

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



**Projeto de Intervenção**

**Melhoria da atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM da  
UBS/ESF Dionizinho, Avelino Lopes/PI**

**Doneky Gil Echemendia**

**Pelotas, 2016**

**Doneky Gil Echemendia**

**Melhoria da atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM da  
UBS/ESF Dionizinho, Avelino Lopes/PI**

Projeto de intervenção apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade à Distância – UFPEL/UNASUS, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

**Orientadora:** Marcela Soares de Lima Brant

**Coorientador:** Guilherme Barbosa Shimocomaqui.

**Pelotas, 2016**

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

E18m Echemendia, Doneky Gil

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com HAS e/ou DM da UBS/ESF Dionizinho, Avelino Lopes/PI / Doneky Gil Echemendia; Marcela Soares de Lima Brant , orientador(a); Guilherme Barbosa Shimocomaqui, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

83 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. , Marcela Soares de Lima Brant, orient. II. Shimocomaqui, Guilherme Barbosa, coorient. III. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

## **Agradecimentos**

Agradeço de forma geral a equipe e a gestora pelo apoio e por disponibilizar tudo o que era necessário para alcançar o nosso objetivo que não é mais que dar saúde com qualidade a nossa população. Também a todas aquelas pessoas que tornaram possível o desenvolvimento da intervenção.

Ao mesmo tempo, agradeço aos meus orientadores pelo apoio e guia durante todo o período, assim como a Universidade Federal de Pelotas – Departamento de Medicina Social, pela oportunidade de aprimorar meu desempenho na Atenção Primária de Saúde.

## Resumo

ECHEMENDIA, Doneky Gil. **Melhoria da atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM da UBS/ESF Dionizinho, Avelino Lopes/PI**. 2016. 83f. 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 (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. No Brasil, sua prevalência varia entre 22,0% e 44,0% para adultos. Já o Diabetes Mellitus (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina, é um problema de saúde. Considerado as condições sensíveis à atenção primária, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Primária evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares. O presente trabalho desenvolveu uma intervenção na unidade de saúde Dionizinho, localizado na zona rural do município de Avelino Lopes/PI, por três meses, cujo objetivos eram ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção às pessoas com HAS e/ou DM. A população alvo foram pessoas com HAS e/ou DM com 20 anos ou mais residentes na nossa área de abrangência. Foram desenvolvidas ações em quatro eixos: engajamento público, qualificação da prática clínica, organização e gestão e monitoramento e avaliação. Utilizou-se as fichas espelho e a planilha de coleta de dados disponibilizado pela UFPel. Antes da intervenção os indicadores de cobertura para HAS e DM eram, respectivamente, 29% (87) e 8% (7). Os indicadores de cobertura alcançados foram, 100% (260) e 50,0% (28), respectivamente, para a atenção às pessoas com HAS e/ou DM. Além disso, foram atingidos 100,0% nos seguintes indicadores de qualidade: número de pessoas com HAS e/ou DM com exame clínico em dia, exame dos pés em dia, exames complementares periódicos em dia, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, busca ativa de pessoas faltosas às consultas, registro adequado na ficha de acompanhamento e estratificação de risco cardiovascular por exame clínico. A intervenção favoreceu a (rei) organização do processo de trabalho da equipe, o fortalecimento do controle e da participação popular. É importante mencionar que daremos continuidade ao trabalho desempenhado até o momento, com a intenção de prosseguir melhorando a qualidade do atendimento, e aproveitar a experiência do projeto, com todos os grupos de risco na área, buscando sempre a excelência do atendimento de forma geral.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Saúde da família; Melhoria da Atenção à Saúde dos usuários com HAS e/ou DM.

## Lista de Figuras

Figura 1	Pirâmide Etária do Município de Avelino Lopes – PI.	12
Figura 2	Cobertura do programa de atenção à hipertensão arterial, na UBS Dionizinho, Avelino Lopes/Piauí.	59
Figura 3	Cobertura do programa de atenção à diabetes mellitus, na UBS Dionizinho, Avelino Lopes/Piauí.	59
Figura 4	Equipe de Saúde, da UBS Dionizinho	62
Figura 5	População atendida, na UBS Dionizinho	62
Figura 6	Consulta Médica programada, na UBS Dionizinho.	
Figura 7	Triagem com a técnica de enfermeira, na UBS Dionizinho.	

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

ACS	Agentes comunitários da Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
AS	Análises Situacional
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAP	Caderno de Ações Programáticas
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
EAD	Educação a Distancia
HAS	Hipertensão Arterial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estadística
MS	Ministério de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMA	Organização Mundial da Saúde
PSE	Programas de educação para a saúde nas escolas
PI	Piauí
PMMB	Programa Mais Médicos Brasil
PA	Pressão Arterial
SUS	Sistema Único de Saúde
SIAB	Sistema de Informações de Atenção Básica
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
VD	Visitas Domiciliares
DM	Diabetes Mellitus
DSTs	Doenças Sexualmente Transmissíveis

## Sumário

Apresentação .....	9
1 Análise Situacional .....	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	10
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	20
2 Análise Estratégica .....	21
2.1. Justificativa .....	21
2.2 Objetivos e metas .....	23
2.2.1 Objetivo geral .....	23
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	23
2.3 Metodologia .....	25
2.3.1 Detalhamento das ações .....	26
2.3.2 Indicadores .....	39
2.3.3. Logística .....	47
2.3.4 Cronograma .....	50
3 Relatório da Intervenção .....	51
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	51
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	53
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	54
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	54
4 Avaliação da intervenção .....	56
4.1 Resultados .....	56
4.2 Discussão .....	64
5 Relatório da intervenção para gestores .....	67
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	69
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem .....	71
Referências .....	74
Apêndice .....	75
Anexos. ....	76



## **Apresentação**

Estou apresentando meu projeto de conclusão do curso da Especialização em Saúde Familiar – Modalidade EAD, agenciado pela Universidade Federal de Pelotas e pela Universidade Aberta do SUS. A intervenção iniciou no mês de setembro e terminou no mês de dezembro de 2015, com a entrega e conclusão do mesmo.

O trabalho foi constituído por um projeto de intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM da UBS/ESF Dionizinho, Avelino Lopes/PI.

A intervenção é o resultado das atividades que foram desenvolvidas durante as unidades de ensino que integram o projeto pedagógico do curso. Se organizou em sete unidades de trabalho consecutivas e relacionadas.

Na primeira unidade apresentamos a análise situacional e a segunda, a análise estratégica, foi construída por meio da constituição de um projeto de intervenção que aconteceu nesta unidade.

Já na terceira unidade apresentamos o relatório da intervenção, consolidado ao longo das 12 semanas na unidade. Da mesma forma, na unidade quatro, avaliamos os resultados e apresentamos os gráficos correspondentes aos indicadores em questão.

Na quinta seção fizemos a reflexão crítica do processo pessoal de aprendizagem no transcurso do curso e da implementação da intervenção. Ao mesmo tempo na sexta parte, fizemos o relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade, concluindo o volume e depois estão as referências bibliográficas e os anexos usados no desenvolvimento do trabalho.

## **1 Análise Situacional**

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

Minha Unidade Básica de Saúde (UBS) (Posto Dionizinho), está localizada na zona rural do município de Avelino Lopes, estado do Piauí, aproximadamente a 15 quilômetros da capital Teresina, no entanto, esta unidade ainda está em construção, assim, atualmente, estou atuando numa UBS da zona urbana, UBS São João 1, juntamente com mais dois médicos do Programa Mais Médicos.

A UBS São João 1 possui três consultórios médicos, um para cada médico, com todas as condições de privacidade, de higiene e ventilação, assim como os equipamentos necessários para a realização de nosso trabalho. Temos um consultório odontológico, um de enfermagem, um local de vacinação, assim como uma farmácia onde se dispensam os remédios que nós indicamos para os pacientes. Além disso, temos também uma sala de fisioterapia e reabilitação, para a recuperação da saúde daqueles usuários que assim o necessitem. Os usuários aguardam nosso atendimento numa recepção com boa iluminação e ventilação.

Em relação aos recursos humanos, a minha equipe é composta por: um médico, odontólogo, auxiliar de saúde bucal, auxiliar de enfermagem, enfermeira e cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Semanalmente, nos reunimos para o planejamento das atividades a serem feitas por cada um dos membros da equipe na semana seguinte. Contamos com a ajuda dos ACS para a realização de palestras de educação em saúde nos diferentes grupos, como: idosos, gestantes e puérperas, adolescentes, assim como para os portadores de doenças crônicas.

As visitas domiciliares são planejadas de acordo com a demanda, assim como a atenção à comunidade de forma geral. Todas as segundas-feiras, no turno matutino, temos consulta programada para os portadores de doenças crônicas; na terça-feira realizamos visitas domiciliares ou atendimentos na UBS; na quarta-feira acontecem os atendimentos em puericultura; quinta-feira é destinada para assistência às gestantes e na sexta-feira realizamos as atividades deste curso de especialização. Todos os dias, no turno vespertino, atendemos demanda espontânea, além de outras atividades que possam ser planejadas pela equipe, de forma individual ou coletiva.

Até agora, eu acredito que temos conseguido a integração de todos os membros da equipe para a realização das atividades com o objetivo de oferecermos uma atenção de qualidade à população e assim melhorar sua qualidade de vida a partir da mudança de estilos de vida.

Os serviços prestados à população na UBS são feitos de forma interativa entre a comunidade e os profissionais da saúde, com atendimento integral e fácil acesso dos serviços à população, beneficiando os cidadãos e as famílias de forma geral e favorecendo a formação de vínculos entre os profissionais e a população da área. Eu acredito até agora o nível de satisfação da população é alto, tendo ainda alguns problemas que devem ter solução quando a reforma da UBS for concluída, principalmente, em relação ao acesso da população aos serviços, já que agora a população tem que se deslocar até a cidade para ser atendida. Também é importante aumentar o grau de participação da população nos processos de tomada de decisão da unidade.

Em meu município, também se trabalha nos programas de educação para a saúde nas escolas e há uma boa interação entre os profissionais da saúde, os alunos e os profissionais da educação. Nestes momentos, realizamos atividades educativas na área de saúde bucal, fazemos palestras com temas relacionados às doenças sexualmente transmissíveis e explicamos as formas de prevenção das mesmas e as condutas a serem seguidas diante de uma situação de contágio, dentre outros temas; a nutricionista aborda temas nutricionais importantes para o crescimento e desenvolvimento dos alunos, assim como a psicóloga dá palestras abordando vários assuntos relacionados às idades específicas, como abuso sexual e violência domiciliar, entre outros.

Enfim, atuamos em diferentes níveis de atenção, prevenção de doenças, promoção da saúde, reabilitação, para assim garantirmos a melhoria da qualidade da saúde daquela população, pois este é o principal propósito do Programa Mais Médicos.

## 1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Avelino Lopes está localizado na Mesorregião do Sudoeste Piauiense, apresenta clima tropical com estação seca e ocupa uma área de 1.305,522 km<sup>2</sup> segundo o último censo populacional, realizado pelo IBGE em 2010, o município possui uma população total de 11.067 habitantes, dos quais 60,77% são moradores da área urbana e 39,33% vivem na área rural; ainda, 5.581 pessoas são do sexo masculino e 5.486 do sexo feminino. Para o ano de 2014, a população estimada era e 11.390 habitantes. A Figura 1 representa a pirâmide etária do município de Avelino Lopes (IBGE, 2010).

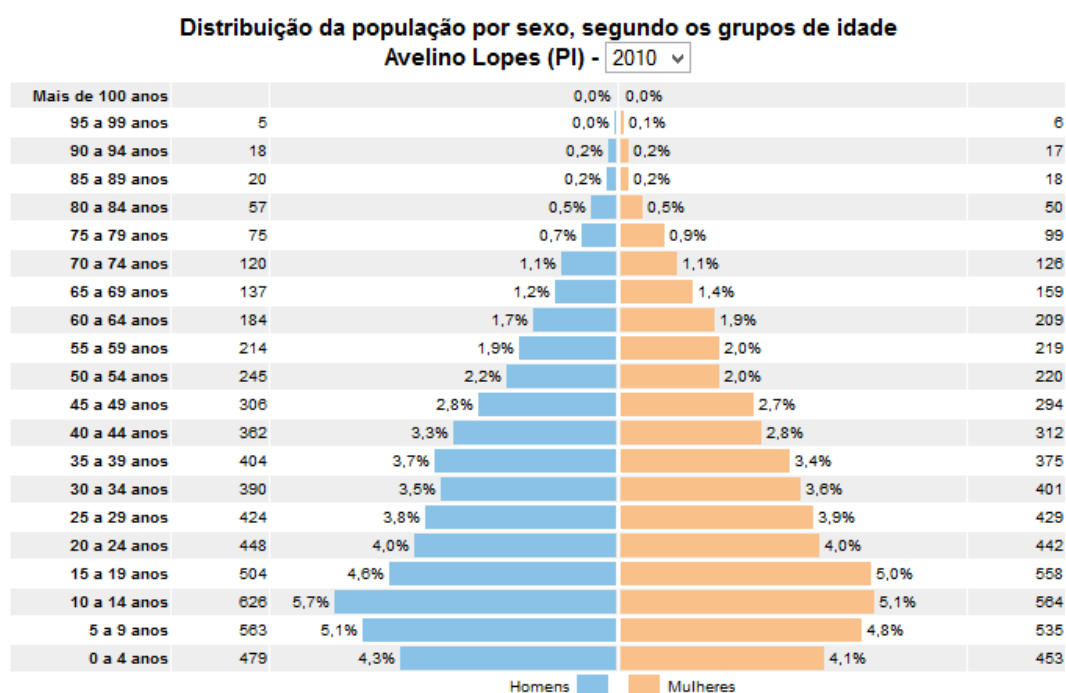


Figura 1: Pirâmide Etária do Município de Avelino Lopes – PI.  
Fonte: IBGE: Censo Demográfico, 2010.

Neste ano de 2015, de acordo com informações da Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE, 2010) e do Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2015), o Sistema de Saúde Municipal possui, um Centro de Saúde, dois Postos de Saúde, duas UBS e uma unidade mista em funcionamento, também estamos com duas UBS em construção. Contamos com seis equipes de Saúde da Família e 30 Agentes Comunitários da Saúde (ACS), garantindo uma cobertura de 98,84%. Em relação à Saúde Bucal, não possuímos Centro de Especialidades Odontológicas

(CEO), mas contamos com seis Equipes de Saúde Bucal implantadas no município, garantindo, 99% de população coberta.

O município possui um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), no qual o neuropsiquiatria atende usuários do nosso município e de municípios vizinhos; um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que possui psiquiatra, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista e psicólogo; um laboratório que realiza exames pelo SUS; um Hospital, onde os casos de urgência e emergência são atendidos com a rapidez requerida; e uma sala de fisioterapia, onde os usuários com incapacidades funcional-motora podem se tratar sem ter que sair do município. No caso dos atendimentos com especialistas, os usuários são encaminhados para os municípios pactuados de acordo com a disponibilidade para oferecer o serviço, sendo que o atendimento é previamente agendado pela secretaria de saúde, a qual fornece o transporte, quando necessário.

Minha unidade de saúde, Posto de Saúde Dionizinho, está localizada na zona rural, a, aproximadamente, 15 km da sede do município, e ainda está em construção, assim, atualmente, estou atuando na UBS São João um, zona urbana, juntamente com mais dois médicos do Programa Mais Médicos Brasil (PMMB). Em relação aos recursos humanos, a minha equipe é composta por: um médico, um odontólogo, um auxiliar de saúde bucal, um auxiliar de enfermagem, uma enfermeira e cinco ACS. Semanalmente, nos reunimos para o planejamento das atividades a serem feitas por cada um dos membros da equipe na semana seguinte. Contamos com a ajuda dos ACS para a realização de palestras de educação em saúde nos diferentes grupos, como: idosos, gestantes e puérperas, adolescentes, assim como para os portadores de doenças crônicas.

A UBS apresenta estrutura espaçosa, ventilada, com iluminação natural e artificial adequadas. Possui três consultórios médicos, um para cada médico, com boas condições de privacidade, higiene e ventilação, assim como os equipamentos necessários para a realização de nosso trabalho. Temos um consultório odontológico e um de enfermagem, sala de vacinação, sala de coordenação, quatro banheiros, uma recepção, uma sala de arquivos onde existe espaço para arquivar mais ou menos 12.000 prontuários e os mesmos são arquivados por endereço e nome do usuário, uma farmácia e dois consultórios para o atendimento da equipe do

NASF. Além disso, contamos com uma sala de fisioterapia e reabilitação, para a recuperação da saúde daqueles usuários que assim o necessitem. Foi desenhada tendo em conta os padrões para acessibilidade das pessoas idosas e com incapacidade, tendo rampas de acesso para cadeiras de rodas, passa mãos, assim como banheiros para este tipo de usuários, os quais já dentro da UBS temos instaurada como premissa priorizar seu atendimento.

A equipe trabalha de forma conjunta e dinâmica: os ACS identificam na área os diferentes grupos de agravos, como: hipertensos, diabéticos, asmáticos e também os usuários que apresentam doenças infectocontagiosas, tais como: Tuberculose, Hanseníase, entre outras doenças. Nestes casos o médico e a enfermeira fazem as consultas de controle, bem como as visitas domiciliares, atividade está, importante para conhecer o meio em que interatuam as pessoas doentes com os demais indivíduos. Nas visitas também se fazem curativos, educação em saúde, administração de medicamentos orais e injetáveis, entre outros procedimentos.

É preciso reconhecer que na unidade não se trabalha com a sistematização dos seguintes grupos de risco: fumantes, viciados em drogas, portadores de problemas psíquicos. Também não são feitas, de forma adequada, atividades destinadas para o planejamento familiar e saúde da mulher. Um aspecto positivo em nossa equipe é a realização de reunião semanal, quando se discutem os casos mais preocupantes e atendidos no período, planejam-se as ações de saúde adequadas para melhorar o acolhimento e acompanhamento dos usuários, assim como se programa as atividades da próxima semana.

A população total da área do posto de saúde de Dionizinho é de 1491 habitantes, dos quais: 12 são menores de um ano, 88 usuários são menores de cinco anos, 284 pessoas de 5 a 14 anos, 939 usuários de 15 a 59 anos, 168 pessoas de 60 anos ou mais. Assim, percebe-se que o número de usuários acompanhados pela equipe está dentro dos parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Considerando que a minha UBS está localizada na zona rural, em geral as pessoas são de baixa e média renda, sendo a pecuária e a produção agrícola a principal atividade econômica. A unidade tem funcionamento diurno, de

segunda a sexta-feira. O acolhimento é feito pela recepcionista com ajuda da equipe de

15

referência do dia. As questões apresentadas pelos usuários são acolhidas, escutadas e reconhecidas como legítimas e o indivíduo sempre tem seus questionamentos respondidos. Para o atendimento, as pessoas são classificadas de acordo com a idade e com o problema de saúde.

Minha equipe trabalha de forma planejada e os ACS, por meio das visitas domiciliares, fazem os agendamentos das consultas, dependendo do grupo de risco de cada usuário, sendo que, diariamente, são agendadas 16 consultas. As pessoas que procuram a unidade por demanda espontânea, seja porque precisam da continuidade do tratamento ou por estarem com algum problema agudo, estas são acolhidas e, quando necessário, são atendidas pelo médico ou enfermeiro. Infelizmente, nem todos os usuários comparecem às consultas programadas, o que ocorre por falta de consciência de seu problema de saúde ou por desconhecimento da importância das consultas de seguimento para seu bem-estar físico e social. Assim, é preciso convencer a população de que nestas consultas eles têm a oportunidade de interagir com a equipe, trocar informações com os profissionais e receber cuidados e orientações sobre sua saúde.

Na unidade realiza-se o atendimento à criança de 0 a 72 meses de idade é feito pela enfermeira e pelo o médico, todos os dias. Possuímos 12 crianças residentes na área e acompanhadas na UBS, o que equivale a uma cobertura de 55,0%, segundo estimava de 22 crianças apresentada pelo caderno de ações programáticas (CAP). Esta população-alvo tem atendimento programado e agendado pelos ACS, tendo como guia Caderno de Atenção Básica nº 33 – Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2012). As consultas são registradas nos prontuários clínicos, formulário especial, ficha de atendimento odontológico e ficha-espelho de vacina, os arquivos são revisados mensalmente pela enfermeira e pelo o médico, com o objetivo de verificar crianças faltosas, registros incompletos, identificar procedimentos em atraso, crianças de risco, avaliar a qualidade do programa, assim como planejar estratégias para melhorar os atendimentos.

Entretanto, é preciso ressaltar que, algumas crianças não são devidamente acompanhadas porque as mães só frequentam a unidade quando a criança está doente. Assim, essa situação dificulta o trabalho do médico em relação à prevenção

16

de doenças e suas complicações. Nestes casos, aproveitamos as visitas domiciliares para realizar orientações e priorizar as atividades educativas. Na unidade existe o Programa Bolsa Família, sendo que o responsável pelo cadastro das crianças é a assistência social e o acompanhamento de peso, altura, estado nutricional e cartão de vacinas é feito pela equipe de saúde. A assistência ao Pré-natal tem o objetivo de assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna. Possuímos seis gestantes na área e acompanhadas pela UBS, o que representa uma cobertura de 40,0%, felizmente, todas foram captadas no primeiro trimestre da gestação. O acompanhamento é feito pela enfermeira e pelo médico e utilizamos como guia o Caderno de Atenção Básica nº 32 – Atenção ao Pré-natal de baixo risco (BRASIL, 2012). O número de consultas varia de acordo com o risco apresentado pela gestante, mas nem todas mantêm os atendimentos em dia, é por isso que os atendimentos são registrados em formulário específicos com a finalidade de identificarmos as gestantes faltosas às consultas previamente planejadas pela equipe.

Quando a data do parto se aproxima, orientamos as mulheres sobre o puerpério com informações sobre os cuidados básicos do recém-nascido, aleitamento materno exclusivo, planejamento familiar, assim como o seguimento que terão nesta etapa. Entretanto, mesmo sendo devidamente orientadas, muitas não comparecem às consultas programadas, apenas quando o bebê tem consulta ou algum problema de saúde aproveitam para ser consultadas, perdendo a oportunidade de ter um seguimento adequado, principalmente nos 42 dias pós-parto, sendo essa uma deficiência para nossa equipe.

Em relação ao Puerpério, nossa cobertura é de 55,0%, ou seja, 12 mulheres fizeram consulta de puerpério nos últimos 12 meses. Não utilizamos protocolos específicos de acompanhamento, pois estão em falta, e não contamos com os registros específicos, o que dificulta o monitoramento periódico das ações em saúde das puérperas. Assim, nossa equipe tem que trabalhar mais com este grupo, dando mais informações sobre as complicações que podem apresentar caso não sejam



devidamente acompanhadas nesta etapa, garantindo uma melhor qualidade de vida para elas e seus bebês.

17

Em relação à prevenção do Câncer do Colo do Útero e controle do Câncer de Mama, a enfermeira realiza a coleta do exame citopatológico cinco dias na semana, nos dois turnos. Temos 360 mulheres entre 25 e 64 residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de colo de útero, o que dá uma cobertura de 100,0%. Os atendimentos são notificados em livro de registros e formulário específico; as usuárias procuram a unidade de forma voluntária ou com consultas programadas e os seguimentos são feitos de acordo com o manual da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2011). As mesmas têm um acompanhamento adequado em relação aos exames atrasados e aos exames alterados e os arquivos são revisados, mensalmente, pela enfermeira e ACS, em busca de mulheres faltosas. Realizamos atividades em grupos, nas quais participam a enfermeira, o médico, nutricionista, psicóloga e auxiliar de enfermagem e, por meio de palestras, são dadas orientações sobre as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), o uso de preservativo em todas as relações sexuais, os malefícios do tabagismo e do consumo excessivo de álcool, a importância da alimentação saudável entre outros temas importante para a saúde da mulher.

Para o controle do Câncer de Mama, enfrentamos situação semelhante. Possuímos um total de 111 mulheres entre 50 a 69 anos de idade na área de abrangência da UBS que são acompanhadas para prevenção deste tipo de câncer, no entanto, não temos o registro da quantidade de mulheres com mamografia em dia. É necessário trabalhar exaustivamente, no planejamento e controle das ações dirigidas a grupo de risco, principalmente para aquelas que não têm exames feitos, incluindo-as em formulários específicos que deem a possibilidade de procurá-las na comunidade. Também, é importante orientar a população sobre a importância dos exames preventivos, seus benefícios e as complicações que as doenças podem apresentar caso não tenham um seguimento adequado.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) são importantes fatores de risco para as doenças cardiovasculares e podem ser controladas com a adoção de medidas preventivas. Existem 87 pessoas com 20

anos ou mais que são portadoras de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), o que representa 29,0% das estimativas propostas pelo CAP. Em relação aos diabéticos da área, possuímos sete pessoas residentes na área e acompanhadas na UBS,

18

equivalentes a 8,0% de cobertura. Os atendimentos são feitos todos os dias da semana, nos dois turnos e, após a consulta, os adultos com HAS e DM saem da unidade com a próxima consulta agendada.

A consulta para avaliação e estratificação do risco cardiovascular para essas doenças é feita, inicialmente, pela enfermeira e pelo médico, em seguida os usuários são encaminhados para consulta com a nutricionista, o odontólogo e o psicólogo e os atendimentos têm por objetivo avaliar os fatores de risco dos usuários para doença cerebrovascular, a presença de lesões em órgãos-alvo e considerar a hipótese de complicações ou outra situação clínica para encaminhamento às consultas mais especializadas.

As ações desenvolvidas na unidade, no cuidado aos adultos portadores destas patologias, temos: imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, de saúde bucal, obesidade, sedentarismo e tabagismo. Os atendimentos são registrados nos prontuários, ficha de atendimento odontológico, nutricional e ficha-espelho de vacinas. O processo de educação em saúde, estabelecido entre a equipe e os usuários, é contínuo, realizando o exame físico completo para poder detectar lesões de órgão-alvo e identificar outras condições que aumentam a morbimortalidade; são indicados exames complementares uma vez por ano; prescrevemos medicamentos com o objetivo de manter níveis pressóricos normais e também são explicadas aos usuários como reconhecer sinais de complicações das doenças em questão. Da mesma forma fazemos o acompanhamento dos diabéticos, reduzindo, dessa forma, o risco das doenças cardiovasculares.

Como ações de promoção e prevenção em saúde, realizamos atividades em grupos, no âmbito da unidade e na comunidade, para a população de risco e para os que já têm as enfermidades diagnosticadas, explicando a importância da realização dos exercícios físicos e alimentação saudável para o controle do peso corporal, os malefícios do tabagismo e do consumo excessivo de álcool, assim como a

importância de manter o tratamento indicado naqueles pacientes com a doença já diagnosticada.

Temos que continuar trabalhando na promoção e prevenção das doenças na área, já que os indicadores estão baixos e uma das medidas que poderíamos utilizar

19

seria a frequente revisão das fichas e registros de controle feitos pela equipe, permitindo dessa forma conhecer os faltosos e assim colocar as consultas em dia. É necessário informar aos usuários os benefícios das consultas programadas, assim como o risco de não fazer o acompanhamento adequado. Além disso, temos que continuar fazendo pesquisas ativas para detectar hipertensos e diabéticos que ainda não estão acompanhados pela equipe. Dentre dos aspectos negativos, tenho que destacar que não apresentamos protocolos de atendimento para um melhor seguimento dos usuários, nem arquivos específicos para o registro dos atendimentos. Tampouco existe o programa Hiperdia (Sistema de cadastramento e acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos). Estas questões que já foram analisadas juntamente com a enfermeira e temos a intenção de adequar esta situação.

Na unidade também realizamos atendimentos aos idosos, todos os dias da semana, nos dois turnos de funcionamento da UBS e a enfermeira, o médico, a nutricionista, o odontólogo e o psicólogo fazem o acompanhamento destes usuários. Os atendimentos são anotados no prontuário clínico, fichas de atendimento odontológico, nutricional e fichas-espelho de vacina. O médico e a enfermeira também anotam as informações atuais do idoso nas cadernetas de saúde das pessoas idosas. Em relação às nossas coberturas, possuímos 158 idosos com 60 anos ou mais residentes na área e 100,0% deles são acompanhados na UBS.

Após um completo interrogatório e exame físico, avaliamos as diferentes capacidades funcionais que possam estar afetadas nesses usuários, assim como a presença ou não de suporte familiar. Assim, determinamos se estas pessoas são independentes ou dependentes de outra pessoa e, se for necessário, os encaminhamos para um serviço especializado. Posteriormente à consulta, o idoso já sai com a próxima consulta agendada. Também existe oferta de atendimento para idosos com problemas de saúde agudos. Realizamos visitas domiciliares aos acamados e oferecemos um suporte mais adequado às necessidades específicas da

pessoa idosa, ajustando com os familiares cada aspecto desse cuidado. Neste momento, fazemos o reconhecimento do território, constituindo uma importante ferramenta, já que são detectados os idosos em situações de abandono ou outras

20

situações que apontem que seus direitos estão negligenciados, além de detectar as barreiras arquitetônicas presentes nos domicílios e que possam produzir quedas.

É possível perceber que a maioria dos usuários idosos só vai à consulta quando tem algum problema de saúde, sendo isto uma problemática para seu bom seguimento. No entanto, com o trabalho da equipe, temos conseguido que compreendam a importância de assistir às consultas programadas, para avaliação do estado de saúde, mesmo que não exista nenhuma doença aguda naquele momento, pois pode acontecer que existam sintomas ou sinais de algum problema de saúde que não tenham sido percebidos pelo próprio usuário ou familiares, detectando precocemente problemas de saúde de maior prevalência, tais como Hipertensão e Diabetes.

Até o momento não temos grupo de idosos, o que dificulta a interação com estes usuários. Outro aspecto negativo é que na unidade não contamos com os protocolos de atendimento, nem os que regulam o acesso deles aos outros níveis do sistema de saúde, o que dificulta o seguimento dos usuários. Tampouco existe o Estatuto do Idoso, o programa de atenção ao idoso não funciona como o recomendado, nem o planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas aos mesmos, questões que já foram debatidas com a equipe em conjunto com a secretaria de saúde.

Em relação à Saúde Bucal as consultas odontológicas são realizadas todos os dias da semana, nos dois turnos e esta assistência permite o seguimento e o tratamento continuado do usuário, com ações de promoção da saúde e prevenção de doenças bucais. Dentre as ações coletivas desenvolvidas pela equipe encontram-se as palestras, aplicação de flúor em gestantes, idosos, pré-escolares e escolares e as orientações dadas às puérperas sobre como manter a higiene bucal de seu bebê e a importância da amamentação. Ao analisar os dados preenchidos no CAP, posso concluir que ainda temos muito para fazer, trabalhando com mais ênfase nos grupos

populacionais prioritários, mediante a promoção e prevenção em saúde bucal, não somente na UBS, mas, também em atividades extramuros.

21

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

Ao concluir a elaboração do Relatório de Análise Situacional e compará-lo à atividade feita na segunda semana do curso percebi o quanto pude evoluir em relação à descrição da situação de saúde da UBS na qual atuo.

Com o preenchimento dos dados do CAP e dos questionários e, ainda, com a análise das questões reflexivas propostas em cada semana do curso, pude conhecer, de forma mais profunda, a realidade do trabalho da equipe, as peculiaridades da população e as ações programáticas existentes na unidade de saúde. Ao conhecer os dados reais da área na qual trabalho, assim como as deficiências que o serviço possui, com os conhecimentos adquiridos tenho a possibilidade de intervir, de forma positiva e de acordo com a minha governabilidade, em alguns problemas, como a implantação dos protocolos para o seguimento dos diferentes grupos de risco, melhorando a atendimento e o seguimento dos usuários e ofertando ações de promoção à saúde.

Os materiais oferecidos pelo curso permitiram comparar o ideal com o real e acredito que, com os conhecimentos adquiridos e com uma visão mais profunda dos principais conceitos e diretrizes que regem o funcionamento do SUS no Brasil, tenho condições de buscar proporcionar aos usuários um atendimento mais qualificado.

## **2. Análise Estratégica**

### **2.1. Justificativa**

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) (PA  $\geq$ 140 x 90mmHg). Esta patologia está associada, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo e, ainda segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), no Brasil, sua prevalência varia entre 22,0% e 44,0% para adultos (32,0% em média), chegando a mais de 50,0% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75,0% em indivíduos com mais de 70 anos.

Já o Diabetes Mellitus (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999 apud BRASIL, 2013a). Para Alfradique *et al.* (2009) *apud* Brasil (2013a) este é um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares.

Atuo na UBS Dionizinho, localizado na zona rural do município de Avelino Lopes/PI, que possui a seguinte estrutura física: recepção; consultório médico; consultório odontológico; consultório de enfermagem; sala de vacinação, dois consultórios para a atenção prestada pela equipe do NASF. A UBS possui equipe única da Estratégia Saúde da Família, a qual é composta por: médico, odontólogo, auxiliar de saúde bucal, enfermeira, auxiliar de enfermagem e cinco ACS.

Atendemos um total de 1.491 habitantes, sendo que temos 87 pessoas portadoras de HAS (29,0% de cobertura) e sete pessoas com DM (8,0% de

cobertura) residentes e acompanhados, sendo que estas coberturas foram calculadas baseadas nas estimativas do CAP, ou seja, o caderno estima um total de

23

299 pessoas com HAS e 86 pessoas com DM. Já na PCD disponibilizada pelo curso é estimado um total de 227 usuários com HAS (38,3% de cobertura) e 56 usuários com DM (12,5% de cobertura) e será esta estimativa que iremos seguir durante a intervenção, por estar mais condizente com nossa realidade. Os atendimentos são feitos todos os dias da semana, nos dois turnos e, após a consulta, os adultos com HAS e DM saem da unidade com a próxima consulta agendada. Além do atendimento clínico, também realizamos: imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, de saúde bucal, obesidade, sedentarismo, tabagismo; são indicados exames complementares uma vez por ano; prescrevemos medicamentos com o objetivo de manter níveis pressóricos normais e também são explicadas aos usuários como reconhecer sinais de complicações das doenças em questão.

A equipe está muito animada com a ideia da intervenção, principalmente, os ACS, que estão vendo a possibilidade de adquirirem novos conhecimentos com os temas que serão trabalhados nas capacitações. A maior preocupação está no cumprimento da data e do horário para a consulta dos usuários, pois este agendamento ainda não faz parte da rotina da UBS. Antes da proposta do projeto de intervenção a equipe não era muito unida, fazíamos as atividades, mas não havia muito apoio, agora a equipe funciona como um todo dando à comunidade um papel importante na busca de soluções para seus próprios problemas, assim, acredito que agora estamos trabalhando mais unidos, buscando a melhoria da qualidade de vida destas pessoas. A principal dificuldade é a resistência dos usuários para comparecerem às consultas, mas já estamos trabalhando nesta questão aproveitando as visitas domiciliares para informar sobre a importância do acompanhamento contínuo.

As ações propostas pela intervenção são viáveis e contamos com o apoio da gestão municipal, sendo isso primordial para o bom desenvolvimento das atividades. Acredito que a intervenção será muito importante para os usuários portadores destas patologias e para a comunidade em geral, pois, com a implementação destas ações, conseguiremos suprir as necessidades deste grupo, ampliando a qualidade

dos serviços e a cobertura de usuários acompanhados na UBS. Buscaremos melhorar o seguimento dos usuários para evitarmos possíveis complicações, que

24

possam afetar tanto os usuários como os familiares, assim, conseguiremos uma comunidade mais saudável e mais envolvida no cuidado de sua saúde.

## **2.2 Objetivos e Metas**

### **2.2.1 Objetivo Geral**

Qualificar a atenção à saúde das pessoas com HAS e/ou DM da Estratégia Saúde da Família, na Unidade Básica de Saúde Dionizinho, no município de Avelino Lopes -Piauí.

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

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 1.1 Cadastrar 100,0% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Meta 1.2 Cadastrar 100,0% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100,0% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100,0% das pessoas com diabetes.

Meta 2.3 Realizar exame dos pés em 100,0% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Meta 2.4 Garantir a 100,0% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.



Meta 2.5 Garantir a 100,0% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

25

Meta 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100,0% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Meta 2.7 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100,0% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Meta 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100,0% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.9 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100,0% das pessoas com diabetes.

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

Meta 3.1 Buscar 100,0% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2 Buscar 100,0% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100,0% das pessoas com hipertensão.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100,0% das pessoas com diabetes.

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

Meta 5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100,0% das pessoas com hipertensão.

Meta 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100,0% das pessoas com diabetes.

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

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional a 100,0% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.2 Garantir orientação nutricional a 100,0% das pessoas com diabetes.

Meta 6.3 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100,0% das pessoas com hipertensão.

26

Meta 6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100,0% das pessoas com diabetes.

Meta 6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100,0% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100,0% das pessoas com diabetes.

Meta 6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100,0% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100,0% das pessoas com diabetes.

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas no Posto Dionizinho, no Município de Avelino Lopes. Participarão da intervenção todos os portadores de HAS e/ou DM, com idade igual ou superior a 20 anos e que fazem parte da área de abrangência desta UBS. As ações programáticas, serão realizadas com a utilização de fichas espelhos, que foram desenvolvidas segundo o preconizado pelo Ministério de Saúde (MS) para cada consulta dos usuários portadores de HAS e/ou DM (seja ela feita pela equipe médica ou de enfermagem) e odontológica. Serão armazenadas separadamente dos prontuários dos usuários e serão preenchidas durante as consultas. Para alcançar seus objetivos e metas descritos acima, a equipe de saúde realizará ações distribuídas em quatro eixos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Estes eixos serão descritos a seguir.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

Objetivo 1 - Ampliar a cobertura a pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Eixo Monitoramento e avaliação:

Ação:

- Monitorar o número de pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

27

Detalhamento:

Os ACS irão realizar um levantamento epidemiológico, em cada micro área sob a sua responsabilidade, com o intuito de identificar os usuários portadores de HAS e/ou DM que ainda não estejam cadastrados ou sem o acompanhamento adequado pela equipe da UBS. Assim, será aberto livro para registro e cadastramento destes usuários, bem como o preenchimento da ficha-espelho. Este preenchimento será feito pelo profissional de nível superior, no momento da consulta do usuário e a mesma será monitorada, semanalmente, pelo médico e pela enfermeira e discutido com a equipe.

Eixo Organização e Gestão do Serviço:

Ações:

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

Detalhamento:

A equipe será capacitada para realizar um adequado acolhimento aos usuários portadores de HAS e/ou DM, tendo por base o Caderno de Atenção Básica nº 36: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus – (BRASIL, 2013a) e o Caderno de Atenção Básica nº 37: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica (BRASIL, 2013b), e os ACS serão capacitados pelo médico e pela enfermeira para a busca dos usuários portadores de HAS e/ou DM que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço. Os usuários portadores de HAS e/ou DM cadastrados serão inclusos no registro de dados do programa pela secretaria de saúde do município. Para garantirmos material adequado para a medida da pressão arterial e realização

do hemoglicoteste, observaremos a data de inspeção e avaliação dos aparelhos e o tempo de validade de acordo com o Inmetro, também, solicitaremos à gestão a reposição dos aparelhos danificados da UBS.

Eixo Engajamento Público:

28

*Ações:*

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na unidade de saúde.
- Informar a comunidade sobre a importância de aferir a pressão arterial a partir dos 18 anos, no mínimo, anualmente.
- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

*Detalhamento:*

Os ACS, durante as visitas domiciliares, informarão à população visitada sobre a existência do Programa de Atenção à HAS e à DM na UBS, bem como, sobre a ocorrência da intervenção. Também orientaremos sobre a importância de aferir a pressão arterial a partir dos 18 anos, no mínimo, anualmente; a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS e DM.

Estas ações também serão realizadas durante o acolhimento dos usuários na UBS, na sala de espera e durante as consultas com os profissionais de nível superior. Buscaremos o apoio dos líderes comunitários para que as informações sejam divulgadas para toda a população.

Eixo Qualificação da Prática Clínica:

*Ações:*

- Capacitar os ACS para o cadastramento e atualização da população da área da UBS.
- Capacitar a equipe da UBS para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

*Detalhamento:*

Serão realizadas capacitações todas as semanas, ao longo do período da intervenção, nas quais abordaremos vários temas: acolhimento aos usuários portadores de HAS e/ou DM; busca ativa dos usuários portadores de HAS e/ou DM que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço. Técnicas para

29

verificação da pressão arterial de forma criteriosa e para realização do hemoglicoteste. Estas capacitações serão realizadas de acordo com cada grupo a que se destina cada atividade, sendo que, especificamente, os ACS serão capacitados para o cadastramento e atualização da população da área da UBS.

Objetivo 2 - Melhorar a qualidade da atenção de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Eixo Monitoramento e avaliação:

*Ações:*

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas com hipertensão e com diabetes;
- Monitorar o número de pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na UBS e conforme a periodicidade recomendada.
- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / HIPERDIA.
- Monitorar as pessoas hipertensas e as diabéticas que necessitam de atendimento odontológico.

*Detalhamento:*

Tanto a enfermeira quanto o médico, com o apoio dos ACS, monitorarão, semanalmente, por meio da análise do prontuário clínico e fichas espelho, as diferentes ações que estão sendo desenvolvidas em cada usuário pertencente da intervenção. Assim, será verificado se o usuário recebeu exame clínico apropriado, se possui registro dos exames laboratoriais que foram solicitados, se estão em uso de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e se foram avaliadas para a necessidade de atendimento odontológico. Assim, buscaremos identificar possíveis atrasos na realização destas atividades, segundo protocolo de atendimento utilizado na UBS.

Eixo Organização e gestão do serviço:

*Ações:*

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

30

- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na UBS.
- 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 atualizados.
- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com hipertensão e com diabetes cadastradas na UBS.
- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e com diabetes;
- Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento das pessoas com hipertensão e com diabetes provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

*Detalhamento:*

No início da intervenção, na primeira reunião de equipe, serão definidas as atribuições de cada integrante da equipe no exame clínico de pessoas com HAS e DM e os mesmos serão capacitados de acordo o protocolo adotado. Também definiremos os dias específicos para a realização das capacitações e os temas que serão abordados.

A equipe será capacitada para seguir o protocolo adotado na UBS no que diz respeito à solicitação de exames complementares. Estabeleceremos, também, sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados.

Mensalmente, o profissional responsável pela farmácia da UBS deverá realizar o controle do estoque de medicamentos, verificando a validade dos mesmos

e identificando os medicamentos que estão em falta. Assim, este profissional irá elaborar um relatório que será encaminhado ao gestor municipal. Conforme registros feitos nos prontuários, verificaremos os medicamentos utilizados pelos portadores de

31

HAS e/ou DM, com o intuito de garantirmos que estes medicamentos estejam sempre disponíveis na UBS.

Faremos contato com a gestão do município buscando o apoio adequado para garantir os recursos necessários para a realização da intervenção, tanto em relação aos materiais e insumos, como na disponibilidade de medicamentos da Farmácia Popular e na agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Assim como criar os mecanismos para garantir o atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e diabetes provenientes da avaliação da necessidade.

O médico da equipe reunirá com o odontólogo para organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com HAS e DM, definindo qual profissional fará esta avaliação e quando detectada alguma alteração, como será o encaminhamento para agendamento do atendimento odontológico.

Eixo Engajamento público:

*Ações:*

- Orientar a comunidade em geral quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e da diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- Orientar as pessoas com hipertensão e com diabetes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares e quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames;
- Orientar as pessoas com hipertensão e com diabetes e a comunidade em geral quanto ao direito dos usuários em ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso.
- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente das pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes.

*Detalhamento:*

Tanto os ACS, durante as visitas domiciliares, como a equipe, diariamente em suas atividades na UBS, orientarão a comunidade sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da HAS e da DM e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

32

Também é importante orientar quanto a necessidade de realização de exames complementares e a periodicidade com que estes exames devem ser realizados; o direito dos usuários em ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/ HIPERDIA e as alternativas para obter este acesso e sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal.

Destacaremos a importância de avaliações e do tratamento oportuno para evitar possíveis complicações cardiovasculares e neurológicas decorrentes da HAS e da DM e compartilharemos com os usuários as condutas esperadas em cada consulta e seus direitos de ter acesso aos medicamentos. Assim, estaremos estimulando o exercício do controle social.

Eixo Qualificação da prática clínica:

*Ações:*

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.
- Capacitar a equipe para a realização de exame apropriado dos pés.
- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.
- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e do diabetes.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.
- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e com diabetes.

*Detalhamento:* Durante as capacitações, a equipe será treinada para a realização de exame clínico apropriado; a realização de exame apropriado dos pés; para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde em relação à solicitação de exames complementares; o tratamento adequado da HAS e DM e orientação dos usuários para acesso aos medicamentos; avaliação da necessidade de atendimento odontológico. A equipe também será orientada sobre o encaminhamento adequado dos casos que necessitarem de avaliações mais complexas.



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

Eixo Monitoramento e avaliação:

*Ação:*

33

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

*Detalhamento:*

Tanto a enfermeira quanto o médico, com o apoio dos ACS, monitorarão, semanalmente, por meio da análise do prontuário clínico e fichas espelho, se os usuários estão com as consultas em dia de acordo com o protocolo de atendimento disponibilizado na UBS. Os usuários faltosos serão identificados para que os ACS possam realizar a busca ativa.

Eixo Organização e gestão do serviço:

*Ações:*

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

*Detalhamento:*

Uma vez detectados os faltosos, os ACS realizarão visitas domiciliares para busca ativa dos mesmos. Durante a visita, o ACS agendará a data da consulta para este usuário, de acordo com as datas disponibilizadas pelo médico e/ou enfermeira. Assim, o ACS repassará uma lista para a recepcionista da UBS com o nome dos usuários agendados. A recepcionista terá a responsabilidade de identificar o usuário que chegar à UBS e o encaminhará para a consulta com o médico e/ou enfermeira.

Os usuários que não comparecerem à consulta serão identificados pela recepcionista que repassará a informação ao médico e aos ACS para que estes façam a busca dos faltosos e reagendem a consulta.

Eixo Engajamento público:

*Ações:*

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.  
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para evitar evasão das pessoas com hipertensão e com diabetes (se houver número excessivo de faltosos).

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

*Detalhamento:*

34

Tanto os ACS, durante as visitas domiciliares, como a equipe, diariamente em suas atividades na UBS, orientarão a comunidade sobre a importância de realização das consultas, esclarecendo sobre a periodicidade preconizada para a realização das mesmas. Se tivermos muitos faltosos ao longo da intervenção, buscaremos o apoio dos líderes comunitários para ouvirmos a comunidade e traçarmos estratégias para evitar evasão das pessoas do programa.

Eixo Qualificação da prática clínica:

*Ação:*

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

*Detalhamento:*

Durante as capacitações, os ACS serão orientados quanto à realização das consultas de HAS e DM, para que eles possam repassar as informações à comunidade.

Objetivo 4 – Melhorar o registro das informações

Eixo Monitoramento e avaliação:

*Ação:*

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

*Detalhamento:*

Semanalmente, o médico e a enfermeira verificarão nos prontuários e fichas espelho a qualidade dos registros que estão sendo feitos e, durante as reuniões, a análise será repassada para o restante da equipe.

Eixo Organização e gestão do serviço:

*Ações:*

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

35

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

*Detalhamento:*

Implantaremos a ficha espelho disponibilizada pelo curso e, para isso, solicitaremos da gestão a impressão das fichas na quantidade necessárias para que todos os usuários participantes da intervenção tenham sua ficha espelho. O sistema a ser implantado será parecido ao da ficha de vacinação, quando depois da consulta a ficha espelho será colocada num arquivo no mês de programação da próxima consulta ou ações a realizar, facilitando o monitoramento, o controle e evitando atrasos. A ficha espelho ajudará a alimentação do SIAB/e-SUS.

Durante a capacitação pactuaremos com a equipe como deve ser feito o registro das informações e a enfermeira e o médico serão responsáveis pelo monitoramento destes registros, semanalmente.

Eixo Engajamento público:

*Ação:*

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

*Detalhamento:*

Tanto os ACS, durante as visitas domiciliares, como a equipe, diariamente em suas atividades na UBS, orientarão as pessoas com HAS e com DM e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e sobre a disponibilidade de seus prontuários para acesso à segunda via, se necessário.

Eixo Qualificação da prática clínica:

*Ações:*

- Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento das pessoas com hipertensão e com diabetes;

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

*Detalhamento:*

Serão realizadas capacitações, ao longo do período da intervenção, pela enfermeira e pelo médico nas quais estes profissionais orientarão a equipe no

36

preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do público-alvo da intervenção e para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas. Para isso, é necessário que cada usuário esteja cadastrado no programa e tenha seu prontuário clínico e sua ficha espelho.

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

Eixo Monitoramento e avaliação:

*Ação:*

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

*Detalhamento:*

Semanalmente, o médico e a enfermeira verificarão nos prontuários e fichas espelho o número de pessoas com HAS e DM com a realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano. Aqueles usuários que não a possuem serão identificados para que, numa próxima consulta, isto seja colocado em dia.

Eixo Organização e gestão do serviço:

*Ações:*

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

*Detalhamento:*

Os usuários classificados como de alto risco serão priorizados em seu atendimento, organizando uma agenda de forma que não afete o atendimento dos demais usuários. Esta agenda será definida em reunião, em comum acordo com os demais membros da equipe.

Eixo Engajamento público:

*Ações:*

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

37

*Detalhamento:*

Tanto os ACS durante as visitas domiciliares, como a equipe diariamente em suas atividades na UBS, informarão às pessoas com HAS e DM e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação, atividade física), assim como seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular para evitar possíveis complicações.

Eixo Qualificação da prática clínica:

*Ações:*

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

*Detalhamento:*

Durante as reuniões de equipe, o médico irá capacitar a equipe para realizar estratificação de risco, segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo. A equipe deverá entender a importância do registro desta avaliação e as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis nesta população.

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

Eixo Monitoramento e avaliação:

*Ações:*

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

- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo às pessoas com hipertensão e com diabetes.
- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal às pessoas com hipertensão e com diabetes.

*Detalhamento:*

38

Tanto a enfermeira quanto o médico, com o apoio dos ACS, monitorarão, semanalmente, através da análise do prontuário clínico, fichas espelhos e planilha de coleta de dados, se todos os usuários estão recebendo orientações sobre: alimentação saudável, prática de atividade física regular, riscos do tabagismo e importância da higiene bucal.

Eixo Organização e gestão do serviço:

*Ações:*

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

*Detalhamento:*

Buscaremos apoio do gestor para conseguirmos aderir ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde, buscando as parcerias necessárias para envolver todo o pessoal que possa garantir um maior e mais completo seguimento dos usuários; pactuaremos com os integrantes da equipe um tempo médio de consulta para que todos os usuários possam ser orientados adequadamente e tenha suas dúvidas sanadas, assim, esperamos que este usuário saia da UBS com um conhecimento mais completo de sua doença e seja ativo no processo de tratamento e acompanhamento da doença.

Tentaremos organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável, orientação sobre atividade física e, para isso, solicitaremos apoio do gestor para

conseguirmos parcerias institucionais para envolver nutricionistas, educadores físicos nesta atividade.

Eixo Engajamento público:

*Ações:*

39

- Orientar pessoas com hipertensão e com diabetes e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, bem como a necessidade de uma dieta específica para o tratamento do diabetes.
- Orientar pessoas com hipertensão e com diabetes e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento da hipertensão e do diabetes.
- Orientar as pessoas com hipertensão e com diabetes tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.
- Orientar as pessoas com hipertensão e com diabetes e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

*Detalhamento:*

Tanto os ACS durante as visitas domiciliares, como a equipe diariamente em suas atividades na UBS, informarão as pessoas com hipertensão e diabetes e a comunidade quanto à importância da alimentação saudável, bem como a necessidade de uma dieta específica para o tratamento do diabetes, a prática de atividade física regular, assim como de sua higiene bucal.

Eixo Qualificação da prática clínica:

*Ações:*

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

*Detalhamento:*

Por meio de capacitações feitas pelo médico, enfermeira e integrantes do NASF (nutricionistas, professores de educação física, psicólogo, psiquiatra) a equipe será capacitada sobre práticas de alimentação saudável e específica para pessoas com DM, metodologias de educação em saúde, a promoção da prática de atividade física regular, o tratamento de pessoas tabagistas e para oferecer orientações de higiene bucal.

40

### **2.3.2 Indicadores**

Relativos ao objetivo 1: Ampliar a cobertura a pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 1.1: Cadastrar 100,0 % das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

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

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

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

Meta 1.2: Cadastrar 100,0 % das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Indicador 1.2: Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

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

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

Relativos ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100,0% das pessoas com hipertensão.



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

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

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

41

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100,0% das pessoas com diabetes. Indicador 2.2: Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

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

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

Meta 2.3: Realizar exame dos pés em 100,0% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

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

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

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

Meta 2.4: Garantir a 100,0% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

Meta 2.5: Garantir a 100,0% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

42

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 2.7: Proporção de pessoas com diabetes com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

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

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

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

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

43

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

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

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

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

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

Relativos ao objetivo 3: Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 3.1: Buscar 100,0% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

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

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

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

Meta 3.2: Buscar 100,0% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

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

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

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

Relativos ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

44

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100,0% das pessoas com hipertensão.

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

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

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

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100,0% das pessoas com diabetes.

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

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

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

Relativos ao objetivo 5: Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100,0% das pessoas com hipertensão.

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

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

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

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100,0% das pessoas com diabetes.

45

Indicador 5.2: Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular

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

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

Relativos ao objetivo 6: Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional a 100,0% das pessoas com hipertensão.

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

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

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

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional a 100,0% das pessoas com diabetes.

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

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

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

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

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

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

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

46

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

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

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

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

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100,0% das pessoas com hipertensão.

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

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

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

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100,0% das pessoas com diabetes.

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

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

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

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100,0% das pessoas com hipertensão.

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

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

47

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

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100,0% das pessoas com diabetes.

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

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

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

### **2.3.3 Logística**

Para a aplicação das ações do projeto de intervenção na atenção ao portador de HAS e/ou DM no Posto Dionizinho, utilizaremos o Caderno de Atenção Básica nº 36: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus (BRASIL, 2013a) e o Caderno de Atenção Básica nº 37: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica (BRASIL, 2013b). Solicitarei ao gestor municipal a impressão destes manuais para que os mesmos possam ficar disponíveis para consulta na UBS para consulta dos profissionais da equipe.

O registro de dados dos usuários será feito na planilha de coleta de dados (ANEXO B) e também na ficha-espelho (ANEXO C) disponibilizadas pelo curso. Como essa ficha espelho não contém informações sobre o acompanhamento de

saúde bucal, elaboramos uma ficha complementar (APÊNDICE) que será anexada à ficha espelho, assim, poderemos avaliar esse atendimento.

Estimamos alcançar com a intervenção 100,0% dos usuários com HAS e/ou DM, assim, devemos estar trabalhando com, aproximadamente, 300 usuários, segundo as estimativas do Ministério da Saúde. Já fizemos contato com o gestor municipal e já temos providenciando a impressão das 300 fichas espelho necessárias e das 300 fichas complementares que serão anexadas às fichas espelho.

Os ACS irão realizar um levantamento epidemiológico, em cada micro área

48

sob a sua responsabilidade, com o intuito de identificar os usuários portadores de HAS e/ou DM que ainda não estejam cadastrados ou estejam sem o acompanhamento adequado pela equipe da UBS. Assim, será aberto livro para registro e cadastramento destes usuários, bem como o preenchimento da ficha espelho.

Para o acompanhamento mensal da intervenção e organização do registro específico do programa, será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados (ANEXO A) e, à medida que os usuários comparecerem à consulta com o médico ou com a enfermeira será preenchida a ficha espelho em uso na intervenção. A ficha espelho será complementada pelo enfermeiro com base nos registros existentes no prontuário dos usuários e no sistema de registro de vacinas da UBS.

O acolhimento dos usuários com HAS e DM que buscarem o serviço será realizado pela recepcionista, que procurará o prontuário do usuário e o encaminhará para a técnica de enfermagem. Usuários com problemas agudos serão atendidos no mesmo turno para agilizar o tratamento. Pessoas classificadas como de alto risco terão prioridade no agendamento, sendo que a demora deverá ser menor do que dois dias. As pessoas que vierem à consulta sairão da UBS com a próxima consulta agendada. Para acolher a demanda de intercorrências agudas, não há necessidade de alterar a organização da agenda, estas serão priorizadas nas consultas disponíveis para pronto atendimento. Para agendar as pessoas provenientes da busca ativa feita pelos ACS ou aquelas que ingressarem ao programa serão reservadas 30 consultas por semana, 15 consultas no turno da manhã e 15



consultas no horário da tarde. Nessa atividade de acolhimento e agendamento das consultas vamos ter como responsável a técnica de enfermagem.

Semanalmente o enfermeiro examinará as fichas- espelho das pessoas com HAS e DM identificando aquelas que estão com consultas, exames clínicos ou laboratoriais em atraso. O ACS fará busca ativa de todas as pessoas em atraso, estimando 10 buscas por semana, totalizando 40 por mês, entretanto, este quantitativo poderá sofrer alterações, conforme necessidade. Ao fazer a busca, o ACS já agendará a pessoa para um horário de sua conveniência.

Semanalmente, o médico e a enfermeira coletarão as informações na ficha espelho, ficha complementar e prontuário e os lançarão na planilha eletrônica.

49

Realizaremos reuniões semanais para capacitar a equipe sobre os Protocolos que serão utilizados durante a intervenção. Essas reuniões abordarão diferentes temas de interesse para nosso trabalho e ocorrerão na própria UBS, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Esta atividade ocorrerá ao longo de toda a intervenção, mantendo o espaço para esclarecer dúvidas relativas ao projeto de intervenção. Cada membro da equipe estará estudando e pesquisando sobre o tema que falaremos naquela semana para podermos trocar conhecimentos e esclarecer alguma dúvida sobre o tema em questão. A exposição dos temas poderá ser feita por meio de palestra, vídeo, apresentação de slides ou outra forma, conforme escolha do profissional. O médico será o responsável pela programação e cumprimento destas reuniões e, também, o encarregado de fornecer os temas de estudo e quem dirigirá as atividades.

Toda a equipe será responsável pela realização de atividades educativas por meio de salas de espera na própria UBS, antes de iniciar os atendimentos. Também, faremos contato, mensalmente, com a associação de moradores e com os representantes da comunidade nas igrejas da nossa área de abrangência, dos mercados e apresentaremos o projeto esclarecendo sua importância.

Solicitaremos apoio deles e da comunidade em geral para realização de reuniões com o objetivo de esclarecer a comunidade sobre temas relacionados à HAS e DM. Nesta árdua tarefa estará como responsável um ACS, que programará as reuniões e contará com a presença de toda a equipe nas diferentes reuniões programadas. Buscaremos a promoção à saúde com a garantia de orientação



Reunião da equipe	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Realização de visita domiciliar	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Monitoramento da intervenção	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

### 3 Relatório da Intervenção

Quando estávamos prestes a iniciar o projeto, eu tive minhas dúvidas, em relação ao desenvolvimento do trabalho em equipe, já que o pessoal não tinha conhecimento claro sobre como fazer o bom atendimento neste grupo de risco, pois na unidade não existia o manual de atendimento dos grupos de risco em questão e até o momento não faziam consultas programadas, os usuários em só se priorizavam nas visitas domiciliares.

Com o passar dos dias e as semanas, graças às capacitações o erro foi eliminado, pois o pessoal ganhou consciência na importância das consultas programadas e com muito esmero e dedicação finalizamos satisfatoriamente o projeto. Enfrentamos dificuldades, pero conseguimos superar as mesmas e depois de 12 semanas de trabalho diário, a equipe em conjunto com a gestora e a comunidade, estamos fazendo um relatório, observando os principais aspectos das ações desenvolvidas, dificuldades e avanços durante todo o projeto. Abaixo mostraremos algumas evidências.

#### 3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Nas primeiras semanas da intervenção, de acordo com o cronograma, foram feitas diferentes atividades, tais como: a capacitação da equipe sobre o protocolo de atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM, atualização, revisão e preenchimento dos registros proporcionados pelo curso, definição das atribuições de

cada integrante da equipe no exame clínico das pessoas com HAS e/ou DM, de acordo com o protocolo adotado.

Além disso, determinamos os dias específicos para a realização das capacitações e os temas que seriam abordados, realizamos a qualificação da prática clínica da equipe quanto à realizar uma adequada busca ativa, acolhimento e cadastramento desses usuários, considerando o Caderno de Atenção Básica nº 36, “Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus” (BRASIL, 2013a) e o Caderno de Atenção Básica nº 37, “Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica” (BRASIL, 2013b), que se encontra impresso na unidade, para qualquer dúvida, seja consultado.

52

Do mesmo modo certificamos como atualizaríamos as informações do SIAB/e-SUS, revisariamos os registros proporcionados pelo curso e monitorariamos periodicamente o trabalho feito pela equipe. Também se abordou como as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), podem realizar busca ativa dos usuários faltosos. Todas estas atividades foram direcionadas pelo médico em parceria com a enfermeira, mantendo uma dinâmica, diálogo e interação e respeitando as opiniões da equipe de forma geral.

Foi estabelecido as atribuições que desempenharia os profissionais nas ações programáticas e como cada um deles responderia ante as dificuldades encontradas para desenvolver as ações propriamente ditas, ao longo do projeto.

Nós contatamos com a participação e o protagonismo das lideranças comunitárias, visando falar sobre a existência do programa de atenção ao usuário com HAS e DM da unidade de saúde e a importância que o programa representa, na melhoria da saúde da comunidade. A equipe solicitou o apoio e cooperação do representante da comunidade, para realizarem a incorporação de todos os hipertensos e diabéticos cadastrados na área, mediante informações educativas proporcionadas por eles mesmos na comunidade, onde falariam sobre como seriam as consultas e demais estratégias de saúde implementadas durante o projeto na unidade.

Com essa troca de experiência e momentos de engajamento público, esclarecemos as dúvidas que tinham os líderes comunitários, sobre a importância que representa para os usuários com HAS e/ou DM fazerem acompanhamento periódico e as facilidades que tem os mesmos de realizá-lo na unidade de saúde.

Do mesmo modo os líderes, foram informados sobre o atendimento odontológico prioritário destes usuários e de sua importância para a saúde em geral, além de demais facilidades oferecidas na unidade. Comunicamos também a necessidade que tem este grupo populacional de realizarem os exames bucais periodicamente.

53

Junto com a parceria dos dentistas, organizamos a avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com HAS e DM, definindo qual profissional fará esta avaliação e quando detectada alguma alteração e como seria o encaminhamento para agendamento do atendimento odontológico. Todas estas atividades foram realizadas no horário da tarde, depois do atendimento. Os líderes comunitários acolheram a intervenção de forma positiva e participaram de forma ativa na mesma.

Os ACS, durante as visitas domiciliares, informaram à população visitada sobre a existência do programa de atenção à HAS e à DM na UBS, bem como, sobre a ocorrência da intervenção, assim como o dia e horário da consulta programada.

Fizemos contato com a gestão do município, buscando o apoio adequado para garantir os recursos necessários para a realização da intervenção, tanto em relação aos materiais e insumos, como na disponibilidade de medicamentos da Farmácia Popular e na agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Nós também buscamos pontuar aspectos relacionados com a criação dos mecanismos para garantir o atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e diabetes provenientes da avaliação da necessidade e recebemos todo o apoio das autoridades.

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

As ações de forma geral, foram desenvolvidas, mas sempre temos dificuldades, pois nas primeiras semanas da intervenção, devido à falta de costume da recepcionista em agendar esse tipo de consultas prioritárias, tivemos semanas com excesso de demanda espontânea, e o atendimento não teve a organização desejada pela equipe, dificultando a permanência dos usuários nas consultas. Os usuários queriam desistir, mais com o empenho da equipe, sempre conseguimos atender a todos eles.

É importante destacar que a gestora se comprometeu a melhorar o estoque de medicamentos na farmácia, visando o bom desenvolvimento no trajeto do projeto.

54

Nós apresentamos deficiência nesse sentido, e isso provocou desânimo na população assistida, pois esta referia que de nada servia as consultas gratuitas se não há remédios gratuitos para ofertar. Apesar disso, conseguimos superar essa questão, tão polêmica para os usuários. Nas últimas semanas já tínhamos todo o estoque de remédios para darem e ainda temos.

Outra das grandes dificuldades foi a falta de energia e a água que o município apresentou e ainda apresenta. Isso prejudicou a realização das consultas odontológicas. Para melhorarmos essa situação, a estratégia adotada foi o desenvolvimento de ações de saúde bucal com a equipe de saúde bucal e o médico para que as pessoas não ficassem totalmente sem o atendimento. Quando não havia energia nem água, reprogramávamos todos os atendimentos não feitos no dia.

Um outro aspecto que foi limitador de nossas ações, foram os usuários faltosos aos atendimentos, devido ao pouco conhecimento deles sobre a importância de assistir às consultas programadas e a falta de costume de se apresentar nas mesmas. No entanto, sempre realizamos busca ativa desses usuários faltosos, principalmente no período da tarde, já que tínhamos a nossa disposição o carro da gestora para fazer a busca ativa dos idosos faltoso, mediante uma visita domiciliar.

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

A planilha de coleta de dados (PCD) com a ficha espelho (FE) e seu apêndices, proporcionadas pelo curso da UFPel, foram as ferramentas que eu tive para incorporar e calcular os indicadores ao longo da intervenção. Esses instrumentos foram incorporados na rotina do serviço e não encontramos dificuldade para utilizá-los.

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

Apesar de finalizarmos a intervenção, a equipe continua motivada e desempenha as mesmas ações da intervenção. Pretendemos iniciar uma outra intervenção com um foco diferente, mas ainda a equipe não definiu. A equipe já acostumou com o trabalho desenvolvido até o momento, pois passamos 12

55

semanas desempenhando as mesmas ações e também porque desta forma tudo fica mais organizado e nos proporciona informações, como por exemplo, a cobertura de real de quais são os usuários que estão faltando dos atendimentos.

Nos resta continuar trabalhando com o mesmo esforço que até agora. Eu, a equipe e a comunidade ficamos muito satisfeitos com os resultados alcançados. A equipe percebeu acerca da importância do seguimento da forma que já fizemos. Nós atingimos muitas metas e objetivos e continuaremos com a mesma dedicação para superar outros desafios que nossa equipe e a comunidade apresentam.

## **4 Avaliação da Intervenção.**

### **4.1 Resultados**

O projeto foi realizado durante 12 semanas, no período de setembro até dezembro do 2015, tratou-se sobre a melhoria da atenção aos usuários com 20 anos ou mais com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), residentes na área de abrangência da UBS Dionizinho, Avelino Lopes, Piauí.

Na realização da intervenção, utilizamos as estimativas da população alvo, conforme consta na planilha de coleta de dados (PCD), já que nela se retratam melhor a nossa realidade, além disso, existia um sub registro pelo que os dados até o momento não eram confiáveis para serem utilizados. Assim, após inserir na PCD o número total de habitantes residentes na nossa área de abrangências (1.491), as estimativas geradas foram, respectivamente, para pessoas com 20 anos ou mais com HAS e/ou DM de 227 (22,7%) e 56 (5,6%).

Os objetivos principais do trabalho foi ampliar e qualificar a cobertura da atenção aos usuários com HAS e/ou DM. Para isso, foram realizadas inúmeras ações com a participação ativa da equipe, a comunidade e a gestora.

Antes de iniciar a intervenção, estabelecemos uma meta de cobertura para a atenção à saúde das pessoas com HAS e/ou DM em 100,0%. Essas metas foram consideradas, uma vez que a intervenção teria a duração de três meses e nossa população não é muito grande, segundo as estimativas da PCD, os nossos indicadores de cobertura antes da intervenção, para a atenção à saúde da pessoa com HAS era de 29,0% (87) e de DM de 8,0% (12).

As pessoas participantes do trabalho, com 20 anos ou mais residentes na nossa área de abrangência e com HAS foram, respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês de 101, 180 e 260. Já o número de pessoas com DM foi, respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês de 9, 20 e 28. Seguem abaixo



os resultados obtidos, segundo os objetivos e as metas. Os resultados obtidos seguem abaixo:

57

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

Meta 1.1: Cadastrar 100,0% das pessoas com HAS no programa de atenção à HAS e à DM da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 100,0% das pessoas com DM no programa de atenção à HAS e à DM da unidade de saúde.

Em relação à meta 1.1, o número total de pessoas com HAS com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados pela unidade de saúde, foi, no primeiro, segundo e terceiro mês, respectivamente, 101 (38,8%), 180 (69,2%) e 260 (100,0%).

Quanto a meta 1.2, os indicadores de cobertura alcançados no primeiro, segundo e terceiro mês, foram, respectivamente, 16,1% (9), 35,7% (20) e 50,0% (28).

As metas para as pessoas com HAS foram atingidas nos três meses. É interessante pontuar que no último mês a meta foi maior do que 100,0%. Acreditamos que isso foi possível, pois utilizamos as estimativas da PCD e como estimativas são passíveis de diferenças regiões, acreditamos que isso pode ter ocorrido com o indicador de cobertura para HAS.

Os resultados foram alcançados graças à colaboração das agentes comunitárias em parceria com a equipe de forma geral e a gestora, pois todos trabalhamos na incorporação dos usuários à intervenção, mediante as propagandas informativas divulgadas na comunidade pelo carro com equipo de zoom da prefeitura e mediante a busca ativa dos usuários.

Já a meta 1.2, não foi atingida em nenhum dos meses, pois esta é a população com DM que existe na área. Não encontramos mais usuários com esta doença na nossa área, até o momento, mesmo realizando visitas e ações de engajamento público. Apesar de ter finalizado o projeto a equipe continua na busca dos usuários em questão, para assim alcançar a cobertura estimada da população atendida, sim houveram ditas pessoas com esta afeção na área.

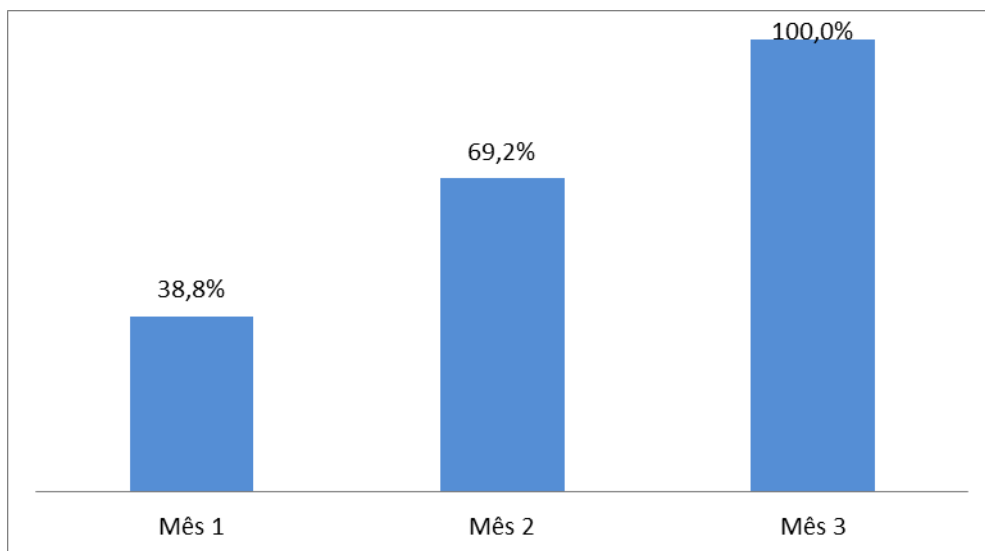


Figura 01: Cobertura do programa de atenção à hipertensão arterial, na UBS Dionizinho, Avelino Lopes/Piauí.

Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel, 2016.

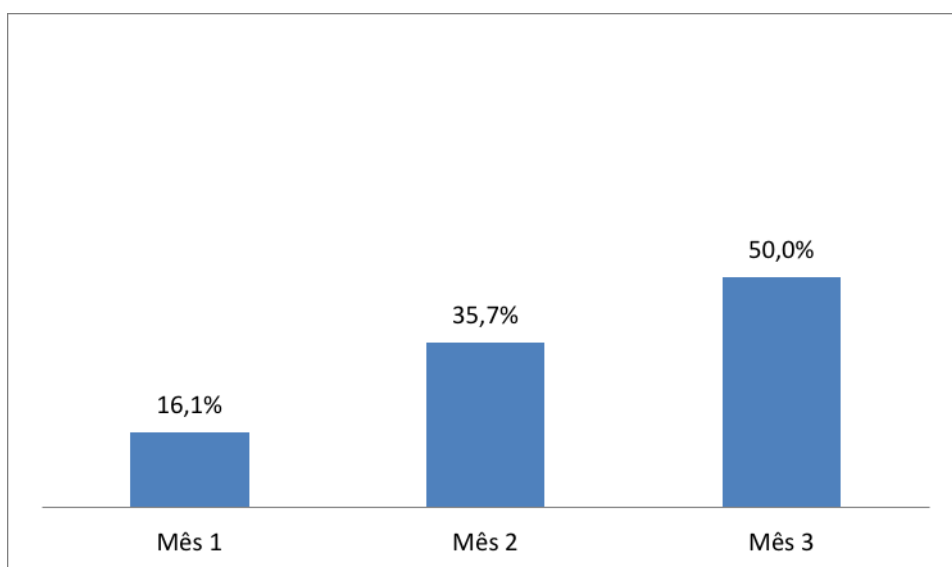


Figura 02: Cobertura do programa de atenção à diabetes mellitus, na UBS Dionizinho, Avelino Lopes/Piauí.

Fonte: Planilha de coleta de dados UFPel, 2016.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertenso e/ou diabético.

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100,0% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100,0% das pessoas com diabetes.

O número de pessoas com HAS com exame clínico em dia de acordo com o protocolo no primeiro, segundo e terceiro mês, foi respectivamente, 101 (100,0%), 180 (100,0%) e 260 (100,0%). Já o número de pessoas com DM com exame clínico em dia de acordo com o protocolo foi 9 (100,0%), 20 (100,0%) e 28 (100,0%), respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês.

Ambas metas foram atingidas em 100,0%, já que as consultas se fizeram integral. Os usuários uma vez que entravam ao atendimento eram feitos seus exames clínicos correspondentes dependendo da doença de cada qual.

Meta 2.3 Realizar exame dos pés em 100,0% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

O número de pessoas com DM com exame dos pés em dia foi 9 (100,0%), 20 (100,0%) e 28 (100,0%), respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês.

Como foi citado anteriormente, os atendimentos eram integrais, pelo que os exames dos pés foram feitos em todos os usuários, assim como a palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade, sendo a meta atingida em seu 100 %.

Meta 2.4 Garantir a 100,0% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5 Garantir a 100,0% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

O número de pessoas com HAS com exames complementares periódicos em dia foi respectivamente, 101 (100,0%), 180 (100,0%) e 260 (100,0%).

Já para DM foi 9 (100,0%), 20 (100,0%) e 28 (100,0%), respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês.

60

Ambas metas foram atingidas 100,0%, já que em nosso município contamos com um laboratório que trabalha para o SUS, facilitando que os usuários fizeram e tiveram os exames complementares atualizados dependendo de sua patologia de base.

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

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

O número de pessoas com HAS com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia foi respectivamente, 101 (100,0%), 180 (100,0%) e 260(100,0%). Já aqueles com DM foi 9 (100,0%), 20 (100,0%) e 28 (100,0%), respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês.

Nem todos os medicamentos utilizados pelos usuários com HAS e/ou DM são exclusivos da farmácia popular, pois muitos apresentam doenças cardiovasculares associadas a outras doenças. Mais tendo em conta que todos os medicamentos que precisavam os usuários foram prescritos consideramos o 100,0% em este indicador.

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

Meta 2.9 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100,0% das pessoas com diabetes.

O número de pessoas com HAS com avaliação da necessidade de atendimento odontológico foi respectivamente, 101 (100,0%), 180 (100,0%) e 260 (100,0%). Já o número de pessoas com DM foi 9 (100,0%), 20 (100,0%) e 28 (100,0%), respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês.

As avaliações das necessidades de atendimento odontológico foram realizadas, já que em minha unidade contamos com um consultório odontológico e toda sua equipe, o mesmo tem as condições necessárias para atender a população em questão, pactuando com a gestão que todos os dias vão se destinar 5 vagas no

atendimento odontológico para os usuários que participaram do estudo e assim o precisaram, pelo que a meta foi atingida ao 100,0%.

61

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

Meta 3.1 Buscar 100,0% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2 Buscar 100,0% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

O número de pessoas com HAS faltosas às consultas com busca ativa foi 3 (100,0%), 7 (100,0%) e 10 (100,0%), respectivamente no primeiro, segundo e terceiro mês. Já o número de pessoas com DM, no primeiro, segundo e terceiro mês, foi, respectivamente, 0, 1 (100,0%) e 1 (100,0%).

Ambas metas foram atingidas em 100,0%, já que a equipe está composta por cinco agentes comunitários, os quais se encargaram de procurar todos os usuários faltosos às consultas de controle, programadas pela equipe. O fato também de não existir muitos usuários que faltaram na consulta, também nos ajudou a atingir esses resultados.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100,0% das pessoas com hipertensão.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100,0% das pessoas com diabetes.

O número de pessoas com HAS com registro adequado na ficha de acompanhamento, foi, respectivamente, 101 (100%), 180 (100,0%) e 260 (100,0%).

Para as pessoas com DM. Foi 9 (100,0%), 20 (100,0%) e 28 (100,0%), respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês.

Essas metas foram atingidas em 100,0%, já que na unidade contamos com uma recepção e o trabalho da recepcionista em parceria com os agentes comunitários. Eles fizeram, atualizaram e arquivaram todas as fichas individuais, a mediada que os usuários entravam à unidade para receberem seus atendimentos, além disto tenho que mencionar que a unidade já constava com ditas fichas em seus arquivos correspondentes.

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

Meta 5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100,0% das pessoas com hipertensão.

Meta 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100,0% das pessoas com diabetes.

O número de pessoas com HAS com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia foi respectivamente, 101 (100,0%), 180 (100,0%) e 260 (100,0%). Para as pessoas com DM foi 9 (100,0%), 20 (100,0%) e 28 (100,0%), respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês.

Como as consultas eram integrais, a estratificação do risco cardiovascular foi realizada em todos os usuários participantes do programa, e conseqüentemente a meta foi atingida em 100,0%.

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

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional a 100,0% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.2 Garantir orientação nutricional a 100,0% das pessoas com diabetes.

Meta 6.3 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100,0% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100,0% das pessoas com diabetes.

Meta 6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100,0% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100,0% das pessoas com diabetes.

O número de participantes com HAS que receberam essas orientações foi respectivamente, 101 (100,0%), 180 (100,0%) e 260 (100,0%). Já o número de pessoas com DM foi 9 (100,0%), 20 (100,0%) e 28 (100,0%), respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês.

Todas essas metas foram atingidas 100,0%, já que durante as consultas, eu como médico em parceria com a enfermeira realizávamos atividades educativas dos temas em questão. Além disso, na sala de espera os agentes comunitários em

63

parceria com a recepcionista também faziam palestras educativas dos temas. Assim, as informações eram dadas por toda equipe, garantindo que todos os usuários saíram da unidade com informações importantes e necessárias para melhorar sua saúde, trocando modos e estilos de vida prejudiciais para a pessoa.

Meta 6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100,0% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100,0% das pessoas com diabetes.

O número de pessoas com HAS que receberam essas orientações foi respectivamente, 101 (100,0%), 180 (100,0%) e 260 (100,0%). Já o número de pessoas com foi 9 (100,0%), 20 (100,0%) e 28 (100,0%), respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês.

Ambas metas foram atingidas em 100,0%, pois como falei anteriormente, a equipe consta com um consultório odontológico, assim como com todo o pessoal de odontologia, pelo que o médico em parceria com o odontologista, durante os atendimentos, falava de forma educativa de como ter uma boa higiene bucal, a importância de manter a mesma, assim como suas complicações sim não se cumpriam ditas medidas higiênicas.

64

## **4.2 Discussão**

Com a realização do projeto de intervenção, na unidade básica de saúde onde atuo, minha equipe buscou melhorar e ampliar a atenção à Saúde das pessoas com Hipertensão Arterial Sistólica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), sendo que nestas 12 semanas conseguimos atualizar a base de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) da unidade, tirando o sub registro que tínhamos, antes de

iniciar a intervenção no caso da (HAS). Além de ter finalizado o projeto, a equipe continua na procura dos usuários em questão, para assim, alcançar a cobertura estimada da população atendida.

Observou-se a melhoria na organização e preenchimento continuado dos registros e fichas individuais, dando a possibilidade à equipe de um maior controle na procura de usuários faltosos e aqueles que ainda não tinham consultas programadas pela primeira vez.

Conseguimos realizar os exames clínico em 100,0% dos usuários com HAS e/ou DM encontrados na área de abrangência, de acordo com os protocolos. Ademais, solicitamos exames complementares a todos os usuários, assim como a avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Realizou-se o registro adequado na ficha de acompanhamento e estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, e 100,0% das pessoas com HAS e/ou DM que participaram da equipe foram orientadas quanto à alimentação saudável, prática de exercício físico regular, assim como dos riscos do tabagismo e sobre a higiene bucal. Tudo isso favoreceu a uma maior adesão dos usuários nos programas.

Para lograr os resultados obtidos, o projeto exigiu que toda a equipe fosse capacitada quanto ao seguimento, tendo por base o Caderno de Atenção Básica nº 36: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus (BRASIL, 2013a) e o Caderno de Atenção Básica nº 37: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica (BRASIL, 2013b), relativas ao rastreamento, monitoramento, diagnóstico e tratamento adequado, nestes usuários.

A organização previa fez com que a equipe trabalhasse em conjunto e integralmente, ajudando-se entre si, com a finalidade de melhorar o trabalho desempenhado durante todo o período. O médico em parceria com a enfermeira e o odontólogo, se encarregaram de realizar as capacitações, abordando e corrigindo



dúvidas gerais e específicas de cada profissional da equipe, de como seria o desenvolvimento da intervenção entre outros temas. Além de preencher e organizar os registros, e monitorar o desenvolvimento do projeto em questão.

Por outro lado, a recepcionista em parceria com as agentes comunitárias encarregou-se de organizar e agendar as consultas dos usuários em todo o período. Isto acabou tendo repercussão em outras atividades no serviço, tais como nos atendimentos dos demais grupos de risco, pois ganhamos conhecimentos na organização do serviço e da importância que tem as consultas programadas, para uma boa qualidade na atenção da população de forma geral.

A implantação do projeto de intervenção teve grande importância para o serviço, já que antes da intervenção, não se tinha como rotina a programação de consultas em nenhum dos grupos, focando mais o trabalho para o atendimento da demanda espontânea, coisa que alterou, pois a equipe ganhou consciência da importância do agendamento dos diferentes grupos para melhorar a organização e preenchimento dos registros, assim como o agendamento das consultas de seguimento, para desta forma otimizar os seguimentos continuados, diminuindo a demanda espontânea.

Como se pode observar, existe um incremento no número de pessoas com HAS e DM com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia, já que depois da equipe ter falado com a gestora, a mesma se comprometeu a incrementar o estoque de medicamento da farmácia, e assim foram supridas a maioria das necessidades da população atendida.

A comunidade ficou muito grata pelo trabalho da equipe, pois nunca tinham feito algo que levou em consideração e valorizou a própria população na realização e fiscalização. Ainda há dificuldades organizativas que temos que resolver com a

gestão do município, para alcançar assim um atendimento integral. Temos que reconhecer que a população se adaptou com bastante facilidade aos atendimentos priorizados. Acredito que isso ocorreu devido ao trabalho da equipe de informar

sempre do porquê são priorizados e a importância que tem para eles um acompanhamento deste tipo. Nos resta continuar atualizando os registros e o SIAB, para manter a qualidade da atenção na UBS.

Acreditamos que a intervenção teria sido mais produtiva se a divulgação tivesse sido maior, propiciando uma incorporação mais integral dos usuários, além que temos que melhorar mais quanto a fazer parcerias com outras instituições e organismos que possam nos ajudar como escolas, igrejas, etc. Fazendo uma avaliação geral da intervenção, percebemos que a equipe está muito mais unida e integrada, alcançando o melhor funcionamento da mesma o que vai redundar em uma maior qualidade no atendimento dos usuários.

De acordo com a equipe vamos a incorporar a intervenção na rotina diária da unidade, pois desta forma trabalhamos mais organizados, ampliando os atendimentos continuados dos diferentes grupos de riscos, não somente dos usuários com HAS e DM. Trabalhando em parceria com a comunidade bem como informando a população sobre estes atendimentos e a razão que tem de priorizar as pessoas com doenças crônicas. Esperamos com todo nosso esforço melhorar a qualidade de vida de nossos usuários e da comunidade em geral.

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

Para Secretaria de Saúde do município de Avelino Lopes.

Durante os meses de setembro a dezembro do 2016, foi realizada na Unidade de Saúde, Dionizinho, localizada em zona rural, uma intervenção com a intenção de ampliar e qualificar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e/ou diabetes mellitus (DM) na comunidade. Participaram da intervenção pessoas com HAS e/ou DM com 20 anos ou mais residentes na nossa área de abrangência.

Após três meses, os indicadores de cobertura alcançados para o programa de atenção às pessoas com HAS e/ou DM foram, respectivamente, 100,0% e 50,0%. Acreditamos que o valor do primeiro indicador foi maior do que 100% devido não apenas à utilização da estimativa da planilha de coleta de dados fornecida pela UFPel, mas também ao esforço e dedicação da equipe e da comunidade, por meio das ações desenvolvidas.

Quanto aos indicadores de qualidade, realizar o exame clínico apropriado, garantir exames complementares em dia de acordo com o protocolo, realizar a avaliação de necessidade de atendimento odontológico, realizar busca ativa, melhorar os registros dos usuários, realizar o mapeamento do risco cardiovascular e ações de promoção de saúde, atingimos 100,0% na maioria deles proporcionando uma atenção mais integral em consonância com os princípios e diretrizes do SUS e da atenção primária.

A intervenção trouxe inúmeros benefícios para a equipe e a comunidade, como por exemplo, os momentos de reunião para a realização dos treinamentos da equipe, a qualificação do acolhimento, avaliação e controle dos usuários de forma correta, de acordo com os protocolos de atendimento para HAS e DM no Brasil. Hoje o nosso processo de trabalho está melhor organizado, a adesão dos usuários ao tratamento também e eles revelam a satisfação com o nosso serviço.

No início, a equipe apresentou dificuldades em relação à organização, pois não tínhamos a costume de trabalhar com consultas agendadas e existia muita demanda espontânea, mais com o passar do tempo e as capacitações, logramos vencer as dificuldades. Temos que destacar que os agentes comunitários, fizeram um ótimo trabalho na divulgação das informações, na comunidade sobre, a existência e desenvolvimento da intervenção e de como os usuários participariam na mesma, pelo que ficamos satisfeito com o pessoal.

No trajeto da intervenção, apresentamos diversas dificuldade, sendo a falta de medicamentos na farmácia popular um deles, pelo que os usuários em questão, ficaram muito desanimados ao princípio, mais depois graças à gestora esta problemática se foi resolvendo com o passar do tempo, além que ainda exista dificuldade com o tema.

Gestores, obrigado pelo apoio e a parceria proporcionados nesses meses da intervenção. Foi fundamental a disponibilização do carro para fazer as visitas dos usuários faltosos, assim como a compra de medicamentos pela gestora para completar o estoque na farmácia popular.

Pretendemos continuar desenvolvendo as ações realizadas durante a intervenção e incorporá-las na rotina do serviço, para manter o trabalho iniciado. Para isso, precisaremos da continuidade de sua ajuda, principalmente em relação à compra dos medicamentos, de insumos e continuar melhorando o meio de transporte da equipe, não só nas visitas, mas também para procurar com rapidez os demais usuários na comunidade.

## 6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Comunidade,

Nossa equipe da UBS Dionizinho, durante três meses, tivemos a oportunidade de realizar uma intervenção para melhorar a atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM na área. O trabalho faz parte do Curso de Especialização da UNASUS/UFPEL e Programa Mais Médico para o Brasil.

A intervenção foi implantada na localidade de Dionizinho, em suas cinco micro-áreas, na população hipertensa e diabética, já que é uma das populações que requer de maior controle e avaliações por parte da equipe. Foram realizados os cadastramentos de 260 hipertensos e 28 diabéticos, fazendo-se as avaliações, acompanhamentos e orientações para os mesmos e suas famílias, com a colaboração de toda a equipe.

O projeto alcançou muitos benefícios, tanto para a equipe como para a comunidade, pois foram realizadas mudanças nos atendimentos, como a prioridade das consultas programadas, para este grupo de risco na unidade, os preenchimentos das fichas espelhos, as visitas domiciliares e acompanhamentos no domicílio para os usuários acamados ou com problemas de se locomover.

Nossa equipe trabalhou muito nos cadastros, monitoramento e avaliação dos registros para obter um maior controle do acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos. Conseguimos durante todo este trajeto consolidar um pouco mais a relação médico - usuário, obtendo dados reais sobre suas patologias de base em um contexto mais pessoal, assim como informamos à comunidade sobre o projeto a ser implantado e os benefícios que traria para os mesmos.

As consultas foram programadas para quarta-feira, em ambos turnos, com um total de 30 atendimentos programados, 15 pela manhã e 15 pela tarde. Foram acolhidos todos os usuários que abordavam à unidade e as informações do trabalho se deram todos os dias na unidade.

O médico em parceria com a enfermeira capacitou toda a equipe, para assim poderem cumprir com todas as ações, tais como: cadastramento, avaliação,

monitoramento e acompanhamentos dos hipertensos e diabéticos. A nutricionista com a psicóloga, apoiou as ações educativas, para desta forma ter uma avaliação melhor nos atendimentos e assim maior controle da saúde dos usuários, incluindo: controle de pressão arterial e HGT, controle de peso, orientações sobre alimentação saudável, tabaquismo e exercício físico de forma sistemática, assim como também as avaliações pela Psicóloga para a saúde mental de muitos de nossos usuários.

Um avanço importante, foi realizar todas as visitas domiciliares aos usuários hipertensos e diabéticos faltosos às consultas, isto foi possível, graças à ajuda da gestora por disponibilizar um carro só para nós e aos agentes que faziam a busca ativa com rapidez.

A dificuldade com maior reclamação foi a falta de medicamentos na farmácia popular, já que pela ausência de remédios, não tínhamos todo o estoque de medicamentos necessário para cobrir a demanda e necessidade da população, mas depois graças à gestora esta questão melhorou muito.

Pretendemos continuar com as ações que foram desenvolvidas, uma vez que elas fazem parte da nossa rotina e trazem benefícios na qualidade de vida das pessoas com hipertensão e diabetes. Para isso, necessitamos da união e atenção da comunidade para poder conseguir melhorar a saúde dos usuários, buscando superar as dificuldades, demonstrando que a responsabilidade pela saúde não é só do médico, e sim de todos.

## **7 Reflexão crítica sobre meu processo pessoal de aprendizagem.**

É importante que os profissionais da equipe de saúde da família tenham um perfil adequado e conhecimentos sobre suas atribuições e o SUS. Além disso, é necessário que a equipe busque se atualizar e capacitar, para um bom funcionamento do processo de trabalho e para que as ações ocorram conforme as propostas durante o projeto.

Demonstrei à equipe a importância que tem em trabalhar na atenção primária, já que a nossa finalidade é realizar ações não apenas curativa, mas também de promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS.

Quando iniciei a intervenção, tive minhas dúvidas se conseguiria terminar a mesma, pois apesar de sermos uma equipe de Estratégia de Saúde de Família, as consultas programadas não eram feitas com a qualidade requerida, devido à grande demanda espontânea que tínhamos e ainda temos. Considerando que no momento a intervenção foi finalizada, já contamos com mais conhecimentos para enfrentar a mesma.

Um outro aspecto negativo era a pouca informação que tinham os usuários, em relação aos atendimentos em questão e que não tinham sido nunca atendidos do jeito que se pretendia fazer, mas no final deu tudo certo.

Para reafirmar conhecimentos se realizaram várias atividades que ajudaram à equipe a refletir sobre a construção de um projeto de intervenção. As atividades análise situacional e a análise estratégica, propiciou a reunião da equipe com o objetivo de avaliar qual seria a população priorizada e a ação programática eleita para nossa atenção. Pela importância que representava para a comunidade de forma geral, foi decidido o trabalho com os usuários com HAS e/ou DM, já que este grupo de risco aumenta cada dia mais na população brasileira e precisam de maior cuidado nos atendimentos programados.

Já iniciada a intervenção e depois das capacitações que recebemos, minhas expectativas aumentaram, pois nós unimos ainda mais para que tudo saísse conforme o esperado e já com os conhecimentos adquiridos estávamos melhor

preparados para receber o projeto, sempre buscando melhorar os atendimentos dos usuários e proporcionar a qualidade requerida para os mesmos.

Eu fiquei muito grato por participar e conhecer como funciona o SUS na atenção primária no Brasil, pois reafirmei os conhecimentos que tinha, já que em meu país se trabalha da mesma forma que aqui.

Ao concluir o projeto, avaliamos os resultados e nos demos conta que nossos percentuais alcançados foram ótimos, apesar das dificuldades. No entanto, aprendemos a trabalhar com as necessidades deste grupo de risco.

Reconheço o empenho da equipe e graças à disposição de todos podemos apresentar os resultados obtidos na intervenção, além dos conhecimentos adquiridos para melhorar não só a atenção dos usuários em questão, como também aos demais grupos de risco, pois cada um tem seu protocolo e é por eles que se devem seguir os mesmos.

Quando olho o trabalho de forma integral, me dou conta que participar na melhoria dos atendimentos na saúde dos hipertensos e diabéticos me ajudou a corrigir dificuldades que tinha anteriormente, mais já hoje posso avaliar tanto os usuários, como a suas famílias e não apenas às doenças.

Com a intervenção conseguimos avaliar 260 usuários com HAS e 28 com DM com diferentes problemas e foram realizados os controles e avaliações diários dos mesmo durante todo o trabalho.

Eu reafirmo que a saúde da família é uma ferramenta importante em que todo profissional deveria trabalhar, já que assim ofertamos atendimento ao usuário, à família e à comunidade, desta forma, podemos ter um maior controle nas modificações dos modos e estilos de vidas errados, da população assistida, prevenindo complicações maiores.

Contatamos a importância de trabalhar em equipe, como algo fundamental, saber escutar e entender as pessoas, olhar nos olhos e poder compreender o sofrimento de cada qual. Tratar aos usuários como uma pessoa com sentimentos e



não só curar sua doença e aqui tivemos a oportunidade de aumentar a relação equipe- usuário de nossa comunidade, o que me deixou muito satisfeito.

## Referências

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro, RJ, 2011.

ALFRADIQUE, M. E. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, 2009. *apud* BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 160 p.

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

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 128 p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 7-10, jan./mar. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva: WHO, 1999. *apud* BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 160 p.

### **Apêndice- Adesão à Ficha Espelho**

Saúde bucal da população com HAS e DM, da UBS Dionizinho.

- Foi informado sobre atendimento odontológico prioritário para os hipertensos e diabéticos e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde.

Sim: Não: Por que?

- Está realizando acompanhamento odontológico:

Sim: Não: Por que?

- Foi avaliada sua necessidade de tratamento odontológico.

Sim: Não: Por que?

- Esclareceram suas dúvidas sobre a necessidade da realização de exames bucais periodicamente.

Sim: Não: Por que?

- Foi orientado em conjunto com seus familiares, sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

Sim: Não: Por que?

- Fórum avaliadas as alterações de sua mucosa bucal.

Sim: Não: Por que?

## **Anexos**

**Anexo A - Documento do comitê de ética**

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

---

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

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

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

Prezada Pesquisadora;

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

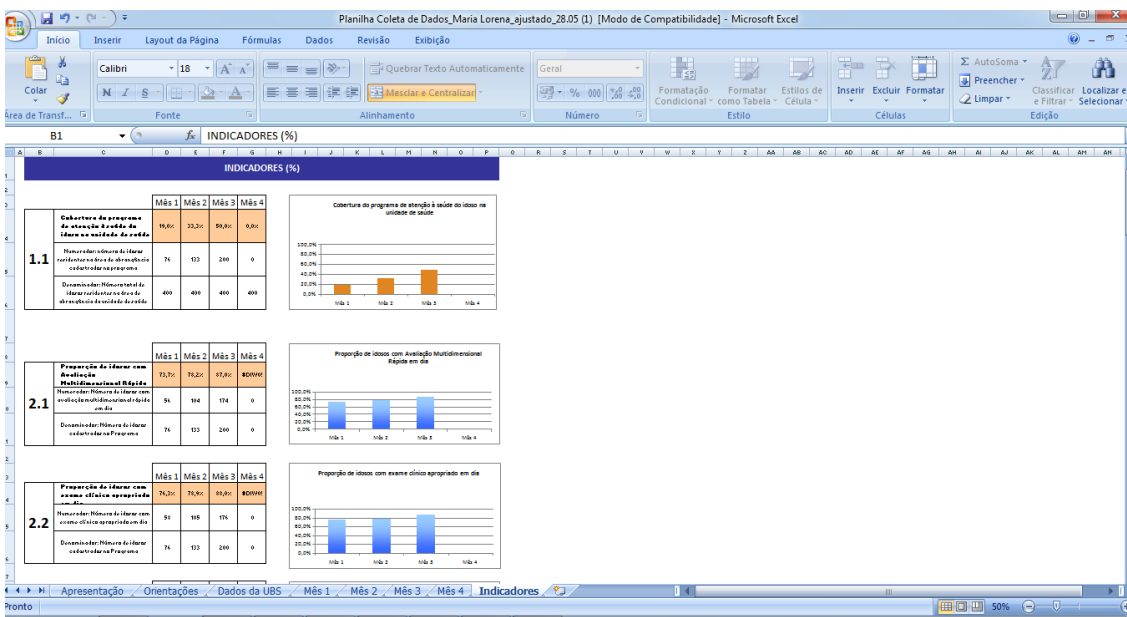
*Patricia Abrantes Duval*  
Patricia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

---

## Anexo B- Planilha de coleta de dados

Digite apenas nas células em VERDE.

Número total de idosos (adultos de 60 ou mais anos de idade) residentes na área	400	→	<b>OBSERVAÇÕES</b> Considere apenas os idosos residentes na área de abrangência da unidade de saúde. Você pode obter este dado do cadastramento do SIAB ou, se não puder obter este dado diretamente, pode usar uma estimativa - ver observações para a célula C20.
Número total de idosos residentes na área e <u>acompanhados</u> no programa de Saúde do Idoso	Mês 1: 76 Mês 2: 133 Mês 3: 200 Mês 4:	→	<b>OBSERVAÇÕES</b> Considere apenas os idosos residentes na área de abrangência da unidade de saúde que frequentam o Programa de Saúde do Idoso. Você pode obter este dado contando as fichas do Programa / fichas espelho / fichas sombra. Se você não tem um Programa de Saúde do Idoso instalado em sua unidade de saúde, considere os idosos que são atendidos em sua unidade de saúde. Você pode localizar estes idosos a partir das Fichas de Atendimento Ambulatorial (FAA) ou Livro de registro dos atendimentos da unidade de saúde.
Número total de idosos residentes na área que estão acamados	Mês 1: 10 Mês 2: 17 Mês 3: 26 Mês 4:	→	Digite aqui o número de idosos acamados ou com dificuldade de locomoção de acordo com sua realidade. Se não souber, pode usar uma estimativa, um número aproximado, obtido abaixo, na célula C25. Se usar esta estimativa, lembre-se de
<b>*Estimativa de idosos no território</b>			
População total	4000	→	Digite a população total nesta célula de acordo com sua realidade e a estimativa de idosos será calculada automaticamente e mostrada na célula C22. Utilize este número se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.



## Anexo C-Ficha espelho

Medicações de uso contínuo		FLUXOGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS					
Data	Apresentação	Data					
Hydrochlorothiazida 25mg		Glicemia de Jejum					
Captopril 25mg		HGT					
Propranolol 40 mg		Hemoglobina glicosilada					
Enalapril 10 mg		Colesterol total					
Atenolol 25 mg		HDL					
Metformina 500 mg		LDL					
Metformina 850 mg		Tglicérides					
Glibenclamida 5mg		Creatinina Sérica					
Insulina NPH		Potássio sérico					
		Tglicérides					
		EQU					
		Infecção urinária					
		Proteinúria					
		Corpos cetônicos					
		Sedimento					
		Microalbuminúria					
		Proteinúria de 24h					
		TSH					
		ECG					
		Hemograma					
		Hematócrito					
		Hemoglobina					
		UCM					

## 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



**Fotos**



