso, acordamos realizar grupos duas vezes ao mês, uma no interior e outra nas áreas mais próximas da UBS, para motivar toda a população, levar até eles nosso compromisso de mudar o estilo de vida e assim diminuir a incidência de doenças crônicas não transmissíveis como HAS e o DM, que são causas de mortes, deficiências motoras e outros agravantes para nossa população.

Além de ter muitos fatores de risco, também é uma população idosa e neste aspecto, na UBS se presta atendimento médico todos os dias da semana, temos grande demanda destes usuários. A consulta geralmente é por problemas agudos, renovação das receitas, requisição de exame, muito pouco chega a UBS por uma consulta de rotina ou de avaliação. No CAP a estimativa é de 229 pessoas idosas, 117 acompanhados, o indicador de cobertura é de 51%. Para o preenchimento dos dados, utilizamos os prontuários, pois não existe em nossa unidade outro registro de idosos, não têm caderneta de saúde de pessoa idosa e posso afirmar que os prontuários estão muito desatualizados. Encontramos consultas referentes a avaliações de riscos para morbimortalidade para 32%, com avaliações multidisciplinares 57%, com HAS 66%, DM 18%, com indicadores de fragilização na velhice 32%. Nossa equipe através das palestras realizadas para os grupos de HAS e DM, consegue orientar sobre hábitos de alimentação saudável, sobre a realização de atividades físicas, mas estas orientações só chegam ao grupo minoritário de idosos que convivem com estas doenças e participam dos grupos; quanto à

saúde bucal do idoso é um pouco mais complicado, pois na UBS não prestamos esse serviço e por tanto, desconhecemos o número.

Nossa equipe através das palestras realizadas para os grupos de HAS e DM consegue orientar sobre hábitos de alimentação saudável, sobre a realização de atividades físicas, estas orientações só chegam ao grupo minoritário de idosos que participam dos grupos; quanto à saúde bucal do idoso, não temos controle sobre quantos usuários receberam atenção odontológica, pois eles têm que procurar o serviço em outras unidades. Ao longo de meu serviço, atendi 117 pessoas idosas que tem agendada consulta para avaliação periódica anual, além das consultas por grupo. Também realizamos visitas domiciliares priorizando usuários vulneráveis que não podem procurar a UBS, o trabalho apenas começa nossa população ainda esta sub registradas; há um maior número de usuários da terceira idade que não estão cadastrados, nunca nosso equipe chegou até eles, porém temos que intensificar nossas atividades na comunidade para conseguir incorporar a todos estes a nossos serviços de saúde e garantir uma velhice de qualidade para eles. Precisamos conformar grupos de idosos onde orientemos, avaliemos, estimulemos, compartilhemos experiências e outros temas, realizar exercícios físicos de acordo a faixa etária, caminhadas, reuniões, atividades culturais e até recreativas para diminuir o estresse e a depressão, que muitas vezes é o principal problema de saúde dos idosos.

A saúde bucal, esta compreendida dentro das ações programáticas, e constitui um grande problema de saúde na área de abrangência desta unidade, pois deu para perceber a falta de cuidado dentário, tanto em crianças como em adultos, que a maioria deles nunca recebeu antes uma avaliação da saúde bucal, o mais complicado para nós como equipe de saúde, é que não contamos com este serviço na unidade, os usuários precisam ser encaminhados à outra unidade e a dificuldade geográfica impede ter certeza se procuram atendimento pelo serviço de odontologia.

Para mim, o maior desafio que tenho com meu trabalho, minha equipe e minha população, é conseguir um serviço de excelência e qualidade, providenciar a cada um dos usuários de todas as ofertas do Sistema Único de Saúde do Brasil, que é muito completo e está conformado para levar a saúde

até o ultimo canto do país e até o usuário mais vulnerável, para assim melhorar a qualidade de vida deste povo.

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

Lembrando o texto inicial da tarefa da segunda semana de ambientação em resposta à pergunta: "Qual a situação da ESF/APS em seu serviço?" e comparando com toda a avaliação realizada, preenchimento dos questionários disponibilizados pelo curso e o Caderno de Ações Programáticas, durante a análise situacional houve mudança no olhar em relação ao serviço e a UBS.

Quando foi feita a primeira tarefa não tinha os conhecimentos que tenho hoje os quais foram ampliados e muitos deles são novos para mim, o que permite fazer uma melhor avaliação sobre as diversas situações na USF, obtendo o diagnóstico situacional, se apropriando das deficiências do serviço, para atuar nas prioridades identificadas, contribuindo para uma maior qualidade na atenção de nossa população.

Depois de identificar as deficiências, procuramos melhorar a qualidade das ações desenvolvidas, os atendimentos foi melhorando cada vez mais, a prestação de serviço melhorou desde a realização do acolhimento até as reuniões da equipe, em função disto, a demanda espontânea diminuiu, os usuários não chegam mais procurando receita, temos organizado um dia específico para esta atividade e as relações da equipe superou qualquer obstáculo, agora cada membro da equipe sabe sua função, estamos mais capacitados, participamos juntos das atividades e criticamos nosso trabalho sem prejudicar nossa autoestima, é assim que hoje funciona nosso trabalho na unidade.

## 2 Análise Estratégica

### 2.1 Justificativa

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que milhões de pessoas no mundo tenham hipertensão arterial sistêmica, e diabetes e um número considerável deles desconhece portar a doença pela ausência de sintomas e poucas vezes solicitam serviços de saúde. (SOCIEDADE, 2010). No Brasil, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), determinou responsabilidade da atenção básica, o controle da hipertensão arterial sistêmica e estabeleceu como ações estratégicas o diagnóstico e cadastramento dos portadores da doença, a busca ativa de casos, o tratamento e diagnóstico precoce de complicações, que incluem ações educativas para controle de condições de risco e prevenção de complicações (Brasil 2006).

A ESF Vitorino Nhoatto está situada no interior do Município Fontoura Xavier, Rio Grande do Sul. Atende uma população de 1682 usuários. A equipe está composta por uma médica clínica geral, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma recepcionista, e seis agentes comunitários de saúde. Em relação à estrutura física, é adequada e garante um bom serviço a nossos usuários. A estrutura física da unidade é muito confortável, tem ambiente agradável, claridade e boa iluminação. Está composta por uma recepção; um consultório médico que não tem disponibilidade de negatoscópio; uma sala de vacina; uma sala de enfermagem, onde se realizam as coletas para exames cito patológicos todos os dias da semana; uma sala onde se realiza medicação, curativos e outros processos; uma farmácia; uma sala de almoxarifado; uma sala de esterilização, mais não se faz este processo por não contar com o equipamento necessário pero isso não é impedimento para realizar os processos, pois o material é levado para outra unidade de saúde onde se realiza a esterilização dos mesmos; uma sala de reuniões; uma cozinha, uma sala de espera e dois banheiros, contamos com cadeiras, escritórios e recursos necessários para um bom desempenho de nosso trabalho.

Na área de abrangência da unidade se registra uma alta incidência de morbidades e mortalidades por causa do descontrole da pressão arterial e índice glicêmico. Atualmente, acompanhamos 146 usuários hipertensos e 47

usuários diabéticos. Segundo o Caderno de Ações Programáticas (CAP), são estimados para a área 376 usuários hipertensos e 107 usuários diabéticos, o que configura percentuais de cobertura de 39% e 44%, respectivamente. Não há um monitoramento destes usuários nem um atendimento continuado para prevenção e promoção de saúde. Além disso, não há registro específico para este grupo de usuários, os prontuários não estão atualizados devido ao atendimento por livre demanda. As visitas domiciliares passaram a ser realizadas quando iniciei meu trabalho na unidade de saúde, e também comecei a agendar consulta de retorno. Há um grupo de pessoas com hipertensão e diabetes, uma vez ao mês, que realiza os encontros mensalmente, mas poucos usuários estão engajados nesta atividade coletiva. Muitos usuários ainda estão desassistidos e as ações realizadas não seguem nenhum protocolo.

Por meio do trabalho assistencial durante as consultas e visitas domiciliares na comunidade, se identificou uma alta prevalência de usuários com hipertensão que mantém frequentemente as taxas de pressão arterial elevada, pela falta de adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e por este motivo surge a ideia deste projeto, para desenvolver ações educativas que contribuam a conscientizar a população sobre estas doenças, seus fatores de risco, assim como também considerasse importante a necessidade de estimular a mudança de estilo de vida, através de modificações dietético-comportamentais, assim como a adesão ao tratamento, que contribuirão a melhorar o controle da doença, também conseguir estimula-los a participar das atividades de grupo desenvolvidas nas comunidades, e nos diferentes cenários com a finalidade de lograr um adequado controle destas para melhorar a qualidade de vida e evitar complicações.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção às pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na ESF Vitorino Nhoatto em Fontoura Xavier, RS.

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

Objetivo 1. Ampliar a cobertura de pacientes hipertensos e diabéticos na unidade de saúde de Gramado São Pedro, Vitorino Nhoatto.

Meta 1.1. Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2. Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 3. Melhorar adesão de hipertensos e/ou Diabéticos.

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

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

Objetivo 4. Melhorar os registros das informações.

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

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

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

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Vitorino Nhoatto, no Município de Fontoura Xavier, RS. Participarão da intervenção todos os usuários com hipertensão e diabetes, acima de 20 anos de idade, residentes na área adstrita da USF. Segundo o CAP, são estimados para a área adstrita da unidade de saúde, 376 usuários hipertensos acima de 20 anos de idade e 107 usuários diabéticos acima de 20 anos de idade.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

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

Meta 1.1. Cadastrar 60% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Meta 1.2. Cadastrar 60% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

#### **Ações de 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
- monitorar o número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS

Detalhamento das ações: Para o monitoramento dos usuários cadastrados será adotada a ficha espelho disponibilizada pelo curso, como registro específico. O prontuário clínico também será utilizado. Para o controle semanal, será adotada a planilha de coleta de dados, também disponibilizada pelo curso. Durante a intervenção, este monitoramento será realizado semanalmente. Monitorar a cobertura de todos os pacientes maiores de 18 anos que assiste a UBS e aproveitar também as visitas domiciliares para fazer o cadastramento e o rastreamento de HAS e DM. Com apoio dos ACS estaremos realizando um levantamento de dados dos Hipertensos e /ou Diabéticos que ainda não esteja cadastrado na UBS, e para realizar esse levantamento pretendemos revisar o

prontuário clínico de todos os diabéticos e hipertensos cadastrados, revisar ficha familiar e arquivo específico. Esta ação será realizada por médica e enfermeira.

#### Ações de ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- garantir o registro de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa.
- garantir o registro das pessoas com diabetes cadastradas no Programa.
- melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS.
- melhorar o acolhimento para os usuários portadores de diabetes.
- garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetros, manguitos, fita métrica) na UBS.
- garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na UBS.

Detalhamento das ações: Garantir um correto registro das pessoas hipertensas e diabéticas cadastradas no Programa assim como garantir o material adequado para realização do hemoglicoteste na UBS, e uma adequada tomada de medida da pressão arterial, para isto devemos ter segurança de que o calibragem do esfigmomanômetros esteja certa e que tenhamos o uso adequado do manguito de acordo com o tamanho do paciente, que será feito diariamente pela médica, a enfermeira ou a técnica de enfermagem. Acolher de forma correta todos os pacientes que procurem a UBS, esta atividade será realizada diariamente no horário de funcionamento da UBS.

#### Ações de 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.
- 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 das ações: Orientar a comunidade da importância da medição de pressão arterial e do rastreamento da DM, através de ações educativas mediante atividades de grupos e palestras, que são realizadas mensalmente, tanto na UBS como em igrejas em diversas comunidades, também utilizamos o mural informativo na própria UBS e na comunidade, isso é responsabilidade de

todos os integrantes da equipe e buscaremos também os líderes da comunidade para nos auxiliar nas atividades de educação em saúde.

#### Ações de QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- capacitar os ACS para o cadastramento e atualização da população hipertensa da área da UBS.
- capacitar a equipe da UBS para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
- capacitar os ACS para o cadastramento e atualização da população diabética 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 das ações: Capacitar a equipe sobre cadastramento e acolhimento de todos os pacientes maiores de 18 anos para o rastreio de casos de HAS e DM, ensinando-os a realizar uma adequada toma de pressão arterial, e como realizar o hemoglicoteste corretamente. Estas atividades serão realizadas pela médica da equipe durante as duas primeiras reuniões semanais da equipe.

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

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

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

#### Ações de MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas com hipertensão.
- monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas com diabetes.

Detalhamento das ações: Monitorar a realização de exame clínico que será feito quando se realize a consulta programada ao paciente e será preenchido em sua ficha de acompanhamento e prontuário individual com data de realização do exame e resultados, estas atividades serão realizadas pela médica da equipe.

### Ações de ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com hipertensão.
- definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com diabetes.

Detalhamento das ações: Definir as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e diabéticos da unidade, para cumprir esta ação primeiro deverá se- realizar a capacitação de cada membro da equipe durante as duas primeiras semanas, pela medica da unidade.

- organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS.
- estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento das ações: Durante as duas primeiras semanas será feita na unidade pela médica, a capacitação dos profissionais da equipe de acordo com os protocolos de HAS e DM adotados e periodicamente as atualizações.

- Disponer de versão atualizada do protocolo impressa na UBS para HAS e DM.

Detalhamento das ações: Na unidade disporemos da versão atualizada e impressa do protocolo para Hipertensão e Diabetes e será realizada pela médica da equipe.

### Ações de ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento das ações: A comunidade terá informação durante as palestras, e as atividades dos grupos, sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e da hipertensão. Esta atividade será feita pela medica, a enfermeira.

### Ações de QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado para HAS e DM.

Detalhamento das ações: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado para hipertensos e diabéticos, o qual será realizada pela médica da unidade.

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

#### Ações de MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento das ações: A médica e a enfermeira da unidade que conformam o grupo de monitoramento realizarão o monitoramento de exame dos pés das pessoas diabéticas semanalmente.

#### Ações de 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 a gestor 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 das ações: Definir as atribuições de cada membro da equipe no exame dos pés das pessoas diabéticas, será cumprido quando seja realizada a capacitação de cada membro no exame clínico, estabelecendo as distribuições de cada um. Para organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos será cumprido através do planejamento de todas as capacitações, dispostos da versão atualizada e impressa do protocolo para Hipertensão e Diabetes e será realizada pela médica da equipe. A enfermeira é a encarregada de providenciar com o gestor municipal o monofilamento 10g para realizar o exame dos pés. Será agendada consulta para acolher os pacientes diabéticos provenientes das buscas domiciliares, pela recepcionista da unidade e se solicitará a referência e contra referência para pessoas diabéticas que necessitem de consulta especializada, pela médica.

#### Ações de 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 das ações: Mediante as palestras, as reuniões de grupos, a médica e a enfermeira da unidade orientarão a comunidade sobre a importância para os pacientes diabéticos de avaliar periodicamente os pés, pulsos e sensibilidade das extremidades, assim como os riscos cardiovasculares para os hipertensos.

#### Ações de QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento das ações: Para a realização de um bom exame apropriado dos pés a equipe será capacitada pela médica da unidade.

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

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

#### Ações de MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento das ações: Semanalmente, a equipe realiza o monitoramento dos exames solicitados de acordo com o protocolo e com a periodicidade recomendada dos pacientes hipertensos.

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

Detalhamento das ações: Semanalmente, a equipe realiza o monitoramento dos exames solicitados de acordo com o protocolo e com a periodicidade recomendada dos pacientes diabéticos.

### Ações de ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento das ações: A solicitação dos exames complementares para hipertensos e diabéticos, que formam parte do Programa, será dada durante as consultas destes pacientes, e também será coordenado com o gestor municipal para que a realização dos mesmos seja agilizada. A equipe estabeleceu um sistema de alerta para os exames preconizados para hipertensos e diabéticos.

### Ações de ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento das ações: Durante as consultas destes pacientes, e durante as palestras e outras atividades de grupos, as pessoas diabéticas e hipertensas e a comunidade serão orientadas pela médica ou a enfermeira quanto a necessidade e a periodicidade de realização de exames complementares.

### Ações de QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento das ações: Para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares a equipe será capacitada pela médica da unidade.

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

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

#### Ações de MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia para hipertensos e diabéticos.

Detalhamento das ações: Uma vez por mês, será monitorado pela enfermeira da unidade o acesso aos medicamentos da farmácia, para hipertensos e diabéticos.

#### Ações de ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- manter um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com hipertensão cadastrados na UBS.
- manter um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com diabetes cadastrados na UBS

Detalhamento das ações: Uma vez por mês a enfermeira realizara o monitoramento do acesso aos medicamentos de pacientes hipertensos e diabéticos, realizará o controle de estoque de validade dos mesmos. Existirá um registro das necessidades de medicamentos dos pacientes cadastrados na unidade.

#### Ações de ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento das ações: A equipe orienta continuamente as pessoas diabéticas e hipertensas sobre os direitos do usuário de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular, e as possíveis alternativas para obter este acesso.

#### Ações de QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

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

Detalhamento das ações: Uma vez por mês será realizada capacitação aos profissionais da equipe sobre Hipertensão e Diabetes, pela médica e também para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular.

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

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

#### Ações de MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- monitorar as pessoas hipertensas que necessitam de atendimento odontológico.
- monitorar as pessoas diabéticas que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento das ações: Na unidade não temos serviço de odontologia na unidade, mais a equipe logra monitorar as pessoas hipertensas e diabéticas com necessidade de atendimento odontológico. Embora que não consiga que elas assistam a consulta de odontologia em outras unidades.

#### Ações de ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão;
- organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento das pessoas com hipertensão provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.
- organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com diabetes;
- organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização da consulta odontológica das pessoas com diabetes provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento das ações: Como já expliquei antes, não temos como organizar agenda de saúde bucal, por não contar com este serviço na unidade, só

podemos avaliar se tem necessidade de atendimento e encaminhamos eles para outras unidades que tem serviço de odontologia.

#### Ações de ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento das ações: A orientação a comunidade sobre a importância de realizar avaliação de saúde bucal é feita pela médica e a enfermeira nas palestras realizadas nas comunidades, também nas reuniões dos diversos grupos.

#### Ações de QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento das ações: Solicitar a secretaria municipal que um odontólogo capacite al menos durante duas semanas, a equipe para avaliação de atendimento odontológico das pessoas hipertensas e diabéticas.

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

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

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

#### Ações de MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) das pessoas hipertensas e diabéticos.

Detalhamento das ações: O monitoramento sobre o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo das pessoas hipertensas e diabéticas será feito pela médica semanalmente, com ajuda da enfermeira, utilizando os registros destes pacientes.

#### Ações de ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

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

Detalhamento das ações: Semanalmente esta planejada visita domiciliar pela medica, enfermeira e ACS, mais agora aproveitamos elas para buscar pacientes faltoso a consultas, os mesmos são orientados a assistir a consulta, e como não temos excesso de demanda tanto os hipertensos como os diabeticos, são acolhidos em quanto acodem ao posto.

#### Ações de ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento das ações: Em cada contato com a comunidade, seja palestras, reuniões dos grupos, ou qualquer outra atividade, a comunidade é informada pela equipe sobre a importância de realização das consultas, escutamos se tem alguma estratégia para não ocorrer evasão das pessoas hipertensas e diabéticas, além de esclarecer sobre a periodicidade preconizada para a realização destas consultas.

#### Ações de QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento das ações: Na unidade de saúde, os ACS serão capacitados pela medica, durante duas ou três semanas sobre como orientar as pessoas hipertensas e diabéticas a realizar as consultas e sua periodicidade segundo estabelecidas no protocolo.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

#### Ações de MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento das ações: O grupo de monitoramento avaliará a qualidade dos registros de pessoas hipertensas e diabéticas acompanhadas na UBS semanalmente.

#### Ações de ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- manter as informações do SIAB/e-SUS atualizadas.
- implantar a ficha de acompanhamento.
- pactuar com a equipe o registro das informações.
- definir responsável pelo monitoramento dos registros.
- organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento das ações: Manter as informações do SIAB atualizadas e organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto exista atraso na realização de consulta de acompanhamento, atraso na realização de exames complementares, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença, será realizado por o grupo de monitoramento. A ficha de acompanhamento será implantada para garantir qualidades do registro e todo isso será realizado pelo grupo de monitoramento que esta constituído pela medica e a enfermeira da equipe.

### Ações de ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento das ações: Orientar as pessoas com hipertensão e diabetes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, serão orientados durante as atividades feitas no acolhimento, em consulta médica e de enfermagem, assim como outras atividades com os grupos ou em outros espaços comunitários realizados pela médica e enfermagem da equipe.

### Ações de QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento das pessoas hipertensas
- capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento das ações: Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos e o preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético será capacitado a toda a equipe pela médica.

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

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

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

### Ações de MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento das ações: As pessoas hipertensas e diabéticas com pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, são monitorados pela médica e a enfermeira, na unidade, utilizando os prontuários clínicos destes pacientes.

#### Ações de ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento das ações: Na minha unidade, embora que não temos excesso de demanda de pacientes, as pessoas hipertensas e diabéticas avaliadas como de alto risco, tem prioridade no atendimento, além de sair da consulta com o retorno marcado. Esta atividade é feita pela médica.

#### Ações de ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento das ações: As pessoas diabéticas e hipertensas, assim como a comunidade toda, recebe informação pela equipe da unidade, sobre a importância de um adequado controle dos fatores de risco, tanto modificáveis como não modificáveis assim como manter um acompanhamento regular.

#### Ações de QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
- capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.
- capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.
- capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés (diabéticos).

Detalhamento das ações: Durante duas semanas a equipe receberá capacitação sobre a importância do registro da avaliação dos riscos em pacientes hipertensos e diabéticos, sobre estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, assim como a avaliação dos pés nos diabéticos, esta atividade será feita pela médica da equipe.

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

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

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

#### Ações de MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento das ações: O monitoramento sobre a realização de orientação nutricional as pessoas com hipertensão e diabetes, é feita pela médica e a enfermeira semanalmente. A médica e a enfermeira são as pessoas responsáveis de monitorar q as pessoas hipertensas e diabéticas recebam as orientações sobre a realização de atividade física. A médica e a enfermeira monitoram em cada consulta, as orientações sobre os riscos do tabagismo nas pessoas hipertensas e diabéticas. Todas as semanas são monitoradas pela médica e a enfermeira a realização de orientações sobre higiene bucal a pessoas com hipertensão e diabetes.

### Ações de ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.
- organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.
- demandar ao gestor a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde.
- organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento das ações: A equipe solicita a participação da nutricionista do município para se envolver em a organização de praticas coletiva sobre alimentação saudável. Nas palestras que são realizadas nas comunidades, assim como nas reuniões feitas na unidade com este grupo de pacientes se planejam atividades que a sua vez são combinadas com professores de educação física, do setor educacional, as mesmas são desenvolvidas nas comunidades mas povoadas, e de acordo a possibilidade dos moradores de assistir, pois a maioria mora muito distantes uns de outros. O medica e enfermeira demandaram ao gestor a adesão Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde. O tempo médio de consulta esta organizado em 30 minutos para cada paciente, garantindo oferecer as orientações em nível individual.

### Ações de ENGAJAMENTO PÚBLICO

- orientar pessoas com hipertensão e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- orientar pessoas com diabetes e seus familiares sobre a importância de se ter uma alimentação saudável, bem como a necessidade de uma dieta específica para o tratamento do diabetes.
- orientar as pessoas com hipertensão tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.
- orientar as pessoas com diabetes tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

- orientar pessoas com hipertensão e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento da hipertensão.
- orientar pessoas com diabetes e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento do diabetes.
- orientar as pessoas com hipertensão e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.
- orientar as pessoas com diabetes e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento das ações: A médica, a enfermeira e os ACS, são encarregados de orientar as pessoas hipertensas e diabéticas e seus familiares, sobre a importância de manter uma alimentação saudável e adequada a sua doença. As pessoas com hipertensão e diabetes, são orientadas, em cada contato que eles têm com a equipe da unidade, sobre a importância da prática de atividade física regular para um melhor controle da doença e evitar complicações das mesmas. Em cada reunião de grupo de pessoas hipertensas e diabéticas, que se realizam na unidade de saúde, elas são orientadas pela equipe sobre a existência de tratamentos para abandonar o tabagismo. Durante as reuniões de grupos, as palestras e nas visitas domiciliares a equipe orienta as pessoas hipertensas e diabéticas e seus familiares sobre a importância da higiene bucal. Não contamos com serviço de odontologia.

#### Ações de QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- capacitar a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável e específica para pessoas com hipertensão.
- capacitar a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável e específica para pessoas com diabetes.
- capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.
- capacitar a equipe da UBS sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.
- capacitar a equipe para o tratamento de pessoas tabagistas.
- capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.
- capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento das ações: Em combinação com a nutricionista do município, a equipe receberá capacitação durante algumas semanas sobre práticas de

alimentação saudável para pacientes hipertensos e diabéticos, além de capacitação sobre metodologia de educação em saúde, que será dada pela médica. A capacitação da equipe sobre a promoção da prática de atividade física regular, e sobre metodologias de educação em saúde, será feita pela médica. A equipe receberá capacitação sobre as orientações a brindar as pessoas hipertensas e diabéticas que tem o mal habito de fumar, durante duas semanas pela medica da unidade. A equipe receberá capacitação para oferecer orientações de higiene bucal, pela medica da unidade, pois não contamos com serviço de odontologia.

### **2.3.2 Indicadores**

Objetivo 1. Cobertura. Ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1. Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

Meta 1.2. Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4. Registro. Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 6. Promoção de saúde. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **2.3.3 Logística**

Para realizar a intervenção serão adotados o Caderno de Atenção Básica nº 36 (Diabetes Mellitus) e o Caderno de Atenção Básica nº 37 (Hipertensão Arterial Sistêmica), ambos protocolos do Ministério da Saúde atualizados no ano de 2013.

Para o registro específico será adotado a Ficha espelho Individual disponibilizada pelo curso, o prontuário clínico do usuário, o Cartão de Hipertensão e Diabético, e o Livro de Registro da Unidade de Saúde. Será realizado o contato com os gestores municipais para dispor das fichas espelho necessárias e imprimir as fichas complementares, ambas serão anexadas ao prontuário do usuário acompanhado. Um arquivo específico será estruturado para proporcionar a revisão semanal para monitoramento e a busca dos usuários faltosos. Para a organização do arquivo, os prontuários com ficha-espelho e ficha complementar serão organizados por agente comunitário de saúde e sua respectiva área. Estas fichas junto com o livro de registro de hipertensos e diabéticos serão revisadas pela médica e enfermeira semanalmente para monitorar indicadores de qualidade.

Para monitoramento e avaliação das ações realizadas será adotada a Planilha eletrônica de coleta de dados disponibilizada pelo curso. Esta planilha será preenchida e monitorada semanalmente, com base nas ações realizadas na semana. O preenchimento da planilha será realizado pela médica

(especializando do curso) e pela enfermeira. Para atualização dos dados de mapeamento da população de hipertensos e diabéticos também serão utilizadas a Ficha de Atualização do SIAB (Ficha A) e a Ficha Complementar dos Hipertensos e Diabéticos dos Agentes Comunitários da Saúde. Capacitação e treinamento da equipe.

Será realizado contato com gestão a fim de garantir agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo, bem como para o controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos da Farmácia Popular para os Hipertensos e Diabéticos. Devemos buscar também junto à gestão, assegurar o encaminhamento do usuário Hipertenso e Diabético a exames complementares a outros níveis do Sistema.

A capacitação e treinamento da equipe serão realizados na primeira semana da intervenção. Serão ministrados pela enfermeira e médica da unidade. Participarão todos os membros da equipe. A capacitação e treinamento serão realizados na unidade de saúde em horário a ser estabelecido. Serão abordados os temas descritos em detalhes no capítulo de Detalhamento das ações, presente neste trabalho.

Para iniciar a intervenção, também será realizada a organização da agenda. Inicialmente, o processo de trabalho da equipe será organizado por meio de agendas compartilhadas. O atendimento destes usuários será priorizado, sempre mantendo a atenção aos outros grupos da comunidade. A agenda da médica e enfermeira será organizada para acolher a demanda referenciada destes usuários provenientes da demanda espontânea bem como das buscas ativas. A agenda também será organizada com a equipe de saúde bucal de outra unidade, para que desta forma possa se garantir o atendimento em saúde bucal para os hipertensos e diabéticos, principalmente quando for identificada a necessidade de atendimento a partir da avaliação realizada durante o atendimento clínico realizado pela médica e enfermeira da equipe.

Para o mapeamento e cadastramento dos usuários, será realizado um levantamento pela enfermeira dos usuários hipertensos e diabéticos que já estão em acompanhamento pela unidade de saúde. Serão revisados os dados relativos aos últimos quatro meses. Os dados destes usuários serão transcritos para as Fichas espelho e, assim, serão buscados para a primeira consulta de monitoramento sobre saúde bucal, realização de estratificação de risco

cardiovascular por critério clínico, exames complementares periódicos em dia, exame físico dos pés, palpação dos pulsos tibial posterior e médios, com medida da sensibilidade dos pés. O cadastramento será realizado pela médica, enfermeira, técnica de enfermagem e agentes Comunitários de Saúde, seja por demanda espontânea ou por busca ativa.

O acolhimento à demanda espontânea de hipertensos e diabéticos será realizado pela técnica de enfermagem. Aqueles com atraso em consulta com problemas agudos serão atendidas no mesmo turno para agilizar o tratamento de intercorrências. Aqueles que buscam consultas de rotina terão prioridade no agendamento, sendo que a demora deverá ser menor de 7 dias.

Com relação ao atendimento clínico, este será realizado pela enfermeira e pela médica da equipe. Os atendimentos serão agendados e por livre demanda. Casos agudos serão atendidos no dia. Toda consulta realizada será remarcada. Será realizada na consulta a estratificação do risco cardiovascular em diabéticos e hipertensos segundo protocolo (deve ser realizado ao menos uma vez ao ano) e as outras ações preconizadas e descritas no detalhamento das ações deste trabalho.

As reuniões da equipe serão realizadas semanalmente para o monitoramento das ações realizadas, identificação dos usuários faltosos para a busca ativa, identificação dos usuários que precisam de visitas domiciliares a serem realizadas na semana seguinte, encaminhamento dos usuários com necessidade de atendimento odontológico para a outra unidade de saúde e, discussão sobre as atividades coletivas a serem realizadas com a comunidade e grupo foco desta intervenção.

As visitas domiciliares serão realizadas semanalmente, conforme a demanda, pela médica, enfermeira e agente comunitária da área adstrita do usuário. As buscas ativas serão realizadas pelos agentes comunitários da saúde. Semanalmente o ACS fará busca ativa dos cadastrados que não tiverem comparecido no serviço na data da consulta programada agendada. Em todas as visitas domiciliares para o mapeamento dos usuários, o ACS informará sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde bem como sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 20 anos de idade (pelo menos, anualmente), sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com

pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg, e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Para sensibilizar a comunidade, serão realizadas reuniões nas associações de moradores, nas igrejas da área abrangente e nas escolas, onde se informará a população sobre a existência do programa de atenção à hipertensão arterial e diabetes da UBS e solicitará o apoio aos mesmos para o rastreamento de hipertensos e diabéticos, orientando-os sobre os fatores de riscos sobre o desenvolvimento dessas doenças. As atividades coletivas serão realizadas quinzenalmente por meio de palestras, conversas, reuniões de grupos, onde serão responsáveis a médica e a enfermeira. Participarão das atividades todos os membros da equipe. Para tal, serão utilizados cartazes, panfletos e multimídia.

### 2.3.4 Cronograma

AÇÕES	SEMANAS															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Capacitação e treinamento dos profissionais da ESF.	X															
Contato com lideranças comunitárias para discutir a importância do acompanhamento dos hipertensos e diabéticos e solicitar apoio para a captação de novos casos e controle dos já diagnosticados.	X	X														
Reuniões da equipe.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Organização de agenda compartilhada com médico, enfermeiro e odontólogo.	X															
Mapeamento dos diabéticos e hipertensos moradores na área de abrangência.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Cadastramento dos diabéticos e hipertensos moradores na área de abrangência.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Atendimento clínico	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Busca ativa dos usuários faltosos.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Visitas domiciliares aos usuários.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Atividade de educação em saúde na comunidade com os temas relacionados com hipertensão e diabetes.		X		X		X		X		X		X				
Reunião com a comunidade para avaliação da intervenção.												X				
Monitoramento e avaliação da intervenção.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				

### **3 Relatório da Intervenção**

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

O desenvolvimento deste projeto de intervenção foi planejado para ser realizado em doze semanas e cumprir com o cronograma de ações propostas para atingir, objetivos, metas e os indicadores. Quero ressaltar que no decorrer da intervenção, a equipe conseguiu identificar um número maior de usuários com hipertensão e diabetes residentes da área da UBS, superando a estimativa de calculada pela PCD.

A Intervenção contou com a participação de toda equipe desde o início, onde os membros se mantiveram muito empolgada em sua divulgação, organização, execução e melhor ainda, na discussão do grau de satisfação da nossa população. Como responsável pelo projeto, senti que além dos resultados quantitativos, realizamos um maravilhoso trabalho qualitativo, permitiu ter uma maior cumplicidade com a população que gostou muito das ações desenvolvidas pela equipe durante esse tempo e que agora já fazem parte da rotina de nosso trabalho.

Para a realização de nosso projeto de intervenção, tivemos facilidades para sua implementação devido a uma equipe unida, engajada com atenção primária à saúde, responsabilidade, sentindo que faz parte da população da área de abrangência. Trabalhadores em saúde comprometidos com a saúde do município, assim como uma população alvo carente de atenção à saúde, mas muito receptiva as mudanças e disposta a colaborar com as ações de prevenção e promoção de saúde. Os líderes da comunidade tiveram uma participação importantíssima, pois uma vez contatados, eles ficaram motivados para colaborar com o desenvolvimento do projeto, sabendo que resultaria melhorar a saúde dos moradores da área.

Nas primeiras semanas os agentes comunitários de saúde e os demais membros da equipe participaram das capacitações oferecidas com temas sobre hipertensão e diabetes de acordo com a sua atribuição. Dentro destes estava à

aprendizagem da realização de hemoglicoteste, a verificação fidedigna de tensão arterial, a medição de circunferência abdominal e outros temas de interesse sobre estas doenças crônicas que foram desenvolvidas integralmente nos horários coordenados, em algumas ocasiões foram adiados por dias feriados mais sempre estas alterações eram previstas nas reuniões da equipe.

Outra das ações realizadas foi organização de nossa agenda compartilhada, com a enfermeira, nós não temos dentista na equipe, o que permitiu realizar os atendimentos clínicos e cadastramento de usuários com HAS e DM maiores de 20 anos que chegavam a UBS, por demanda espontânea. Muitos foram atraídos pela divulgação do projeto, outros buscaram a UBS, por outro motivo e ao realizar aferição de PA estava elevada, sem saber antecedente de hipertensão. Para todos foi realizada avaliação clínica com anamnese adequada, exame físico completo, solicitação de exames complementares. Nestes casos todas as ações eram realizadas sem problemas, pois contávamos com os recursos que foram garantidos pela secretaria para realizar as ações, como as fichas, pastas arquivos novos esfigmomanômetro e tempo necessário para ser desenvolvida corretamente a atenção.

A maior dificuldade estava nos exames complementares pela demora em marcar e para chegar os resultados. Entre as dificuldades enfrentadas, está a falta de medicamentos na unidade, onde os usuários costumavam retirar. Alguns usuários não queriam a farmácia popular, pela distância da UBS, mas com paciência e competência, conseguimos confiança e os usuários fizeram o cadastro para que pudessem garantir a medicação.

Na UBS falta o serviço de saúde bucal, por isto tivemos algumas dificuldades na primeira semana de intervenção. Logo realizamos capacitação dos profissionais da UBS para avaliar e orientar estes usuários, o que não impediu desenvolver esta ação. No caso de identificar que havia necessidade de atendimento pelo odontólogo, os usuários eram encaminhados até outra unidade que disponibiliza o serviço.

Os usuários com HAS e DM receberam orientação para realização de exercícios físicos, bem como participar do grupo de reeducação alimentar para uma alimentação saudável. Estamos realizando na UBS a cada 15 dias, é coordenado pela secretaria de saúde com a colaboração da nutricionista, psicóloga e fisioterapeuta, está sendo muito bem aceito pelos usuários de todas as idades.

Esta população tem como parte de sua cultura o hábito de ingerir gordura, sal, doce indiscriminadamente, o que pode proporcionar aumento nos níveis de colesterol, triglicerídeos e a glicose.

Durante o cadastramento e a realização das fichas de atendimentos, também foram orientados sobre os prejuízos do tabagismo, sua relação diretamente proporcional com doenças crônicas e sua qualidade de vida. Este tema foi um ganho para comunidade e município, uma ótima e importante ação do nosso projeto, formação e execução do grupo de tabagismo.

Dentro das atividades planejadas e realizadas parcialmente para o projeto estava busca ativa de usuários com hipertensão e diabetes faltosos a consultas, desenvolvida através dos ACS no seu trabalho do dia a dia, por mim durante as visitas domiciliares; muitas vezes eram adiadas pelo clima chuvoso, mas nos proporcionaram grandes oportunidades para realizar o cadastro de usuários faltosos a consultas, motivos alheios a sua vontade, como a longa distância entre a UBS e seus domicílios, além do escasso transporte para estas rotas. A maioria dos usuários não tem transporte, pode sair de suas casas somente a pé ou em ônibus escolares.

Os usuários que residem próximo a UBS, se reúnem mensalmente no grupo de usuários com HAS e DM, onde recebem orientações com informes de fácil compreensão sobre a hipertensão e diabetes, adequada alimentação, realização de exercícios físicos e inclusive a equipe realizou exercícios junto aos usuários da terceira idade; disponibilidade de medicamentos na farmácia popular e a importância da adesão ao programa de hipertensos e diabéticos preconizado pelo Ministério da Saúde.

Aproveitamos os momentos em grupo para falar sobre a importância de manter o tratamento clínico, que disto depende o controle destas doenças, pois carecem de orientação sobre este aspecto. A maioria acredita que depois de iniciar o uso de medicamentos e a pressão arterial normaliza, não precisa tomar remédios e abandonam o tratamento, não tem conhecimento que devem ter um acompanhamento sistemático com avaliação clínica de risco cardiovascular e realizar exames com certa frequência.

Tudo isto era muito bem discutido nas reuniões da equipe realizadas cada semana para monitorar e avaliar nosso trabalho, detectar falhas, erros para

reorganizar o trabalho da próxima semana, assim funcionou nossa equipe durante as doze semanas de intervenção.

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

Todas as ações de saúde foram realizadas e ajudaram muito a melhorar a qualidade de vida de nossa população, o que é melhor ainda, ter um maior controle e organização sobre os usuários com hipertensão e diabetes. Reconhecemos que não foi fácil, desde o início enfrentamos e superamos dificuldades do ponto de vista pessoal, profissional, gerencial, social e até natural que impossibilitaram em maior ou menor proporção o desenvolvimento do projeto.

O pior dos problemas enfrentados foi acessibilidade a UBS, prejudicada devido a chuvas, o clima úmido e frio no interior das cidades gaúchas, juntamente com estradas de chão batido, praticamente inacessíveis, morros muitos altos, longa distância e falta de transporte.

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

As dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores foram subjetivas e esclarecidas na medida em que foi avançando o projeto da intervenção com ajuda sistemática, oportuna e esclarecedora de minha orientadora semanalmente com o envio da planilha de coleta de dados e Diários da Intervenção.

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

Na última semana realizamos a reunião de avaliação de projeto com as lideranças e a comunidade, a aceitação foi total, a população adorou a integralidade, nossa integração social e apesar da falta de engajamento com outros setores públicos e sociais que pudessem ajudar a melhorar a qualidade de vida da população fontourense. Demos os primeiros passos qualificando a atenção da saúde dos usuários com hipertensão e diabetes de nossa comunidade, cabe ressaltar que a participação ativa das mulheres foi muito importante, elas destacaram nas

atividades realizadas na unidade e nas comunidades, o que permitiu transmitir a outros usuários a importância de se incorporar ao projeto e a intervenção.

Atualmente, toda a equipe participa do planejamento semanal de trabalho a saúde dos usuários com HAS e DM, como uma das principais ações programática, deste modo, reavaliamos e aperfeiçoamos as ações desenvolvidas. Mesmo com a finalização do curso continuaremos realizando as ações implementadas com a intervenção, pois a equipe está engajada desde a apresentação do projeto.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

Melhorar a atenção aos usuários com HAS e DM adstritos na área de abrangência da ESF Vitorino Nhoatto, município Fontoura Xavier/RS, foi o principal objetivo do trabalho de intervenção realizado. Antes da intervenção foi verificado que a população residente na área é de 1682 pessoas, sendo que a estimativa para os maiores de 20 anos é de 1127 pessoas, 67% da população total. De acordo com o cálculo da PCD na área da UBS existem 256 pessoas com hipertensão e 63 pessoas com diabetes.

Foram estabelecidas como metas para ampliação da cobertura, cadastrar 60% das pessoas com HAS e DM, importantes doenças crônicas que necessitam de especial atenção aos usuários. Pela população da área de abrangência da UBS, a PCD estimou 256 usuários com HAS e 63 com DM. No decorrer da intervenção identificamos um número maior de usuários, 262 com HAS e 65 com DM.

Objetivo 1. Objetivo 1. Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas na unidade de saúde de Gramado São Pedro, Vitorino Nhoatto.

Meta 1.1. Cadastrar 60% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Indicador 1.1. Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Nestas doze semanas de intervenção observamos que progressivamente melhorou muito o número de pessoas com hipertensão avaliadas, as visitas domiciliares por parte dos ACS foram de muita ajuda, pois eles realizaram busca das pessoas com 20 anos e mais residente na área convidando a fazer avaliação com a finalidade de rastreamento, o que nos permitiu identificar os usuários com HAS. Também foi muito oportuno, ter desenvolvido o trabalho em outubro e novembro,

meses em que o município realiza várias atividades focadas aos exames preventivos do câncer em mulheres e homens, chegando até as comunidades mais distantes, o que permitiu transmitir a estes usuários a importância de se incorporar ao nosso trabalho, assim como contar com o apoio dos líderes da comunidade e dos gestores. Todas as ações que foram desenvolvidas durante a intervenção, permitiram atingir as metas propostas, identificamos seis pessoas com HAS, além da estimativa da PCD. A partir de uma análise progressiva da cobertura, de 256 usuários com HAS, no primeiro mês foram cadastrados 91 usuários, 34,7%, no segundo mês 214 usuários, representando 81,7% e no terceiro mês 262 hipertensos, totalizando 100%.

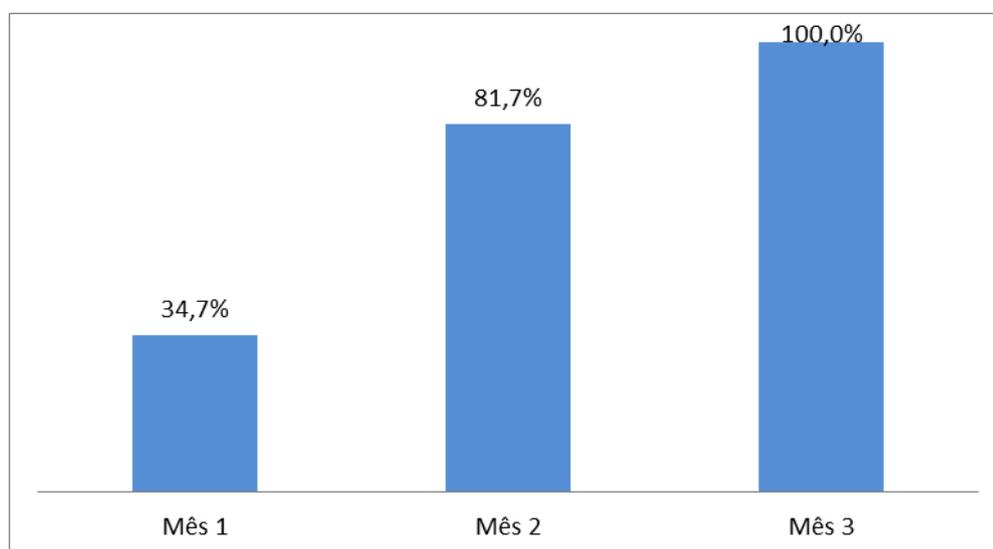


Figura 1. Cobertura do Programa de Atenção a Hipertensão Arterial na unidade de saúde.

Meta 1.2. Cadastrar 60% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

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

Nestas doze semanas de intervenção observamos que progressivamente melhorou muito o número de usuários com diabetes avaliados, neste aspecto, as visitas domiciliares por parte dos ACS foram de muita ajuda, pois eles realizaram busca entre as pessoas com 20 anos ou mais residente na área, o que nos permitiu divulgar os objetivos do trabalho. Também aproveitamos as atividades encaminhadas à prevenção de câncer de colo de útero, mama e de próstata

desenvolvidas pelo a secretaria municipal de saúde, nos meses de outubro e novembro, orientando e sensibilizando as comunidades, identificando usuários com DM. Tudo isto permitiu atingir as metas propostas. Além do planejado, identificamos mais duas pessoas da área da UBS que apresentava DM, superando a estimativa da PCD.

Em relação a cobertura, foram cadastrados 65 usuários com DM adstritos a UBS, no primeiro mês 40 usuários (61,5%), no segundo mês 63 usuários (96,9%) e no terceiro mês 65 usuários (100%).

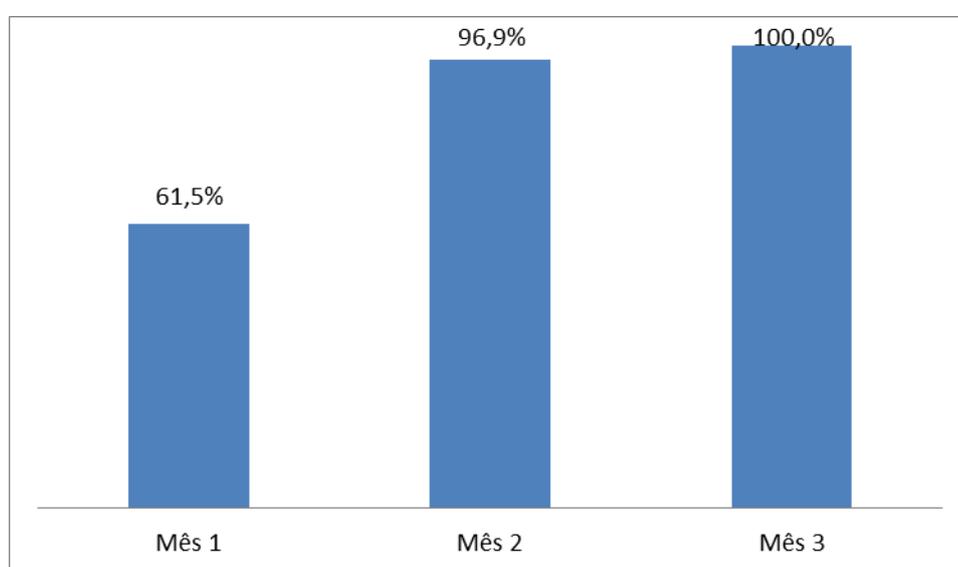


Figura 2. Cobertura do Programa de Atenção a Diabetes Mellitus na unidade de saúde.

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.

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

Em relação ao exame clínico, realizamos exame adequado, de acordo com o protocolo, durante a consulta médica, uma avaliação exaustiva a cada um deles. Contamos com todo material necessário, o que permitiu realizar e cumprir os objetivos e as metas propostas, obter resultados muito satisfatórios. Foram avaliados no primeiro mês de trabalho 91 usuários, 100%; no segundo mês avaliamos 214 usuários, 100% e durante os três meses de intervenção foram avaliados 262 usuários, totalizando 100%.

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

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

Em relação ao exame clínico apropriado foi realizado durante as consultas médicas, fazendo uma avaliação exaustiva a cada um deles, pois contamos com todo material necessário o que permitiu cumprir os objetivos propostos, e obter resultados muito satisfatórios.

De 65 usuários com DM adstritos na área, no primeiro mês conseguimos avaliar 40 pessoas com diabetes de acordo com o protocolo, 100%. No segundo mês 63 pessoas, 100%, e no terceiro mês 65 pessoas, totalizando 100%.

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

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

A realização do exame dos pés foi possível por tratar as pessoas com diabetes, um grupo menor de usuários. Alguns usuários precisamos avaliar em casa, devido a dificuldade de locomoção até a UBS. Foi de muita ajuda ter contado com transporte disponível para realizar as visitas domiciliares a estas pessoas que não tinham como se deslocar até nossa unidade. Conseguimos atingir a meta proposta, no primeiro mês foram avaliados 40 usuários, 100%; no segundo mês 63 usuários, 100 % e no terceiro mês foram 65 usuários, totalizando 100% dos usuários avaliados.

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

Indicador 2.4. Proporção de pessoas hipertensas com os exames complementares em dia.

Foi proposto garantir a realização de exames complementares de acordo com o protocolo, para o 100% dos hipertensos Devo destacar que houve um prévio contato com secretaria municipal de saúde e o laboratório para dar prioridade aos usuários com hipertensão, os quais além das dificuldades geográficas e sociais, também o deslocamento até o centro do município onde está localizado o

laboratório, mas isto não impediu que se integrassem ao trabalho facilitando chegar a estes satisfatórios resultados. No primeiro mês 91 usuários com HAS realizaram o exame, 100%, no segundo mês foram 214 usuários, 100% e no terceiro mês 262, totalizando 100% com exames complementares em dia.

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

Indicador 2.5. Proporção de pessoas diabéticas com os exames complementares em dia.

Destaco que para garantir os exames, conforme protocolo, houve uma prévia organização com secretaria municipal de saúde e o laboratório, para dar prioridade aos usuários com DM, os quais além das dificuldades geográficas e sociais, também de deslocamento até o centro do município onde se localiza o laboratório. Em relação aos exames complementares para pessoas diabéticas, durante o primeiro mês 40 usuários realizaram o exame, representando 100%, no segundo mês 63 usuários, 100% e no terceiro mês, 65 usuários, atingindo a meta do indicador em 100%.

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

Indicador 2.6. Proporção de pessoas hipertensas com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia priorizada.

A equipe organizou junto à secretaria municipal de saúde e a farmácia, garantir os medicamentos aos usuários com HAS, uma vez que eram prescritos conforme protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Também foi de muita ajuda para o cumprimento deste indicador, a existência das Farmácias Populares na cidade, visto que algumas vezes faltava na UBS, algum dos medicamentos necessários para o controle destas doenças. Desta forma o nosso usuário pode receber gratuitamente as medicações na Farmácia Popular. Felizmente conseguimos os objetivos e as metas propostas, embora as dificuldades geográficas e a situação econômica da maioria dos usuários, mas os resultados foram muito satisfatórios. De 262 usuários com HAS, durante o primeiro mês 91 usuários acompanhados receberam prescrição de medicação da farmácia popular, totalizando 100%, durante o segundo mês 214 acompanhados, 100% e durante

terceiro mês 262, totalizando 100% dos usuários com medicação prescrita e garantida da Farmácia Popular.

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

Indicador 2.7. Proporção de pessoas diabéticas com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia priorizada.

Assim como aos usuários com HAS, a equipe garantiu junto à secretaria municipal de saúde e a farmácia os medicamentos aos usuários com DM, uma vez que foram prescritos, conforme protocolos do MS. A existência das Farmácias Populares na cidade colaborou para facilitar as prescrições, algumas vezes não havia algum dos medicamentos necessário para o controle destas doenças na UBS. Durante o primeiro mês de trabalho o número de usuários com prescrição de medicamentos da farmácia popular foi de 40 usuários (100%) durante o segundo mês, 63 usuários (100%) e no terceiro mês, 65 usuários, totalizando 100% dos usuários com prescrição de medicamentos disponíveis na Farmácia Popular.

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

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

Na UBS falta o serviço de saúde bucal, por isto tivemos algumas dificuldades na primeira semana de intervenção. Logo realizamos capacitação dos profissionais da UBS para avaliar e orientar estes usuários, o que não impediu desenvolver esta ação e atingir as metas propostas. No caso de identificar que havia necessidade de atendimento pelo odontólogo, os usuários hipertensos eram encaminhados até outra unidade que disponibiliza o serviço. Foi proposto garantir realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% aos usuários com HAS. Dos 262 usuários com HAS residentes na área, durante o primeiro mês o número usuários com avaliação do atendimento odontológico foi de 91 computando 100%. No segundo mês foram 214 usuários, equivalendo 100% e no terceiro mês 262 usuários com hipertensão, totalizando 100%.

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

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

Da mesma forma que para pessoas com HAS, pela falta do serviço de saúde bucal na UBS, realizamos capacitação dos profissionais para avaliar e orientar estes usuários, o que não impediu desenvolver esta ação e atingir as metas propostas. No caso de identificar que havia necessidade de atendimento pelo odontólogo, os usuários diabéticos eram encaminhados até outra unidade que disponibiliza o serviço. Foi proposto garantir e realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com DM. Dos 65 usuários com DM na área, durante o primeiro mês o número de diabéticos com avaliação dos atendimentos odontológicos foi de 40, equivalendo a 100%. No segundo mês foram 63 usuários, computando 100% e no terceiro mês foram avaliados 65 usuários com DM, totalizando 100%.

Objetivo 3. Melhorar adesão de hipertensos e/ou Diabéticos.

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

Indicador 3.1. Proporção de pessoas com hipertensão, faltosas a consultas com busca ativa.

Houve algumas dificuldades por ser uma comunidade extensa, mas foram poucos usuários faltosos. Dos 262 usuários com HAS, apenas seis faltaram à consulta, os mesmos são casos críticos que apresentavam dificuldade para se locomover, mas com ajuda dos líderes da comunidade e a atuação dos ACS, conseguimos incorporar estes usuários na intervenção. Pelo que alcançamos um 100% no primeiro mês.

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

Indicador 3.1. Proporção de pessoas com diabetes faltosas a consultas com busca ativa.

Durante a intervenção dos 65 usuários com DM da área apenas dois, faltou à consulta, foi realizada a busca ativa e os mesmos imediatamente vieram a UBS, atingindo 100% dos faltosos no primeiro mês da intervenção. É bom destacar que tivemos a valiosa ajuda dos líderes da comunidade e as atuações dos agentes comunitários de saúde para atingir as metas propostas.

Objetivo 4. Melhorar os registros das informações.

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

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

Tivemos que fazer um estudo de quantos hipertensos tinham registros adequados para organizá-los. Para isto, contamos com ajuda dos ACS e demais membro da equipe que revisaram as fichas de acompanhamento e atualizaram os dados. Durante o primeiro mês de trabalho o número de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento foi para 91 usuários, 100%, no segundo mês o número de registros adequados foram 214 equivalendo a 100% e no terceiro mês foram 262 usuários, 100%.

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

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

Em relação ao primeiro mês de trabalho o número de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento foi de 40 diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS totalizando 100%, para o segundo mês o número de diabéticos com registro adequado foi de 63 totalizando também 100%, e no mês 3 foram 65 diabéticos perfazendo 100%. Pode-se ver que a meta foi atingida.

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.

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

Foi proposto garantir a estratificação de risco cardiovascular a 100% dos usuários com hipertensão. Na área de abrangência contamos com 262 usuários com HAS, deles no primeiro mês 91 usuários realizaram estratificação de risco, 100%, no mês 2 o número foi de 214 usuários, equivalendo a 100%. E no mês 3 foi 262 usuários, totalizando 100% da meta.

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

Indicador 5.2. Proporção de pessoas com diabetes, com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Na área de abrangência contamos com 65 usuários com DM, deles no primeiro mês de trabalho o número de diabéticos com estratificação do risco cardiovascular com exames clínico foi de 40 usuários, 100%, no mês 2 o número foi de 63 usuários, perfazendo 100% e no mês 3 foram 65 usuários totalizando 100% da meta.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

Indicador 6.1. Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Conseguimos durante as visitas domiciliares orientar usuários com HAS sobre como fazer uma dieta saudável, também no programa de atenção ao usuário diabético e hipertenso, o nutricionista fez palestras encaminhadas neste fim. Também nos ajudou muito aproveitar o marco das atividades desenvolvidas no Outubro rosa e Novembro Azul, onde participava um grande número destes usuários. Existem 262 usuários com HAS adstritos na área, deles receberam orientação sobre alimentação saudável no primeiro mês de trabalho 91 usuários perfazendo 100%, no mês 2 o número foi de 213 para um total de 214 hipertensos equivalendo a 99,5%. Neste mês um único usuário não recebeu a orientação nutricional por encontrar-se fora da área de abrangência e logo se reincorporou e no mês 3 foram 262 usuários, totalizando 100% da meta.

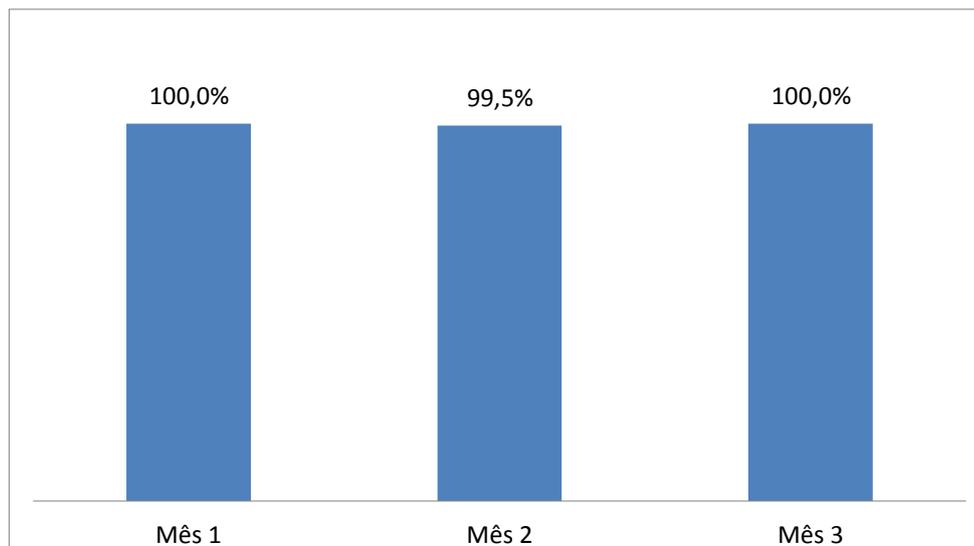


Figura 3. Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Indicador 6.2. Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Em relação aos diabéticos, no primeiro mês de trabalho o número de diabéticos com orientação sobre alimentação saudável foi de 40 usuários residentes na área e acompanhados na UBS perfazendo 100%, no mês 2 o número foi 63 usuários, contabilizando 100%. E no mês 3 foram 65 usuários, totalizando 100%. Tivemos a participação de toda a equipe que contribuiu com a orientação. Ainda estamos trabalhando neste sentido, três meses é um período muito curto para realizar todas as orientações necessárias para mudanças de estilo na alimentação. Conseguimos durante as visitas domiciliares orientar os usuários com DM sobre como fazer uma dieta saudável, também no programa de atenção ao usuário diabético e hipertenso, o nutricionista fez palestras encaminhadas neste fim, em vista a que o diabético é um dos usuários que mais recebem palestras neste sentido devido as complicações recorrentes de sua patologia. Também nos ajudou muito aproveitar o marco das atividades desenvolvidas no Outubro rosa e Novembro Azul, onde participava um grande numero destes usuários.

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

Indicador 6.3. Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.

Em relação às metas de “Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos, dos 262 usuários com HAS na área, no primeiro mês de trabalho 91 usuários receberam orientação, perfazendo 100%, no mês 2 o número foi 214 usuários, equivalendo a 100% e no mês 3 foram 262 usuários, totalizando 100%. Conseguimos durante as visitas domiciliares orientar sobre como fazer exercícios físicos apoiando-nos também com o programa de atenção ao hipertenso e diabético onde se orientavam através de palestras coordenadas com as fisioterapeutas, encaminhadas neste fim. Também foi muito eficiente para atingir estes resultados, aproveitar o marco das atividades por Outubro Rosa e Novembro Azul, onde participou uma grande quantidade destes usuários.

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

Indicador 6.4. Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.

Em relação aos 65 usuários com DM adstritos na área, no primeiro mês de trabalho o número de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular foi de 40 usuário, perfazendo 100%, no mês 2 o número foi 63 usuários, contabilizando 100%. E no mês três foram 65 usuários, totalizando 100%.

Neste aspecto as visitas domiciliares foram muito importantes para orientar os usuários com DM sobre a prática de atividade física regular, com elas conseguimos orientar sobre como fazer exercícios físicos, também com o apoio do programa de atenção ao usuário com hipertensão e diabetes onde se orientavam através de palestras coordenadas com as fisioterapeutas, encaminhadas neste fim. Também foi muito eficiente para lograr estes resultados, aproveitar o marco das atividades por Outubro Rosa e Novembro Azul, onde participou uma grande quantidade destes usuários.

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

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

Em relação aos 262 usuários com HAS adstritos na área, no primeiro mês de trabalho o número de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo foi de 91 usuários, perfazendo 100%, no mês 2 o número foi 214 usuários, perfazendo 100% e no terceiro mês foram 262 usuários, totalizando 100% da meta.

Conseguimos durante as visitas domiciliares orientar aos usuários hipertensos tabagistas sobre a importância de abandonar o hábito, sobre o dano que produz este no organismo e sobre os perigos de contrair câncer de pulmão. Também durante o programa de seguimento aos diabéticos e hipertensos foram realizadas palestras pela psicóloga encaminhadas neste fim. Também foi muito eficiente para atingir estes resultados, aproveitar o marco das atividades por Outubro Rosa e Novembro Azul, onde participou uma grande quantidade destes usuários.

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

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

Conseguimos durante as visitas domiciliares orientar os usuários diabéticos tabagistas sobre a importância de abandonar o hábito, também durante as consultas médicas sempre fazemos as orientações precisas referentes a este tema. Também foi muito eficiente para atingir estes resultados, aproveitar o marco das atividades por Outubro Rosa e Novembro Azul, onde participou uma grande quantidade destes usuários.

Em relação aos 65 usuários com DM, no primeiro mês de trabalho o número de diabéticos com orientação sobre a prática do tabagismo foi de 40 usuários, perfazendo 100%, no mês 2 o número foi 63 usuários, perfazendo 100%. E no mês 3 foram 65 usuários totalizando 100% da meta.

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

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

Dar uma boa capacitação ao pessoal da equipe trouxe ótimos resultados, pois conseguimos durante as visitas domiciliares orientarem aos usuários hipertensos sobre a importância de ter uma adequada higiene bucal, como escovar os dentes, quantas vezes ao dia tem que fazer essa higiene, orientar sobre o atendimento odontológico, sobre os perigos de contrair câncer bucal. Também foi muito eficiente para lograr estes resultados, aproveitar o marco das atividades por Outubro Rosa e Novembro Azul, onde participou uma grande quantidade destes usuários.

Em relação as metas “Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos, dos 262 usuários com HAS, no primeiro mês de trabalho o número de hipertensos com orientação sobre como ter uma adequada higiene bucal foi de 91 usuário, perfazendo 100%, no mês 2 o número foi 214 usuários, contabilizando 100% e no mês 3 foram 262 usuários totalizando 100 % da meta.

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

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

Conseguimos durante as visitas domiciliares orientarem aos diabéticos sobre a importância de ter uma adequada higiene bucal, como escovar os dentes, quantas vezes ao dia tem que fazer essa higiene, orientar sobre o atendimento odontológico, para isto sempre tivemos apoio de toda equipe de trabalho. Também foi muito eficiente para lograr estes resultados, aproveitar o marco das atividades por Outubro Rosa e Novembro Azul, onde participou uma grande quantidade destes usuários.

Em relação aos 65 usuários com DM, no primeiro mês de trabalho o número de diabéticos com orientação sobre como ter uma adequada higiene bucal foi de 40 usuários perfazendo 100%, no mês 2 o número foi 63 usuários, contabilizando 100% e no mês 3 foram 65 usuários, totalizando 100%.

## **4.2 Discussão**

A intervenção finalizada propiciou grandes vantagens e mudanças na dinâmica de trabalho de nossa unidade, foi um projeto que elevou a qualidade dos serviços oferecidos dentro do SUS e da atenção primária. Contribuiu a elevar a qualificação dos profissionais desde o ponto de vista técnico-profissional e elevou a experiência sobre a atuação neste nível de atendimento. Incrementou a organização dos registros e cadastros dos usuários com hipertensão e diabetes dentro e fora da unidade, pois foram atualizados igualmente os registros dos agentes comunitários de saúde e os prontuários da unidade.

Conseguimos atualizar os exames clínicos e laboratoriais que se encontravam desatualizados. Conseguiu-se oferecer nas próprias comunidades múltiplas orientações de promoção e prevenção em saúde, foram criados grupos de

luta contra o tabaco e grupos para fomentar a atividade física. Outro benefício da intervenção para a comunidade, foi a avaliação da saúde bucal aos usuários participantes da intervenção.

A principal e mais importante meta alcançada foi ampliação da cobertura destes usuários com HAS e DM na unidade, incrementada de forma substancial. Ao final conseguimos atingir totalmente a meta, sendo um ganho muito importante para toda equipe. Outras atividades foram aprimoradas na unidade, como avaliação física e laboratorial integral, avaliação do risco cardiovascular, detecção precoce de agravos e de outras doenças intercorrentes. Conseguimos através do serviço da UBS e o empenho da equipe, garantir a medicação pela farmácia popular, os usuários as receberam adequadamente para cada caso.

A intervenção requereu a capacitação de todos os integrantes da equipe para conseguir elevar a qualidade dos atendimentos, das atividades de promoção e prevenção e de engajamento público, o que significou um aspecto muito positivo para todos. Para nosso serviço foi de grande melhoria a adaptação ao sistema de agendamentos para estes usuários, o que ajudou para poder lidar com a demanda espontânea. O impacto sobre a comunidade foi muito favorável, pois se sentiu valorizada, em algumas, nunca tinha ido um médico. Houve discussão de temas que precisavam conhecer para conseguir um melhor controle destas doenças.

Precisamos continuar realizando estas ações para manter as metas propostas, mantendo o interesse de elevar a qualidade dos serviços e ampliar a universalidade da assistência e acessibilidade dos usuários. Acreditamos que a inclusão de outros temas de educação em saúde, estimulará o desenvolvimento das ações implementadas com a intervenção, tornando as atividades mais dinâmicas e permitindo a equipe aplicar novas ideias, adequando à realidade de cada região.

No caso de iniciarmos a intervenção neste momento, com a experiência adquirida, percebo que precisamos manter mais contato com as comunidades distantes da UBS, fazer busca de usuários com HAS e DM, onde sabemos que ainda podemos encontrar pessoas maiores de 20 anos que ainda não foram diagnosticadas e desta forma, conseguir incorporá-los para ofertar nosso serviço e com ele melhorar a qualidade de vida destes usuários.

A intervenção já está incorporada na rotina do serviço da equipe, juntamente com a comunidade e gestores e assim mais usuários sejam beneficiados com o programa. Desta forma, tomando este projeto como exemplo, possamos

implementar o programa de saúde de Idoso, Pré-natal e Puerpério, Puericultura assim como Saúde bucal. Programas estes, que são necessários à implementação na UBS.

## 5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado Gestor de Saúde do município de Fontoura Xavier/RS:

Por meio deste relatório, quis trazer para conhecimento da gestão local de saúde do município de Fontoura Xavier/RS os principais resultados obtidos com a intervenção promovida pela UNASUS e em parceria com a UFPEL realizada na unidade Vitorino Nhoatto em Gramado São Pedro, Fontoura Xavier/RS. O objetivo principal da intervenção foi melhorar a atenção prestada aos usuários com 20 anos ou mais que apresentam hipertensão e diabetes, residentes na área de abrangência da unidade, uma vez que uma das principais limitações identificadas em nossa unidade de saúde foi à carência de ações especificamente para essa população.

Após três meses, tivemos ótimos resultados com o desenvolvimento do nosso projeto de intervenção, os resultados mostram claramente a melhoria da qualidade do atendimento aos usuários da área da UBS. Nesse contexto, o apoio da gestão local foi extremamente importante para o desenvolvimento desse projeto.

Dentre os resultados obtidos está o cadastro de 262 usuários hipertensos (100%) e 65 usuários diabéticos (100%), todos eles receberam atendimentos clínicos e foram realizados exames laboratoriais a 100 % destes usuários. Todos os usuários foram aderidos ao programa da farmácia popular (100%), receberam atendimento odontológico, 100 % dos usuários com HAS e DM; realizamos busca ativa aos usuários faltosos à consulta através de visitas domiciliares; receberam orientação sobre tabagismo, alimentação saudável, prática de exercícios físicos e saúde bucal, por meio das palestras e as atividades de grupo, orientações individuais.

Nesse período, fizemos capacitação de toda a equipe de profissionais da UBS para a realização das atividades desenvolvidas no âmbito da intervenção conforme os protocolos preconizados pelo Ministério da Saúde. Implantamos na unidade uma ficha espelho que permite o registro adequado de todos os dados necessários para o acompanhamento e monitoramento da situação de saúde de cada usuário. Foram cadastrados e acompanhados 262 usuários com hipertensão (100%) e 65 usuários com diabetes (100%). Todos receberam atendimento clínico, garantimos a realização de exames laboratoriais necessários, reorganizamos a

nossa agenda a fim de dar prioridade de atendimento para usuários com hipertensão e diabetes identificados como de risco, desenvolvemos atividades educativas de promoção da saúde com a discussão de temas como alimentação saudável, prática de atividade física regular, abandono do tabagismo em encontros com a comunidade, também fizemos busca ativa de usuários faltosos e visitas domiciliares ao usuário que não podem se deslocar até a unidade de saúde.

Com as atividades desenvolvidas introduzimos na população alvo a importância da realização de acompanhamento periódico e completo na unidade, mudanças no modo e estilo de vida e trabalhamos para melhorar a qualidade de vida da população evitando ou retardando as complicações crônicas mais frequentes. Atingimos nosso objetivo e conseguimos manter a motivação da equipe e incluir as atividades desenvolvidas na intervenção como rotina de trabalho de nossa UBS.

A intervenção foi essencial para elevar a qualificação técnica e profissional da equipe na sua totalidade, permitindo que os profissionais participassem de palestras sobre os diferentes temas que seriam desenvolvidos nas diferentes ações a realizar. Elevou a capacidade da equipe para se adaptar a situações diferentes, permitiu a adoção de dinâmicas mais adequadas às desenvolvidas na atenção primária de saúde, com a aplicação de um programa de agendamento e organização frente à grande demanda espontânea da unidade.

É importante destacar que apesar do sucesso das ações de qualificação, ainda podem existir usuários com HAS e DM que estão sem acompanhamento na unidade e precisam ser identificados pela equipe de profissionais da UBS. Por isso, esperamos poder continuar contando com o apoio dos gestores do município para dar continuidade na qualificação da atenção não somente dos nossos usuários com HAS e DM como também do restante da comunidade que procura nosso serviço.

Para concluir, apresento os gráficos com a evolução e resultados da Cobertura do Programa de Atenção a Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus atingidos durante a intervenção realizada pela equipe da nossa UBS.

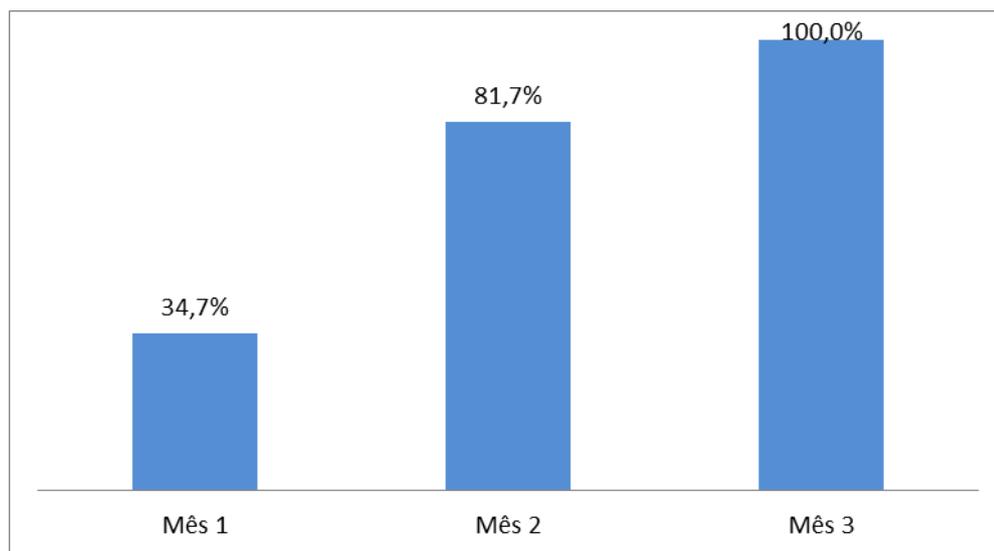


Figura 1. Cobertura do Programa de Atenção a Hipertensão Arterial na unidade de saúde.

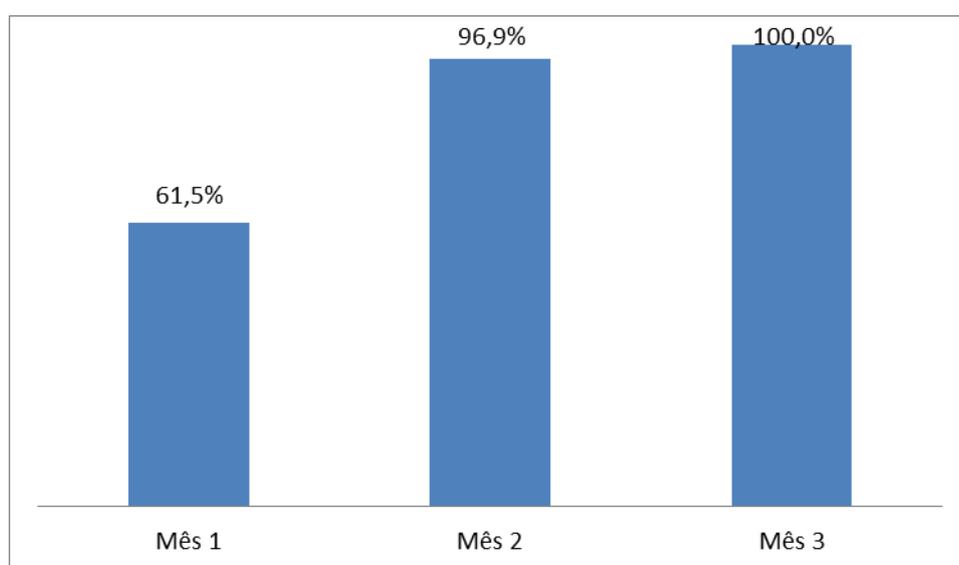


Figura 2. Cobertura do Programa de Atenção a Diabetes Mellitus na unidade de saúde.

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

Ao conselho de moradores e as lideranças comunitárias.

Na UBS situada na comunidade de Gramado São Pedro foi feita uma intervenção de três meses com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão e diabetes. Esta é parte de um projeto para melhorar a qualificação técnica e profissional da equipe que se encontra fazendo os atendimentos a estes usuários.

Além deste benefício para os profissionais envolvidos, trouxe uma melhora na dinâmica dos atendimentos na unidade, começando a resgatar usuários que se encontravam sem acompanhamento, com mau controle da sua doença e sem as orientações pertinentes sobre nutrição, exercício físico, tabagismo, saúde bucal, além de fazer uma atualização dos cadastros na farmácia popular. Outros dos benefícios gerados desta intervenção, é que todos os usuários conseguiram fazer exames de laboratório e exame físico para avaliação de intercorrências e risco cardiovascular geral.

Como parte destas ações sobre a saúde destes usuários foi incluído a avaliação da saúde bucal, trazendo uma grande oportunidade para avaliar nestes usuário, câncer bucal e doenças comuns para usuários com doenças crônicas especialmente em idosos.

Com esta intervenção foram atendidos usuários de forma individual e também a comunidade teve participação nas atividades coletivas, realizadas nas diferentes localidades, falamos dos diferentes temas de interesse na promoção e prevenção de doenças. Também se deu a possibilidade de participar no grupo de tabagismo para todos os usuários hipertensos e diabéticos que queriam parar de fumar, contribuindo desta forma muito positivamente na satisfação da população

sobre os serviços oferecidos pela equipe. Também foram aumentadas e melhoradas as visitas no domicílio, fundamentalmente para usuários que se encontravam acamados, idosos, deficientes ou que moravam longe da unidade.

Alcançamos 262 usuários com HAS, uma cobertura de 100% e 65 usuários com Diabetes, cobertura de 100% o que significa que o trabalho apresentou o melhor resultado, tivemos o apoio da equipe e da comunidade, conseguimos dar continuidade às atividades de grupos, participando, incentivando e criando espaços para desenvolver as mesmas, levando os problemas de saúde da comunidade aos conselhos locais e municipais da saúde, esta é a hora de fortalecer nossa aliança para que a atenção da saúde de nossa UBS seja cada vez melhor.

A intervenção conseguiu elevar a qualidade da atenção destes usuários e melhorou o funcionamento da UBS e da equipe, consolidando as inter-relações entre os diferentes profissionais, não deixando os tratamentos destes usuários para um profissional só e sim para uma equipe de profissionais. Com este projeto se tem em mente ampliar estas experiências para outros usuários da UBS e da comunidade aperfeiçoando nosso trabalho para continuar oferecendo uma atenção de qualidade que o nosso objetivo p

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

Uma experiência inédita foi poder realizar o curso em Saúde da Família e Comunidade no Brasil, pois nunca havia realizado um curso de especialização à distância, estava habituada com um sistema de aprendizagem através de conferências e avaliações com a presença de professores e em aulas com turmas de 30 estudantes. Acredito que esse foi o maior desafio, junto com o domínio do idioma que no início foi uma grande barreira, mas logrei supera-la. Ao princípio do curso, eu tinha muita expectativa em relação aos resultados que obteria junto à equipe de trabalho, sobre as informações do serviço compartilhadas pela equipe, e quanto à resolução das dificuldades encontradas no cotidiano. Porém todas foram cumpridas satisfatoriamente com o engajamento da equipe, os gestores de saúde e as comunidades em relação ao projeto de intervenção, com o trabalho em conjunto, com planejamento, organização e controle das ações. As quais o curso, providenciou e aperfeiçoou obtendo habilidades e conhecimentos que serão utilizados na atenção a saúde da população, sobretudo na melhoria da saúde dos usuários com hipertensão e diabetes, que é o objetivo fundamental deste trabalho. Do ponto de vista pessoal e profissional os conhecimentos obtidos no desenvolvimento do curso foram e serão ferramentas essenciais, para que minha atuação na saúde primária tenha a qualidade que o povo brasileiro e qualquer usuário têm direito a receber.

Este curso foi minha primeira experiência de aprendizagem a distância mediante ambiente virtual e grande é minha satisfação na aprendizagem adquirida. Deu-me a liberdade de fazer minhas tarefas em qualquer lugar e horário, facilitou o estudo e comprovou meus conhecimentos através de casos interativos da prática clínica, com a realização dos TQC, que possibilitou reconhecer os temas para revisão, direcionando meus estudos, a fim de auxiliar meu aperfeiçoamento

profissional. As ferramentas do sistema também possibilitaram o intercâmbio de conhecimentos com outros colegas e professores, os quais me identificaram com outras situações e realidades distintas. E desta forma fortaleceu também o aperfeiçoamento no idioma. Por meio deste, sinto-me mais preparada profissionalmente, pois a experiência vivenciada, de tão grande responsabilidade, de implementar um programa de atendimento para um grupo específico dentro da comunidade, como as ações de promoção e prevenção da saúde exercem um papel fundamental dentro da educação em saúde, assim como tentar contribuir na mudança de visão da população quanto ao processo saúde-enfermidade, enriqueceu-me profissionalmente.

Sendo esta a aprendizagem mais relevante do curso, implementar as linhas programáticas, de acordo com os protocolos preconizados pelo ministério de saúde para o acompanhamento dos diferentes grupos vulneráveis da população, levar adiante os programas de atendimento destes grupos específicos. Como ocorreu na Atenção à Saúde dos usuários com HAS e DIABETES, o estabelecimento do sistema de registro e consultas agendadas que melhorou a demanda espontânea, oferecendo maiores oportunidades de atendimento a população; e contribuiu com a adesão da equipe de trabalho mediante as diferentes capacitações e treinamentos providenciados pelo curso. Outro importante ganho proveniente do curso foi fortalecimento na comunicação e relacionamento entre colegas e profissionais da unidade de saúde, com a comunidade, e com os gestores municipais de saúde. Agora contamos com uma equipe mais qualificada e estimulada contribuindo na melhoria do atendimento a saúde da população.

## **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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Cadernos de Atenção Básica, n° 37.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Cadernos de Atenção Básica, n° 36.

## Apêndices

**Apêndice A - Equipe de saúde ESF Vitorino Nhoatto.**



## **Anexos**

## Anexo A - Documento do comitê de ética



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

---

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

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

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

Prezada Pesquisadora;

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

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





## **Anexo 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