

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



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção aos usuários com HAS e/ou DM na  
UBS Caxingó, Corrente/PI**

**Eddy Luis Labrada Kindelan**

**Pelotas, 2016**

**Eddy Luis Labrada Kindelan**

**Melhoria da atenção aos usuários com HAS e/ou DM na  
UBS Caxingó, Corrente/PI**

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

Orientadora: Catusce Cabreira da Silva

Co-orientadora: Linda Cristina Hass

Pelotas, 2016

K51m Kindelan, Eddy Luis Labrada

Melhoria da Atenção aos Usuários com HAS e/ou DM na UBS Caxingó, Corrente/PI / Eddy Luis Labrada Kindelan; Catiuscie Cabreira da Silva, orientador(a); Linda Cristina Hass Shangai, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

112 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. Silva, Catiuscie Cabreira da, orient. II. Shangai, Linda Cristina Hass, coorient. III. Título

CDD : 362.14

A Minha Família Odalys, Eddy Luis, Elton Miguel.  
Aos colegas de trabalho pela ajuda e apoio e  
especialmente a minha Enfermeira Gorette Lira

## **Agradecimentos**

Á Deus,

Por conceder-me saúde e sabedoria para desenvolver este projeto, por ser meu amparo nos momentos de tristeza e saudade de casa.

A Catusce Cabreira da Silva, pela orientação sensível, compromissada, dialógica e competente, neste fim de curso e também a Linda Cristina que muito contribuiu nas primeiras etapas do curso com tamanha dedicação e persistência.

Aos gestores de saúde do município Corrente, pelo apoio sempre necessário durante o desenvolvimento desta especialização pela ajuda oferecida na execução deste projeto.

Ao Estado Brasileiro pela oportunidade de contribuir pelo bem da saúde de sua população e também aprimorar meus conhecimentos.

Aos meus colegas de trabalho pelo apoio e atuação na execução deste e de todos os trabalhos em que foi solicitado ajuda

A comunidade na qual exerço minhas atividades de médico do Programa Saúde da Família pela participação neste projeto e pelo acolhimento sempre recebido.

Aos amigos médicos cubanos que compartilharam angustias e somaram neste trabalho com suas vivencias.

Aos responsáveis pelo curso de Especialização da Universidade Estadual de Pelotas pelo bom trabalho desempenhado na formação deste profissional.

## Resumo

LABRADA KINDELAN, Eddy Luis. **Melhoria da atenção aos Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS Caxingó, Corrente/PI.** 2016. 110fls. 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 e o diabetes mellitus, são agravos independentes e frequentemente sinérgicos, cuja combinação redundando em grave comprometimento à saúde. Ambos necessitam de acompanhamento em longo prazo; exigem mudança de hábitos e, por vezes, o uso de medicação por toda a vida. É fundamental desenvolver ação programática nesta área, visto que a hipertensão e diabetes são fatores de risco para doenças cardiovasculares, sendo que com o diagnóstico precoce e a realização da promoção e prevenção em saúde, complicações são evitadas. Este trabalho trata-se de um projeto de intervenção, realizado na UBS Caxingó, Corrente/PI com o objetivo de melhorar a atenção dos hipertensos e diabéticos da UBS Caxingó. Foi desenvolvida no período três meses e voltada para todos os usuários com hipertensão e diabetes maiores de 20 anos de idade, pertencentes à área de abrangência. De acordo com o Caderno das Ações Programática, para a população da área de abrangência estimava-se 311 portadores de HAS e 89 com DM com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência, no entanto possuíamos em nossos cadastros uma cobertura de 153(49,1%) usuários com HAS e 43(48,3%) com DM. A estimativa referida segundo o CAP estava longe da realidade dos dados da UBS e este fato levantou a necessidade de realizar busca ativa na comunidade destes usuários. Para a realização da intervenção consideramos a estimativa da Planilha de Coleta de Dados, que era de 237 pessoas com HAS e 58 com DM e conseguimos cadastrar durante a intervenção um total de 231(97,5%) usuários com HAS e 49 (92,0%) com DM. Salientamos que é significativo o número de 48 usuários que são portadores das duas doenças. Com os resultados obtidos alcançamos a meta de cobertura proposta de 70%. Durante a intervenção, os indicadores de qualidade alcançados para os indivíduos portadores de HAS foi de 228(98,7%) com exame clínico apropriado e com exames complementares em dia foram 201(87,0%); com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia foram 183(92,0%) e com registro adequado na ficha de acompanhamento foram 230(99,6%); com estratificação de risco cardiovascular foram 227(98,3%). Para os usuários com DM tivemos 48(98,3%) com exame clínico apropriado e com exames complementares em dia; com prescrição de medicamentos da farmácia Popular/Hiperdia foram 44(93,6%); com avaliação da necessidade de atendimento odontológico foram 47(95,9%) . Foi feita a busca dos faltosos e atividades de promoção de saúde. A intervenção a melhoria dos registros e a qualificação da atenção e exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde, promoveu o trabalho integrado da equipe. Foi possível revitalizar as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas. A classificação de risco tem sido importante para demonstrar a priorização do atendimento dos mesmos. O impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade, mas a população reconhece a organização do serviço.

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

## Lista de Figuras

<b>Figura 1</b>	Mapa localização do Município de Corrente –PI no Brasil	12
<b>Figura 2</b>	Fotografia de visita domiciliar a usuários com HAS e ou/ DM, da área de abrangência da UBS Caxingó.	64
<b>Figura 3</b>	Fotografia visita domiciliar a família portadora de DM da área de abrangência da UBS Caxingó.	64
<b>Figura 4</b>	Fotografia de visita domiciliar por médico e agente comunitária de saúde a usuários com HAS e ou/ DM, da área de abrangência da UBS Caxingó.	65
<b>Figura 5</b>	Fotografia do acesso a UBS Caxingó em semana de chuvas, Corrente, Piauí.	66
<b>Figura 6</b>	Fotografia de Enfermeira da UBS Caxingó pulando arame para sair da unidade após o atendimento.	66
<b>Figura 7</b>	Fotografia de Reunião de Equipe de ESF na UBS Caxingó.	68
<b>Figura 8</b>	Gráfico Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na unidade de saúde Caxingó, Corrente/PI.	71
<b>Figura 9</b>	Gráfico Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na UBS Caxingó. Corrente-PI. 2016	72
<b>Figura 10</b>	Gráfico Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia na UBS Caxingó. Corrente-PI. 2016	74
<b>Figura 11</b>	Gráfico Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS	75

Caxingó.Corrente-PI. 2016

- Figura 12** Gráfico Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Caxingó.Corrente-PI 76
- Figura 13** Gráfico Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Caxingó.Corrente-PI 77
- Figura 14** Gráfico Proporção de pessoas com Diabetes com prescrição de medicamento da Farmácia popular/Hiperdia na UBS Caxingó, Corrente/Piauí. 78
- Figura 15** Gráfico Proporção de pessoas com Hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Caxingó. , Corrente/Piauí 79
- Figura 16** Gráfico Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Caxingó. , Corrente/Piauí 80
- Figura 17** **Gráfico** Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento, UBS Caxingó. Corrente/Piauí 82
- Figura 18** Gráfico Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia Corrente/Piauí 83
- Figura 19** Gráfico Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS Caxingó. Corrente/Piauí 85



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

AB	Atenção Básica
ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HA	Hipertensão Arterial
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Programa de Hipertensão e Diabetes
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério de Saúde
NASF	Núcleo de Atenção Saúde da Família
PMMB	Programas Mais Médicos para o Brasil
PA	Pronto Atendimento
PCCU	prevenção do câncer colo de útero
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema Integral Atenção Básica
SUS	Sistema Único Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade Pronto Atendimento
UTI	Unidade Terapia Intensiva
VD	Visita Domiciliar

## Sumário

Apresentação .....	10
1 Análise Situacional .....	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	11
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	13
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	31
2 Análise Estratégica .....	34
2.1 Justificativa.....	34
2.2 Objetivos e metas.....	35
2.2.1 Objetivo geral.....	35
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	35
2.3 Metodologia.....	37
2.3.1 Detalhamento das ações .....	37
2.3.2 Indicadores .....	52
2.3.3 Logística.....	58
2.3.4 Cronograma .....	62
3 Relatório da Intervenção.....	63
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	63
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	69
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	69
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	70
4 Avaliação da intervenção.....	71
4.1 Resultados .....	71
4.2 Discussão.....	88
5 Relatório da intervenção para gestores .....	92
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	97
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	102
Referências .....	105
Anexos .....	107
Anexo A - Ficha espelho(Frente e Verso).....	108
Anexo B-Planilha de coleta de dados .....	109
Anexo C-Documento do comitê de ética.....	110
Anexo D-Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias.....	111

## **Apresentação**

Este trabalho foi desenvolvido para obtenção de créditos na Especialização do Programa Saúde da Família oferecida pela Universidade Federal de Pelotas desenvolvido durante a execução das atividades na unidade de trabalho na Zona Rural do município de Corrente.

O trabalho está composto por sete capítulos. Na primeira parte, descrevemos a análise situacional, apresentando o município ao qual pertence à UBS Caxingó, a descrição da unidade e uma análise do processo das ações programáticas existentes no serviço. Na segunda parte, descrevemos a análise estratégica, apresentando os objetivos, as metas e indicadores, metodologia, as ações propostas para a intervenção, a logística e o cronograma.

Na terceira parte realizamos o relatório da intervenção, fazendo descrição de como ocorreu a intervenção.

A quarta parte apresenta resultados do trabalho e discussão da importância da intervenção para a comunidade, serviço e equipe de saúde. A quinta e sexta parte está composta pelo relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade.

E por fim, encontramos a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

No final do volume apresentamos as referências utilizadas e os anexos que facilitaram o desenvolvimento da intervenção.

## **1 Análise Situacional**

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

Trabalho na Unidade Básica de Saúde (UBS) Caxingó, localizada à 13 quilômetros da cidade de Corrente no estado do Piauí (PI). Com horário de trabalho de oito horas da manhã às 12 horas, das 13 horas e 30min até 17 horas. Realizamos consultas por agendamento, segundas-feiras, atendemos usuários com doenças crônicas, terça-feira pré-natal e puericultura, quarta-feira fazemos visita domiciliar (VD), quinta-feira atendimento livres. Sempre atendemos à emergência médica na nossa unidade. Temos uma população de 1.600, dividida em duas localidades Caxingó e Morro Redondo. Contamos na equipe com um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, quatro agentes comunitários de saúde (ACS), um odontólogo, uma auxiliar de odontologia, duas zeladoras e um vigilante.

Temos na estrutura física: sala de espera com recepção, onde a técnica de enfermagem realiza suas funções, como pega de prontuário, verificação de pressão arterial e entrega de medicamentos, nela contém uma mesa com duas cadeiras, um armário de duas portas com medicamentos de atenção básica. Três bancos para acomodação dos usuários no momento de esperas para seus atendimentos. Uma balança antropométrica. Uma sala de enfermagem com duas cadeiras, uma mesa, uma balança pediátrica, uma maca ginecológica, um infantometro, uma pia e ainda nela funciona a farmácia básica e também como sala de curativo. Os consultórios médicos contém uma mesa com duas cadeiras, uma pia, uma maca e um ventilador. Um consultório odontológico que contém cadeira de dentista, um armário, uma pia, uma autoclaves, um ar condicionado e um banheiro (um vaso sanitário, ducha ao chuveiro, uma pia). Também possui uma cozinha (uma pia, um fogão de quatro bocas com um forno e um armário pequeno para armazenar café, açúcar e material

de limpeza); logo seguido um banheiro (uma pia e vaso sanitário) que é utilizado pela equipe e público em geral. A estrutura é construída com bloco, também contém uma caixa de água. Não é forrada com exceção do consultório odontológico. A iluminação e ventilação são deficientes. Em comparação com outras UBS, minha unidade não tem condições mínimas que necessita uma UBS para funcionar.

Quando eu cheguei aqui no Brasil e visitamos várias UBS no Espírito Santo, em Guarapari a ala dos consultórios tinham todas as condições, já que conta com oito consultórios, sala de Curativo, sala de vacinação, sala de nebulização, também estão informatizados com computador, telefone e televisão na recepção e aqui em nosso estado não é visto nenhum consultório que reúna estas condições. Em meu município de trabalho no centro de Corrente tem somente um consultório que tem algo parecido com aquelas unidades de Guarapari. As UBS que está em reforma ainda não vão ter condições adequadas. Por isso chama-me tanto a atenção às desigualdades entre um estado e outro.

Nossa equipe de saúde tem boa relação de trabalho e fazemos todos os esforços por conseguir melhorar a atenção a nossa população. Também fazemos palestra com o objetivo de modificar o estilo de vida, mudando os hábitos e fatores de risco para prevenir as doenças e complicações, trabalhamos grupos vulneráveis como idosas crianças e doenças crônicas não transmissíveis, grávidas. Temos laboratório onde indicamos os exames, também fazemos radiologia e ultrassom, mas temos dificuldade quanto a Inter consulta com os especialistas, devido a que só temos obstetra e as demais especialidades só são ofertadas em Teresina. A capital do estado fica muito longe, a 1.000 quilômetros e é muito difícil para os usuários que tem poucos recursos para viajar para lá e em outras ocasiões há demora de disponibilidade de vagas. Temos um hospital que não tem todos os recursos para oferecer uma boa atenção a nossa população. Contamos com um centro de atenção a usuário com doenças psiquiátricas e psicológicas.

## 1.2 Relatório da Análise Situacional

Corrente é um município brasileiro do estado do Piauí, fundado em 1872. “Localiza-se à latitude de 10°26’36 sul e à longitude de 45°09’44 oeste, com altitude de 438 metros. Sua população de acordo com o IBGE 2013 é de 25.927 habitantes, com uma densidade de 8,5 hab./km<sup>2</sup>, com 60% de sua população em área urbana. Encontra-se a 864 km da capital do estado e possui uma área de 3 051,161 km<sup>2</sup>, tendo como limites ao norte os municípios de Riacho Frio e São Gonçalo do Gurguéia, ao sul Cristalândia do Piauí, Sebastião Barros e o estado da Bahia, a leste Paranaguá, e a oeste o estado da Bahia (Figura 1). (IBGE 2014).



Figura 1 Mapa localização do Município de Corrente no Brasil.

Fonte: IBGE 2014.

Até os dias de hoje, os moradores de Corrente, devido à distância da capital do estado, têm mais contato com a população baiana que vive nas cidades que fazem divisa com o município. A organização da Igreja Batista, em 1904, e do Instituto Batista Correntino pelo pastor e professor Augusto Carlos Fernandes, em 1920, impulsionou o desenvolvimento educacional e cultural da região. A disputa pela hegemonia entre os Protestantes Batistas e a Igreja Católica proporcionou à população da região acesso a escolas confessionais (além das escolas públicas estaduais), com conseqüente melhoria dos índices de alfabetização e desenvolvimento cultural. Além disso, a natural troca de experiências culturais entre os missionários protestantes estadunidenses e o povo local gerou uma cultura

própria no sul – rica e diversificada em muitos aspectos sociológicos. Ainda que predomine a tradição ibérica, patriarcal e patrimonialista nordestina há traços de influências de outras culturas (notadamente a estadunidense), com suas práticas, costumes, ritos e códigos. O município também é dotado de belezas naturais. Possui campos de pastagens e é banhado pelo rio Corrente, Rio Paraim, vários riachos e riachos. É também porta de entrada para as nascentes do Rio Parnaíba.

Com relação à educação, 54,9% da população acima de 10 anos de idade são alfabetizadas. A agricultura praticada no município é baseada na produção sazonal de arroz, cana-de-açúcar, mandioca e milho. Têm tradição pecuária, com forte presença da raça zebuína Nelore.

No sistema de saúde no município Corrente o modelo de atenção predominante é o Sistema Único de Saúde (SUS), conta com nove UBS com ESF, e três UBS tradicionais, disponibilidade de Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) com serviços de apoio como especialista em obstetrícia / ginecologia, pediatria, endocrinologia, cirurgia, cardiologia, psiquiatria, psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição. Contamos com o Hospital Regional de Corrente para atendimentos as urgências que não tem Unidade Terapia Intensiva (UTI), não contamos com atendimento em serviços de pronto atendimento (PA), nem pronto-socorro, o plantonista oferece primeiros atendimentos e fazem encaminhamentos para o município Barreiras do Estado Bahia. Também no município Bom Jesus, contamos com um Hospital Regional onde referenciamos os usuários de nossa área.

O município não tem ainda Unidade de Pronto Atendimento (UPA), está em construção tem serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) básico, não avançado. Outro tipo de atenção especializada é oferecido nos municípios de Barreiras da Bahia e Teresina (capital do Estado) e o município Bom Jesus. Não temos uma maternidade, têm disponibilidade de um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) com fornecimento de próteses total, não parcial, tratamento endodôntico (canal), tratamento de doenças periodontal, cirurgias complexas e grandes aporte de exames complementares pelo SUS. Corrente têm quatro estabelecimentos privados.

A UBS Caxingó tem como modelo de atenção a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tradicional, conta com uma equipe de ESF, é adequado ao tamanho da população da área de abrangência, sendo essa área rural, com

aproximadamente 20 localidades, sendo as maiores, Morro Redondo, Caxingó, Barroca e Boi Manso. A área de abrangência está dividida em quatro micros áreas, no entanto, pela localização da área, algumas famílias que são vinculadas a ESF-Vermelho são atendidas na unidade Caxingó (15 famílias), mas as famílias recebem atendimento quando buscam a equipe, hoje se encontra sem agente comunitário de saúde (ACS). A equipe é composta por médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um dentista, uma auxiliar de consultório dentário e ACS. Existe um adequado vínculo com o SUS, e com as instituições de ensino infantil e fundamental, onde fazemos muitas atividades de educação em saúde, palestras, etc. Sou médico cubano contratado pelo Programas Mais Médicos Para o Brasil (PMMB), esta análise situacional ocorreu de maio a julho de 2015 onde se obteve dados para aprofundar sobre os principais problemas de saúde, e fatores de riscos que afetarem nossa população.

O trabalho da equipe é desenvolvido em duas estruturas físicas que encontram vária deficiência, as unidades são pequenas, não é forrada, a iluminação é precária, não temos climatização nos consultórios, com exceção do consultório odontológico que mesmo assim é precário. Não possuímos sala de procedimento, de vacina, expurgo, sala de esterilização, de nebulização, sala de observação, reunião. Contamos apenas com três consultórios, uma cozinha, uma sala de espera, que também é utilizada para acolhimento, farmácia, de procedimento em cada unidade e ainda sala de arquivo, almoxarifado o que dificulta imensamente a qualidade do trabalho.

Infelizmente não contamos com destino adequado para o lixo, temos falta de tecnologias como negatoscopio, otoscopia, esfigmomanometro em vários tamanhos, nem tubos de O<sub>2</sub> e equipamentos para parada cardiorrespiratória. Não temos conexão como a internet, telefone, impressoras.

Nossa UBS não conta com acessibilidade, não tem rampa de acesso, e nem cadeiras de rodas para os usuários com limitações físicas e motora e isto afeta o acesso dos mesmos às salas de nossa unidade. Também temos algumas dificuldades de acesso devido ao acúmulo de água de chuvas na frente de nossa UBS, Em período de chuvas o acesso é bem limitado. Visando contribuir para a estruturação e o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família e para a continuidade da mudança do modelo de atenção à saúde no país, é muito importante que a estrutura física da UBS seja facilitadora da mudança das práticas



em saúde das ESF. Os espaços sugeridos devem ser adequados à realidade local, ao quantitativo da população adstrita e sua especificidade e ao número de usuários esperados (BRASIL, 2008).

Conforme observado, a estrutura física inadequada impossibilita a satisfação do profissional de saúde, pois as precárias condições de trabalho causam conflitos das equipes com a população, e podem impedir as equipes de atender a demanda com qualidade (SOUZA, 2000). Nossa unidade não possui equipamentos que proporcionem conforto aos profissionais como bancos ou mesas ergonômicas, os usuários também não desfrutam de melhor condição. Com condições precárias são oferecidos imunobiológicos, são coletados citopatológico (CP), VD para busca ativa e de acamados, portadores de deficiência.

A equipe sempre discute os problemas e buscando outras redes de apoio como o NASF, Conselho Tutelar, diretores das escolas. Trabalhamos todos na identificação dos principais problemas de saúde da comunidade, para poder atuar sobre eles e, assim fazer uma boa análise de saúde de nossa comunidade. É o principal elemento para mudar a situação de saúde de nossa área.

Sugiro que estes materiais referentes à Estrutura das UBS sejam mais divulgados. É importante a apresentação de projetos adequados e dentro dos padrões especificados. Um espaço de trabalho bem arquitetado, além de garantir a acessibilidade de forma mais justa e igualitária, incentiva e propicia aos profissionais prestarem um serviço melhor. Além disso, é necessário a preocupação dos gestores das dificuldades e deficiências das UBS que estão em reforma.

A estrutura da UBS e falta de barreiras arquitetônicas são muito importantes para todos os profissionais da saúde, já que facilita o acesso a toda a população e poderíamos oferecer um melhor acolhimento e um bom atendimento aos nossos usuários.. O aspecto físico, estrutural das UBS além da presença ou não das barreiras arquitetônicas deve ser um problema avaliado pelos gestores de saúde e do Ministério de Saúde (MS).

Além de precisar de uma boa estrutura física e de equipamentos de boa qualidade as UBS, são necessárias à participação ativa de todos os integrantes da equipe no processo de trabalho na Atenção Primária a Saúde (APS). Sobre as atribuições dos integrantes da equipe, vejo que existem alguns aspectos que são desconhecidos por eles, como também das atividades que devem desenvolver para ter um bom sucesso da ESF. As atribuições de cada um dos profissionais das

equipes de Atenção Básica (AB) devem seguir as referidas disposições legais que regulamentam o exercício de cada uma das profissões.

A Atenção Básica é desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas, considera o sujeito em sua singularidade e inserção sócio- cultural, buscando produzir a atenção integral, adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adstrita garantindo a continuidade das ações de saúde e longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2012).

Os profissionais da UBS Caxingó (médico, enfermeira, técnico de enfermagem, ACS) participam do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe com identificação de grupos, famílias, indivíduos expostos a riscos, identificação de grupos de agravos (Hipertensão (HAS), Diabetes Mellitus (DM), Tuberculose (TB), Hanseníase), etc. Sinalização dos equipamentos sociais em igrejas, escolas; sinalização das redes sociais com grupos de mães, grupos de idosos. Realizamos o cuidado em saúde à população de área de abrangência no domicílio, nas escolas, em igrejas. Nós estamos integrando o odontólogo e a Auxiliar de saúde bucal (ASB) a todas nossas atividades com o fim de melhorar a saúde bucal de os usuários.

Na UBS não são realizadas pequenas cirurgias e são realizados alguns procedimentos, atendimentos de urgência\emergência, busca ativa de usuários faltosos às ações programática, cuidados domiciliares. Existe levantamento dos usuários moradores da área de abrangência que necessitam receber cuidado domiciliar e/ou fazer procedimentos como curativos, orientação, acompanhamento de problema de saúde, verificar a pressão arterial sistêmica (PA), consulta médica, de enfermagem, entregar medicamentos, aplicar medicação oral e injetável, vacinação, fisioterapia, troca/orientação de bolsa ao usuário com ostomia, colocar\ trocar sonda, revisão puerperal.

Os profissionais da UBS encaminham os usuários a outros níveis do sistema, respeitando fluxos de referência, mas não recebem contra referência, sendo um problema para o seguimento dos mesmos, situação discutida nas reuniões de equipe e com o gestor. Nem sempre se utilizam protocolos ao encaminhar os

usuários para internação hospitalar, sendo muito limitada. Não contamos com atendimento em serviços de PA, nem pronto-socorro (PS).

Conseguimos acompanhar o plano terapêutico proposto ao usuário quando encaminhados para outros níveis do sistema, e em situações de internação hospitalar, mas não em internação domiciliar, por não haver condições. São realizadas as notificações e busca ativa de doenças e agravos de notificação compulsória. Atividades de grupo com adolescentes, aleitamento materno, diabéticos, hipertensos, idosos, planejamento familiar, pré-natal, prevenção do câncer colo de útero (PCCU), puericultura, saúde da mulher.

A equipe tem dificuldades na participação da comunidade no controle social, já que não temos conselho local de saúde, mas estamos criando os conselhos de saúde de Morro Redondo, fizemos a primeira reunião e acordamos que no dia 30 de julho iremos selecionar os representantes. Após formarmos também o conselho de saúde de Caxingó, para ajudarmos nas cobranças com o secretário de saúde e prefeito do município. Os profissionais participam do curso de superação qualificada, com a finalidade de melhorar o nível de conhecimento da atenção integral das comunidades. Também participamos do gerenciamento dos insumos. Realizamos reunião de equipe mensal, onde os temas são a construção da agenda e organização do processo de trabalho, discussão de casos, planejamento das ações, monitoramento e análise de indicadores e informações em saúde.

A UBS conta com uma equipe de saúde, é **adequado ao tamanho da população da área de abrangência, com uma população de 1551 habitantes** (790 masculinos e 761 femininos).

A distribuição da população por sexo e faixa etária com base na distribuição brasileira, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2010, está de acordo com a mesma na área de abrangência da UBS na maioria dos grupos, com um aumento da população maior de 60 anos.

#### **DISTRIBUIÇÃO POR IDADE E SEXO**

<b>GRUPOS ETARIOS</b>	<b>FEMININO</b>	<b>MASCULINO</b>	<b>TOTAL</b>
0-4 anos	57	55	112
5-9 anos	85	84	169
10-14 anos	82	80	162

15-19 anos	94	86	180
20-24 anos	52	64	116
25-29 anos	54	55	109
30-34 anos	66	57	123
35-39 anos	38	52	90
40-44 anos	31	42	73
45-49 anos	39	33	72
50-54 anos	34	42	76
55-59 anos	26	37	63
60-64 anos	24	26	50
65-69 anos	27	23	50
70-74 anos	18	25	43
75-79 anos	18	13	31
80-84 anos	9	7	16
85-89 anos	2	6	8
90-94 anos	5	1	6
95-99 anos	0	2	2
TOTAL	761	790	1551

**Quadro 1** Distribuição da população da área por sexo e faixa etária.na UBS Caxingó, Corrente/Piauí.

O Brasil está passando por uma transição demográfica profunda provocada, principalmente, pela queda da fecundidade iniciada em meados dos anos 60 e generalizada em todas as regiões brasileiras e estados sociais. A média brasileira reduziu-se de 6,3 filhos por mulher, em 1960, para 2,0, em 2005. O aumento da longevidade e a redução da mortalidade infantil também contribuem para essa mudança do padrão demográfico, além de determinantes como a intensa urbanização e a mudança do papel econômico da mulher. (Brasília - DF 2009).

Considerando a parte demográfica, as estimativas encontradas correspondem com a realidade da UBS, os principais denominadores que não correspondem, por exemplo, são as pessoas maiores de 60 anos ou mais que temos a são maiores do que a estimativas e a quantidade de pessoas com 20 anos ou

mais com HAS e DM são menores em relação às estimativas. Não corresponde com a alta prevalência no mundo e no Brasil.

<b>Denominadoras</b>	<b>Estimativas</b>	<b>Dados da UBS</b>
Mulheres em idade fértil (10-49 anos) _____	506	438
Mulheres entre 25 e 64 anos_____	375	312
Mulheres entre 50 e 69 anos_____	116	107
Gestantes na área - 1% da população total_____	16	11
Menores de 1 ano_____	23	23
Menores de 5 anos_____	46	126
Pessoas de 5 a 14 anos_____	290	337
Pessoas de 15 a 59 anos_____	973	882
Pessoas com 60 anos ou mais_____	164	207
Pessoas entre 20 e 59 anos_____	823	737
Pessoas com 20 anos ou mais_____	987	933
Pessoas com 20 anos ou mais com Hipertensão____	311	153
Pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes_____	89	43

Quadro 2 Estimativas dos cadernos das ações comprado com o valor real da área da UBS.Caxingó

O número de gestantes da área de abrangência é 11 atualmente, para um 1,0% da população total, o número de gestantes estimado segundo o CAP é 16, o estimado não está de acordo com a realidade, estamos fazendo busca ativa para aumentar o número de gestantes.

O número de crianças menores de um ano existentes e/ou estimado na área de abrangência é 23, estando de acordo com a realidade de acordo CAP.

Na UBS o acolhimento é realizado na recepção todos os dias de atendimento, manhã e tarde, onde participa toda equipe (médico, enfermeira, técnico de enfermagem, ACS). Todos os usuários que chegam á UBS têm suas necessidades acolhidas (escutadas) em torno de 15 a 20 minutos. Os modelos de acolhimentoutilizados são acolhimento pela equipe de referência do usuário e acolhimento

O atendimento à demanda do usuário para problemas de saúde agudos que necessitam de atendimento no dia é feito por médico, enfermeira. Os usuários esperam em torno de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeira, não existe excesso de demanda espontânea para consultas de usuários com problemas de saúde agudos que necessitam atendimento imediato\prioritário. O dentista do posto de saúde faz acolhimento a população e atendimento a demanda do usuário com problemas de saúde agudos e não têm excesso de demanda espontânea.

Na Estratégia de Saúde da Família, um dos instrumentos empregados no acompanhamento da saúde das crianças é o desenvolvimento do Programa de Puericultura, que tem como objetivo acompanhar o crescimento e o desenvolvimento neuro-psicomotor da criança, observar a cobertura vacinal, incentivar o aleitamento materno exclusivo, orientar a alimentação complementar da criança e prevenir as doenças diarreicas e respiratórias no primeiro ano de vida da criança. Esse programa oferece um conteúdo direcionado para atividades preventivas e de promoção da saúde (LEITE; BERCINE, 2005).

Na UBS Caxingó a puericultura é realizada por consultas agendadas todas as segundas-feiras e terças-feiras, nos dois turnos, o atendimento das crianças são registrados nos prontuários clínicos. Os profissionais solicitam caderneta das crianças nos atendimentos, preenchemos informações atuais das crianças. Utilizamos o protocolo Saúde da Criança: Crescimento e desenvolvimento do MS. Existe demanda de crianças para atendimento de problemas de saúde agudos, mas não temos excesso de demanda.

Considerando a avaliação da cobertura de Puericultura encontrada é de 95%, com 46 crianças acompanhadas na UBS entre zero a dois anos. Indicador que devemos melhorar, mas aqui as mães não estão acostumadas a assistir a consulta de puericultura, somente quando têm uma queixa ou seu filho fica doente, realidade que deve mudar com mais trabalho da equipe, com orientação nas consultas, VD, atividades de educação em saúde, com maior trabalho dos ACS na identificação das crianças e orientação das mães de sua área.

:”De acordo com o Caderno de Ações Programáticas, segundo a população da área de abrangência da UBS a equipe tem uma estimativa de 23 crianças menores de um ano. De acordo com nosso registros temos 23 crianças menores de um ano residente na área e acompanhadas na UBS. Destas temos 20 (87%) com consulta

em dia de acordo com protocolo do Ministério de Saúde e com teste do pezinho até 7 dias. Estamos com 21 (91%) crianças com primeira consulta nos primeiros 7 dias de 23 (100%) fizeram a triagem auditiva 23(100%) crianças tinham monitoramento do crescimentos e desenvolvimento na última consulta 23(100%) com vacinas em dia.

A avaliação da saúde bucal é de 15(65%), indicador com grandes dificuldades. Orientamos e encaminhamos a consulta odontológica explicando sua importância, mas nem todos comparecem, não acham importante o atendimento odontológico da criança, sendo alta a incidência de cáries dentarias. Temos que aumentar as atividades de educação em saúde para conseguir o convencimento da necessidade do acompanhamento do dentista na atenção as crianças.

Os aspectos do processo de trabalho que podem ser melhorados são a contra referência das especialidades quando precisamos de uma avaliação, como pediatra, nutricionista, psicólogo, cardiologista, endocrinologista. Avaliação pelo odontólogo, para poder fazer um acompanhamento de qualidade. Também termos que trabalhar com ações de educação em saúde com grupos de gestantes para conseguir a compreensão da importância de iniciar a consulta de puericultura nos primeiros sete dias após o parto, realizar avaliação de saúde bucal da criança, fazer atividades de grupo com as mães sobre importância da puericultura, desta maneira poderemos alcançar melhores resultados no trabalho. Também capacitar e instrumentalizar a equipe, principalmente os ACS, realizando busca ativa das crianças que não assistem a consulta de puericultura e não fazem acompanhamento na UBS. Melhorando assim o acesso e garantia da qualidade do atendimento às crianças, já que a partir da consulta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento é possível instituir condutas preventivas apropriadas à idade sobre um processo ininterrupto de educação para a saúde.

Tanto o pré-natal quanto o nascimento são considerados acontecimentos para cada mulher e uma vivência peculiar na natureza feminina. Deste modo é necessário que a mulher esteja autoconfiante para viver este momento, fato que se torna possível com o auxílio de profissionais de saúde que compartilham o saber atuando como educadores. As ações educativas no pré-natal, especialmente, possibilitam uma gama de conhecimentos a mulher, de forma que esta possa viver a experiência do parto e nascimento de maneira positiva, diminuindo riscos e aumentando o sucesso, inclusive na amamentação (RIOS; VIEIRA, 2007).

A atenção pré-natal objetiva o acolhimento da mulher no início da gestação até o final, garantindo um nascimento saudável e o bem-estar materno e neonatal, é imprescindível que esta assistência seja humanizada e qualificada.

Nossa equipe realiza a atenção pré-natal por consultas agendadas todas as segunda-feira e terças-feiras nos dois turnos. O atendimento das grávidas é registrado no prontuário clínico, na caderneta da gestante. São utilizados os protocolos de atenção ao pré-natal de baixo risco e de alto risco do MS. O indicador de cobertura em relação ao estimado (16 gestantes) é 11(71%) gestantes. Os indicadores da qualidade da atenção aos Pré-natais avaliados se comportam da seguinte forma:

- Pré-natal iniciado no primeiro trimestre e consultas em dia de acordo com calendário do MS oito (73%) gestantes, indicador que têm problemas, já que ainda existem mulheres que não consideram importante começar o pré-natal cedo e com a ajuda dos ACS temos que trabalhar com a identificação destas mulheres para conseguir seu convencimento e iniciarem a primeira consulta no primeiro trimestre. Temos nove (82%) das gestantes com consultas em dia de acordo com calendário do MS

- Avaliação de saúde bucal: 8 (82%) gestantes. Este é outro indicador que temos dificuldades, além disso, muitas não acham importante o atendimento odontológico na gestação, temos que fazer atividades de educação em saúde com este tema para conseguir o convencimento da necessidade do acompanhamento do odontólogo na atenção pré-natal.

- Os outros indicadores como solicitação na primeira consulta dos exames laboratoriais preconizados 100%, vacina antitetânica e contra hepatites B conforme protocolo 10(91%), prescrição de suplementação de sulfato ferroso, exame ginecológico por trimestre e orientação para aleitamento materno 100%, não temos dificuldades no seu cumprimento.

Temos dificuldade com a contra referência das outras especialidades que são encaminhadas as gestantes quando precisamos uma avaliação, como obstetra, nutricionista, psiquiatra, psicólogo, situação já analisada nas reuniões da equipe, na Secretaria Municipal de Saúde, mas ainda sem solução. Além disso, utilizar o protocolo de atendimento pré-natal quando encaminhamos as grávidas para internação hospitalar, já que nosso município não conta com serviços de PA e PS e pela demanda no hospital de usuários e ter um plantonista.



Considerando a avaliação da cobertura no puerpério é de 23(100%) do estimado. Nestes nove meses que estamos trabalhando, 20(87%), Consultaram antes dos 42 dias de pós-parto, é necessário avaliar 100% das puérperas, mas aqui as mulheres não estão acostumadas a realizar consulta puerperal. Apenas procuram quando tem uma queixa, realidade que deve mudar com mais trabalho da equipe, com orientação nas consultas de pré-natal, VD a puérperas, atividades de educação em saúde, com maior trabalho dos ACS na identificação e orientação das puérperas desta área.

Os indicadores da qualidade da atenção ao puerpério avaliados em que 20 (87%) das mulheres com consulta puerperal registradas, 100% receberam orientações sobre os cuidados básicos no recém-nascido, sobre aleitamento materno e planejamento familiar, com mamas e abdome examinado, foi feito o exame ginecológico. Tiveram 20 (87%) seu estado psíquico avaliado e 17 (74%) quanto à intercorrências.

Também considero que temos que trabalhar muito mais com ações de educação em saúde, com grupos de gestantes e puérperas. Avaliar todas as puérperas até o sétimo dia e entre 30 e 42 dias de pós-parto, fazer atividades de grupo sobre planejamento familiar, desta maneira poderemos alcançar melhores resultados no trabalho.

Com relação à Prevenção do Câncer de Colo de Útero (PCCU) e Controle do Câncer de Mama na mulher as evidências demonstram que a abordagem mais efetiva para o controle do câncer ginecológico continua sendo o rastreamento de suas lesões precursoras, através do exame CP de colo uterino, bem como seu acompanhamento e tratamento precoce e a ampliação da cobertura desse exame na população feminina (GHC/SIS-SSC, 2008). Contudo, o que se observa é que nem sempre é possível atingir 100% do esperado, pois não depende só dos serviços de saúde ou dos profissionais a realização deste acompanhamento, pois falta, muitas vezes, a adesão da mulher.

As formas mais eficazes de detecção para o câncer de mama são autoexame, o exame clínico e a mamografia. Por seu alto índice de mortalidade o seu aparecimento o que melhor se pode obter é o controle de sua evolução por meio da prática sistemática de autoexame de mama e atenção, quanto aos fatores de risco (DAVIM et al., 2009).

Em nossa área a PCCU é realizada todas as segundas-feiras em Morro Redondo, nas quartas-feiras em Caxingó pela enfermeira. O município não tem um laboratório, as amostras são encaminhadas para a capital do estado, demorando em torno de dois meses o resultado. Contamos com serviço de colposcopia pelo SUS, mas sem biopsia.

Considerando a avaliação da cobertura de Prevenção do Câncer de Colo de Útero é de 83%, com 312 mulheres acompanhadas em relação à estimativa de 375 mulheres. Em relação de exame citopatológico em dia, temos 270 (87%), indicador que deve melhorar, já que é necessário avaliar 100% das mulheres entre 25 e 64 anos. Para isso é importante sensibilizar as mulheres frente à importância da prevenção do câncer de colo uterino, também sensibilizar os profissionais de saúde quanto à importância da realização do referido exame; colaborar para a realização do diagnóstico precoce; promover ações de educação em saúde. Os outros indicadores de qualidade avaliados se comportam da seguinte forma:

Exame citopatológico para câncer de colo de útero com mais de seis meses de atraso são 30 (10%), com quatro (1%) com CP alterados, avaliação de risco para câncer de colo uterino são 20 (6%), orientação sobre a prevenção de Ca de colo de Útero e DTS com 100%, exames coletados com amostra satisfatória 260 (83%) e quatro (1%) exames com células da junção escamocelular.

Para melhorar a qualidade do Controle do Câncer de Colo de Útero na UBS temos que aumentar mais a divulgação e ações de educação em saúde, além do horário da rotina de atendimento da unidade, oferecer horários alternativos duas vezes no mês para atender as mulheres que trabalham e tem dificuldades de realizar o exame. Identificar fatores de risco para o desenvolvimento do câncer do colo do útero, como infecções pelo Papiloma Vírus Humano (HPV), sendo esse o principal fator de risco, fazer atividade de grupo com mulheres sobre sexualidade, DST/AIDS, múltiplos parceiros sexuais, tabagismo, uso prolongado de contraceptivos orais, higiene íntima inadequada.

Em relação ao Controle do Câncer da Mama, temos 107 (92%) mulheres entre 50 e 69 anos da estimativa de 116. Destas temos conhecimento com mamografias atualizadas 20 (19%) e com mais de três meses de atraso são 87 (81%). As mulheres têm que deslocar-se a capital do estado ou outro estado para receber esse serviço. A avaliação de risco para câncer de mama é de 15(14%), oferecemos orientação sobre prevenção a 100% das mulheres.

Os aspectos do processo de trabalho que podem ser melhorados são realizar o cadastro real das mulheres deste grupo etário e cumprir os protocolos estabelecidos. Realizar VD, identificar e fazer o seguimento contínuo pelos ACS/equipe das mulheres com exame alterado do Câncer de Colo de Útero e Mama. Há no hospital um mamógrafo, mas não tem equipe técnica capacitada para realizar as mamografias.

O envelhecimento populacional apresenta-se como um fenômeno global, associando-se ao aumento da morbimortalidade por doenças cardiovasculares. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM) são agravos independentes e frequentemente sinérgicos cuja combinação redundante em grave comprometimento à saúde. Ambos necessitam de acompanhamento em longo prazo; exigem mudança de hábitos e, por vezes, o uso de medicação por toda a vida (GARNELO, SOUZA, 2008).

O atendimento aos portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) é feita todas as segundas-feiras em Morro Redondo e terças-feiras em Caxingó por consultas agendadas, serviço adota o protocolo do MS, conta com um registro específico e realiza monitoramento regular destas ações.

A estimativa segundo CAP do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área é de 311, não parece adequada à realidade, pois temos 153 (49%) hipertensos. É necessário um recadastramento da população para identificar usuários hipertensos e realizar busca ativa pela equipe de saúde. Os outros indicadores da qualidade avaliados se comportam da forma seguinte:

Realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico 153 (100%), atraso da consulta agendada em mais de sete dias 30 (20%) usuários, exames complementares periódicos em dia 123 (80%) usuários, orientação sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável 153 (100%) usuários, avaliação de saúde bucal em dia 100 (65%) usuários.

O controle da PA não se relaciona apenas aos hábitos de vida saudável do usuário e seu tratamento medicamentoso, mas também com a conscientização sobre a enfermidade e as morbidades relacionadas. Mudar o estilo de vida é uma tarefa difícil, e quase sempre, é acompanhada de muita resistência, levando a maioria das pessoas a não conseguir fazer modificações e/ou, mantê-las por muito tempo. No entanto, a educação em saúde é uma alternativa fundamental para

conduzir as pessoas a essas mudanças, para fins de prevenção e controle dos fatores de risco da HAS, através de hábitos e atitudes saudáveis.

A estimativa segundo CAP do número de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área é de 89, não é adequada à realidade, pois temos 43 (48%) diabéticos, deve melhorar com o cadastramento da área descoberta e trabalhando no diagnóstico destes usuários. Os outros indicadores da qualidade avaliados se comportam da seguinte forma:

Com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico 43 (100%), com atraso da consulta agendada em mais de sete dias 8(19%) usuários, com exames complementares periódicos em dia, exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso, com medida da sensibilidade dos pés nos últimos três meses 35 (81%). Usuários, com orientação sobre prática de atividade física regular e nutricional para alimentação saudável 43 (100%), com avaliação de saúde bucal em dia 38 (88%) usuários.

Os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à HAS e DM na UBS são a realização de um cadastro real da população, fazer busca ativa com aferição da PA em todos os usuários maiores de 20 anos na UBS, nas VD. Realizarmos a identificação e seguimento continua pelos ACS dos usuários, trabalhar com ações de educação em saúde sobre fatores de risco e modificáveis da HAS e DM. A participação do odontólogo nas atividades da equipe e acompanhamento dos mesmos. Promover estilos de vida saudáveis, como alimentação adequada, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool, fazer atividades com grupos de hipertensos e diabéticos para que melhore a adesão ao tratamento.

A sociedade brasileira também se encontra numa intensa mudança epidemiológica. Na década de 50, as doenças infecciosas e parasitárias representavam 40% das mortes registradas no país e atualmente são responsáveis por menos de 10% da mortalidade. Estas doenças estão sendo substituída por doenças crônicas não transmissíveis, como as doenças cardiovasculares, a hipertensão, a obesidade, a osteoporose, entre outras, freqüentes nos usuários idosos (Radis, 1984).

O processo de envelhecimento e o aumento da expectativa de vida demandam ações preventivas, restauradoras e reabilitadoras, já que desencadeiam

alterações nas funções orgânicas e vitais da população, ou seja, paulatinamente, ocorre a perda da capacidade de adaptação do organismo devido às interações de fatores intrínsecos (genéticos), que não são passíveis de intervenção e extrínsecos (ambientais), sobre os quais se pode intervir. Como consequência, se observam quadros patológicos diversos, manifestação e incidência elevada de complicações decorrentes de enfermidades, deteriorização acelerada na ausência de tratamento como o comprometimento da capacidade funcional e a falta de estimulação cognitiva (Clark e Siebens 2002).

O Brasil pode ser considerado um país envelhecido, pois já tem 10% da população com mais de 60 anos (censo 2012).

Na UBS Caxingó o atendimento ao programa Saúde do Idoso é feito por consultas agendadas e em VD, onde a forma de registro utilizada permitiu o preenchimento desta parte do CAP. À estimativa do número de idosos residentes na área é de 164, adequada a realidade, com uma cobertura de Saúde da Pessoa Idosa de 164(100%), corresponde com o Caderno de Ações Programáticas e com as estadísticas brasileiras, é uma população com melhor cadastro e acompanhamento na UBS.

Olhando o CAP os indicadores da qualidade da atenção à Saúde da Pessoa Idosa avaliados se comportam da seguinte maneira: Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa 104 (63 %). Realização de Avaliação Multidimensional Rápida 120(73%). Acompanhamento em dia 120(73%). Hipertensão Arterial Sistêmica 102(62%), Diabetes Mellitus 22(13%). Avaliação de risco para morbimortalidade, Investigação de indicadores de fragilização na velhice, Orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, Orientação para atividade física regular são 153(100%), Avaliação de saúde bucal em dia 70(43%).

Examinando os questionários preenchidos, os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção aos idosos na UBS são fazer VD a este grupo de usuários, promover a identificação e seguimento contínuo por ACS dos idosos que faltam na avaliação e não têm o acompanhamento em dia. Trabalhar com ações de educação em saúde sobre estilos de vida saudável, como alimentação adequada, prática de atividade física, conseguir a participação do estomatologista nas atividades da equipe e no acompanhamento destes usuários, fazer atividades nos grupos de idosos com ações de educação em saúde. Realizar o

preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, pela importância de seu acompanhamento.

A instituição de medidas preventivas com foco na promoção da saúde bucal contribui para a proteção do organismo como um todo, contra a instalação de doenças infecciosas e outras condições que possam levar, direta ou indiretamente, ao aparecimento de doenças sistêmicas graves e, às vezes, fatais. No nível psicossocial, uma boca sadia garante a manutenção da boa aparência, da expressão e da comunicação interpessoal, sendo assim, um fator da maior importância na preservação da autoestima.

Nossa UBS conta com um odontólogo e assistente de saúde bucal para realizar o atendimento duas vezes por semanas, na quarta-feira em Caxingó e na quinta-feira em Morro Redondo. O atendimento é por demanda espontânea na maioria das vezes, mas atualmente estamos agendando consulta programática com as grávidas, crianças, diabéticos, hipertensos e idosos para melhorar a qualidade da saúde bucal de nossa população. Temos dificuldade com os insumos e materiais necessários para realizar um atendimento como preconiza o MS. Encaminhamos se necessário para a clínica de referência do município, quando há procedimentos que não se realizam, como cirurgia e próteses dentais.

Temos atendidos na primeira consulta programática 871 (91%) da população em geral, 164 (100%) idosos e 11 (71%) gestantes.

No atendimento não programático atendemos 50 (53%) de pré-escolares 160 (50%) escolares, 500 (57%) da população em geral, 70 (43%) de idosos e 2(18%) gestantes.

A capacidade instalada para prática clínica é boa, a UBS conta com recursos materiais e profissionais qualificados. A capacidade instalada para ações coletivas tem que melhorar se realizarem ações e atividades coletivas de promoção e prevenção da saúde bucal nas escolas, com a equipe, nas atividades da comunidade. O indicador de capacidade instalada se encontra dentro do preconizado por MS, de 0,6. A média de procedimentos clínicos mês na UBS é de 80, 129 população/12 meses.

Completamos o tratamento em 20 (21%) de pré-escolares 50 (16%) de escolares, 150 (17%) da população em geral, 60 (30%) dos idosos e 9(82%) das gestantes.

A atenção à primeira consulta odontológica programática em grupos populacionais prioritários (pré-escolares, escolares, gestantes e idosos), temos que melhorar, a cobertura é baixas e também poucas as ações coletivas, nas escolas (palestras, aplicação do flúor e exames clínicos), com as gestantes realizamos ações coletivas nas consultas. Mas ainda podemos realizar mais, trabalhar com os idosos e participar com a equipe em atividades e VD realizadas neste grupo populacional. Encaminhamos aos idosos dependentes e de baixa renda ao CEO, que o município dispõe, com serviço de próteses total, tratamento endodôntico (canal), tratamento para doenças periodontal, cirurgias complexas, atendimento a pessoas especiais, como hipertensos e diabéticos descompensados, deficiente mental. Ao calcular o indicador obtemos 100% com orientação sob alimentação saudável e ações coletivas para 94 pré-escolares 322 escolares, 871 população em geral, 164 idosos e 11 gestantes.

Em relação à razão entre as primeiras consultas programáticas sobre atendimentos não programados, está baixo de um, que não corresponde com o preconizado pelo MS. Predominando os atendimentos não programados dos programados, já que a maioria é da demanda espontânea. Obtivemos neste indicador: 53% pré-escolares 50% dos escolares, 57% da população em geral, 43% dos idosos e 18% das gestantes.

A atenção à saúde bucal pode melhorar na UBS trabalhando todos em equipe, junto com odontólogo e auxiliar de saúde bucal, com ações de educação em saúde, com divulgação de informações sobre saúde bucal por os ACS em seu micro áreas, orientar a população sobre a importância da saúde bucal.

É necessário compreender a importância que a prevenção bucal e a promoção de saúde podem ocasionar na qualidade de vida. A prevenção e a promoção de saúde devem ser colocadas em prática na vida das pessoas e implementá-las com programas preventivos na comunidade para melhorar a qualidade de vida e proporcionar hábito de vida saudável. Neste novo século, saúde bucal não é apenas a concepção de dentes preservados, mas, sim, qualidade de vida.

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

Os maiores desafios para nosso trabalho futuro é promover um trabalho em equipe, conhecer a realidade da comunidade e identificar os problemas, estabelecendo prioridades. Trabalhar com as dificuldades identificadas e os sujeitos sociais para mudar estilos de vida e preconceitos a partir da percepção que os sujeitos têm de sua realidade e que se vai modificando na medida em que eles começam a refletir sobre ela. Sejam atuantes, participativos e críticos. A equipe tem que avaliar o método de ensino utilizado, o nível de aprendizagem do usuário, nível de escolaridade e condições de vida para educar a população de forma adequada e conseguir melhoras na saúde da comunidade.

É essencial obter o comportamento da equipe e a responsabilização pelo problema de saúde do usuário, individual ou coletivo. É um compromisso para dar respostas às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde. Garantir uma adequada educação da saúde da população, que seja capaz de identificar os principais problemas de saúde e participe de forma ativa na solução dos mesmos. Mas temos que trabalhar muito ainda para envolver a população em todas as atividades de saúde e engajamento público. Para isso é muito importante o trabalho dos ACS com a gestão junto com a equipe, ou seja, temos que trabalhar ainda mais para atingir os objetivos do engajamento e ter expectativas de um futuro melhor para a saúde da comunidade.

Na UBS não temos um Conselho Local de Saúde\ Conselho de Gestão Participativa, muito importante para participar do planejamento, controle e avaliação das ações e serviços da unidade, para conhecer a condição de saúde da população e definir prioridades. Para programar e aperfeiçoar planos de ação referentes à UBS, não temos um Análise Situacional previa para trabalhar com problemas já identificados, mas a equipe de saúde tem a possibilidade e a prioridade de organizar o serviço de saúde em função das necessidades da população.

Considerando os aspectos levantados nos questionários e nos Cadernos das Ações Programáticas teremos que trabalhar para melhorar a cobertura de Puericultura, Pré-natal com início no primeiro trimestre e puerpério, a Prevenção do Câncer de Colo de Útero. É preocupante o número de hipertensos e diabéticos que



a cobertura esta baixa em relação às estimativas, e avaliação da saúde bucal em crianças, gestantes, idosos.

#### Problemas identificados;

- Estrutura física inadequada da UBS com barreiras arquitetônicas.
- Escasso mobiliário
- Falta de medicamentos da lista básica, alguns insumos, equipamentos.
- UBS não informatizada.
- Dificuldade de acesso a exames especializados
- Dificuldade de atendimento a usuários graves
- Falta de contra referência em todos os serviços
- Falta de Conselho Local de Saúde\Conselho de Gestão Participativa em formação
- Baixa cobertura de hipertensos e diabéticos
- Dificuldade no controle do Câncer da Mama
- Não cobertura total da Prevenção do Câncer de Colo de Útero (mulheres entre 25 e 64 anos)
- Dificuldade na cobertura de Puericultura, Pré-natal e Puerpério.

#### Conquistas

- Boa aceitação da comunidade
- Acolhimento humanizado feito pela equipe de saúde
- Agendamento de consultas
- Não existe excesso de demanda espontânea
- Visitas domiciliares semanais
- Realização de atividades de educação em saúde

Para qualificar a atenção à saúde a partir do princípio da integralidade é fundamental que os processos de trabalho sejam organizados com vista ao enfrentamento dos principais problemas de saúde-doença das comunidades e com ações de promoção e prevenção em saúde efetivamente incorporadas no cotidiano das equipes de Atenção Básica- Saúde da Família.

Segundo minha visão muito contribui para a melhor prestação de serviço das comunidades, pois hoje participo de todas as atividades da equipe e contribuo com o

planejamento das ações. No entanto sempre podemos evoluir como realizar mais busca ativa dos usuários faltosos, utilizando os protocolos.

Nosso trabalho é reconhecer as necessidades de saúde da população e tratar de dar solução aos problemas com responsabilidade, amor, desejos de trabalhar em equipe. Não conseguimos transformar uma unidade de saúde com falhas gerenciais, sem uma interação e respeito entre os membros dessa equipe, que cumpram com suas atribuições. É um trabalho com retorno a médio e longo prazo e, o engajamento público neste processo é essencial.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

Segundo Conceição, 2009 no Brasil os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica (AB). Com uma alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados, sem os quais os níveis desejados da PA poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamentos (Grupo Hospitalar Conceição, 2009). O DM também vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência e habitualmente está associado à dislipidemia, à HAS e à disfunção endotelial. É um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na AB evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (ALFRADIQUE, 2009).

A UBS/ESF Caxingó do município Corrente está situada em área rural a 15 quilômetros (Km) da cidade, tem uma população de 1.551 usuários. Trabalhamos no local adaptado, nossa equipe está composta por um médico, um odontólogo, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, quatro ACS, uma auxiliar de saúde bucal, duas auxiliares de serviços gerais e um vigia. A recepção é pequena onde acolhemos os usuários, arquivamos os prontuários e dispensamos os medicamentos, ainda tem um consultório de enfermagem, um banheiro social e uma cozinha pequena.

O número de pessoas maiores de 20 anos na área adstrita é 933, delas acompanhamos um total de 153 (49,1%) usuários com HAS para uma estimativa de 311, sendo baixo o número de cadastrados com este agravo. A estimativa do

número de usuários com DM com 20 anos ou mais residentes na área é de 89, não está adequada à realidade, já que temos 43 (48,3%) usuários com DM cadastrados, indicador que deve melhorar com as ações que estamos realizando, como busca ativa. A equipe de saúde desenvolve ações de educação em saúde encaminhadas à mudança e estilo de vida, alimentação saudável, realização de atividade física, antitabagismo, sobre o consumo de álcool, sedentarismo, etc.

A intervenção em nossa área de abrangência objetiva a integralidade, considerando as características de cada indivíduo, alcançaremos os mesmos melhorando o acolhimento e prestando atendimento humanizado aos usuários do nosso sistema único de saúde (SUS). A equipe está comprometida com o projeto, com entusiasmo e vontade de trabalhar, mas a principal dificuldade que enfrentamos é que nossa população e área adstrita são distante da zona urbana do município, além disso, alguns usuários realizam acompanhamento na rede privada e não demonstram interesses em participar da intervenção. Apesar destes obstáculos, a equipe está motivada para desenvolver a melhoria da assistência realizando um trabalho efetivo na cobertura adequada da ação programática de HAS e DM. A gestão apoia o projeto, destacando a disponibilidade de protocolos e as orientações oferecidas pela UFPel, ajudarão na realização da intervenção. Sabemos que existirão dificuldades, mas realizaremos sempre a busca pelo melhor.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Caxingó/PI.

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

#### **Objetivo 1: Ampliar a cobertura a pessoas com HAS e/ou DM.**

Meta 1.1 Cadastrar 70% das pessoas com HAS no Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS.

Meta 1.2 Cadastrar 70% das pessoas com DM no Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS.

**Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com HAS e à DM.**

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

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

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

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

Meta 2.5 Garantir a 100% das pessoas com DM 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 HAS cadastradas na UBS.

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

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

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

**Objetivo 3: Melhorar a adesão de pessoas com HAS e à DM.**

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

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

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

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

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

**Objetivo 5: Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com HAS e/ou DM.**

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

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

### **Objetivo 6: Promover a saúde a pessoas com HAS e à DM.**

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

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

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

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

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

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

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

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

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Caxingó, situada na zona rural do município de Corrente, estado Piauí. Participarão da intervenção todos os hipertensos e diabéticos maiores de 20 anos de idade, cadastrados no Sistema e-SUS AB e pertencentes à área de abrangência da UBS. O protocolo adotado será o Manual Técnico de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde, de 2013.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

**Objetivo 1** Ampliar a cobertura a pessoas com HAS e à DM.

**Meta 1.1** Cadastrar 70% dos usuários com HAS da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e DM.

**Meta 1.2** Cadastrar 70% dos usuários com DM da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e DM.

### **Monitoramento e avaliação**

Ação :

- Monitorar o número de usuários com HAS e/ou DM cadastrados no Programa de Atenção à HAS e a DM da UBS.

### **Detalhamento:**

Os usuários serão monitorados nas consultas médicas e de enfermagem assim como também serão acompanhados nas consultas odontológicas, os registros serão realizados nos prontuários e nas fichas espelho de monitoramento da intervenção bem como nos registros da unidade e dos profissionais.

### **Organização e gestão do serviço**

Ação :

- Garantir o registro dos usuários com HAS e/ou DM cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os portadores de HAS e DM.
- Garantir material adequado para a tomada da medida da Pressão Arterial (esfigmomanometro, manguitos, fita métrica) nas Unidades de Básicas de Saúde.

### **Detalhamento:**

Garantir material adequado para realização da glicemia capilar na UBS.

A realização da verificação da PA com aparelhos adequados fornece valores fidedignos dos níveis pressóricos, assim como o glicômetro também deve ser confiável para monitoramento dos usuários, a técnica de enfermagem e enfermeira verificam ambos conforme disponibilidade das mesmas, como não existe salade procedimento nas unidades , as glicemias na maioria das vezes são realizadas por esta.

Engajamento público

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção á HAS e á DM da UBS.
- Informar a comunidade sobre a importância de medir a Pressão Arteriala partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg.

- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS e DM.

A equipe realizará encontros em momentos oportunos na unidade ou em grupos com a participação de toda a equipe para falar da doença e suas complicações em longo prazo, bem como os fatores de risco e a importância da mudança de hábitos.

#### Qualificação da prática clínica

- Capacitar os ACS para o cadastramento de usuários com HAS e/ou DM de toda área de abrangência da UBS.

- Capacitar a equipe da UBS para verificação da PA, de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

- Capacitar a equipe da UBS para realização da glicemia de jejum/pós-prandial em adultos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg.

A equipe deve capacitar os agentes comunitários de saúde, contamos com o papel da enfermeira sempre solícita e comprometida com o trabalho para orientar estes profissionais.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com HAS.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100 % dos usuários com DM.

#### Monitoramento e avaliação

##### Ação:

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas com HAS e/ou DM.

##### Detalhamento:

A secretaria municipal de saúde disponibiliza um grande número de exames para avaliar os usuários, ainda que não todos sejam ofertados, a equipe se compromete a fazer a marcação dos exames quando solicitado, porém contamos



com a resistência dos usuários que tem o livre arbítrio para fazer suas escolhas, podemos tentar sensibiliza-los, mas não abriga-los.

#### Organização e gestão do serviço

##### Ação:

- Definir atribuições de cada profissional da equipe no exame clínico de pessoas com HAS e/ou DM.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS.
- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na UBS.

##### Detalhamento:

Os profissionais serão apresentados aos cadernos 36/37 e discutirão em reuniões quinzenais os protocolos, seria interessante que a secretaria municipal de saúde fizesse uma atualização com todos os profissionais, no entanto isso não será possível no momento.

#### Engajamento público

- Orientar a comunidade quanto aos riscos de agravos cardiovasculares e neurológicas decorrentes da HAS e/ou DM.

A equipe realizará encontros em momentos oportunos na UBS ou em grupos com a participação de toda a equipe para falar da doença e suas complicações em longo prazo, bem como os fatores de risco e a importância da mudança de hábitos.

#### Qualificação da prática clínica

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

Os profissionais médico/enfermeira devem seguir os protocolos do ministério da saúde nas consultas as orientações. Os exames as medicações, as rotinas de consultas e os encaminhamentos aos outros profissionais.

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

#### Monitoramento e avaliação

##### Ação:

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

Detalhamento:

Médico/Enfermeira devem seguir a orientação nas consultas com registro em prontuário.

Organização e gestão do serviço

Ação:

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame dos pés das pessoas com DM.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS.
- Providenciar junto à gestão o monofilamento 10g para exame dos pés.
- Organizar a agenda para acolher as pessoas com DM provenientes das buscas domiciliares.
- Solicitar a referência e contra referência (realizar a coordenação do cuidado) para pessoas com DM que necessitem de consulta especializada.

Detalhamento:

Médico/enfermeira nas consultas seguirão os protocolos, assim como o odontólogo nas avaliações, os testes de sensibilidade devem ser realizados com os monofilamentos, os agentes comunitários de saúde devem buscar os usuários quando estes faltarem as consultas e técnica de enfermagem realizar os aferições de forma adequada.

Engajamento público

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

A equipe realizará encontros em momentos oportunos na unidades ou em grupos com a participação de toda a equipe para falar da doença e suas complicações a longo prazo, bem como os fatores de risco e a importância da mudança de hábitos.

Qualificação da prática clínica

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

A equipe deve seguir os protocolos, é útil fazer uso dos protocolos de hanseníase para avaliar a sensibilidade dos nervos.

Meta 2.4 Garantir a 100% dos usuários com HAS a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

Monitoramento e avaliação

Ação:

- Monitorar o número de pessoas com HAS e/ou DM com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na UBS.

Detalhamento:

Os exames complementares não são ofertados por isso é importante que os profissionais solicitem os exames e orientem os usuários para que procurem realizá-los.

Organização e gestão do serviço

Ação:

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

Detalhamento:

Os exames complementares não são ofertados por isso é importante que os profissionais solicitem os exames e orientem os usuários para que procurem realizá-los. O gestor deve ser orientado para ofertar todos os exames preconizados pelo Ministério da Saúde. Os profissionais da equipe são responsáveis pela solicitação e sensibilização do gestor.

Engajamento público

- Orientar as pessoas com HAS e/ou DM e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

- Orientar as pessoas com HAS e/ou DM e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Os profissionais de saúde nas consultas e nas atividades educativas devem orientar os usuários que estão em acompanhamento bem como os que não o fazem corretamente. Assim também devem fazer os ACS nas suas visitas domiciliares.

#### Qualificação da prática clínica

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

A capacitação deve ser realizada quinzenalmente com discussão entre os profissionais dos protocolos do ministério da saúde.

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

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

#### Monitoramento e avaliação

##### Ação:

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular

##### Detalhamento:

O profissional médico é responsável pela prescrição medicamentosa e assim deve priorizar os medicamentos existentes na atenção básica.

#### Organização e gestão do serviço

##### Ação:

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com HAS e/ou DM cadastrada na UBS.

##### Detalhamento:

A técnica de enfermagem deve fazer este controle, bem como a enfermeira deve realizar a solicitação da medicação para que está não falte aos usuários.

### Engajamento público

- Orientar as pessoas com HAS e/ou DM e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular e possíveis alternativas para obter este acesso.

Os profissionais da equipe devem orientar os usuários sobre as medicações e seu uso correto e a procurar o serviço social quando a medicação não faz parte da medicação da atenção básica.

### Qualificação da prática clínica

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

Os profissionais da equipe devem orientar os usuários sobre as medicações e seu uso correto e a procurar o serviço social quando a medicação não faz parte da medicação da atenção básica.

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

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

### Monitoramento e avaliação

#### Ação:

- Monitorar as pessoas HAS e/ou DM que necessitam de atendimento odontológico.

#### Detalhamento:

Os ACS devem fazer o agendamento dos usuários para otimizar o agendamento das consultas e avaliação as consultas devem ser realizadas conforme o protocolo.

### Organização e gestão do serviço

#### Ação:

- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com HAS e/ou DM;

- Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento das pessoas com HAS e/ou DM proveniente da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento:

Os ACS devem em conjunto com o odontólogo realizar uma escala de atendimento para que todos os usuários sejam avaliados.

Engajamento público

- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde.

Os profissionais de saúde nas consultas e nas atividades educativas devem orientar os usuários que estão em acompanhamento bem como os que não o fazem corretamente. Assim também devem fazer os agentes comunitários de saúde nas suas visitas domiciliares.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com HAS e/ou DM.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de pessoas com HAS e/ou DM.

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

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

Monitoramento e avaliação

Ação:

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

Detalhamento:

Toda a equipe deve responsabilizar-se pelos usuários porém existe a necessidade de acompanhamento dos dados, ou seja as consultas em tempo

oportuno, realização dos exames, e resgate desses usuários quando não retornam ao serviço.

Organização e gestão do serviço

Ação:

- Organizar VD para buscar os faltosos
- Organizar a agenda para acolher as pessoas com HAS e/ou DM provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento:

A equipe em especial os agentes comunitários devem fazer a busca ativa dos faltosos com agendamento de consultas e o resgate por meio da visita domiciliar.

Engajamento público

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas com HAS e/ou DM (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer as pessoas com HAS e/ou DM e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Os profissionais de saúde nas consultas e nas atividades educativas devem orientar os usuários que estão em acompanhamento bem como os que não o fazem corretamente. Assim também devem fazer os agentes comunitários de saúde nas suas visitas domiciliares, os agentes comunitários de saúde também devem nas visitas domiciliares devem orientar a toda população maior de 18 da importância dessas doenças.

Qualificação da prática clínica

Capacitar os ACS para a orientação de pessoas com HAS e/ou DM quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. O profissional médico e de enfermagem devem realizar essa orientação sempre na rotina das reuniões e encontros quinzenais.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

Monitoramento e avaliação

Ação:

- Monitorar a qualidade dos registros de pessoas com HAS e/ou DM acompanhadas na UBS.

Detalhamento:

A equipe deve comunicar de forma adequada quando da identificação de novos portadores dessas doenças crônicas por isso a importância de encontros quinzenais.

Organização e gestão do serviço

Ação:

- 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 do agravo.

Detalhamento:

O gestor deve disponibilizar o material impresso para que seja possível o trabalho dos profissionais, assim como a equipe deve manter seus registros atualizados. E não basta que apenas os registros sejam realizados estes devem ser acompanhados.

Engajamento público

- Orientar as pessoas com HAS e/ou DM e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.



As pessoas devem ser orientadas pela equipe e terem consciência da importância dos registros em prontuários e podem solicitá-los sempre que necessário.

#### Qualificação da prática clínica

- Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento das pessoas HAS e/ou DM.

- Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

A equipe deve fazer os registros em letra legível e adequada pois os prontuários são utilizados por outros profissionais e a compreensão dos mesmo é necessária.

Objetivo 5: Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com HAS e/ou DM

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

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

#### Monitoramento e avaliação

##### Ação:

Monitorar o número de pessoas com HAS e/ou DM com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

##### Detalhamento:

Médico/Enfermeira devem fazer uso dos protocolos de estratificação de risco dos usuários e seguirem as rotinas dos mesmos.

#### Organização e gestão do serviço

##### Ação:

- Priorizar o atendimento das pessoas com HAS e/ou DM avaliadas como de alto risco.

- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

##### Detalhamento:

O acolhimento dos portadores de HAS/DM deve ser realizado em tempo oportuno e alguns usuários merecem ser priorizados no atendimento. Cabe a equipe após discussão priorizar estes usuários.

#### Engajamento público

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

Cabe a toda equipe em todos os momentos seja nas oportunidades individuais ou coletivas a importância do acompanhamento de forma correta, ou seja, o uso de medicamentos quando necessário, a mudança de hábitos, o abandono do tabagismo e a prática de atividade física.

#### Qualificação da prática clínica

- 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.
- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Os profissionais médico/enfermeira devem utilizar o escore para classificar os usuários e dá o seguimento adequado aos mesmos fazendo o registro em prontuário e os agentes comunitários de saúde fazendo a busca ativa em momento oportuno.

Objetivo 6: Promover a saúde a pessoas com HAS e/ou DM.

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

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

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

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

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

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

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

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

Monitoramento e avaliação

Ação:

- Monitorar a realização de orientação nutricional as pessoas com HAS e/ou DM.
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular às pessoas com HAS e/ou DM.
- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo às pessoas com HAS e/ou DM.
- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal às pessoas com HAS e/ou DM.

Detalhamento:

Os profissionais da equipe devem sempre fazer as orientações sobre as mudanças de hábitos e a deixar o tabagismo, a atividade física deve ser orientada sempre para os portadores de HAS/DM como forma de manter os níveis tensionais e os índices glicêmicos em valores normais.

Organização e gestão do serviço

Ação:

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

#### Detalhamento:

As atividades educativas também devem ser desenvolvidas pela equipe nas escolas para que os bons hábitos sejam cultivados desde cedo, o apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família deve ser solicitado, bem devem ser estabelecidos parcerias a escola é um parceiro que nunca deve ser relegado.

#### Engajamento público

- Orientar pessoas com HAS e/ou DM e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar pessoas com HAS e/ou DM e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento da HAS.
- Orientar as pessoas com HAS e/ou DM tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.
- Orientar as pessoas com HAS e/ou DM e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

A equipe nos atendimentos individuais e nas atividades educativas, bem como os agentes comunitários de saúde farão as orientações sobre os fatores que podem melhorar as condições de saúde da população adscrita.

#### Qualificação da prática clínica

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

A equipe em encontros quinzenais fará uso dos protocolos existentes e discutirá formas de orientação a comunidade conforme as condições socioeconômicas das famílias.

### 2.3.2 Indicadores

#### **Relativa ao Objetivo 1:**

**Meta 1.1** Cadastrar 70% das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e à Diabetes Mellitus da UBS

**Indicador 1.1** Cobertura do programa de atenção às pessoas com HAS na UBS.

Numerador: Número de pessoas com HAS residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à HAS e à DM da Unidade Básica de Saúde.

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

**Meta 1.2** Cadastrar 70% das pessoas com DM da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS.

**Indicador 1.2** Cobertura do programa de atenção às pessoas com DM na UBS.

Numerador: Número de pessoas com DM residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS.

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

#### **Relativa ao Objetivo 2:**

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

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

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

Denominador: Número total de pessoas com HAS cadastradas no Programa de Atenção à HAS e à DM.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com DM.  
Indicador 2.2. Proporção de pessoas com DM com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com DM com exame clínico apropriado

Denominador: Número total de pessoas com DM cadastradas no Programa de Atenção à HAS e à DM.

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

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

Numerador: Número de pessoas com DM com exame dos pés em dia

Denominador: Número total de pessoas com DM cadastradas no Programa de Atenção à HAS e à DM.

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

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

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

Denominador: Número total de pessoas com HAS cadastrados no Programa de Atenção à HAS e à DM.

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

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

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

Denominador: Número total de pessoas com DM cadastradas no Programa de Atenção à HAS e à DM.

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

Indicador 2.6. Proporção de pessoas com HAS com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular.

Numerador: Número de pessoas com HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

Denominador: Número total de pessoas com HAS com prescrição de medicamentos cadastrados no Programa de Atenção à HAS e à DM.

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

Indicador 2.7 Proporção de pessoas com DM com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular

Numerador: Número de pessoas com DM com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular

Denominador: Número de pessoas com DM com prescrição de medicamentos cadastrados no Programa de Atenção à HAS e à DM.

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

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

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

Denominador: Número total de pessoas com HAS cadastradas no Programa de Atenção à HAS e à DM.

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

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

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

Denominador: Número total pessoas com DM cadastradas no Programa de Atenção à HAS e à DM.

### **Relativa ao Objetivo 3:**

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

Indicador 3.1. Proporção das pessoas com HAS faltosas às consultas médicas com busca ativa.

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

Denominador: Número total de pessoas com HAS cadastrados na UBS faltosos às consultas.

Meta 3.2 Buscar 100% de pessoas com DM faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

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

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

Denominador: Número total de pessoas com DM cadastrados na UBS faltosos às consultas.

### **Relativa ao Objetivo 4:**

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% de pessoas com HAS.

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

Numerador: número de pessoas HAS com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de pessoas HAS cadastradas no Programa de Atenção à HAS e à DM.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% de pessoas com DM.



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

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

Denominador: Número total de pessoas com DM cadastradas no Programa de Atenção à HAS e à DM.

#### **Relativa ao Objetivo 5:**

Meta 5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% de pessoas com HAS.

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

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

Denominador: Número total de pessoas com HAS cadastradas no Programa de Atenção à HAS e às pessoas com DM.

Meta 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% de pessoas com DM.

Indicador 5.2 Proporção de pessoas com DM com estratificação de risco cardiovascular.

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

Denominador: Número total de pessoas com DM cadastradas no Programa de Atenção à HAS e DM.

#### **Relativa ao Objetivo 6:**

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

Indicador 6.1. Proporção de pessoas com HAS com orientação nutricional.

Numerador: Número de pessoas com HAS que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de pessoas com HAS cadastrada na UBS.

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

Indicador 6.2. Proporção de pessoas com DM com orientação nutricional.

Numerador: Número de pessoas com DM que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de pessoas com DM cadastrados na UBS.

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

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

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

Denominador: Número de pessoas com HAS cadastradas no Programa de Atenção à HAS e à DM.

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

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

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

Denominador: Número de pessoas com DM cadastradas no Programa de Atenção à HAS e à DM

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

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

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

Denominador: Número de pessoas com HAS cadastradas no Programa de Atenção à HAS e à DM.

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

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

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

Denominador: Número de pessoas com DM cadastradas no Programa de Atenção à HAS e à DM.

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

Indicador 6.7. Proporção de pessoas com HAS com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de pessoas com HAS cadastradas no Programa de Atenção à HAS e à DM.

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

Indicador 6.8. Proporção de pessoas com DM com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de pessoas com DM cadastradas no Programa de Atenção à HAS e à DM.

### **2.3.3 Logística**

Para a realização da intervenção nos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus serão adotados os cadernos de atenção básica MS 2013 - Hipertensão Arterial Sistêmica nº 37 e MS 2013 - Diabetes Mellitus nº 36. Utilizaremos a ficha espelho disponibilizada pelo curso de especialização para HAS e DM como também os registros existentes na UBS que são as fichas B do SIAB, os prontuários e os livros de registro, que integra o Programa de Melhoria da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Poderemos utilizar outros cadernos do MS conforme

necessidade. A população da intervenção abrangerá a população alvo pessoas adulto maior de 20 anos captados com HAS e DM moradores das comunidades atendidas na UBS Caxingó e do Posto de Saúde (PS) Morro Redondo. Trabalhamos todos na mesma UBS, sendo uma facilidade discutirmos sobre as dificuldades, reorganização de ações, necessidades de adaptação. Realizaremos semanalmente reuniões, na última hora do expediente da quinta-feira.

O médico e enfermeira farão uso dos instrumentos existentes com o apoio da técnica de enfermagem para organizarem os mesmos, e semanalmente consolidarem os dados. Em conjunto com os outros profissionais discutiremos as ações já detalhadas anteriormente.

Serão solicitadas ao gestor 250 fichas espelhos e também 250 fichas com os escores de Framingham, divididas em 125 para homens e 125 para mulheres, para preenchidas nas consultas de enfermagem e médica, arquivadas separadamente dos prontuários. Avaliaremos a possibilidade do arquivamento posteriormente junto ao prontuário do usuário. Os acompanhamentos dos registros da UBS, e- SUS/ SIAB será realizado pela enfermeira da UBS. A enfermeira da equipe organizará semanalmente os arquivos da UBS, bem como os registros em ficha espelhos, facilitando o trabalho para a atualizada nas planilhas. Acompanharemos a intervenção monitorando a digitação dos dados semanalmente na planilha eletrônica de coleta de dados.

Os dados da ficha espelhos serão preenchidos conforme orientação, lembrando-se da dificuldade do município não disponibilizar todos os exames complementares preconizados nos protocolos adotados. Provavelmente não serão realizados estes, pois muitos usuários não têm condições financeiras de realizá-los no serviço privado. O item saúde bucal que não consta da ficha será agregado à ficha espelho e os profissionais farão o agendamento das consultas para o odontólogo da equipe. Alertamos a todos os profissionais que a intervenção é de responsabilidade de todo o trabalho terá sucesso com a participação, empenho, motivação da equipe.

O monitoramento é uma fase primordial do projeto de intervenção, pois serão identificadas falhas e definidas novas estratégias para resgate/ captação dos usuários com HAS e DM, conhecidos e/ou desconhecidos cadastrados na área adstrita na ESF Caxingó. Temos atualmente cadastrados 153(49,1%) usuários com HAS e 43(48,3%) com DM, avaliando-os em consultas intercaladas entre a

profissional enfermeira, médico e odontólogo, estipulando a meta de cobertura em 70% nestes três meses.

Os atendimentos e as agendas programadas serão realizados todas as segundas e terças feiras, pela manhã e tarde, de preferência. Todos os usuários que vierem em outro momento serão acolhidos e avaliados pela equipe. A enfermeira em conjunto com os ACS identificaram os usuários faltosos para que, em conjunto realizem a busca ativa. Se não houver comparecimento do mesmo será realizada VD, a fim de sensibilizarmos os mesmos da importância do acompanhamento adequado destes agravos.

Sensibilizaremos a equipe e discutiremos com a mesma a importância da intervenção, que deverá contar com a participação de todos aqueles que prestam atendimentos. Os ACS atualizarão o cadastro da população adstrita, sendo essenciais para a captação e busca ativa dos usuários com HAS e/ou DM que são desconhecidos pela equipe. Esta sensibilização ocorrerá na UBS, nas reuniões de equipe e na comunidade, e sempre que necessário, com os ACS, técnica de enfermagem, aux. De consultório odontológico, odontólogo. Responsável: Médico e enfermeira.

Realizaremos a verificação da PA em todos os usuários, pesquisando ativamente todas as pessoas que procurem a UBS independente do objetivo. Sejam como acompanhante de usuários, ou para dispensação de medicamentos, imunização, etc. Solicitaremos que aguarde o atendimento, será orientado sobre o agravo e suas complicações, identificando fatores de risco, agendaremos se necessário para consulta. A técnica de enfermagem será capacitada para o acolhimento. Verificaremos a PA de todos os contatos domiciliares dos usuários com HAS e DM que estiverem presente no momento da VD agendando, se necessário, sua consulta. Responsável: enfermeira, médico e técnica de enfermagem.

Realizaremos a captação usuários com HAS e DM com dificuldade de deslocamento através da VD. Orientaremos os usuários com HAS e DM sobre os fatores de risco para que sintam-se responsáveis pelos seus familiares e sejam envolvidos no trabalho de resgate dos mesmos. Em todas as oportunidades de atendimento, consultas, VD. Responsável: Profissionais da equipe.

Produziremos materiais impressos a ser reproduzido pela secretaria municipal de saúde para ser entregue nas escolas e divulgaremos a intervenção de HAS e DM

como doenças prevalentes no nosso meio e silenciosas. Nas atividades educativas desenvolvidas pela equipe. Responsável: profissionais da equipe

Continuaremos o atendimento aos grupos de usuários com HAS e/ou DM em dias específicos. Nos dias específicos de atendimento, e nas outras oportunidades que se mostrarem necessárias nas UBS ou nas VD. Responsável: médico/enfermeira.

Realizaremos encontros mensais com a equipe na UBS, para discutir sobre estes agravos e sua repercussão quando não acompanhadas adequadamente. Revisando estratégias, discutidos problemas e envolvimento da equipe como o projeto em todas as oportunidades. Criaremos grupo de usuários com HAS e DM com encontros mensais para discutir sobre as dificuldades e expectativas, nas UBS Morro Redondo e Caxingó. Todos os profissionais reuniram-se nas ultimas quartas e quintas de cada mês para a forma o grupo de usuários com HAS e/ou DM. Responsável: Médico

O médico e a enfermeira agendarão reunião com o gestor municipal e a coordenação da ESF para a apresentação do projeto, sua importância e para garantir a oferta dos impressos, fitas de glicemia, tensiômetros em maiores quantidades, medicações, disponibilizando os insumos necessários. Também a ampliação dos exames ofertados pelo município. Solicitaremos uma geladeira para o acondicionamento adequado da insulina quando existir condições adequadas na unidade.

Capacitaremos à equipe, nas reuniões semanais os protocolos do MS, uniformização das ações/orientações/assistência, acolhimento, para que todos os profissionais realizem a assistência qualificada. Os protocolos do MS devem ser seguidos pelos profissionais para que haja um atendimento segundo os parâmetros reconhecidamente eficazes. Serão capacitados sobre alimentação saudável, necessidade de atividade física, sobre malefícios do tabagismo e orientação de saúde bucal. Responsáveis: Médico, enfermeira e odontólogo.



### **3 Relatório da Intervenção**

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

Encerra-se aqui mais uma etapa do projeto de intervenção com o relatório final, o objetivo principal desta ação foi melhorar a atenção aos usuários portadores de HAS e/ou DM da nossa UBS, um olhar mais atencioso por parte de toda a equipe foi primordial para que ainda que todas as metas não fossem alcançadas, é questão de tempo para que as mesmas sejam atingidas, pois a semente foi plantada, é claro que muitas coisas fogem ao alcance de nossa equipe como foi sempre colocado ao longo do nosso trabalho, mas as que estão ao nosso alcance podem ser sempre revistas e melhoradas.

Nossos dados foram melhorados de forma significativa, tanto por parte da equipe como dos ACS que resgataram e incluíram no programa muitos usuários que necessitavam de atenção permanente por integrarem um importante grupo de risco. Assim hoje temos uma base de dados mais confiável com relação aos nossos usuários da área, alguns que ainda são resistentes a buscar o serviço estes são conhecidos e resgatados em tempo oportuno.

Como aqui não cabe a análise dos dados considero que as metas foram realizadas da melhor forma possível, dentro das possibilidades e limitações da equipe. Para a atenção saúde bucal, não considero que as mesmas foram realizadas integralmente, pois ainda que estratégias tenham sido traçadas as mesmas não alcançaram os objetivos almejados. Trabalhar na zona rural onde as dificuldades de deslocamento existem e o cuidado com a saúde bucal é deixado em segundo plano, pois se não existe dor a população acaba deixando de buscar acompanhamento, isso é complicado, o fator cultural é preponderante. Também encontramos muita resistência quando a mudança de hábitos para a realização de



atividades físicas, o sobrepeso é nossa realidade assim, como nas demais regiões do Brasil e o no mundo, portanto temos um fator de risco a mais que contribui e causas outras complicações.

Elenco como facilidade o trabalho em equipe que muito soma para qualquer atividade, claro que existem profissionais que abraçam com mais amor às novas empreitadas, outros que já estão cansados e reclamam que já faz muito trabalho. Assim sempre temos que levantar a moral da equipe, exaltar a sua contribuição e responsabilidade para com a comunidade que tem em seus profissionais de saúde confidentes, amigos, além de profissionais. As dificuldades podem ser vencidas quando não atenuadas desde que exista boa vontade e a contribuição sincera de cada um com o seu melhor.

Também ressalto a necessidade de uma melhor avaliação dos usuários com a oferta de todos os exames e de forma menos burocrática de que nossa atual realidade já que a condição financeira de muitos os torna arrimos de família, cuidadores com seus poucos rendimentos, em idade já avançada, são sobrecarregados com os cuidados de famílias que já não são mais suas, mas de netos/bisnetos, agregados, porém isso foge ao domínio da equipe. Não somos surdos as dificuldades da nossa população, o SUS não é o culpado, considero um sistema único no mundo que dá todas as garantias a população brasileira, uma pena que muitos desde direitos fiquem somente no papel, esbarram na má administração de muitos gestores ou na burocracia que penaliza tantas pessoas posso dizer que em especial a população pobre e desvalida.

Considero que melhoramos muita nossa identificação desses grupos trabalhado na intervenção, bem como passamos a ter um olhar mais atento e novas condutas que foram implementadas com a utilização dos novos protocolos, referentes aos cadernos do Ministério da Saúde números 35 e 36 como: a estratificação do risco cardiovascular e o encaminhamento para as consultas oftalmológicas. A sistematização da assistência aos usuários com HAS e DM e a ênfase sobre estes agravos em toda a equipe foram muito válidas, durante todo o processo desde o início do curso, pois ao comparar os dados existentes e os esperados mostrou-se uma divergência considerável nos números, e dessa constatação e discussão com a equipe surgiu a necessidade de buscar essas pessoas que eram portadoras destas doenças que podiam estar compensados, mas não eram acompanhadas por ninguém, estavam a contar com a própria sorte.

Acreditamos importante ressaltar que a maioria dos nossos casos novos de HAS e/ou DM foram captada por busca ativa, em visitas domiciliares agendadas pelos ACS, bem como pelo olhar mais atento aos prontuários, o trabalho da equipe é de muita importância. A visita domiciliar faz parte e diferença em nossa rotina semanal de trabalho (Figura 2, 3 e 4). Uma vez identificada a população que não procura o serviço são buscados ativamente nas visitas domiciliares, a receptividade foi muito boa por parte dos usuários, que se sentem valorizados e retornam com mudança de hábitos e seguimentos das orientações sobre atividade física, abandono do tabagismo e seguimento da terapia medicamentosa quando instituída.



**Figura 2** Fotografia de visita domiciliar a usuários com HAS e ou/ DM, da área de abrangência da UBS Caxingó.



**Figura 3** Fotografia visita domiciliar a família portadora de DM da área de abrangência da UBS Caxingó.



**Figura 4** Fotografia de visita domiciliar por médico e agente comunitária de saúde a usuários com HAS e ou/ DM, da área de abrangência da UBS Caxingó.

Durante a intervenção os exames foram solicitados, conforme a nossa realidade onde alguns exames não são ofertados, não são ofertados pelo nosso município exames proteinúria, exame de fundo de olho, mas têm sido orientados os usuários a respeito dos mesmos. As novas adesões têm sido receptivas aos diagnósticos, e também melhoramos nossos registros, pois ao revisar prontuários percebemos que muitos já apresentaram níveis pressóricos alterados, assim deveriam ter sido acompanhados adequadamente, ainda que estabilizados.

Nas semanas finais de intervenção enfrentamos grandes chuvas em nossa cidade, e a demanda na UBS foi menor devido a isso, pois algumas regiões encontram-se inacessíveis, pois a quantidade de chuvas foi represada em alguns locais os que dificultaram o deslocamento das pessoas (Figuras 5 e 6).



**Figura 5** Fotografia do acesso a UBS Caxingó em semana de chuvas, Corrente, Piauí.



**Figura 6** Fotografia de Enfermeira da UBS Caxingó pulando arame para sair da unidade após o atendimento.

A promoção da saúde foi constantemente incentivada com a orientação sobre a mudança de hábitos, abandono do tabagismo, prática de atividade física observamos que este é um hábito de difícil instituição, as pessoas têm muita dificuldade de aceitar a atividade física. É algo que devemos trabalhar cada vez mais

ênfase na comunidade. Encontro dificuldade em muitas vezes passar as orientações de forma simples às pessoas, pois seus níveis de escolaridade na maioria são baixos.

As orientações em saúde bucal foram realizadas de forma individual nas consultas medicas, de enfermagem e odontológicas, e também eram repassadas nos momentos coletivos, quando das reuniões em grupo, nos momentos em que a comunidade foi reunida como na campanha de coleta de exames de próstata após a coleta foi realizada pequena explanação sobre a intervenção, bem como nos momentos de acolhimento antes do atendimento, mas sempre de forma sucinta, devemos melhorar nossas atividades educativas envolvendo outros profissionais e fazendo uso melhor do profissional odontólogo que também integra nossa equipe. Assim realizamos apenas três atividades em grupo.

A avaliação dos pés foi realizada nas consultas tanto na unidade como nas visitas domiciliares, porém nas visitas encontramos algumas dificuldades como iluminação ruim, falta de local adequado, dificuldade sanada quando do retorno deste usuário a unidade.

O atendimento odontológico não funcionou a contento, falta mais organização do serviço por parte da gestão de nosso município, contamos com apenas dois dias para este trabalho para uma comunidade com mais de 1500 pessoas, com atendimentos semanais que não ultrapassam 20 pessoas, temos apenas uma gotinha no oceano, é uma falha grave que deve ser corrigida, mas que foge ao nosso poder como profissionais, a comunidade é ciente do problema, e tem cobrado a gestão neste sentido.

A comunidade sempre se mostrou muito receptiva ao trabalho da equipe e quando solicitada sempre se mostrou presente, não foi realizado nada específico para envolver os líderes, como um momento destinado a eles, falha que pretendemos corrigir posteriormente.



**Figura 7** Fotografia de Reunião de Equipe de ESF na UBS Caxingó.

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

Encontramos dificuldade em implementar algumas ações como produzir material educativo para trabalhar melhor com os grupos em atividades de detecção precoce dos usuários que não apresentam diagnóstico de HAS/DM, mas que podem vir a serem portadores das mesmas. Apesar disso, utilizamos o material que já existe, porém produzir algo nosso, da equipe seria muito prazeroso, e levaria em conta nossas especificidades, infelizmente ou felizmente nossa rotina diária não se resume só ao trabalho com estes grupos, e o tempo às vezes é artigo escasso para respirar, tomar fôlego e continuar. No entanto está será uma meta a ser perseguida.

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

A inserção dos dados foi relativamente fácil, não foi encontrada dificuldade no primeiro momento para inserir os usuários da intervenção, no entanto para atualizar necessitávamos de tempo, talvez fosse interessante encontrar outra forma de trabalhar a planilha, organizar por ordem alfabética, por exemplo, melhoraria a atualização da planilha, mas não é uma grande dificuldade, é só algo que poderia ser melhorado. As alterações que foram realizadas na planilha de dados a meu ver não acrescentaram nada a planilha anterior. A planilha é muita boa para trabalhar, não tenho reclamações.

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

As ações desenvolvidas na sua maioria dentro de nossas possibilidades como profissionais e que foram executadas continuarão a serem implementadas na nossa rotina, são todas viáveis, desde que consigamos a adesão dos principais atores deste ato, os portadores de tais acometimentos, como doenças crônicas, que muitas vezes são silenciosas em curto prazo além dos comprometimentos dos profissionais e o apoio da gestão. Ainda temos usuários que não buscam a UBS, nem sempre nossa voz de profissional de saúde é ouvida com a seriedade que necessita, e quando na tentativa de resgate, fogem aí só fazendo treinamento para busca ativa a usuários que fogem seriam engraçado, os usuários correndo e os profissionais atrás em igual disparada, gritando calma eu só quero verificar sua pressão. Também existem os usuários que fazem uso de álcool, aqueles que moram sozinhos e tem como apoio apenas vizinho. São desafios diários e discutidos entre equipe.

As parcerias podem também ser mais bem trabalhadas, pois temos muitos líderes na comunidade que tem vez e voz. Existe o desejo de longa dada de uma melhor estrutura física o que melhoraria nosso trabalho, pois ofertaria mais conforto tanto a comunidade como aos profissionais.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

Este projeto de intervenção foi executado dentro do curso de especialização em saúde da família para busca da melhoria da atenção ao Programa de HIPERDIA na UBS Caxingó, situada em uma zona rural do município Corrente, Estado de Piauí. Participaram da intervenção todos os usuários com HAS e/ou DM maiores de 20 anos de idade pertencentes à área de abrangência da UBS.

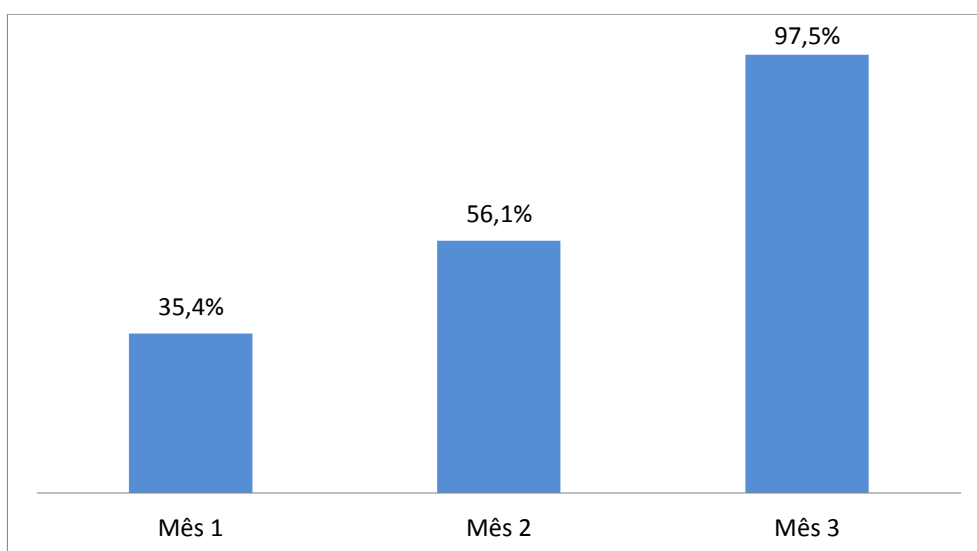
Contamos com uma população de 1.551 habitantes (790 pessoas do sexo masculino e 761 do feminino), onde a estimativa do número de usuários com HAS e/ou DM com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência estava longe da realidade conforme a estimativa da primeira etapa do curso, fato que desde sua constatação levou a necessidade de realizar busca ativa na comunidade destes usuários na nossa área de trabalho, depois das análises com a equipe de saúde. De acordo com o caderno das ações era esperado que deveríamos ter 311 portadores de HAS e 89 com DM. A população alvo da ação programática, HAS e DM, no entanto possuíamos em nossos cadastros, 153(49,1%) hipertensos e 43(48,3%) diabético. Para a realização da intervenção consideramos a estimativa da planilha de coleta de dados, que era de 237 para HAS e 58 para DM. Conseguimos cadastrar durante a intervenção um total de 231(97,5%) usuários com HAS e 49(92,5%) com DM é significativo o número de usuários que são portadores das duas doenças (48). Com os resultados obtidos alcançamos a meta de cobertura proposta de 70%. Abaixo faremos a análise dos indicadores comparando-os com as metas e examinando a evolução ao longo da intervenção, descrevendo o grau de implementação das ações propostas.



**Objetivo 1: Ampliar a cobertura a pessoas com HAS e/ou DM.****Meta 1.1 Cadastrar 70% das pessoas com HAS no Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS.**

Diante da disparidade da nossa realidade o trabalho partiu de estimativas que pudessem ser alcançadas e melhoradas ao longo do tempo, a meta estipulada para o cadastro da população alvo foi de 70%, assim no primeiro mês alcançamos a metade da meta estipulada, no segundo mês tivemos um acréscimo de 20%, e ao fim atingimos a meta. A meta evolui no primeiro mês com 84 (35,4%) hipertensos inscritos no programa, em seguida evoluímos para o acompanhamento de 133 (56,1%) usuários portadores de hipertensão e por fim 231 (97,5%), dados apresentados na (Figura 8).

Foram facilitares do quase alcance da meta o apoio e comprometimento da equipe de saúde, a estrutura do apoio da secretaria que ainda que deixe a desejar em alguns aspectos, como a não oferta de todos os exames para avaliação dos usuários, não demora na marcação e realização dos mesmos. Os fatores que dificultaram foram o acesso a unidade nos dias de chuva, as festas de fim de ano, a existência de área sem cobertura de ACS, e a mudança de outro ACS de microárea, e dois profissionais de férias nos meses de novembro e dezembro.



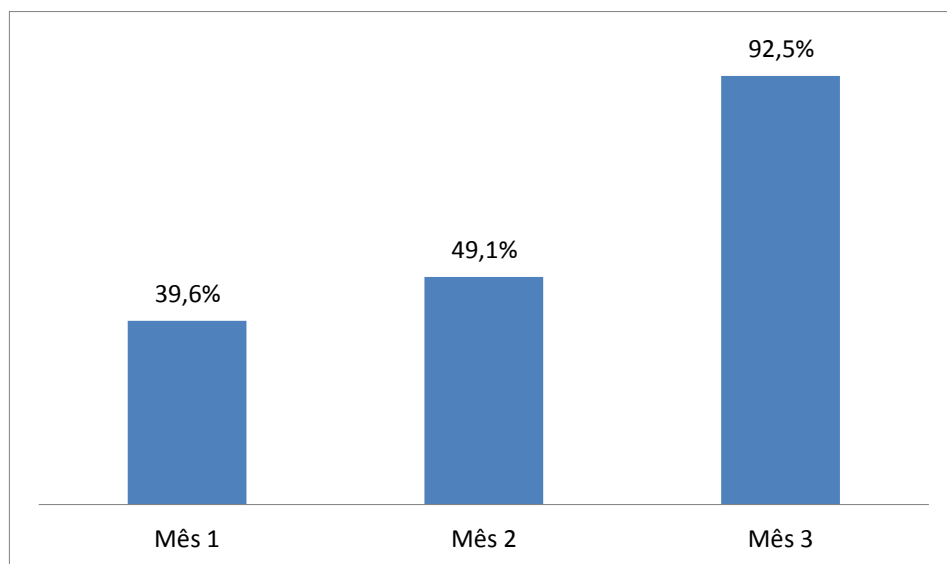
**Figura 8** Gráfico Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na unidade de saúde Caxingó, Corrente/PI.

**Objetivo1: Ampliar a cobertura a pessoas com HAS e/ou DM.**

### **Meta 1.2 Cadastrar 70% das pessoas com DM no Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS.**

Para a meta 1.2 no primeiro mês alcançamos um percentual de 21(39,6%) da meta estipulada em 70%, no mês seguinte partimos para melhoras de aproximadamente 10 pontos percentuais, cadastramos 26(49,1%) dos usuários com DM da área; e por fim contabilizamos 49(92,5%) de cobertura para DM (Figura 9). Tivemos uma evolução significativa dos números dentro do planejamento ainda que a totalidade da mesma não tenha sido atingida.

Para atingir esta meta foram facilitares os itens acima elencados nos indicadores para os portadores de hipertensão assim como os itens que dificultaram o alcance da mesma. Cabe notar que observamos uma maior resistência nos portadores de diabetes em comparecer nas consultas, os mesmos apresentam falhas no uso da medicação, acompanhamento dos exames e seguimento pela equipe.



**Figura 9** Gráfico Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na UBS Caxingó, Corrente-PI. 2016

Para este indicador todos os usuários foram avaliados clinicamente pelo médico/enfermeira, assim obtivemos 100% de qualidade em todos os três meses de intervenção. Dessa forma a meta foi atingida.

A sistematização da assistência no início causou dificuldade pelo excesso de papel e controles a serem preenchidos, dificuldade logo superada pela equipe, que com o engajamento de todos os profissionais.

**Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com HAS e à DM.**

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

O comentário do indicador acima também é pertinente neste item quanto ao acompanhamento dos portadores de diabetes, durante os três meses de intervenção realizamos exames clínicos em todos os usuários acompanhados.

A meta foi atingida quase aos 100% dos usuários avaliados clinicamente em todos os meses de intervenção, pelo médico e enfermeira conforme o protocolo. No primeiro mês 21(100%), no segundo mês 25(100%) e no terceiro mês 48(100%). Desde o início da intervenção o olhar mais atento pela equipe levou aos profissionais avaliarem melhor o grupo alvo.

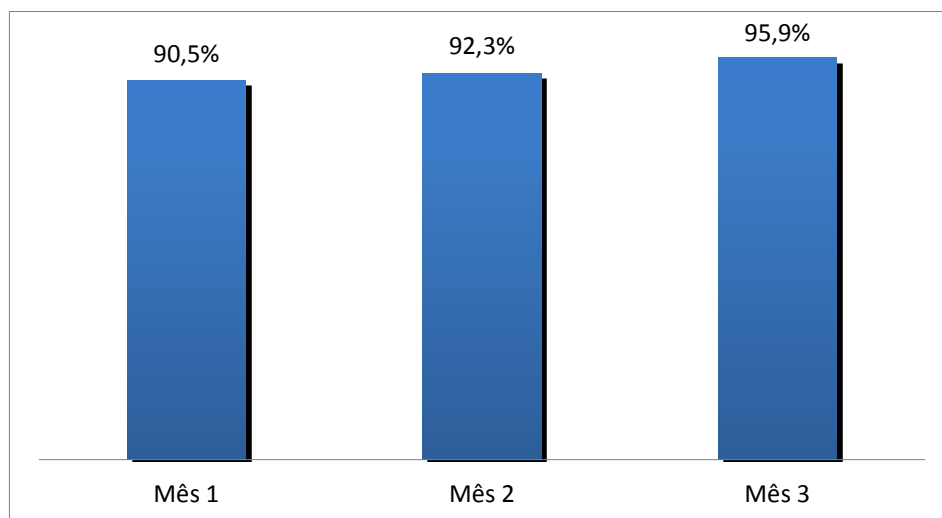
**Objetivo 2. Objetivo: Ampliar a cobertura a pessoas com HAS e/ou DM.**

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

A meta estipulada não foi atingida, oscilamos entre 90 e 95% da porcentagem pretendida, o que mostra que devemos melhorar este indicador e orientar cada vez mais o usuário com DM para o comparecimento das consultas na unidade, pois lá temos o ambiente mais adequado para realizar os exames. Ressalto que temos uma usuária com amputação de ambos os membros e a planilha não oferece o campo para aloca-la assim não cabe a resposta sim ou não a ela, o que é falha na avaliação da mesma.

O engajamento da equipe foi um facilitador e como dificuldades destacam a resistência destes usuários a comparecer as consultas e a existência de uma área descoberta, os eventos climáticos e férias dos profissionais que dificultaram o acesso dos mesmos a UBS. No primeiro mês de intervenção 19 (90,5%) usuários

com DM tiveram os pés avaliados, no segundo mês 24(92,3) e finalizamos a intervenção com 47(95,9%) pessoas com pés avaliados (Figura 10).



**Figura 10** Gráfico Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia na UBS Caxingó, Corrente-PI. 2016

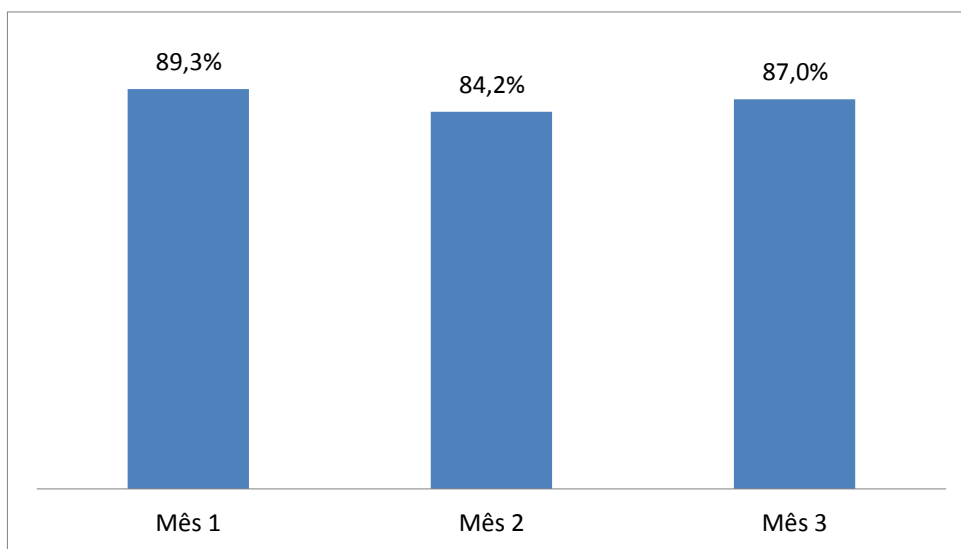
## **Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com HAS e à DM.**

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

Para a meta 2.4, tivemos 75(89,3%) dos usuários com exames complementares realizados no primeiro mês de intervenção, seguidos de 112(84,2%) no segundo mês e 201(87%) para o último mês de intervenção (Figura 11). A meta de 100% não foi atingida, evoluímos de 89%, caímos para 84% e voltamos a melhorar no mês seguinte, mas não atingindo o esperado. Existem usuários que foram resgatados por meio da busca ativa em visitas domiciliares, quando do resgate percebe-se que os mesmos abandonaram a UBS, tem dificuldade de aceitar a doença, assim não realizam os exames e acompanhamentos adequados, não fazem uso de medicação, bem como outras tantas dificuldades relatadas durante os diários de intervenção.

Foi facilitador a busca dos usuários que abandonaram a unidade pela equipe, a disponibilidade de oferta de exames pela Secretaria de Saúde do município, e um fator que dificulta o trabalho é muitas vezes a falta de conhecimento da população quando da importância desta doença em nosso meio, assim a não valorização da

mesma faz com que alguns usuários não realizem os exames adequadamente. Também temos usuários idosos que não possuem cuidadores, e a dificuldade de deslocamento dos mesmos da zona rural para a zona urbana, o pouco poder aquisitivo soma-se ao não alcance da meta.



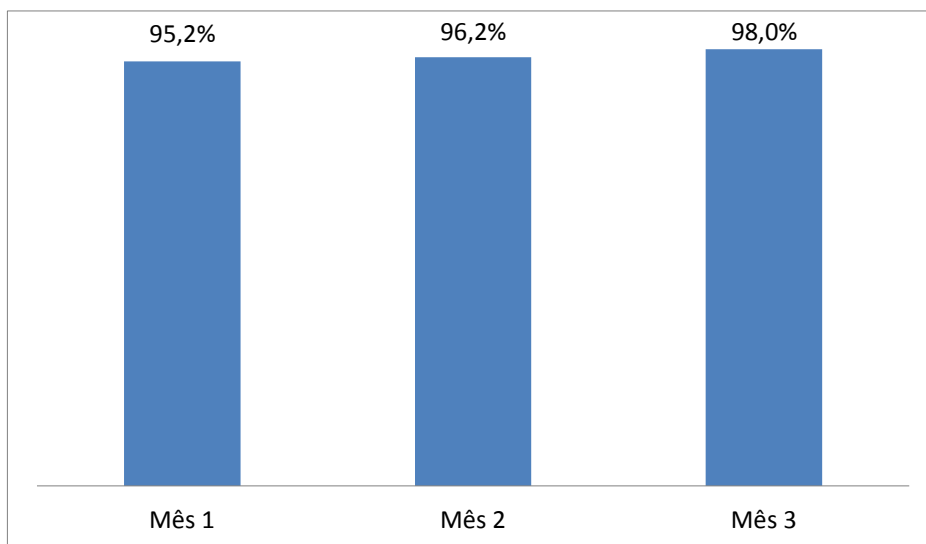
**Figura 11** Gráfico Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Caxingó, Corrente-PI. 2016

**Objetivo 2. : Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com HAS e à DM.**

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

Neste indicador temos melhores resultados que no anterior, com variações entre 95 e 98%, mesmo que os diabéticos sejam mais resistentes ao acompanhamento adequado, os mesmos quando comparecem as consultas tem seus exames em dia na maioria das vezes. No primeiro mês de intervenção 20 (95,2%) dos usuários estavam com exames complementares em dia, seguidos de 25 (96,2%) no segundo mês e 48 (98%) no terceiro (Figura 12). Em nosso município nem todos os exames são ofertados, e nossa população não possui poder aquisitivo para dispor dos mesmos muitas vezes, entre outras dificuldades que se somam.

Foi facilitador como já relatado o engajamento da equipe e como dificuldade a não oferta de todos os exames pelo município, e o pouco poder aquisitivo de nossa população.



**Figura 12** Gráfico Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Caxingó, Corrente-PI

## **Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com HAS e à DM.**

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

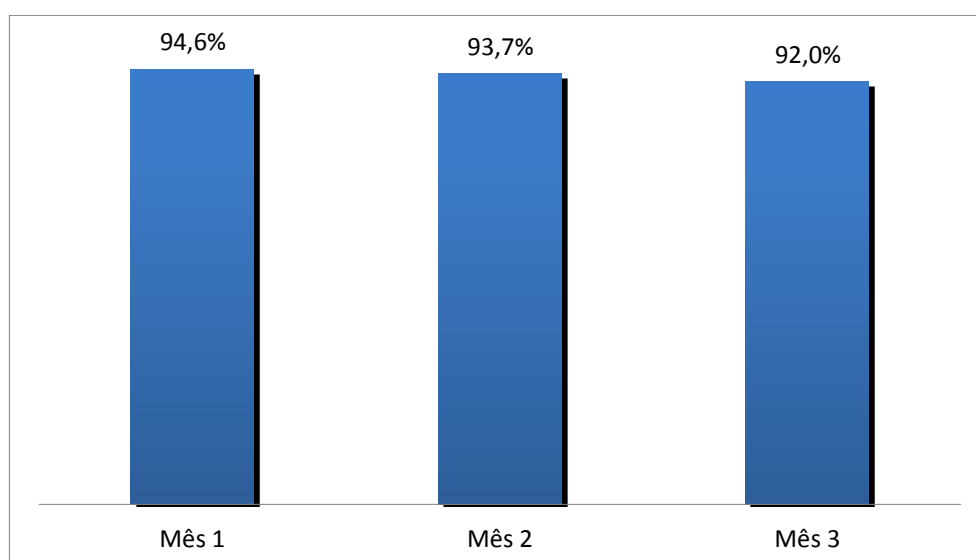
A meta 2.6 não foi atingida, mas foi bem significativa. Conforme o protocolo de hipertensão é dada prioridade a prescrição medicamentosa dos itens fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, porém ressaltamos que existem usuários que não apresentam uma boa resposta farmacológica mesmo com a implementação de mais de uma droga ou modificação de drogas, mostrando-se assim com níveis tensionais sempre elevados. Na nossa realidade possuímos uma cardiologista para a qual estes usuários são encaminhados quando estão resistentes a medicação, um suporte muito bem-vindo como apoio para o nosso serviço, assim a prescrição do especialista dificilmente é contrariada contra a pertinência de medicamentos disponíveis no setor público.

Outro item que também influencia nosso dado é que muitos usuários possuem familiares em grandes centros, assim tem acesso a outros serviços maiores com uma oferta maior de medicação, assim voltam com prescrições diversas, que como são bem toleradas, estão sem efeitos adversos, não são alterados caso não seja necessário ajustar a dose ou fazer sua suspensão após avaliação clínica.

No primeiro mês de intervenção 70(94,6%) pessoas com HAS estavam com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, seguida de 104 (93,7%) no segundo mês e 183(92%) no terceiro (Figura 13).

Formam fatores que influenciaram positivamente a oferta de muitos medicamentos pela UBS, bem como levá-los nas visitas domiciliares para distribuir nas buscas ativas, a existência da cardiologista no município.

Foram fatores que prejudicaram em alguns momentos pontuais a ausência dos medicamentos assim como a dificuldade de alguns usuários fazerem uso correto das medicações, e alguns usuários que tem dificuldade para buscá-las.



**Figura 13** Gráfico Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Caxingó. Corrente-PI

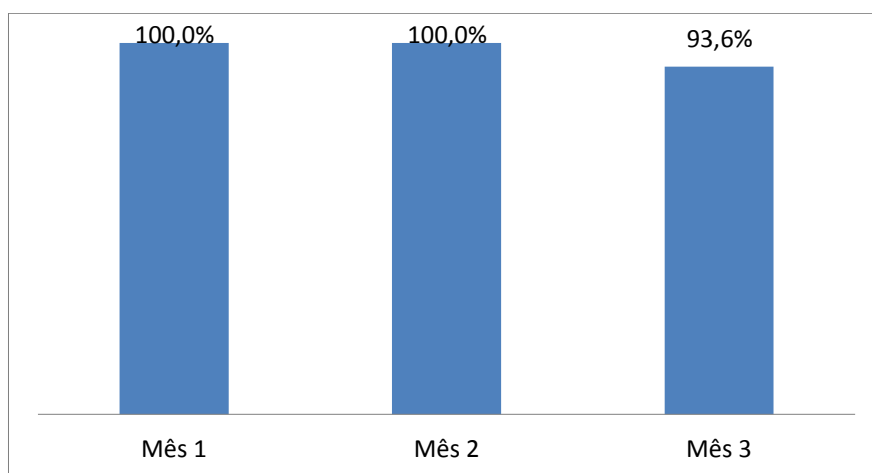
## **Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com HAS e à DM.**

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

A meta foi atingida nos meses 1 e 2 da intervenção com 100% dos usuários com medicação da farmácia popular, no último mês dos 47 acompanhados 44(93,6%) tinham medicamentos prescritos da farmácia básica. Essa queda de 7 pontos percentuais provavelmente foram usuários que retornaram de outros serviços com prescrição alterada. No primeiro mês de intervenção 19(100%) pessoas com DM estavam com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, seguida de 24(100%) no segundo mês e 44(96,6%) no terceiro (Figura 14).

Facilitaram a oferta de vários medicamentos no serviço da farmácia básica, ainda que a mesma pudesse ser complementada com drogas mais modernas, existiram faltas pontuais em alguns momentos, também contamos no nosso serviço com um endocrinologista aos qual referenciamos os usuários que se encontram com níveis glicêmicos fora dos valores normais.

A meta de atingir os 100% deve ser sempre perseguida, mas existem fatores alheios ao poder da equipe, assim acredito que ao realizar a intervenção e colocar em uma planilha os dados contamos com um grande auxiliar para continuar com estes bons índices e melhora-los ainda mais.



**Figura 14** Gráfico Proporção de pessoas com Diabetes com prescrição de medicamento da Farmácia popular/Hiperdia na UBS Caxingó, Corrente/Piauí.

**Objetivo 2 : Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com HAS e à DM.**

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

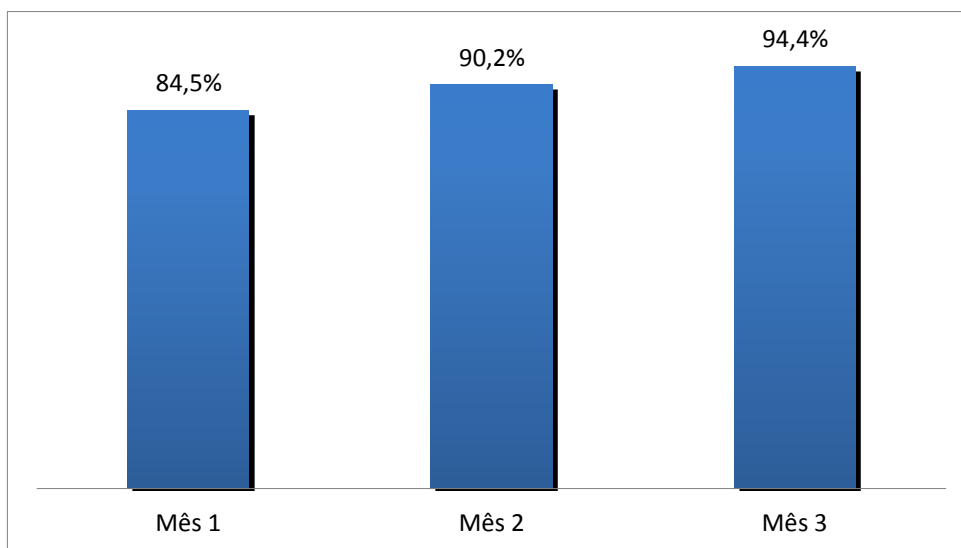
A meta não foi atingida neste período. Os percentuais evoluíram com o passar dos meses, no primeiro mês 71(84,5%) pessoas com HAS tiveram avaliada



a necessidade de atendimento odontológico, seguidos de 120(90,2%) no segundo mês e 218(94,4%) no terceiro (Figura 15). Este indicador trabalhou a necessidade de avaliação odontológica, assim era questionado quando do último atendimento e na maioria das vezes a resposta era qual a necessidade, pois não havia dor, é sabido entre todo o grande vácuo assistencial que a saúde bucal enfrenta no Brasil. Infelizmente muitos só procuram o serviço para tratar o que já muitas vezes não pode ser tratado, na população idosa a ausência de dentes é uma constante em quase 100% dos usuários.

É um dado triste, mas é a realidade com a qual nos deparamos, o encaminhamento foi realizado porem muitos usuários, não realizaram a consulta odontológica, por não conseguirem marcação, o acesso difícil por parte das mesmas, a falta de organização do nosso serviço que deixa a desejar por motivos alheios a nossa vontade e com o qual não temos armas para lutar.

Assim temos um dado pouco significativo neste indicador, pois ainda que 100% da meta tivessem sido atingidas, não refletiria a realidade do atendimento realizado.

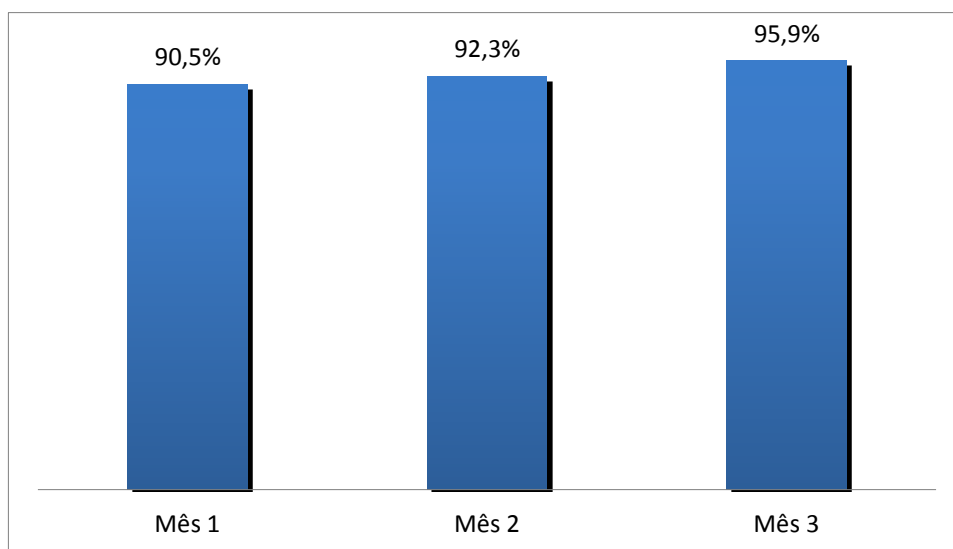


**Figura 15** Gráfico Proporção de pessoas com Hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Caxingó. , Corrente/Piauí

## **Objetivo 2 Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com HAS e à DM.**

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

Os comentários do indicador 2.8 continuam válidos para avaliar o indicador 2.9 que se refere a avaliação da necessidade de atendimento odontológico entre os portadores de diabetes. Tivemos uma variação entre 90 e 95%, nossa meta não foi atingida, no primeiro mês 19(90,5%) dos usuários com DM tiveram avaliação realizada, seguidos de 24(92,3%) no segundo mês e 47(95,9%) no terceiro. (Figura 16)



**Figura 16** Gráfico Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Caxingó, Corrente/Piauí

### **Objetivo 3: Melhorar a adesão de pessoas com HAS e à DM**

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

A meta 3.1 foi atingida, pois o serviço organizou com uma atenção maior ao grupo da intervenção assim, todos os usuários faltosos foram 10 usuários faltaram no segundo mês e 12 no terceiro mês, mas todos foram resgatados, como nos reuníamos semanalmente eram possíveis, resgatar estes usuários por meio da visita domiciliar do ACS e quando da impossibilidade do deslocamento do mesmo, a visita da equipe era agendada pelo qual sempre fizemos os impossíveis para não tem faltosos, foi muito difícil mas deu certo, com ajuda de meu equipe e a participação da comunidade.

Foi um facilitador a cooperação e empenho de toda a equipe, os fatores ambientais como a chuva e o calor foram itens que levaram em alguns momentos ao

desânimo por parte de alguns profissionais da equipe, pelas condições de trabalho, pois o acesso em muitos lugares era difícil, não contamos com carro com ar condicionado, não levamos água, muitas vezes chegávamos fora do nosso horário normal pela distância de algumas localidades o que causava apreensão em nossas famílias.

**Objetivo: 3 Melhorar a adesão de pessoas com HAS e à DM.**

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

A meta de 100% foi atingida, pois o serviço organizou com uma atenção maior ao grupo da intervenção assim, verificamos quais usuários estavam faltantes as consultas e foi realizada busca ativa a todos, e como nos reuníamos semanalmente era possíveis, resgatar estes usuários por meio da visita domiciliar do ACS e quando da impossibilidade do deslocamento do mesmo, a visita da equipe era agendada.

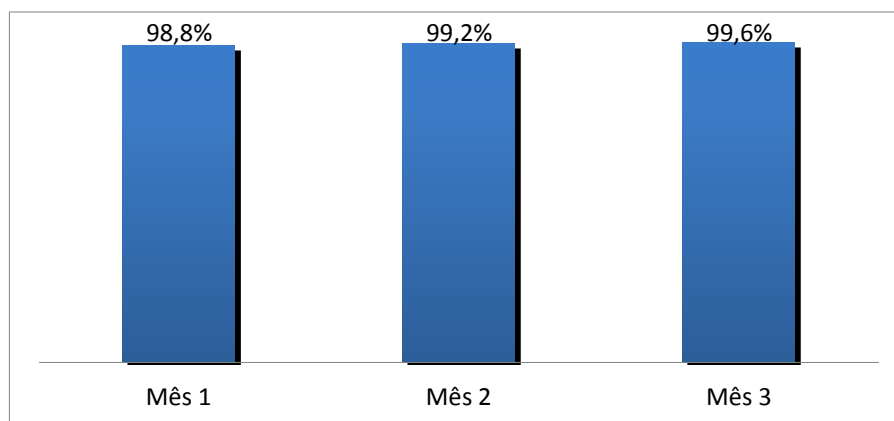
**Objetivo: 4 Melhorar o registro das informaçãoe**

**Meta: 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com HAS**

Para a meta 4.1 tivemos no primeiro mês de intervenção 83 (98,8%) pessoas com HAS e com registros adequados, seguidos de 132(99,2%) no segundo mês e 230(99,6%) no terceiro. Ao longo da intervenção e a rotina do uso das fichas diminuíram as falhas do registro.

A meta não foi atingida como já foi pontuado, existe muito a ser realizado, não apenas as fichas de intervenção, mas prontuário, receitas e fichas de exames como infelizmente não contamos com um serviço informatizado tudo é feito manualmente assim ainda temos também a ficha de produtividade diária. Esse elevado número de folhas a ser preenchido produz estresse mental, o que levou algumas vezes ao não registro de alguns dados, o que quando percebido logo era buscado em prontuário.

A cooperação da equipe e um olhar mais atento por parte dos profissionais minimizaram as falhas. A inexistência de um serviço informatizado fez com que tempo fosse perdido, tempo este que seria melhor aproveitado com os usuários e não com papeis.



**Figura17** Gráfico Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento, UBS Caxingó. Corrente/Piauí

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

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

Neste indicador todos os usuários com DM tiveram sua ficha preenchida adequadamente, portanto o indicador foi atingido em 100% durante os três meses. No primeiro mês de intervenção 21(100%), no segundo mês 26(100%) e no terceiro mês 49(100%),usuários portadores de diabetes com registros adequados. Foram fatores positivos o comprometimento da equipe para o preenchimento adequado da equipe.

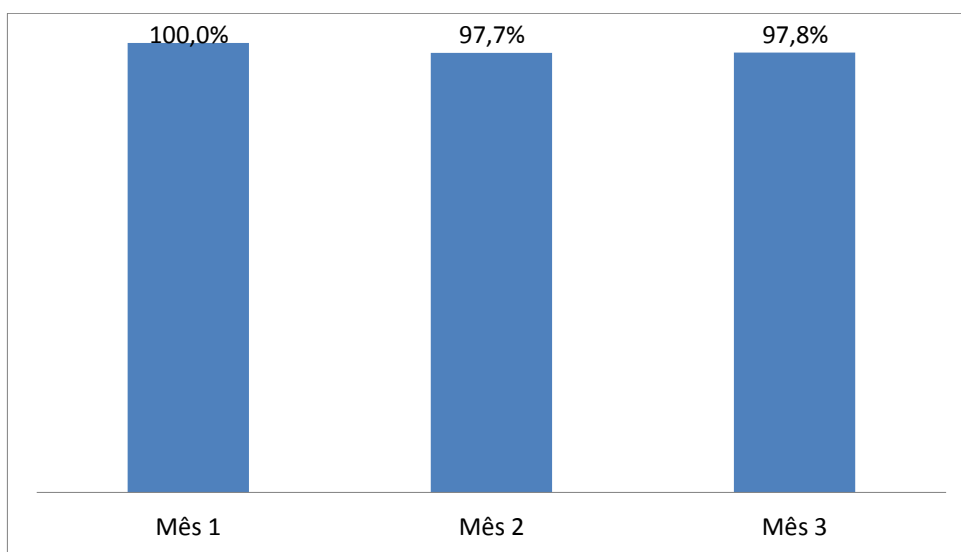
**Objetivo:5 Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com HAS e/ou DM**

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

Nossa meta 5.1 não foi atingida variando com dados entre 98 e 100%. No primeiro mês todos os usuários com HAS acompanhados tiveram estratificação de risco realizada 84(100%), seguidos de 130(97,7%) no segundo mês e 226(97,8%) no terceiro (Figura 18). Acredito que foi relevante a inclusão desse indicador, pois era algo que não executávamos antes na nossa rotina de trabalho, algo que é implementado desde então e continuará fazendo parte da nossa sistematização.

Este indicador é um novo parâmetro incluído no nosso atendimento desde a intervenção, pois sua confiabilidade consegue estratificar o risco cardiovascular dos portadores de HAS e levar a um acompanhamento singular com relação aos que possuem fatores de risco elevado. Assim este indicador deve ser priorizado sempre e reavaliado em todas as consultas quando houver alterações nos fatores que alterem o risco cardiovascular para mais.

Influenciou positivamente o empenho dos profissionais, dificultou ainda à estratificação a ausência de exames em dia por parte de alguns usuários, quando retornarem com os mesmos serão reavaliados.



**Figura18.** Gráfico Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia Corrente/Piauí

**Objetivo: 5 Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com HAS e/ou DM**

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

A meta 5.2 foi atingida graças ao empenho dos profissionais, obtivemos 100% em todos os meses de intervenção. No primeiro mês 21(100%), no segundo mês 26(100%) e no terceiro mês 49(100%). Os portadores de diabetes atingiram melhores percentuais com todos os usuários que participaram da intervenção com avaliação do risco cardiovascular realizado nas consultas tanto nas consultas de enfermagem como na consulta médica.

**Objetivo: 6 Promover a saúde a pessoas com HAS e à DM**

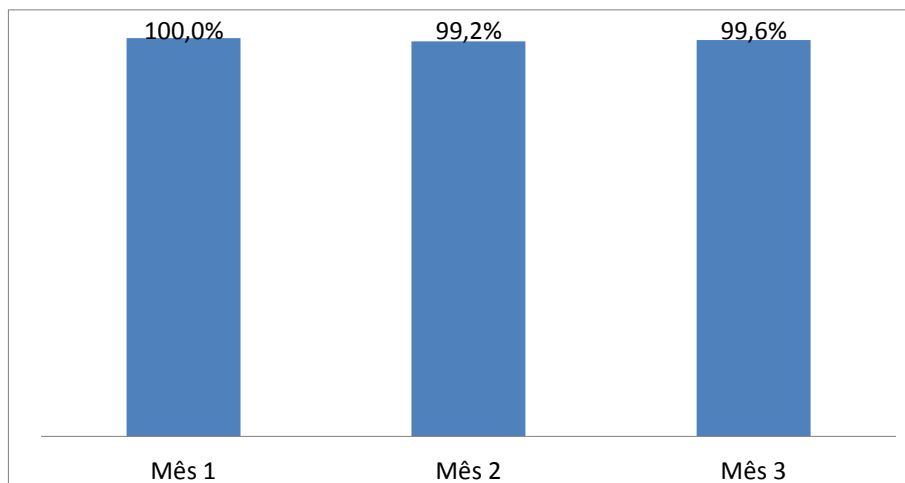
**Meta: 6.1 Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com HAS.**

Este indicador é realmente pertinente e a nossa meta foi atingida nos meses 1 e 3 com variação no mês 2. A obesidade é um problema relevante no mundo atual, os péssimos hábitos alimentares das pessoas com um grande consumo de carboidratos e carnes vermelhas é uma realidade, a aquisição de frutas e verduras não é possível a todos e nem todos contam com hortas em casa, e a disponibilidade de água também é difícil para algumas localidades.

As orientações nutricionais sempre foram realizadas na rotina das consultas, porém muitos usuários são resistentes a mudar hábitos alimentares, acreditam que apenas o uso da medicação é suficiente para manter suas taxas normais, o que sabemos que não é verdade.

O engajamento da equipe e comprometimento dos profissionais é fundamental para o alcance de qualquer meta, e como dificuldade temos o não entendimento da população para fundamental importância da mudança de hábitos alimentares.

No primeiro mês de intervenção 84 (100%) usuários com HAS receberam orientações nutricionais, seguidos de 132 (99,2%) no segundo mês e 23 (100%) no terceiro (Figura 22).



**Figura19** Gráfico Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS Caxingó. Corrente/Piauí

**Objetivo: 6 Promover a saúde a pessoas com HAS e à DM.**

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

A meta neste indicador foi atingida com 100% dos portadores de diabetes. No primeiro mês 21(100%), no segundo mês 26(100%) e no terceiro mês 49(100%). Orientados sobre alimentação saudável, com a orientação de substituição da alimentação que faz parte da sua rotina por substituições mais saudáveis.

Ao tratar das doenças crônicas o estilo de vida deve ser sempre considerado, pois fica impossível alcançar controles dos índices glicêmicos apenas com medicação, o controle de peso, alimentação saudável e prática de atividade física somam-se para uma melhor qualidade de vida.

**Objetivo: 6 Promover a saúde a pessoas com HAS e à DM.**

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

Este indicador é interessante, pois atingimos 100% da meta nas consultas médicas e de enfermagem, no primeiro mês 84(100%), no segundo mês 133(100%) e no terceiro mês 231(100%). porém não é um indicador que reflete resultados suficientes, é ainda uma prática pouco adotada por nossos usuários pois muitos são

resistentes a praticar atividades físicas. Muitas desculpas são oferecidas, o reforço por parte de toda equipe é realizado, porém o livre arbítrio do usuário impede que as mesmas sejam implementadas. O nosso poder de convencimento só vai até onde o usuário permite, porém não podemos desistir da orientação sobre a prática de atividade física.

**Objetivo: 6 : Promover a saúde a pessoas com HAS e à DM.**

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

No grupo de usuários com DM nossa meta de 100% também foi atingida, todos usuários com DM foram orientados, atingimos 100% em todos os meses. No primeiro mês 21(100%), no segundo mês 26(100%) e no terceiro mês 49(100%). Porém não reflete a realidade de prática de atividade física pelos portadores de DM, pelos mesmos motivos descritos no indicador 6.3.

**Objetivo: 6 Promover a saúde a pessoas com HAS e à DM.**

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

Todos os usuários de nossa unidade receberam informações sobre o risco do uso do fumo, atingimos 100% em todos os três meses de intervenção. No primeiro mês 84(100%), no segundo mês 133(100%) e no terceiro mês 231(100%). Ainda é um hábito cultivado em nossa população, mais prevalente no grupo masculino que fazem seu uso em conjunto com o consumo de álcool, infelizmente é uma realidade de alguns portadores de HAS, que são resistentes ao tratamento e mudança de hábitos nada saudáveis e que ainda aumentam o risco para si e as pessoas do ambiente familiar que tornam-se fumantes passivos.

**Objetivo: 6 Promover a saúde a pessoas com HAS e à DM.**

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



A meta de 100% foi atingida para os usuários com DM acompanhados pela ESF Caxingó, tivemos 49(100%) dos portadores de DM orientados sobre os riscos do tabagismo. Foi fator de sucesso o comprometimento da equipe para orientar estes usuários. Este indicador também atingiu 100% da meta nos três meses de intervenção com todos os usuários com DM. no primeiro mês 21(100%), no segundo mês 26(100%) e no terceiro mês 49(100%). orientados sobre a importância de deixar este hábito nocivo e pelo menos reduzir seu consumo, os usuários foram informados da existência do CAPS com seu programa de controle de tabagismo.

**Objetivo: 6 Promover a saúde a pessoas com HAS e à DM.**

**Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com HAS**

Este indicador teve sua meta atingida com 100% dos usuários com HAS orientados para a importância do cuidado sobre a saúde bucal em todos os meses da intervenção. São números de usuários atendido nos meses 1,2,3 respectivamente no primeiro mês 84(100%), no segundo mês 133(100%) e no terceiro mês 231(100%), assim contribuiu para o alcance da meta o envolvimento dos profissionais da equipe de saúde médico e enfermeiro, o odontólogo que não é incluído nesta ficha também somou-se a este trabalho.

**Objetivo: 6 Promover a saúde a pessoas com HAS e à DM.**

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

Para DM, todos os usuários foram orientados sobre a importância do cuidado com a higiene bucal. Alcançamos 49(100%) de orientação nos três meses de intervenção, para isso foi de fundamental importância o engajamento da equipe ainda que a orientação não signifique uma verdadeira mudança de hábitos e acesso a atendimento odontológico.

## **4.2 Discussão**

A intervenção nos grupos portadores dos agravos hipertensão e diabetes, na UBS Caxingó, localizada na Zona Rural do município de Corrente propiciou a ampliação da cobertura da atenção a estes usuários focada na atenção humanizada voltada pra estes. Além disso, propiciou a melhoria dos registros e a qualificação da atenção por parte dos profissionais que reviram os conhecimentos e agregaram novos protocolos, como implementação da classificação de risco e estabelecendo a prioridade de atendimentos.

A mudança de hábitos e estilo de vida de nossos usuários com HAS e/ou DM também foi meta buscada durante a execução deste projeto para prevenir as complicações e seqüelas e evitando-se assim uma carga social para os familiares e sociedade em sentido geral com os custos ao sistema de saúde com problemas que poderiam ter sido previstos. A comunidade passou a ser mais bem assistida pela equipe não negando a responsabilidade pessoal que também cabe cada usuário tem com seu tratamento. Dessa forma a intervenção foi de grande valia para a comunidade. Minimizar os fatores de riscos que são comuns para essas doenças deve ser prioridade no dia a dia do trabalho na nossa realidade. Sabemos que fatores de risco como, a obesidade, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, tabagismo, sedentarismos e dieta inadequada (consumo excessivo de sal, gorduras e carboidratos) devem ser trabalhados na comunidade desde a escola até as faixas etárias maiores seja nos programas da Saúde na Escola ou no programa de planejamento familiar. Estas doenças não devem ser menosprezadas.

Referente à importância da intervenção para a equipe, destacamos a capacitação realizada para os profissionais na busca de atualizar seus conhecimentos e agregando os novos protocolos do Ministério da Saúde relativos ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da HAS e/ou DM concebidas para atenção dos portadores destas doenças. Realizamos entre a equipe encontros em grupo, discussões, consolidando o trabalho em conjunto, todos os profissionais são importantes para o trabalho coletivo. O processo de aprendizagem da equipe não partiu “do nada”, pois todo já tem conhecimentos condizentes com seus graus técnicos, não temos folhas em brancos, existem também já preconceitos em nossa comunidade que devem ser trabalhados para melhorar os indicadores que foram propostos no trabalho, um olhar sensível é fundamental para intervir entre as pessoas que recebem nossos cuidados.

Quanto a importância da intervenção para o serviço destaco as atividades de atenção referente à HAS e DM que foram realizadas por toda a equipe. As consultas ficaram a cargo do médico, enfermeira e odontólogo, as aferições com a técnica de enfermagem, as visitas com os ACS bem como os outros profissionais da equipe a exceção do odontólogo, assim nossas atividades desenvolviam-se na estrutura da UBS no campo. Considero que assim conseguimos otimizar o trabalho e organizar a logística de atendimento a este programa.

Os registros foram realizados pelo médico e enfermeira, em impresso previamente copiado pela Secretaria Municipal de Saúde e preenchido nos atendimentos de rotina na UBS: em atendimento de livre demanda, agendamentos ou buscas ativas. Semanalmente havia revisão dos preenchimentos a fim de serem lançados os dados na planilha de coleta de dados para posterior tabulação.

O agendamento dos usuários alvo facilitou a otimização da agenda, com isso diminuindo a grande demanda espontânea, que ainda existe e sempre existirá, cabe ressaltar que estes usuários não deixam de ser atendidos e orientados ainda que compareçam ao serviço em dias diversos. A classificação de risco dos usuários com HAS e/ou DM tem sido importante para demonstrar a priorização do atendimento dos mesmos, este novo protocolo permite um olhar mais atento aos usuários com fatores de risco que exacerbem suas complicações a curto, médio prazo.

Apesar da ampliação da cobertura do programa, ainda existem usuários com HAS e/ou DM sem cobertura, pois nossos dados são divergentes entre a população cadastrada e a prevista pelo caderno de ações programáticas. Assim, ainda existem usuários a serem cobertos, portanto é preciso continuar realizando palestras, oficinas, buscando/resgatando faltosos, realizando cadastramento para conseguir conquistar estes usuários e mantê-los cientes da importância destas doenças tão prevalentes em nosso meio.

O impacto da intervenção e a importância da mesma para a comunidade reflete-se em um melhor atendimento prestado aos portadores dessas doenças com a sistematização da assistência, assim é muito positiva a intervenção pois unifica os cuidados por partes dos profissionais que passam a falar a mesma língua, consecutivamente prestam um melhor atendimento.

Caso fosse realizar a intervenção novamente a forma de trabalho não seria mudada, apesar de alguns indicadores não serem alcançados, fizemos o melhor

dentro de nossas possibilidades. Seria interessante envolver mais a comunidade, um evento grande na escola, envolvendo pais e alunos, pois acredito que quando trabalhamos com as crianças e consolidamos ensinamentos sólidos, estes são melhor absorvidos. Percebo muita relutância na prática de atividade física por parte das pessoas da zona rural, esse indicador deve ser perseguido e melhorado, mas como coloco mudar hábitos antigos é muito mais difícil.

Sobre a viabilidade de incorporar a intervenção à rotina do serviço, nossa equipe continuará as ações previstas na intervenção dentro da rotina dos nossos atendimentos. Para que isso seja possível, iremos continuar com os agendamentos, as visitas domiciliares, o seguimento dos protocolos, as atividades sobre estas doenças na comunidade em vários momentos, além de um olhar mais atento aos nossos registros, pois muitos usuários foram resgatados, através das pesquisas ativa em nossos registros.

As visitas domiciliares serão realizadas quinzenalmente, a busca de faltosos, com a participação ativa dos ACS. Continuaremos solicitando apoio à gestão, para a disponibilização de material necessário, como também a garantia de medicamentos, exames além dos existentes a oferta dos que ainda não são disponibilizados.

Continuaremos trabalhando com as fichas-espelho para HAS e DM, e a planilha de dados para facilitar a configuração dos dados e como eles podem ser melhorados, sendo possível monitorizar os indicadores que tínhamos traçado como metas. Temos uma microárea que se encontra sem cobertura de ACS, assim temos uma nova frente de trabalho para implementar a intervenção e assim também melhorarmos nossos indicadores.

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

Prezados gestores,

Com o objetivo de capacitar os profissionais da Estratégia Saúde da Família do SUS e promover o aprimoramento da gestão e da organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde, a qualificação da prática clínica, a institucionalização da avaliação e monitoramento em saúde, a cidadania e a participação social, surgiu, em 2010, a proposta do Ministério da Saúde de ofertar a especialização em saúde da família em larga escala, por meio da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) em parceria com instituições públicas de educação superior e credenciadas pelo Ministério da Educação. Por esta razão a Universidade Federal de Pelotas através do Departamento de Medicina Social, lançou, em 2011, a Especialização em Saúde da Família, na modalidade à distância, incorporados na mesma os profissionais que participam do Programa Mais Médico.

O curso de especialização propicia ao profissional de saúde médico uma intervenção na Unidade Básica de Saúde (USB) em que trabalha e apreender os conteúdos respondendo às necessidades de seu serviço. Portanto, este Relatório apresenta como foi implementado o Projeto de Intervenção com objetivo geral de “Melhoria da atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes na UBS Caxingó, Corrente/PI” de autoria do Dr. Eddy Luis Labrada Kindelan, médico da Unidade Saúde da Família (USF) Caxingó situada no município de Corrente/PI.

Após a análise situacional, ficou identificado uma baixa cobertura dos usuários com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e/ou diabetes mellitus (DM) acompanhados na USF Caxingó no Programa de programa de atenção a esses usuários, sendo a população alvo da ação programática, na área adstrita de 153(49,1%) pessoas com HAS e 43(48,3%) pessoas com DM, aquém do esperado. A intervenção foi realizada no período de três meses de novembro do 2015 a janeiro

do 2016, participaram da intervenção todos os hipertensos e diabéticos maiores de 20 anos de idade da área e cadastrados no Programa de atenção à saúde dos portadores de HAS e/ou DM. O protocolo adotado foi o Manual Técnico de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde, 2013. As ações realizadas contemplam os respectivos eixos pedagógicos: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica.

Em relação à organização e gestão do serviço foram feitas reuniões com a equipe de saúde para apresentação do Projeto, discussão de dúvidas e escuta de sugestões. Foram realizados encontros mensais para avaliação dos indicadores, os dados clínicos, as informações referentes a peso, altura, glicemia capilar, pressão arterial. Ressalta-se que as consultas para o programa destinado a essas doenças foram disponibilizadas todas as segunda e terças-feiras de manhã e a tarde, além disso, também existem vagas para a demanda espontânea e urgência que cheguei solicitando atendimento. O agendamento dos Hipertensos e Diabéticos facilitou a otimização da agenda, com isso diminuindo a grande demanda espontânea. A classificação de risco dos hipertensos e diabéticos tem sido importante para demonstrar a priorização do atendimento dos mesmos. Melhoramos o acolhimento para os usuários com HAS e DM. Com a intervenção, foi possível redistribuir as atribuições da equipe, viabilizando a atenção a um maior número de pessoas.

As ações desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde (ACS) como cadastramento dos usuários com HAS e/ou DM e na busca dos faltosos as consultas foram muito importantes, além de organizar as visitas domiciliares.

Contamos com o protocolo impresso na UBS, o gestor garantiu o material necessário para a realização da intervenção, como aparelhos para verificação da pressão arterial e para realização do hemoglicoteste, como também materiais para a realização do exame físico, além de agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo, fichas espelhos e de classificação e risco, como também permitiu a realização de parcerias com outras instituições, buscando envolver educador físico e nutricionista nas atividades.

No que se refere à qualificação da prática clínica, a equipe realizou reuniões semanais, sendo que foram discutidos temas como o cadastramento dos usuários, a maneira de aferir a pressão arterial, realização de hemoglicoteste, periodicidade das consultas, escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e a importância do

registro desta avaliação para assim a equipe estar preparada para avaliar as ações, dificuldades e conquistas da intervenção.

Os ACS foram capacitados para divulgarem para a comunidade sobre a existência do programa que a UBS estava realizando, como também sobre a importância de aferir a pressão arterial a partir dos 18 anos e do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 14/90 mmHg. Ressalta-se que estas ações foram desenvolvidas parcialmente, visto que uma micro áreas estava sem ACS durante a intervenção.

As ações realizadas e monitoramento e avaliação do programa deve ser continuada com comprometimento e dedicação de toda a equipe multidisciplinar, além do treinamento específico necessário, proporcionado capacitações e/ou reuniões de equipe.

A coleta de dados foi feita por toda a equipe, para isso utilizamos os prontuários, a ficha de cadastro e ficha espelho do programa de atenção a usuários com HAS e DM, com acompanhamento da digitação dos dados em planilha Excel. Houve dificuldade na coleta e sistematização de dados, pois a UBS não está informatizada e também não dispomos de prontuários eletrônicos, portanto houve demora no preenchimento dos dados dos usuários, sendo que toda a equipe participou dessa ação de alguma forma.

Em relação ao engajamento público, ações como palestras, conversas, foram realizadas com a comunidade na premissa de conscientizá-los sobre a existência do Programa. Também discutimos com a comunidade a importância de aferir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, uma vez ao ano, já que é a mais frequente das doenças cardiovasculares, é também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio. Destaca-se que foram enfatizados os riscos das doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes dessas doenças, e sobre a necessidade de realização de exames complementares.

Os encontros do grupo aconteceram mensalmente na UBS Caxingó e em espaços sociais do distrito, os registros das atividades educativas foram feitos por meio de lista de presença em livro ata destinado para este fim. Orientamos aos usuários e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, prática de atividade física regular, sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo e alcoolismo, e a importância da higiene bucal e adesão ao tratamento.

Recebemos apoio dos profissionais do NASF e da gestão municipal, também realizamos caminhadas coletivas.

Com a intervenção a cobertura do programa de atenção ao hipertenso alcançada ao final dos três meses foi 231 (97,5%), com exame clínico apropriado 228 (98,7%), com exames complementares em dia 201 (87%), prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia 183(92%), a avaliação da necessidade de atendimento odontológico foi 218(94,4%), com registro adequado na ficha de acompanhamento 230 (99,6%), com estratificação de risco cardiovascular 227 (98,3%).

A cobertura do programa de atenção ao diabético no fim da intervenção foi de 49(92,5%), com exame clínico apropriado 48(98%), exames complementares em dia 48(98%), prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia 44(93,6%), com avaliação da necessidade de atendimento odontológico 47 (95,9%), com registro adequado na ficha de acompanhamento 49(100%), diabéticos com estratificação de risco cardiovascular 49(100%), com exames dos pés Diabéticos em dia 47(95,9%). Além disso, foi feita a busca dos faltosos e atividades de promoção de saúde.

A intervenção propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos usuários com HAS e/ou DM, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção exigiram que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde, promoveu o trabalho integrado da equipe, teve impacto nas atividades no serviço. Além disso, foi possível revitalizar as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas, a classificação de risco tem sido importante para demonstrar a priorização do atendimento dos mesmos. Melhoramos a qualidade da atenção dos usuários, parcerias com lideranças e instituições da comunidade e apoio da gestão.

Apesar da ampliação da cobertura do programa, ainda existem pessoas sem cobertura do programa, portanto é preciso continuar realizando palestras, oficinas, buscando faltosos, realizando cadastramento para conseguir estratégias de conquistar estes usuários. O impacto da intervenção foi bom, mas a conscientização da comunidade deve continuar, para que compareçam as consultas, assim alcançaremos 100% de cobertura nossa população.

Dentro das potencialidades da equipe, observa-se o comprometimento, entusiasmo e vontade de trabalhar em equipe, visando melhorar a cobertura do programa. A comunidade achou muito importante poder participar da intervenção e



receber uma atenção mais humanizada. Nossa equipe tem interesse em trabalhar nas incorporações destas ações a rotina de serviço da UBS. Para que isso seja possível, iremos manter as consultas agendadas para HAS e DM todas as segunda e terças-feiras de manhã e tarde, mas sim temos usuários que procuram atendimento outro dia na semana também serão atendidos, também seguiremos trabalhando para alcançar o 100% da cobertura do programa. Daremos seguimento à realização das visitas domiciliares, como também a busca de faltosos, com participação dos ACS. Iremos continuar solicitando apoio da gestão, como também buscar garantir os medicamentos necessários para essas doenças.

Durante os três meses de intervenção não foram possíveis contar com um profissional educador físico no projeto, a avaliação odontológica de alguns usuários não foi possível de serem realizadas, pois temos muitos usuários idosos que foram impossíveis se deslocar até nossa UBS e o odontólogo não realiza visita domiciliar. Apresentamos também dificuldades na realização dos exames complementares, devido à demora por parte do município ao princípio do ano, sendo que até o momento, o eletrocardiograma oscila entre o atendimento público e privado, pois o destinado ao SUS volta e meia apresenta problema, falta de alguns medicamentos do programa durante a intervenção. Também precisamos da incorporação de um ACS em uma micro área descoberta, aspectos que devem ser melhorados e que ajudariam a qualificar ainda mais o serviço, viabilizariam a ampliação da intervenção e/ou a implementação de outras ações programáticas.

Assim por fim temos muitas conquistas o serviço ofertado a nossa comunidade não é ruim, mas pode ser sempre melhorado.

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

Comunidade da UBS Caxingó,

Realizamos na Unidade de Saúde da Família (USF) Caxingó, do município Corrente/PI uma intervenção durante 3 meses, de novembro do 2015 a janeiro do 2016. para melhoria da saúde dos usuários com pressão alta (hipertensão) e aumento do “açúcar” no sangue (doença conhecida como diabetes). Observamos que as principais doenças que afetavam a nossa população eram a hipertensão e/ou diabetes, motivo pelo qual resolvemos trabalhar com estes grupos. Nosso objetivo maior foi buscar a captação de 100% de nossos usuários e tentar modificar o modo e estilo de vida de nossa população e para evitar as complicações e sequelas que são uma carga tanto para a família, como para a sociedade.

Quando começamos as tarefas do Curso de Especialização, identificou-se um total da população cadastrada na UBS de 1.551 com uma estimativa de 311 hipertensos e 89 diabéticos, com uma cobertura de 153(49,1%) usuários com hipertensão e 43(48,3%) para diabetes mellitus que recebiam acompanhamento na UBS. Diante disso, planejou-se uma intervenção com o objetivo de “Melhorar a atenção dos hipertensos e diabéticos da UBS Caxingó, Corrente/PI”. Para realizar a intervenção foram desenvolvidas muitas ações pela equipe.

Contamos com apoio do gestor que garantiu o material necessário para a realização da intervenção, como aparelhos para verificação da pressão arterial e para realização do hemoglicoteste, como também materiais para a realização do exame físico, agilidade para a realização dos exames complementares dos usuários pelo SUS. Deve ser considerado que nem todos os exames foram disponibilizados, já que não contamos em nosso município com todos os meios para realizá-los em nossos laboratórios e em ocasiões tivemos falta de reagentes para alguns testes. O eletrocardiograma é um exame importante, mas o aparelho apresentou em mais de

umas ocasiões falhas técnicas que teve que ser corrigida, assim não realizou este exame em alguns momentos. Foi muito importante o apoio de outros órgãos e parcerias com nutricionista, cardiologista, oftalmologista que pertencem a rede de atendimento do NASF em nosso município.

Ressalta-se que as consultas para os usuários com hipertensão e/ou diabetes foram disponibilizadas todas as segundas-feiras e terças-feiras de manhã e a tarde, o agendamento facilitou a organização do serviço, com isso diminuindo a grande demanda espontânea e a demora em conferir uma vaga para receber atendimento.

Melhoramos a qualidade do atendimento destes usuários, com o atendimento mais completo, realizou-se a classificação de risco dos hipertensos e diabéticos importante para demonstrar a priorização do atendimento dos mesmos e minimizando a insatisfação com a demora do atendimento no resto dos usuários, além de evitar complicações nestes usuários, viabilizando a atenção a um maior número de pessoas.

Melhoramos o acolhimento para os usuários com pressão alta e/ou diabetes realizado pela equipe antes de começar as consultas agendadas. As ações desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde são muito importantes eles buscam os usuários com hipertensão e diabetes para atendimento no serviço, e durante a intervenção divulgaram o que estávamos realizando para a comunidade, buscaram faltosa a consulta, realizando visitas domiciliares. Lembre-se que o agente comunitário realiza ações importantes para a saúde de vocês, comunidade.

Os agentes de saúde foram capacitados para divulgarem para a comunidade que é importância aferir a pressão arterial a partir dos 20 anos e do rastreamento para diabetes em adultos. Foram realizadas capacitações com a equipe sobre a importância de um adequado exame clínico, como também sobre solicitar a realização dos exames laboratoriais, a equipe realizou reuniões semanais, sendo que foram discutidos temas como o cadastramento dos hipertensos e diabéticos, a maneira de aferir a pressão arterial, realização de hemoglicoteste, periodicidade das consultas, acompanhamento adequados destes usuários e dificuldades encontradas, além da importância do registro desta avaliação para assim a equipe estar preparada para realizar as ações.

Realizamos ações como palestra, orientação nos atendimentos individuais, conversa com a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção a

Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde e a importância da participação. Também discutimos com a comunidade a importância de aferir a pressão arterial a partir dos 20 anos, pelo menos, uma vez ao ano, já que é a mais frequente das doenças cardiovasculares, é também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio.

Contamos com apoio da comunidade apoio para a realização da intervenção, divulgação das ações que foram realizadas, observamos o entusiasmo e aceitação de muitos usuários da comunidade desde o início, executaram as atividades em espaços sociais disponíveis na comunidade como igreja, escola. Precisamos que vocês continuem divulgando o programa e participando das atividades da Unidade de Saúde Caxingó.

Vocês sabem o quanto é importante à alimentação saudável, prática de atividade física regular, abandonar o tabagismo e alcoolismo, e a importância da higiene bucal para o melhor tratamento da hipertensão e diabetes. Procuramos durante a intervenção repassar essas informações aos usuários e continuaremos trabalhando, informando a população.

Conseguimos uma boa participação dos usuários nestas jornadas, foram feitas atividades como pesagem dos usuários, tomada pressão arterial, teste dos níveis de glicemia, etc. Foi convidado nutricionista, odontólogo e secretario de saúde que também motivaram na comunidade a inserir-se no projeto de Intervenção. Além disso, se o constitui o conselho de saúde na unidade de saúde e foram feita palestra com o tema: Hipertensão e Diabetes, inimigo silencioso, palestrou sobre sua prevenção, exercício físico, sobre a medicação, os usuários ficaram interessados no tema, fizeram perguntas e depois a palestra converteu-se em uma conversa, além dele também palestrou o nutricionista no NASF sobre alimentação saudáveis. Ao final das jornadas foi oferecido um lanche com frutas, como mamão, banana e maçã, laranja, melancia. Tudo isso com apoio da gestão, com o material necessário, pessoas para ajudar, e o lanche oferecido.

Também realizamos encontros do grupo de hipertensos e diabéticos de dois em dois meses na UBS Caxingó e em espaços sociais do distrito onde os participantes conheceram muito mais de suas doenças e do controle das complicações.

Com a intervenção a cobertura de acompanhamento do programa de atenção ao hipertenso alcançada foi 231(97,5%), e para os diabéticos de 49(92,5%), assim a intervenção propiciou a melhora da cobertura da atenção neste programa, a melhoria dos registros, promoveu o trabalho integrado da equipe, teve impacto em atividades no serviço, foi possível revitalizar as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas, melhoria na qualidade da atenção dos usuários, com a classificação de risco tem sido importante para demonstrar a priorização do atendimento dos mesmos, logrou-se parcerias com lideranças e instituições da comunidade e apoio da gestão.

Apesar da ampliação da cobertura do programa, ainda existem muitos hipertensos e diabéticos sem cobertura, portanto é preciso continuar realizando ações para melhorar este indicador, dentro das potencialidades da equipe, observa-se o comprometimento, entusiasmo e vontade de trabalhar em equipe. A comunidade achou muito importante poder participar da intervenção e receber uma atenção mais humanizada. Nós iremos manter as consultas agendadas para essas doenças todas as segundas e terças-feiras de manhã e tarde, mas os usuários que procurem atendimento em outro dia na semana também serão atendidos, como também seguiremos trabalhando para alcançar o 100% da cobertura do programa. Continuaremos buscando garantir os medicamentos necessários para a comunidade, iremos continuar solicitando apoio da gestão, das lideranças da comunidade e de vocês usuários de nosso serviço. E enfatizo por fim que sem o envolvimento da equipe nenhum êxito seria possível, também foi essencial a participação dos usuários.

A comunidade poderia ajudar com a participação ativa em atividade de promoção e prevenção de saúde tais como, acudirto da pessoa maior de 20 anos para toma de pressão arterial pelo menos duas vezes ao ano, assim poder diagnosticar e cadastrar ao 100% de nossa população, é muito importante a modificação de estilo vida como por exemplo a realização de exercícios físicos sistemáticos para evitar o sedentarismo, obesidade, pelo menos 3 vezes por semana como caminhada em parceria com Educação(professores de Educação física), também com uma alimentação saudáveis a base de frutas, verduras e vegetares, evitar o consumo excessivo de sal, pastas, farinha, macarrões, refrigerantes, mandioca, gorduras e alimentos fritos, bolos, sorvetes, biscoitos, doces, evitar a ingestão de café, cigarros e bebidas alcoólicas, etc. é muito

importante que incluam em sua rotina a ingestão de chá como manjeriço, camomila, erva-cidreira entre outros, a criação de clubes de hipertensão, diabetes, idosos, para dar palestra sobre dita doenças e também fazer atividade esportiva, recreativa para melhorar o bem-estar tanto físico, como mental que pudesse fazer em parceria com a secretaria de saúde e prefeitura.

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

As expectativas sobre o curso de especialização em saúde da família foram sempre positivas, no início fiquei temeroso, já que tinha dificuldades iniciais com o curso online e para dizer a verdade tampouco tinha muito conhecimento com a internet e tudo isso somada ao entrave com a língua portuguesa, no entanto melhorei nestes quase três anos a dificuldade com a escrita. Apesar disso, peço ajuda para que releiam minhas atividades, comecei o curso na Tuma 5, e por dificuldade com a internet não consegui prosseguir o curso pela ausência no período de férias, a internet no município de Corrente/PI também foi muito ruim durante algum tempo. Depois de muita conversa com minha orientadora, consegui se reinserido na Tuma 9, os problemas com a internet ainda continuam, mas tenho procurado atenuá-lo deslocando-me para outros lugares quando necessário, muitas vezes precisei ir para outro município afim de enviar as tarefas. Assim, deu tudo certo e consegui avançar até aqui.

Durante o curso contei com a ajuda de minhas orientadoras no primeiro momento Linda Cristina e agora Catusce Cabreira da Silva e de minha equipe de saúde, especialmente minha enfermeira, foram imprescindíveis com os estudos dos protocolos de atuação no Brasil, já que tem alguma diferença com respeito a nosso país, mas a adaptação ocorreu sem grandes dificuldades, pois sempre estive aberto a aprender.

Também ajudou muito o fórum disponível no sistema do curso, onde pude interagir com meus colegas Médicos Cubanos e Brasileiros e assim trocar experiências e conhecimentos para alcançar um melhor desenvolvimento tanto no curso como no trabalho em minha comunidade e melhorar o serviço com a excelência que o povo brasileiro merece.

Tive algumas dificuldades durante a realização do curso, pois temos uma microárea descoberta de ACS, motivo pelo qual não conseguir cadastrar 100% de

minha população e o problema foi reportado a Secretaria de Saúde do Município e ainda estamos esperando, mas seguiremos cobrando a cada encontro. Também neste último trimestre tivemos ACS de férias que foi uma intercorrência durante nosso trabalho e tenho que destacar que a demanda e assistência a UBS aumentou consideravelmente devido ao melhor desempenho e acolhimento aos usuários que compareciam solicitando nosso atendimento.

Durante o processo de elaboração do Projeto de intervenção, continuei exercendo minha função trabalha em uma zona rural, com a mínima estrutura, com condições climáticas de um calor excessivo, carro apertado, poeira, sem ar condicionado, claro que muitos passam por provações estas foram as minhas. Também temos problemas pessoais como a família longe, a saudade de casa, está é uma oportunidade muito boa e não queremos desperdiçá-la é uma conquista pessoal e uma retribuição ao país que nos acolheu tão bem.

Algumas vezes pensei em desistir da especialização pelas cobranças, quantidade de tarefas, cansaço do trabalho, também adoeceu aqui no Brasil, tornei-me diabético, foi puxado, mas cheguei até a aqui.

Durante a realização do curso todo o aprendizado foi relevante, a aquisição de novos conhecimentos que foram partilhados com a equipe somou-se para evolução de todos como melhores profissionais, a intervenção possibilitou um olhar diferenciado para a população com a qual íamos trabalhar uma atenção com os seus costumes e a tentativa de modificar os modos e estilo de vida, identificando e orientando sobre os fatores de riscos que são comuns a nossa população.

O aprendizado mais importante durante o curso foi à organização do processo de trabalho dos membros da equipe, com planejamento das ações em saúde, o conceito e a organização da demanda agendada e espontânea na Estratégia Saúde da Família.

A importância dos exames, remédios, consultadas resulta no atendimento das necessidades das pessoas, um atendimento global dentro da nossa realidade. Existem dificuldades, mas também temos facilidades que são fatores positivos para nosso trabalho, à cooperação da equipe e da população que sempre se mostrou solicita quando convocada para participar das atividades educativas, consultas, mobilizações. Nossa agenda foi organizada para atender os grupos de intervenção em dias específicos, mas não deixaram de receber atendimento os que a



procuraram em outros dias, os protocolos do Ministério da Saúde foram seguidos, e toda a equipe empenhou-se durante o trabalho.

Nossas falhas referem-se a unidades com estrutura ruim onde fazemos o possível para melhorar o atendimento dentro das nossas possibilidades.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. INCA. Dados sobre câncer do colo do útero. 2008 Disponível em: < <http://www.inca.org.br>>, Acessado em: 10 fev 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Normas e Manual Técnico Caderno de Atenção Básica nº 37. Hipertensão Arterial Sistêmica. MS. Brasília - DF 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Normas e Manual Técnico Caderno de Atenção Básica. Diabetes Mellitus nº 36. MS. Brasília - DF 2013.  
Censo Populacional 2013 Censo Populacional 2013. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (29 de agosto de 2013). Página visitada em 23 de setembro de 2013.

DAVIM, R.M. B., et al. Auto-exame de mama: conhecimento de usuárias atendidas no ambulatório de uma maternidade escola. Revista Latino-Americana de Enfermagem, vol.11, n.1, p.21-27, 2003). Demografia e Saúde. Brasília - DF 2009.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de estrutura física das Unidades Básicas de Saúde. Saúde da Família. 2ª Edição. Brasília/DF - 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, n. 28, Volume I. Acolhimento à Demanda Espontânea. Brasília - DF 2011. Capítulos 1, 2 e 3.

BRASIL. Ministério da Saúde. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica. Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco. BRASILIA-DF 2012. Pág. 18-50.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos de Atenção Básica No: 37. Estratégias o cuidado da pessoa com Doença Crônica. Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília-DF. 2013.

CLARK, Gary S., SIEBENS, Hilary C. Reabilitação Geriátrica . In: DELISA, Joel A., GANS, Bruce M. Tratado de Medicina de Reabilitação: Princípios e Práticas, São Paulo: Manole, 2002, cap 39, p. 1013 – 1047.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Indicadores de Saúde: Relatório Anual 2007 . Serviço de Saúde Comunitária, Monitoramento e Avaliação de Ações em Saúde, Sistema de Informação em Saúde do Serviço de Saúde Comunitária (SIS-SSC), Agosto 2008.

GARNELO, L; SOUZA, M.L.P. "É muito dificultoso!": etnografia dos cuidados a pacientes com hipertensão e/ou diabetes na atenção básica, em Manaus, Amazonas, Brasil. 2008.

LEITE, G.B.; BERCINI, L.O. Caracterização das crianças atendidas na puericultura do programa saúde da família do município de Campo Mourão, Paraná, em 2003. Revista Ciência, Cuidado e Saúde, v. 4, n. 3, p. 224-230, set./dez., 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. DIABETES MELLITUS. Cadernos de Atenção Básica - n.º 16. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília – DF. 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos de Atenção Básica Nº 33. Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento. Brasília´DF.2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos de Atenção Básica Nº 19. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília-DF. 2006.

RADIS, Mortalidade nas Capitais Brasileiras, 1930 – 1980 . Dados (7): 1-8, 1984.

RIOS, C.T.F., VIEIRA, N.F.C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. Ciência & saúde Coletiva, v.12, n.2, p.477-486, 2007.

Souza HM. Programa de saúde da família. RevBras Enfermagem 2000; 53:7-16).

## **Anexos**





## Anexo C-Documento do comitê de ética



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

---

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

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

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

Prezada Pesquisadora;

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

*Patricia Abrantes Duval*  
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