

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



**Trabalho de Conclusão de Curso**

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou  
Diabetes Mellitus na ESF/UBS N°7 Baixo do Meio, Guamaré/ RN

**YANET LÓPEZ PÉREZ**

**Pelotas, 2016**

**YANET LÓPEZ PÉREZ**

**Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial  
Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF/UBS N°7 Baixo do Meio, Guamaré/ RN**

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

Orientador: **Marcinia Moreno Bueno**

Pelotas, 2016

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

P438m Pérez, Yanet López

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF/UBS N°7 Baixo do Meio, Guamaré/ RN / Yanet López Pérez; Marcinia Moreno Bueno, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

109 f. : il.

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

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

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a meus companheiros de trabalho que sempre tiveram a meu lado, com sua ajuda e apoio consegui desenvolver este trabalho que ao início foi bem difícil devido à linguagem diferente, me ensinaram a nunca desistir e sempre olhar para frente.

## **Agradecimentos**

Agradeço a minhas orientadoras, MARTA CAIRES DE SOUSA e MARCINIA MORENO BUENO, pela paciência na orientação e incentivo que tornaram possível a conclusão deste trabalho e a todas essas pessoas que participaram na intervenção, em especial a minha equipe de trabalho

## Resumo

LÓPEZ Pérez, Yanet. **Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF/UBS Nº7 Baixo do Meio, Guamaré/ RN.** 2016. 107 fls. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

A Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus são Agravos Crônicos que constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira, consideradas de grande relevância para Ministério de Saúde, com alto nível de incidências e agravos nos casos prevalentes. Por esta ação programática se encontrar abaixo da média nacional a cobertura em nossa população da área, escolhemos para realização de nossa intervenção. Nosso objetivo foi Melhorar a Atenção à Saúde das Pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF/UBS número 7, Baixo do Meio, Guamaré, no estado do Rio Grande do Norte. Realizamos a intervenção durante três meses, as ações realizadas foram baseadas no Caderno de Atenção Básica número 36 e 37. Os cadastros destes usuários foram registrados na planilha de Coleta de Dados no momento da consulta, a qual serviu para monitoramento e acompanhamento das metas e indicadores. Para registro das ações foram utilizados os Prontuários Clínicos individuais e a Ficha Espelho disponibilizada pelo curso. Para alcançar os objetivos propostos foram estabelecidas metas e ações a serem desenvolvidas nos quatro eixos programáticos: Monitoramento e Avaliação; Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica. A população alvo de intervenção foram as estimativas calculadas pelo caderno de ações programáticas, 446 pessoas com hipertensão e 127 pessoas com diabetes. Antes da intervenção nossa cobertura era 27,4% para Hipertensão Arterial Sistêmica e 38,6% para Diabetes. As metas de cobertura foi 90% para hipertensão e 85% para diabetes, ao final da intervenção conseguimos cadastrar 306 (68,6%) usuários com hipertensão e 89 (70,1%) usuários com diabetes. Mesmo sem atingir a meta proposta a equipe considerou importante número de usuários cadastrados e acompanhados. A maioria dos indicadores de qualidade como a indicação e avaliação de exames complementares, a realização de exame clínico, tendo incluído a estratificação do risco cardiovascular e os exames dos pés das pessoas com diabetes, melhora dos registros das informações Além disto, promover a saúde relação a orientações nutricionais, as vantagens da prática de exercícios físicos, os riscos do tabagismo e a higiene bucal, a meta proposta de 100% foi atingida. Abaixo de 100% tivemos a prescrição de medicamentos da farmácia popular, pois dois usuários necessitavam de outros medicamentos diferentes dos disponibilizados na farmácia Popular. Além disso, foi o momento que serviu para capacitar a equipe sobre os protocolos e recomendações de atendimentos do Ministério da Saúde. Também serviu em melhoria do serviço, viabilizando a atenção a um maior número de pessoas, os agendamentos dos usuários, sendo também importante para a comunidade que começaram a entender a importância no cuidado e cumprimento das orientações oferecidas para os usuários com estes agravos.

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

## Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico da Cobertura do Programa de Atenção ao usuário com Hipertensão Arterial Sistêmica na nº7.	68
Figura 2	Gráfico da Cobertura do Programa de Atenção ao usuário com Diabetes Mellitus na ESF/UBS nº7.	69
Figura 3	Gráfico da Proporção dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica com os exames complementares apropriado na ESF/UBS nº7.	72
Figura 4	Gráfico da Proporção dos usuários com Diabetes Mellitus com os exames complementares apropriado na ESF/UBS nº7.	73
Figura 5	Gráfico da Proporção de pessoas com Hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/ Hiperdia priorizada.	74
Figura 6	Gráfico da Proporção de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica com estratificação de risco cardiovascular na ESF/UBS nº7 Distrito Baixo do Meio, Guamaré, Rio Grande do Norte.	80
Figura 7:	Gráfico da Proporção de usuários com Diabetes Mellitus com estratificação de risco cardiovascular na ESF/UBS nº7 Distrito Baixo do Meio, Guamaré, Rio Grande do Norte.	81
Figura 8	Fotografia: Processo de cadastramento, acompanhamento, acolhimento e consultas médicas, odontológicas e de enfermagem.	99
Figura 9	Fotografia: Reunião de grupo dos usuários com HAS e/ou DM	100
Figura 10	Fotografia da consulta médica	101
Figura 11:	Ficha de cadastramento dos usuários com HAS e/ou DM	112

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

ACS	Agente Comunitário da Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
APS	Atenção Primária de Saúde.
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia de Saúde da Família/ Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
RN	Rio Grande do Norte
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas



## Sumário

Apresentação .....	8
1 Análise Situacional .....	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	9
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	25
2 Análise Estratégica .....	27
2.1 Justificativa .....	27
2.2 Objetivos e metas .....	29
2.2.1 Objetivo geral .....	29
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	29
2.3 Metodologia .....	32
2.3.1 Detalhamento das ações .....	32
2.3.2 Indicadores .....	47
2.3.3 Logística .....	52
2.3.4 Cronograma.....	57
3 Relatório da Intervenção.....	58
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	58
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	63
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	64
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	64
4 Avaliação da intervenção.....	66
4.1 Resultados.....	66
4.2 Discussão .....	85
5 Relatório da intervenção para gestores .....	89
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	93
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	95
Referências .....	97
Apêndices.....	98
Anexos .....	102

## **Apresentação**

O volume deste Trabalho de Conclusão de Curso está organizado em cinco estruturas que contemplam cada uma das unidades que conformam o Projeto Pedagógico proposto pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) para a Especialização em Estratégia de Saúde da Família modalidade à distância.

A proposta pedagógica inicia-se com a descrição da Análise Situacional da situação da Unidade Básica de Saúde (UBS) em relação às características da população, o engajamento público, a estrutura da UBS e os processos de trabalho na UBS.

A seguir apresenta-se a Análise Estratégica e a elaboração do Projeto de Intervenção que permitiu que um foco de atenção prioritária para o Ministério da Saúde fosse elencado e servisse de base para as ações futuras na Unidade Básica de Saúde.

Com base nas ações realizadas ao longo das doze semanas da intervenção será descrito no Relatório da Intervenção que teve como base as Planilhas de Coleta de Dados e diários da intervenção.

A partir do Relatório da Intervenção será descrito o Relatório dos Resultados da Intervenção que avaliará se a intervenção atingiu seus objetivos em relação: às metas propostas, a adequação das ações, registros e instrumento de coleta de dados, assim como o efeito da intervenção na Unidade Básica de Saúde, equipe e população.

Na sequência encontraremos o relatório da intervenção para os gestores, para comunidade, a Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem e na implementação da intervenção abordando o desenvolvimento do trabalho no curso em relação às expectativas iniciais, o significado do curso para a prática profissional e os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso.

## **Análise Situacional**

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

Eu trabalho em quatro consultórios médicos da família (três deles na zona rural e um deles na zona urbana) que juntos conformam o ESF Nº 7 do Distrito Baixo do Meio, do Município Guamaré/ RN, que fazemos atendimento maioritariamente na zona rural do município, mas tem população da área urbana (uma minoria). Desde o início houve boa aceitação tanto por parte da população como por parte da ESF, sendo muito confortável para mim por encontrar-me em um país com o idioma e cultura diferente ao meu. Acreditava que a comunicação com os usuários seria difícil, mas aconteceu o contrário graças ao apoio das pessoas, que de uma maneira ou de outra fizeram com que me sentisse muito confiante com a comunicação.

Nossos quatro consultórios da família prestam serviços médicos de qualidade, contamos somente com uma ESF de trabalho, acredito que é suficiente para garantir um bom atendimento. Nossa ESF é muito unida, favorecendo o trabalho, está composto por uma enfermeira, três técnicas de enfermagem, um Odontólogo com seu auxiliar de consultório dentário, 2 técnicas em farmácia, 5 agentes comunitários de saúde, 8 auxiliares de serviços gerais e uma médica clínica geral do programa “Mais Médicos” do Brasil. Cada um deles possui uma recepção, sala de enfermagem, sala de vacina, sala de curativo, sala de observação, sala de esterilização, um consultório médico e um odontológico, três banheiros: para usuários (2) e um banheiro para funcionários, cozinha e sala de reunião.

Com minha chegada nesta UBS o trabalho foi organizado da melhor maneira para obter um bom atendimento à população. Foram colocados em prática projetos e objetivos principais da Atenção Primária à Saúde (APS) promovendo promoção, prevenção, tratamento e reabilitação dos nossos usuários da nossa área de abrangência. Anteriormente os atendimentos eram feitos em duas horas em cada seção e dois dias por semana, agora tem médico o tempo todo de segunda a quinta, com aumento do número de consultas médicas e com mais qualidade e melhor acompanhamento dos usuários.

Meu trabalho está baseado no atendimento às consultas agendadas e demandas espontâneas que passam primeiramente pela triagem de enfermagem além das visitas domiciliares que são realizadas fundamentalmente a pessoas cadeirantes, acamadas ou incapacitadas para irem ao posto de saúde.

Em caso de urgências médicas são encaminhadas ao Hospital do município Guamaré para uma melhor avaliação.

Os principais agravos que chegam a nossa UBS são: agravos respiratórios agudos, dislipidemias, parasitismo intestinal e os agravos crônicos, tais como HAS e/ou DM. Quero dizer que meu principal trabalho está na promoção e prevenção da saúde para obter a menor incidência de agravos crônicos.

Trabalhamos para mudar os modos e estilos de vida e obter uma melhor qualidade de vida da população que precisa dos nossos serviços na área de saúde.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

Encontro-me trabalhando no Município Guamaré, localizado no estado Rio Grande do Norte (BRASIL), faz parte da microrregião de Macau, da Mesorregião Central de Potiguar e do Polo Costa Branca, com uma população de 13.047 habitantes e uma área total de 258.958 km<sup>2</sup>. Guamaré destaca-se por ser um dos municípios que mais produz petróleo, como recebe ainda em seu território um polo industrial da Petrobrás e uma refinaria. O município tem sete Estratégias Saúde da Família (ESF), quatro delas na cidade de Guamaré e os outros três no Distrito Baixo do meio. Além disso, tem um Hospital Municipal e uma Clínica Odontológica, onde são complementados os serviços clínicos odontológicos e oferecidos os serviços de prótese dental. O Distrito Baixo do Meio possui uma Unidade Básica de Saúde (UBS) que está sendo construída, até agora só trabalhamos nos consultórios médicos da família até a UBS ficar pronta. Contamos com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e um Pronto Socorro.

Minha ESF é a nº 7 do município de Guamaré, distrito Baixo do Meio, possui uma população total da área de 2.152 pessoas, entre os quatro consultórios médicos da família. O atendimento médico nos consultórios ocorre em dois turnos e todos os dias de segunda até quinta feira, não trabalhamos nos finais de semana. Eu como médica da Estratégia de Saúde da Família, possuo 08 horas de estudo para a especialização da Saúde da Família, anteriormente os usuários desta população eram atendidos só um turno por semana e agora eu faço atendimento dois turnos por semana em cada um dos quatro consultórios médicos o que garante um melhor atendimento e acompanhamento dos usuários.

Nos quatro consultórios médicos são desenvolvidas atividades de ensino dos cursos de farmácia e de enfermagem. Nossa ESF é muito unida, favorecendo o trabalho, está composta por uma enfermeira, três técnicas de enfermagem, uma odontóloga com seu auxiliar de saúde bucal, duas técnicas em farmácia, cinco agentes comunitários de saúde, oito auxiliares de serviços gerais e uma médica cubana do Programa Mais Médico para o Brasil. Recebemos apoio do NASF e do CAPS. As áreas estratégicas do NASF que nos apoiam são alimentação e nutrição, assistência farmacêutica, saúde da mulher e saúde mental. A cada semana, nas sextas-feiras contamos com consultas especializadas de Ginecologia, Ortopedista, Cirurgia Geral, Otorrino e Cardiologista. Nos quatro consultórios médicos são realizadas consultas de enfermagem que são realizadas umas vezes pela enfermeira e outras pelas técnicas de enfermagem, vacinas, coleta de citopatológico do colo de útero, teste de rápido para Hanseníase e de glicose para os usuários com DM, exame de escarro, teste rápido para HIV, VDRL e Hepatite A, B e C, tem atendimento clínico geral em tempo integral, por isso a comunidade reconhece a melhora no atendimento.

A estrutura dos quatro consultórios médicos compõe uma recepção, sala de enfermagem onde fazem curativos, vacina, esterilização e os testes rápidos anteriormente citados, uma farmácia, sala de recepção, três banheiros divididos, para funcionário e usuários, uma sala para consulta odontológica e uma sala para consulta médica clínica geral e uma cozinha. A estrutura dos quatro consultórios médicos é relativamente boa, no geral, mas ainda faltam equipamentos como computadores, impressoras e acesso à internet para melhorar assim nosso trabalho e a atualização profissional. Uma das nossas fortalezas é que quase o 100% da população está cadastrada, graças ao trabalho em conjunto dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os demais profissionais da ESF.

Uma das dificuldades que existem nos consultórios médicos é a falta de alguns medicamentos importantes para o tratamento oportuno de situações de urgências e emergências como é o caso de Dipirona. Faltam medicamentos para tratamentos de agravos crônicos como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Dislipidemias, por outro lado, a maioria dos usuários não tem condições de comprar. Outra dificuldade é que na maioria dos dias eu não trabalho junto com a enfermeira, nós fazemos atendimento em quatro consultórios médicos da família, ou seja, três deles ficam na área rural e um na zona urbana; um dos consultórios médicos da

zona rural ainda está em construção, os atendimentos dos usuários dessa área é realizado em os outros dois consultórios médicos. O trabalho está organizado para que cada um dos profissionais fique em um consultório médico diferente a cada dia para que a população tenha um profissional mais qualificado para seu atendimento, a demanda é grande, mas entendemos que a Equipe de Saúde Familiar (ESF) é suficiente para resolver a maioria dos problemas apresentados pela população de nossa área de atendimento. Alguns dias da semana a equipe está toda em um único consultório, fortalecendo ainda mais o atendimento completo da nossa população.

Existem manutenção e reposição dos equipamentos, instrumentos, mobiliários e materiais de consumo por parte da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Contamos com balanças para adultos em todos os consultórios médicos só que não estão em boas condições. Temos um consultório médico que não tem antropômetros. A ESF para dar uma solução a estas carências utiliza outras balanças como as delas farmácias e as dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) melhorando assim o atendimento.

A esterilização é feita nos quatro consultórios médicos, contamos com esterilizadoras que estão colocadas nas consultas de Odontologia.

Com relação às atribuições dos profissionais da ESF posso dizer que nós participamos do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação, identificando grupos de agravos (Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Tuberculose, Hanseníase, etc.). A união da ESF favorece o trabalho para melhores aceitações da população, fazendo o melhor atendimento da população nossa, se identificam os grupos e famílias expostas a riscos, porque a melhor medicina não é a que cura se não a que prevai, assim as ações de saúde tenderiam melhor qualidade.

Na ESF fazemos a programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência. Inclui-se aqui o planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhado de todos os profissionais e evitamos a divisão de agenda segundo critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e patologias, que só dificulta o acesso dos usuários.

Os cuidados de saúde além de ser feito nos consultórios médicos, é feito no domicílio, salões comunitários, escolas e creches, não assim em associações de

bairro (igrejas e centro de trabalho privados e indústrias, coisa que devemos melhorar).

Os encaminhamentos são feitos pela médica da ESF depois de uma avaliação integral e completa dos usuários diante o exame físico e algumas vezes pela avaliação dos exames complementar e seguindo os protocolos de atuação é confeccionada uma ficha de referência e contra referência que é colocada no sistema até ficar pronta a consulta com o especialista indicado e qualificado para esse agravo. Um problema muito frequente é que muitas destas consultas especializadas demoram muito e os usuários ficam aguardando na fila de espera longo tempo como é o caso dos Oftalmologistas.

Nos consultórios médicos são feitas agora atividades de grupos de: adolescentes, de pessoas com HAS e/ou DM, de aleitamento materno, pré-natal, puericulturas, planejamento familiar, saúde da mulher, saúde bucal e de pessoas idosas, isto é, outras das vitórias alcançadas pela ESF, pois anteriormente não existiam estes grupos e ainda estamos trabalhando para que sejam aumentados em número na meia do mês e acrescentada a assistência dos usuários nestes grupos. Nas atividades de promoção e prevenção participam todos os profissionais da ESF e são feitas através de palestras, entrega de materiais didáticos, atividades de sorteios, bingo, atividades participativas, caminhadas pela saúde, os usuários trocam ideias e são esclarecidas todas as dúvidas e eles ficam com mais conhecimentos do seu agravo, como evitar ou eliminar os fatores de risco que apresentam e como evitar as complicações.

O acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas. O acolhimento foi pensado como estratégia de mudança no processo do trabalho em saúde e, apesar de constituir uma etapa desse processo – o momento de recepção do usuário e a abertura das possibilidades de resposta não devem ser reduzidas, ao contrário deve ser entendido e praticado como conteúdo. O ato de escuta é um momento de construção de respostas às necessidades dos usuários, e pressupõe o envolvimento de toda a ESF que, por sua vez, deve assumir postura capaz de acolher, de escutar e de dar resposta mais adequada a cada usuário, responsabilizando – se é criando vínculos (4).

O acolhimento é uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional, este deve começar a partir do primeiro contato de qualquer membro da ESF (médico, enfermeiro, odontólogo, recepcionista, etc.) com o usuário que assiste a nosso centro seja para um atendimento médico ou para busca de informações. Eu gosto como é feito o acolhimento das demandas espontâneas em minha ESF, o usuário é recebido pela recepcionista quem com muita ética e amor orienta a onde deve dirigir-se (farmácia, sala de triagem, vacina, eletrocardiograma, sala de curativos, etc.), depois de dar entrada do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS), então o usuário passa pela sala de triagem onde são medidos os parâmetros vitais como pressão arterial, peso, altura, temperatura e se o usuário tem DM é feito o teste rápido de glicemia, depois o usuário passa para ser atendido em na consulta médica, onde todos os usuários também são atendidos de acordo a sua necessidade e queixa.

Sobre os cuidados à saúde da criança, o acompanhamento da criança se inicia na gravidez com a monitorização de seu crescimento intra-útero e das boas condições gerais de saúde da mãe. Com relação à organização do atendimento à demanda das ações programáticas saúde da criança através das puericulturas das crianças de até seis anos: Na UBS realizamos atendimento de puericultura diferenciado para menores de 12 meses, ou seja, desde o nascimento até 11 meses e 29 dias, dos 12 até 23 meses e de 24 até 72 meses, além disso aos menores de 10 anos e aos adolescentes desta forma: na primeira semana de vida é feita a primeira consulta logo mensalmente até os doce meses que é feita trimestral até 18 meses que passa ser semestral até 48 meses e a partir dos 5 anos e até os 18 anos é feita anualmente.

Foi possível preencher o Caderno das ações programáticas com os dados da criança. Na nossa cobertura são atendidas 31 crianças menores de um ano, coincide com os dados estimados no caderno de ações programáticas (CAP) com todas as consultas em dia de acordo com o Protocolo do Ministério (MS) da saúde: 28 (90%) estão com atraso das consultas agendadas com mais e sete dias: 3 (10%) são devidos às mães adolescentes, com as quais a tarefa é um pouco mais difícil, mas a ESF continua trabalhando para alcançar um maior vínculo com elas e conscientizá-las para a assistência às consultas. 31 crianças menores de um ano (100%) estão com teste do pezinho até 7 dias, com triagem auditiva, com monitoramento do crescimento na última consulta, com vacinas em dia, com



avaliação de saúde mental e bucal, com orientação de aleitamento materno exclusivo e com orientação para prevenção de acidentes. Ainda persiste o problema com o atendimento por parte do especialista Pediatra que só contamos com ele no Hospital de Guamaré para atendimento de urgência e para consulta de acompanhamento especializado pediátrico, a criança é encaminhada e tem que esperar que exista uma vaga para ser atendida, isto ocorre só quando a queixa não pode ser resolvida no consultório médico, onde a equipe faz de tudo para que as necessidades de atenção das crianças sejam sempre resolvidas com profissionalismo e amor.

Os atendimentos são realizados um mês pela enfermeira e um mês pela médica, na recepção, as atividades que compõem o controle de puericultura, são agendadas conforme o calendário proposto e registrados na ficha de cadastro da criança, e no cartão da criança ou cartão de consulta que fica com a mãe. Os parâmetros avaliados em cada consulta são: crescimento e desenvolvimento, alimentação e avaliação do estado nutricional, calendário vacinal e as orientações e esclarecimento de dúvidas dos pais e/ou cuidadores. O atendimento de Puericultura é feito um dia da semana em todos os turnos das crianças só de nossa área de cobertura.

Após a consulta de puericultura, a criança sai do consultório médico com a próxima consulta programada e agendada. Em nossos consultórios médicos existem dois protocolos de atendimento de Puericultura, um deles feito pelo Ministério da saúde e outro feito pela Secretaria Municipal de Saúde.

No âmbito da cobertura da ESF são feitos na média por mês 2 grupos de mães das crianças das puericulturas com a participação neles de um 90% delas, nestes grupos são feitas atividades de promoção de aleitamento materno exclusivo até o sexto mês, além da prevenção de acidentes domiciliar, falas sobre a importância de ter as vacinas em dia, nos casos dos adolescentes falamos da importância na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e a prevenção e acidentes nas ruas.

No Brasil a mortalidade infantil e a mortalidade materna ainda são um problema de saúde pública. Melhorar a saúde materna e impedir mortes evitáveis é um dos objetivos de maior interesse nacional e internacional no campo de saúde.

O programa de atenção pré-natal e puerpério têm como objetivo principal assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento

pré-natal, da assistência ao parto e puerpério da gestante e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos da cidadania.

Tomando em conta a Organização do Atendimento à demanda das ações programáticas saúde da mulher no Pré-natal nos consultórios médicos é realizado o atendimento Pré-natal um dia da semana, acontece em todos os turnos e alcança o 100% das gestantes da nossa área de cobertura. O Pré-natal é feito pela equipe de saúde da família, cada um deles jogando seu papel. Antes da consulta a gestante é recebida pela recepcionista quem faz a entrada da gestante no SUS, depois a gestante passa pela sala de triagem onde são medidos os parâmetros vitais como pressão arterial, peso, altura e temperatura, depois é recebida pela doutora que faz acompanhamento do pré-natal, no momento temos feito atendimento continuado para 21 gestantes, sendo 100% de cobertura.

Na consulta a gestante recebe todas as orientações da sua saúde e do futuro bebe, além de ser feito os testes rápidos para VDRL, HIV e Hepatite C. Após a consulta de pré-natal a gestante sai do consultório médico com a próxima consulta programada pelo agendamento dependendo da IG e em correspondência a sua necessidade de atendimento. São feitas como mínimo 8 consultas durante o pré-natal, com uma frequência mensal até 28 semanas, das 28 até 36 semanas quinzenal e desde as 36 até 41 semanas semanalmente, quando o parto não ocorre até a 41ª semana, é necessário encaminhar a gestante para avaliação do bem-estar fetal, incluindo avaliação do índice do líquido amniótico e monitoramento cardíaco fetal por isto no consultório médico esta gestante é avaliada pelo Ginecologista para decidir a conduta e o tipo de parto.

Os profissionais conversam sempre com as gestantes sobre as dicas de alimentação saudável, explicam o significado do posicionamento do peso na curva de ganho de peso, chamam atenção para a data da próxima vacina, falam da importância da vacinação em dia, recomendamos realizar avaliação periódica da saúde bucal na gravidez e da sua importância, fazemos práticas de promoção do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês do recém-nascido falando da sua importância para a mãe e para o bebe criando nelas boas expectativas e incentivando sua realização, conversamos também dos cuidados com o recém-nascido sempre, promovemos a prática de atividades físicas e sobre os riscos e danos que ocasionam à saúde da mãe e do produto o uso de tabagismo, de álcool e outras drogas na gravidez, promovemos o uso da anticoncepção no pós-parto e

incentivamos a assistência nas consultas de planejamento familiar, recomendamos a todas nossas gestantes a realizar a revisão puerperal até os 7 dias de pós-parto e a segunda revisão entre os dias 30 – 42 de pós-parto, para garantir o estado ótimo de saúde para a mãe e para o bebê, no momento temos 31 puérperas. E todas elas estão sendo acompanhadas e com as consultas no prazo estabelecido. Os indicadores de qualidade estão todos em 100%.

A avaliação que eu faço da cobertura de pré-natal e da cobertura de consultas de Puerpério é que as mesmas são muito boas por todo o explicado anteriormente. Os indicadores deles atendendo ao CAP são de um 100% em todos os indicadores da qualidade da Atenção do Pré-natal e do Puerpério.

Os elevados índices de incidência e mortalidade por câncer de colo de útero e de mama no Brasil justificam a implantação de estratégias efetivas de controle desses agravos que incluam ações de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce, tratamento oportuno. O câncer de colo de útero é o terceiro mais incidente na população feminina brasileira, excetuando-se os casos de câncer de pele não melanoma. Impulsionado pelo Programa Viva Mulher, criado em 1996, o controle do câncer do colo do útero foi reafirmado como prioridade no plano de fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento, o câncer de mama é a quinta causa de morte por câncer em geral e a causa mais frequente de morte por câncer em mulheres (7).

Segundo a Organização do Atendimento à demanda das Ações Programáticas em saúde da mulher – Prevenção do câncer do colo do útero em nossos consultórios médicos os profissionais de saúde orientamos as mulheres da área de cobertura nossa sobre a importância do uso de preventivo em todas as relações sexuais, sobre os malefícios do tabagismo e realizamos ações de educação da mulher para realização periódica do exame preventivo do câncer do colo uterino através da coleta de exame citopatológico. Esse exame é feito duas vezes por semana em todos os horários de atendimento. A coleta do exame citopatológico é feita pela enfermeira e o resultado demora cerca de 7 a 15 dias. Se no exame colposcópico a enfermeira percebe alguma alteração ou anormalidade do exame ginecológico é chamada a médica para fazer uma avaliação em conjunto e é feito um diagnóstico clínico e se toma a conduta terapêutica de acordo ao caso clínico e a necessidade própria da usuária em questão. Nesse caso contamos com a presença de um especialista Médico Ginecologista que realiza atendimento em

nossos consultórios médicos toda sexta-feira onde são avaliadas aquelas com alteração do exame preventivo e os casos de ginecologia que não podem ser resolvidos pela médica clínica geral. Contamos com a presença de um psicólogo para acompanhamento das mulheres.

Nos últimos três anos 72 mulheres foram identificadas com exame citopatológico alterado, dado que eu esclareço, não é totalmente confiável por causa do sub-registro que também existe em nossa ESF destes casos. Em nossos consultórios médicos são realizadas também palestras sobre a importância da realização do preventivo com a frequência adequada e são feitos 2 grupos mensais de mulheres das faixas etárias de 25 a 64 anos. Foi possível preencher o Caderno das Ações Programáticas com os seguintes dados: Universo de mulheres de 25 – 64 anos de idade: 474 mulheres para um 87% do estimado que é 542. Com exame citopatológico em dia: 402 que representa um 85% do total de mulheres na faixa etária mencionada. Com exame citopatológico com mais de seis meses de atraso: 46 casos para um 10%. Com exame citopatológico para câncer de colo uterino alterado: 72 casos para um 15%. Com avaliação de risco para CA de colo: 474 casos para um 100%. Com orientação sobre prevenção de CA de colo uterino: 402 para um 85%. Com orientação sobre agravo sexualmente transmissíveis: 402 para um 85%. Com exames coletados com amostra satisfatória: 402 para um 85%. Exames coletados com células representativas da junção escamocolunar: 297 exames para um 63%.

A maior dificuldade é precisamente na realização das mamografias porque elas demoram muito para ser feitas, as mulheres que precisam do exame são referidas para o Município Guimarães onde o pessoal encarregado dos agendamentos encaminha para Natal onde as usuárias aguardam uma vaga para que seja feita, às vezes demoram até 1 ano ou mais.

Nos últimos três anos não conheceram, com certeza, quantas mulheres foram identificadas com mamografia alterada nem sabemos, com certeza, destas mulheres quantas tiveram perda de seguimento, ou seja, que não foram acompanhadas de acordo ao protocolo porque nossa ESF não possui um registro específico dos casos e eu trabalho ali só há 1 ano e meio, agora estamos fazendo esse registro para estudos futuros e para melhor controle delas. Não existia um arquivo específico para o registro dos resultados da mamografia ele está sendo feito agora porque a sua finalidade é verificar mulheres com exame da rotina em atraso,

permite o acompanhamento das mulheres com exame alterado, permite verificar a completude de registros, avaliar a qualidade do programa e a sua cobertura que seja ampla e de qualidade.

Foi possível preencher o Caderno das Ações Programáticas com os dados solicitados de: Universo de mulheres de 50 a 69 anos: 148 mulheres para um 92% do número estimado que é de: 161 mulheres. As mulheres com mamografia em dia representam 44 mulheres 30%.

Com mamografia em atraso com mais de três meses em atraso: 104 (70%) e com avaliação de risco para CA de mama são 148 (100%).

É bom esclarecer que os dados são só parciais e não estão exatos porque não existia o registro específico das mulheres e dos resultados das mamografias. Só contamos com os prontuários clínicos e um sub-registro dessas usuárias há um ano.

A Diabetes Mellitus é um agravo caracterizado pela elevação da glicose no sangue (hiperglicemia). Pode ocorrer devido a defeitos na secreção ou na ação do hormônio insulina, que são produzidas no pâncreas, pelas chamadas células betas. A função principal da insulina é promover a entrada de glicose para as células do organismo de forma que ela possa ser aproveitada para as diversas atividades celulares. A falta da insulina ou um defeito na sua ação resulta, portanto em acúmulo de glicose no sangue, o que chamamos de hiperglicemia (8) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) pode ser conceituado como um agravo crônico-degenerativo de natureza multifatorial, na grande maioria dos casos assintomática, que compromete fundamentalmente o equilíbrio dos sistemas vasodilatadores e vasoconstritores que mantêm o tônus vasomotor, o que leva a uma redução da luz dos vasos e danos aos órgãos por eles irrigados (9).

Segundo a organização do atendimento à demanda das ações programáticas Saúde do Adulto, Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) em nossa ESF realizamos atendimento aos usuários destes agravos e abordamos estratégias de prevenção não farmacológica de controle da HAS e/ou DM realizando ações de orientação de hábitos alimentares saudáveis para os portadores de HAS e/ou DM da área de cobertura, fazendo controle do peso corporal deles, estimulando a prática de atividade física, orientando sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e do tabagismo.

Em nossa ESF realizamos atendimento desses usuários dois dias da semana em só um turno de atendimento nos quatro consultórios médicos. Os

usuários que sofrem de HAS e/ ou DM saem da UBS sem a próxima consulta programada para este problema que não é agendada de acordo com sua necessidade (que deveria ser feito no balcão da frente do posto de saúde pela recepcionista, quem coloca os dados dos usuários no SUS, e deveria colocar a data da próxima consulta na carteirinha do usuário) e não é preenchida a ordem dos exames de rotina periódicos para a próxima consulta que são: Glicose em jejum, hemoglobina glicada, Dosagem do colesterol total com HDL e LDL, Proteinúria de 24 horas, ECG, dosagem de: Creatinina, Ureia, Ácido Úrico, Triglicérides, Cálcio e Potássio, os usuários deveriam ser acompanhados a cada dois meses se o agravo está controlado e as cifras de pressão arterial (PA) e glicemia além dos outros parâmetros ficam estáveis, fazer acompanhamento semanal da PA até a primeira consulta médica de reavaliação do tratamento, esse controle deveria ser feito na sala de enfermagem/triagem/acolhimento, além de medir a pressão arterial, fazer o teste de glicose, fazer as medidas antropométricas como peso, altura, circunferência abdominal e temperatura para depois ser conduzidos para o consultório médico da médica clínica geral para a consulta médica, o resultado da verificação, data e horário deveriam ser anotados no prontuário do usuário, na carteirinha de e-SUS que eles têm e no arquivo específico para esses usuários, mas esses parâmetros não são cumpridos adequadamente por isso encontramos que deveríamos trabalhar neste sentido diante uma intervenção educativa para melhorar esta Ação Programática que na minha ESF é muito mal atendida.

A consulta médica de reavaliação quando existe descompensação ultrapassa os 30 dias. Na consulta médica é feito um exame físico completo e minucioso de todos os aparelhos e sistemas prestando especial atenção ao peso corporal com relação à consulta anterior, circunferência abdominal para corrigir a obesidade abdominal, IMC, sensibilidade dos membros, infelizmente não contamos para fazer o exame de fundo de olho muito importante para o acompanhamento desses usuários, os achados de fundo de olho são condições que influenciam diretamente na estratificação do risco e na terapêutica.

São desenvolvidas ações para o cuidado aos usuários portadores de HAS e/ou DM como: Imunizações, Diagnóstico e Tratamento de problemas clínicos em geral, de saúde bucal e mental, Diagnóstico e Tratamento do Alcoolismo, Obesidade, Sedentarismo e do Tabagismo a traves do incentivo de prática de atividades físicas: ginástica, aerovias, hidroginástica e caminhadas, além de

promover hábitos alimentares saudáveis e mudanças no estilo e modo de vida. São realizados dois grupos de e-SUS na meia do mês com uma participação de 58% dos usuários que apresentam estes agravos, os grupos são realizados no âmbito de cobertura da ESF e nas associações de bairro/comunitário e participam todos os membros da ESF.

O número estimado de usuários com HAS na minha área segundo o caderno de ações programáticas é de: 446 e o total de pessoas com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados pela ESF com HAS são só 122, equivalente a 27,4% do valor estimado. Com realização de estratificação de risco cardiovascular por critérios médicos são 74 (91%). Com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias são 60 (49,1%). Com exames complementares periódicos em dia: 116, equivalente a 95,1%. Com orientação sobre prática de atividade física regular, alimentação saudável e avaliação da saúde bucal são 122 (100%).

Para os usuários com DM temos um total de usuários estimados de 127, sendo 49 acompanhados, o que representa um percentual de 38,6% do valor estimado. Com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério médico são 28 (71,7%). Com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias são 26 (66,6%). Com exames complementares em dia 47 (95,6%), com exame clínico e dos pés nos últimos três meses, palpação dos pulsos tibiais e pediosos, medida de sensibilidade nos pés, e orientações de prevenção e promoção da saúde, todos contam com tais serviços, os 49 representando um percentual de 100% de alcance.

Em relação à pessoa idosa, a longevidade é, sem dúvida, um triunfo. Há, no entanto, importantes diferenças entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento. Enquanto, nos primeiros, o envelhecimento ocorreu associado às melhorias nas condições gerais de vida, nos outros, esse processo acontece de forma rápida, sem tempo para uma reorganização social e da área de saúde adequada para atender às novas demandas emergentes. Para o ano de 2050, a expectativa no Brasil, bem como em todo o mundo, é de que existirão mais idosos que crianças abaixo de 15 anos, fenômeno esse nunca antes observado. (10)

Na ESF realizamos atendimento de usuários idosos durante os quatro dias de atendimento médico da semana, em todos os turnos, realizando só atendimentos de idosos residentes em nossa área de cobertura, com prioridade de atendimento, para um melhor seguimento, com participação de toda a ESF para uma avaliação integral.

Quando os idosos chegam aos consultórios médicos, eles são acolhidos na recepção dos postos são preenchidos todos os dados no SUS, na caderneta da pessoa idosa e logo é dirigido o usuário para a sala de triagem, onde as técnicas de enfermagem medem os parâmetros vitais como pressão arterial, peso, altura, temperatura, cintura abdominal, pulso, teste de glicemia nos casos de usuários com DM e são dirigidos à consulta médica, onde a médica clínica geral faz uma avaliação completa, dinâmica e profunda do usuário: com um exame físico exaustivo e completo em sentido céfalo – caudal, prestando especial atenção ao aumento de peso, à obesidade abdominal, a pressão arterial, ao cuidado dos pés, a sensibilidade dos membros inferiores, a presença adequada dos pulsos periféricos e amplitude dos mesmos, entre outros parâmetros como são: alimentação e nutrição, acuidade visual e auditiva, presença de sinais de Incontinência urinária, de Depressão, de Demência, de Violência intradomiciliar, avaliamos a funcionalidade familiar e a avaliação funcional do idoso.

Torna-se essencial para o estabelecimento de um diagnóstico, um prognóstico e um julgamento clínico adequado, que servirão de base para as decisões sobre os tratamentos e cuidados necessários às pessoas idosas, fazendo também atividades de promoção e prevenção de acidentes domiciliares e as quedas, muito frequentes nesta faixa etária, Após da consulta programada agendada o idoso só consultório médico com a data da próxima consulta programada agendada, com os exames laboratoriais para a próxima consulta segundo às necessidades de cada um.

No âmbito da cobertura dos consultórios médicos e nas associações de bairro/ comunitária, são realizados dois grupos na média do mês com a participação de 90% deles. Temos 233 pessoas com mais de 60 anos, este dado coincide com o dado do CAP, assim, nossa cobertura é de 100%. Com caderneta de saúde da pessoa idosa temos 233, assim como com avaliação multidimensional rápida. Com acompanhamento em dia são 212, representando 91%. Com acompanhamento com mais de três meses em atraso são 21 (9%), 45 usuários 18% do total de idosos tem HAS e 27 usuários (11,59%) tem DM. Lembremos que às vezes um mesmo usuário tem os dois agravos.

Com avaliação para Morbimortalidade: 233 para um 100%, destacar que são avaliados para morbimortalidade todos os idosos por ser eles os mais vulneráveis para apresentar alguma morbidade e valga a redundância, sempre apresentam



algum fator de risco que faz eles vulneráveis. Com investigação de indicadores de fragilização na velhice: orientação nutricional e para prática de atividade física são 233 (100%). Com avaliação de saúde bucal em dia são 212 (91%). Isto é um valor estimado dos dados que tenhamos nas mãos, porque o registro da saúde bucal está incompleto. Temos que continuar trabalhando neste sentido para a completude dos mesmos.

Em relação à saúde bucal podemos dizer que o modelo de saúde bucal vigente no Brasil caracteriza-se pela limitadíssima capacidade de resposta as necessidades da população brasileira. Um modelo de atenção integral à saúde não pode, naturalmente, excluir a atenção à saúde bucal.

Nossa ESF conta com uma ESF odontológica, composta pelo Odontólogo com seu auxiliar de saúde bucal. Para a prática contamos com cadeira odontológica, compressor, autoclave, instrumental completo para realização de procedimentos, enfim com o necessário para a realização da consulta com qualidade. Os principais procedimentos realizados são: limpeza bucal, extração, restauração, profilaxia, aplicação de flúor e orientações individuais.

Os procedimentos básicos são realizados nos quatro consultórios clínico/dentário que temos, equipados com suas cadeiras odontológicas em bom estado só que ainda não se trabalha na área de próteses, pode ser que futuramente isso aconteça, está em discussão nas reuniões da ESF, para que possamos oferecer algo a mais a população, por enquanto só para atendimento parcial como extração de dentes e preparação dos usuários para posteriores encaminhamentos para tratamento para consultas especializadas na Clínica de Guamaré porque não contamos com serviço de próteses, os de mediana e grande complexidade são encaminhados para essa clínica. Acredito que temos as condições necessárias para um bom atendimento odontológico incrementando o nível de atendimento para toda população, aumentando assim o nível de satisfação da população, temos que trabalhar neste sentido como: a implementação do programa de próteses.

Meus dados não permitiram o preenchimento do caderno de ações pragmáticas. Observando que nossos atendimentos são inferiores que a média nacional, além de não contar com os dados que solicitarem no caderno porque não existe esse registro específico dos atendimentos, por isto acho que temos que trabalhar sobre a base de fazer esse registro e ter mais controle da produtividade e dos atendimentos odontológicos. Avaliando a média de procedimentos clínicos por

habitantes realizados pela ESF Odontológica em relação à capacidade instalada ao preconizado pelo Ministério da Saúde, vejo que está mal com relação à média nacional com um total de aproximadamente 112 consultas programadas por mês (eu acho pouco o atendimento) e ficam três vagas para atendimentos de urgência.

Além de isso, na atenção à primeira consulta odontológica programada em grupos populacionais prioritários pode-se observar que no grupo de 0-4 anos, as pessoas de 60 anos e mais e as grávidas eles são atendidos com a prioridade que levam mais não tem registros desses atendimentos para dar o valor correto nem aproximado; por exemplo: as crianças são atendidas nas escolas e a ESF bucal fazem ações de promoção para melhorar a saúde bucal e para prevenção de cáries e outros agravos odontológicos, as pessoas idosas são atendidas em sua totalidade e as consultas estão em dia porque quando a médica faz avaliação deles encaminha para saúde bucal e é feita avaliação e tratamento odontológico necessário de acordo à necessidade do caso, assim mesmo com as grávidas, todos eles são atendidos e são feitas ações de promoção e prevenção de saúde bucal, os usuários com agravos crônicos como HAS e/ou DM também têm seus atendimentos de saúde bucal em dia. Avaliando esses resultados, acredito que o trabalho deve ser organizado para melhorar nosso atendimento em grupos priorizados, mas a equipe está num caminho certo, só temos que atualizar os registros específicos destes atendimentos.

No começo o atendimento acontecia só uma vez por semana, agora ocorre duas vezes por semana com uma maior cobertura, o que facilita a acessibilidade dos usuários para seu atendimento, um melhor controle dos agravos crônicos apresentadas pela nossa população, uma melhor interação entre usuário e a ESF. Depois de um ano de trabalho minha visão mudou totalmente e assim também a qualidade do atendimento e a aceitação dos usuários para a ESF, que eles gostam muito de nosso atendimento e é isto o que me motiva a trabalhar muito mais, com amor e dedicação para lograr mudança no estado de saúde da minha população. Eu acredito que este curso de especialização vai me aportar muitas mais ferramentas para melhorar ainda mais o trabalho da ESF e a qualidade do atendimento revertendo em melhoras da saúde do povo mais carente e mudando estilos e hábitos de vida errados para garantir uma melhor saúde.

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

Fazendo uma comparação desse relatório situacional com o texto sobre a situação da ESF/APS em meu serviço, descrito na segunda semana do curso, pude identificar que precisava melhorar nos serviços prestados em nossos consultórios médicos da família, a população contava com atendimento só duas horas da segunda feira e na quinta feira, isso foi mudado com a minha chegada à ESF. Depois do preenchimento do Caderno de Ações Programáticas percebemos que a Ação Programática Atenção Integral aos usuários com HAS e/ou DM era muito mal atendida e acompanhada, depois da minha chegada ao serviço de Atenção Primária de Saúde começamos os atendimentos nos dois turnos de segunda a quinta feira, com atendimento das consultas agendadas e as demandas espontâneas, que não é suficiente, continuamos trabalhando nesse ponto, com uma visão futura da intervenção que os usuários terão médicos o dia todo para um pronto atendimento.

Durante o processo de preenchimento do CAP, percebemos que existem muitas dificuldades com o acompanhamento dos usuários com HAS e/ou DM, a exemplo, os usuários não tem acompanhamento continuado nem de qualidade, eles saem da consulta sem o agendamento da próxima consulta o que não é bom para o acompanhamento deles pois são avaliados depois dos dois meses que é o tempo normalmente indicado pelo MS para o acompanhamento de estes Agravos crônicos, além disso, temos muitos usuários faltosos às consultas médicas e Odontológicas, com atraso na realização dos exames complementares, do exame clínico e do exame dos pés no caso dos usuários com DM, encontramos que os usuários não tem nenhum conhecimento dos seus Agravos Crônicos sofridos por eles, sobre os cuidados que devem ter para o melhor controle e para ter uma melhor qualidade de vida, não fazem prática de atividades físicas frequentes e não tem uma boa adesão ao tratamento orientado pelo médico, além que não contamos com alguns dos medicamentos de uso contínuo por eles na Farmácia Popular, fator que já estamos procurando para melhorar, não temos um número suficiente de grupos de e-SUS, compostos pelos usuários com HAS e/ou DM, de várias idades que permite a troca de ideias e o compartilhamento de experiências de cada um.

Ainda tivemos mais contato com as gestantes, as visitas a recém-nascidos e puérperas são realizadas antes dos sete dias, também contamos com maior

motivação e união da ESF para realizar mudanças que favorecem nosso trabalho, com um melhor funcionamento da ESF. Posso dizer que nossa ESF tem todas as condições para garantir atendimentos médicos de qualidade. Depois do preenchimento do CAP nossa visão da ESF mudou totalmente, percebemos dificuldades que não imaginávamos que existiam, no começo tinha pouca informação do processo de trabalho da ESF e do seu funcionamento, o preenchimento dos questionários permitiu conhecer melhor a nossa população e nosso trabalho para com os usuários.

Depois de quase doze meses de trabalho fico contente em poder vencer uma barreira que no início imaginei que pudesse dificultar minha estadia, o idioma, hoje não falo um português perfeito, mas o mais importante é que os usuários me entendem e estão muito contentes com a mudança do atendimento no município, tem médico nos consultórios médicos o tempo todo. Agradeço a ajuda de todos meus companheiros da ESF em que eu trabalho. Verdade que foi uma nova experiência, onde procuramos mudar os hábitos e estilos da nossa comunidade para eles terem uma vida mais saudável.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A Atenção Básica/Saúde da Família é organizada por meio do trabalho multiprofissional e interdisciplinar em equipe, mediante a responsabilização da Equipe de Saúde da Família (ESF). Trabalha-se com foco nas famílias, desenvolvendo ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Dentro alguns grupos priorizados estão as pessoas com Hipertensão Arterial Sistemática (HAS) e/ou Diabetes Mellitus (DM). Nos últimos anos, a presença de HAS e DM são observadas com uma frequência cada vez maior, sobretudo na sociedade industrial onde o estilo de vida, caracterizado por uma dieta demasiadamente rica em gorduras e açúcares e por um hábito generalizado de estilo sedentário, favorecendo o surgimento destes agravos (BRASIL, 2013) (11).

A HAS e A DM constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira, representando dois dos principais fatores de risco dos agravos coronários, que podem levar a invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para si e para sua família. São problemas de saúde comum com consequências devastadoras, frequentemente, permanecendo assintomática até uma fase tardia de sua evolução, por isso se torna importante o diagnóstico precoce, uma vez que oferece múltiplas chances de evitar complicações mediante ações de promoção e prevenção (ANTONIO, et al, 2008) (12).

Neste sentido, o projeto de intervenção que será realizado na ESF No. 7 no Distrito Baixo do Meio do Município Guamaré do Estado Rio Grande do Norte, terá como população-alvo os portadores de HAS e DM, sendo estas duas morbidades de grande prevalência na área adstrita e a atenção a estas pessoas não se encontra

plenamente organizada como se prevê o protocolo do MS para atenção aos usuários com estes dois agravos.

Nossa área de abrangência dos nossos quatro consultórios médicos conta com uma população de um total de 2152 habitantes. A população alvo de intervenção reside principalmente na área rural e parte do centro do Distrito, são aproximadamente 446 pessoas com HAS e 127 pessoas com DM segundo a estimativa do Caderno de Ações Programáticas, sendo um dos motivos da escolha deste foco para realizar a nossa intervenção. Em nosso cadastro temos 122 usuários com HAS fazendo acompanhamento na ESF, 28,4% da cobertura e 49 usuários com DM com acompanhamento na ESF, 38,6% de cobertura.

Nossa ESF faz atendimento em quatro consultórios médicos distribuídos na área de abrangência, na verdade são consultórios adaptados, mas acredito que garantimos um bom atendimento, nossa ESF é muito unida, favorecendo o trabalho. Cada um dos consultórios tem uma recepção, uma sala de enfermagem onde fazem curativos, vacinas, esterilização e os testes rápidos, uma sala para consulta médica, uma sala para consulta odontológica, uma farmácia, sala de recepção, três banheiros divididos, para funcionário e usuários (2) e uma cozinha. Nossa ESF está composta por uma enfermeira, três técnicas de enfermagem, um Odontólogo com auxiliar de consultório dentário, 2 técnicas em farmácia, 5 agentes comunitários de saúde, 8 auxiliares de serviços gerais e uma médica clínica geral do Programa Mais Médicos do Brasil (PMMB).

A escolha do foco de intervenção foi uma decisão da reunião da equipe, o número de usuários com HAS e/ou DM com 20 anos ou mais residentes na área são inferiores à média nacional, não existe um dia da semana específico para o atendimento a pessoas com agravos crônicos, existe atraso nos exames periódicos, não existe um controle sobre as incidências (casos novos) e prevalências (casos existentes), não existe um cronograma de palestras na comunidade sobre estes agravos, além disso, os usuários com estes agravos saem da consulta médica sem a próxima consulta programada, porém não tem agendamento para um melhor acompanhamento. Pretendemos com esta intervenção fazer cadastramento completo da população e busca ativa de pessoas com HAS e/ou DM, programar um dia da semana para atendimento dos agravos crônicos, com objetivo de ter um atendimento de mais qualidade.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a Atenção à Saúde das pessoas com HAS e/ou DM na UBS nº7, Distrito Baixo o Meio, Guamaré, RN.

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

#### **Objetivos:**

1. Ampliar a cobertura aos usuários com HAS e/ou DM.
2. Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com HAS e/ou DM.
3. Melhorar a adesão de pessoas com HAS e/ou DM.
4. Melhorar o registro das informações.
5. Mapear o risco para Agravo Cardiovascular das pessoas com HAS e/ou DM.
6. Promover a saúde de pessoas com HAS e/ou DM.

#### **Metas:**

#### **Objetivo 1. Ampliar a cobertura às pessoas com HAS e/ou DM na UBS Nº 7 Distrito Baixo do Meio, Guamaré, RN.**

Meta 1.1 Cadastrar 90% dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial sistêmica (HAS) e à Diabetes Mellitus (DM) da Unidade de Saúde (UBS).

Meta 1.2 Cadastrar 85% das pessoas com Diabetes Mellitus da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS.

#### **Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção às pessoas com HAS e/ou DM na UBS nº 7 Distrito Baixo do Meio, Guamaré, R/N.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Objetivo 3: Melhorar a adesão das pessoas com HAS e/ou DM ao programa de Atenção Integral às pessoas com HAS e/ou DM na UBS #7 Distrito Baixo do Meio, Guimarães, R/N.**

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

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

**Objetivo 4. Melhorar o registro das informações direcionado das pessoas com HAS e/ou DM na UBS #7 Distrito Baixo do Meio, Guimarães, R/N.**

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento dos 100% das pessoas com HAS, cadastrados na UBS.

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

**Objetivo 5. Mapear as pessoas com HAS e/ou DM de risco para agravo cardiovascular na UBS #7 Distrito Baixo do Meio, Guimarães, R/N.**



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

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

**Objetivo 6: Realizar ações de promoção em saúde voltada às pessoas com HAS e/ou DM na UBS #7 Distrito Baixo do Meio, Guamaré, R/N.**

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com HAS e/ou DM.

Meta 6.2 Garantir orientação em relação à prática regular de atividades físicas a 100% das pessoas com HAS e/ou DM.

Meta 6.3 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com HAS e/ou DM.

Meta 6.4 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com HAS e/ou DM.

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

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

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

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

## 2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Equipe de Saúde da Família nº 7 do Distrito Baixo o Meio, no Município de Guimarães no estado Rio Grande do Norte. Participarão todos os usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, da área de abrangência dos quatro consultórios médicos da família que nós prestamos atendimento médico/enfermagem/odontológico de qualidade. As ações realizadas na intervenção serão baseadas no Caderno de Atenção Básica nº 36 e 37 – Estratégias para o cuidado da Pessoa com Agravos Crônicos, Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica, respectivamente (BRASIL, 2013; BRASIL, 2013<sup>a</sup>), com os quais contamos nos consultórios médicos, pois foram disponibilizados pela Secretária Municipal de Saúde. Portanto, para alcançar os objetivos propostos foram estabelecidas metas e ações a serem realizadas. O cadastro desses usuários na Planilha de Coleta de Dados (Anexo A) será feito no momento da consulta médica ou de enfermagem e em visitas domiciliares, a qual servirá para monitoramento e acompanhamento das metas e indicadores. Para registro das atividades serão utilizados os Prontuários Clínicos Individuais e as Fichas Espelho de cada usuário (Anexo B)

### 2.3.1 Detalhamento das ações

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

**Meta 1.1** Cadastrar 90% das pessoas com HAS da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e/ou à DM da UBS.

**Meta 1.2** Cadastrar 85% das pessoas com DM da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e/ou à DM da UBS.

#### **AÇÕES A SEREM DESENVOLVIDAS NOS 4 EIXOS PEDAGÓGICOS:**

##### **EIXO: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.**

##### **AÇÃO:**

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

**DETALHAMENTO DAS AÇÕES:**

1.-Revisão das fichas dos ACS para levantamento do número de pessoas com HAS e/ou DM, responsáveis a médica e a enfermeira.

2.-Cadastrar o 90% das pessoas com HAS e o 85% das pessoas com DM, responsáveis os Agentes Comunitários de Saúde com a supervisão da médica e da enfermeira.

3.-Elaborar ficha espelho individual das pessoas com HAS e/ou DM para registro e monitoramento da realização das atividades preconizadas pelo programa, responsáveis a médica e a enfermeira.

4.-Elaborar planilha de pessoas cadastradas na UBS para controle de inscritos no programa, responsáveis a médica e a enfermeira.

5.-Realizar reunião de ESF para discussão dos dados levantados e planejamento de melhorias no monitoramento, a médica e a enfermeira junto a toda a equipe de saúde familiar logrando a incorporação de toda a equipe na intervenção comunitária.

**EIXO: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.****AÇÕES:**

•Garantir o registro das pessoas com HAS e/ou DM cadastrados no Programa.

•Melhorar o acolhimento para as pessoas portadores de HAS e/ou DM.

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

•Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na UBS.

**DETALHAMENTO DAS AÇÕES:**

1.-Criar planilha ou formulário de acompanhamento das pessoas cadastradas no e-SUS para registro das atividades realizadas por estes, responsáveis a médica e a enfermeira.

2.- A enfermeira e a médica da área deverão realizar semanalmente o controle do registro de dados das pessoas cadastradas;

3.-Envolver toda a ESF da UBS nas ações voltadas ao cadastramento das pessoas com HAS e/ou DM da área de abrangência da ESF.

4.-Capacitar os profissionais da ESF para acolher adequadamente às pessoas com HAS e DM, responsáveis a médica e a enfermeira.

5.-Garantir o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na UBS, além de solicitado a gestão municipal a reposição dos aparelhos danificados da UBS. Responsáveis serão a médica e a enfermeira com parceria do gestor municipal de saúde e a SMS.

6.-Para garantir o material adequado para realização do hemoglicoteste será solicitado à gestão municipal a reposição do estoque das fitas suficientes para a UBS, responsáveis a médica, a enfermeira e as técnicas de enfermagem.

### **EIXO: ENGAJAMENTO PÚBLICO.**

#### **AÇÕES:**

- Informar à comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à HAS e/ou à DM da UBS.

- Informar à comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

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

- Orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS e/ou DM.

### **DETALHAMENTO DAS AÇÕES:**

1.-Fixar na UBS cartazes e material informativo a respeito da importância do controle da pressão arterial, a partir dos 18 anos de idade medir ela, pelo menos, anualmente e sobre as atividades desenvolvidas no programa, responsáveis toda a ESF.

2.-Orientar os mais predispostos, como os idosos, sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS e/ou DM. Responsáveis médica e enfermeira.

3.-Realizar orientações e esclarecimentos sobre os fatores de risco para desenvolvimento da HAS e/ou DM, junto às pessoas na sala de espera da UBS, responsáveis médica e enfermeira.

4.-Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, responsáveis toda a ESF

### **EIXO: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.**

#### **AÇÕES:**

- Capacitar aos ACS na busca daqueles que não estão fazendo controle ou acompanhamento do seu agravo em nenhum serviço.
- Capacitar aos ACS para o cadastramento de pessoas com HAS e/ou DM da área de abrangência da ESF.
- Capacitar à ESF da UBS para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
- Capacitar à ESF da UBS para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

#### **DETALHAMENTO DAS AÇÕES:**

- 1.-A médica e a enfermeira da área deverão capacitar os ACS, a respeito da busca ativa periódica das pessoas com HAS e/ou DM da área de abrangência da ESF não cadastrados.
- 2.-Nas reuniões semanais de ESF a médica e a enfermeira deverão realizar orientações aos outros profissionais da ESF sobre a técnica de aferição da pressão arterial e realização do hemoglicoteste.
- 3.-A médica e a enfermeira deverão avaliar periodicamente a técnica de verificação da pressão arterial pelos técnicos de enfermagem.

### **Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção às pessoas com HAS e/ou DM.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **AÇÕES A SEREM DESENVOLVIDAS NOS 4 EIXOS PEDAGÓGICOS:**

### **EIXO: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.**

#### **AÇÕES:**

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas com HAS.
- Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas com DM e avaliação dos pés.
- Monitorar o número de usuários com HAS e/ou DM com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado.
- Monitorar o número de usuários com HAS e/ou DM com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.
- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/e-SUS.
- Monitorar os usuários com HAS e/ou DM que necessitam de atendimento odontológico.

### **DETALHAMENTO DAS AÇÕES:**

1.-Revisão dos prontuários de atendimento dos usuários com HAS e/ou DM para avaliação da qualidade das consultas, de que estão sendo feitos: um exame clínico apropriado destes usuários, além do exame periódico dos pés a

cada três meses nas pessoas com DM, a realização dos exames laboratoriais de acordo a periodicidade recomendada, a responsável a médica.

2.- Implantar as fichas espelho individuais que sirvam como guia para a realização de um acompanhamento apropriado e verificar assim os usuários faltosos as consultas de acompanhamentos, responsáveis toda a ESF.

3.-Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/e-SUS das pessoas com DM e/ou HAS, responsáveis a médica, enfermeira e as técnicas de enfermagem.

4.-Monitorar as pessoas com HAS e/ou DM que necessitam de atendimento odontológico, responsáveis a médica, a enfermeira e médico Odontólogo.

### **EIXO: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

#### **AÇÕES:**

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com HAS.

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com DM.

- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS.

- Garantir a solicitação dos exames complementares com a periodicidade estabelecida.

- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos usuários com HAS e/ou DM cadastrados na UBS.

- Organizar a agenda de saúde bucal para a realização do atendimento dos usuários com HAS e/ou DM provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

#### **DETALHAMENTO DAS AÇÕES:**

1.-A enfermeira e a médica deverão realizar um exame clínico bucal exaustivo para cada usuário e referenciar para a consulta de saúde bucal.

2.-Garantir o material odontológico suficiente para a realização de procedimentos odontológicos, responsável o médico Odontólogo.

### **EIXO: ENGAJAMENTO PÚBLICO**

#### **AÇÕES:**

- Orientar os usuários e a comunidade em geral quanto aos riscos de Agravos Cardiovasculares e Neurológicas decorrentes da HAS e/ou DM e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

- Orientar os usuários e a comunidade em geral quanto a necessidade de realização de exames complementares com a periodicidade estabelecida.

- Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/e-SUS e possíveis alternativas para obter este acesso.

- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos usuários com HAS e/ou DM.

#### **DETALHAMENTO DAS AÇÕES:**

1.-Informar a comunidade sobre os riscos e as possíveis complicações dos Agravos Cardiovasculares e Neurológicos, a médica e a enfermeira a través de palestras de promoção e prevenção em saúde.

2.-Informar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal nas pessoas com HAS e/ou DM, responsáveis a médica, a enfermeira, o assistente de saúde bucal e o médico Odontólogo.

3.-Informar a comunidade sobre a importância do controle dos agravos crônicos não transmissíveis e para a realização de procedimentos odontológicos periodicamente, o médico Odontólogo e o assistente de saúde bucal.

#### **EIXO: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.**

##### **AÇÕES:**

- Capacitar a ESF para a realização de exame clínico apropriado dos usuários com HAS e/ou DM.

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

- Realizar atualização dos profissionais no tratamento da HAS.

- Capacitar a ESF para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/e-SUS.

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

#### **DETALHAMENTO DAS AÇÕES:**



1.-Capacitar aos ACS sobre a realização do exame clínico apropriado nos usuários com HAS e/ou DM, responsáveis a médica e a enfermeira.

2.-Capacitar os ACS para na busca de aqueles que não estão tendo acompanhamento pelo Odontólogo, responsáveis a médica e o Odontólogo.

3.-Capacitar toda a ESF para a orientação adequada sobre a saúde bucal, responsáveis a médica e o Odontólogo.

4.-Avaliar nas reuniões da ESF sobre o número de usuários com HAS e/ou DM com exame físico apropriado, responsáveis a médica e a enfermeira.

### **Objetivo 3: Garantir a adesão do 100 % das pessoas com HAS e/ou DM.**

**Meta 3.1** Buscar 100% dos usuários com HAS faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

**Meta 3.2** Buscar 100% dos usuários com DM faltosos as consultas na UBS.

### **AÇÕES A SEREM DESENVOLVIDAS NOS 4 EIXOS PEDAGÓGICOS:**

#### **EIXO: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.**

##### **AÇÃO:**

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

#### **DETALHAMENTO DAS AÇÕES:**

1.-Revisão das fichas de espelho individual e prontuários clínicos para avaliação dos casos faltosos a consultas, responsáveis toda a ESF.

2.-Avaliação nas reuniões semanal da ESF o total de consultas de usuários com HAS e/ou DM realizadas na UBS, responsáveis a médica e a enfermeira.

3.-Avaliação nas reuniões da ESF o total de visitas domiciliar realizadas pelos ACS semanalmente, responsável a enfermeira.

#### **EIXO: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

##### **AÇÕES:**

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

#### **DETALHAMENTO DAS AÇÕES:**

1.-Orientar aos ACS realizar visitas domiciliares em busca de usuários faltosos. Responsáveis a médica e a enfermeira.

2.-Agendamento de consultas de usuários faltosos. Responsáveis de supervisionar à assistente administrativa de fazer isto: a médica, a enfermeira.

### **EIXO: ENGAJAMENTO PÚBLICO**

#### **AÇÕES:**

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de HAS (se houver número excessivo de faltosos).

- Esclarecer as pessoas com HAS e/ou DM e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

#### **DETALHAMENTO DAS AÇÕES:**

1.-Realizar reuniões nas comunidades para orientar importância dos controles periódicos na UBS, responsáveis toda a ESF.

2.-Envolver toda a comunidade em estratégias que permitam a adesão dos usuários com HAS e/ou DM aos controles na Unidade Básica de Saúde, responsáveis toda a ESF.

3.-Identificação na comunidade de promotores de saúde que ajudem no controle dos usuários com HAS e/ou DM faltosos, responsáveis os ACS, a médica e a enfermeira.

### **EIXO: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.**

#### **AÇÃO:**

- Capacitar os ACS para a orientação de usuários com HAS e/ou DM quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

#### **DETALHAMENTO DAS AÇÕES:**

1.-Identificação na comunidade de promotores de saúde que ajudem no controle dos usuários com HAS e/ou DM faltosos, responsáveis a médica, a enfermeira, as técnicas de enfermagem e os ACS.

2.-Capacitar aos ACS sobre os protocolos de atendimentos no programa e-SUS, responsáveis a médica e a enfermeira.

**Objetivo 4. Melhorar o registro das informações das pessoas com HAS e/ou DM.**

**Meta 4.1** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com HAS e/ou DM cadastrados na UBS.

**EIXO: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.**

**AÇÃO:**

• Monitorar a qualidade dos registros dos usuários com HAS e/ou DM acompanhados na UBS.

**DETALHAMENTO DAS AÇÕES:**

1.-A enfermeira e a médica revisarão semanalmente os registros dos usuários com HAS e/ou DM para avaliar sua qualidade, para obter um melhor controle e acompanhamento.

2.-Melhorar esquema de registro tendo em conta idade e agravo, responsáveis a médica e a enfermeira.

3.-Discutir nas reuniões da ESF a qualidade dos registros dos usuários com HAS e/ou DM, responsáveis a médica e a enfermeira.

**EIXO: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:**

**AÇÕES:**

- Manter as informações do SIAB atualizadas.
- Implantar as fichas de acompanhamentos dos usuários com HAS e/ou DM.
- Pactuar com a ESF o registro de informações dos usuários com HAS e/ou DM.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros dos usuários com HAS e/ou DM.
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação dos agravos.

**DETALHAMENTO DAS AÇÕES:**

1.-Em cada consulta de acompanhamento a médica e enfermeira atualizarão os dados dos usuários nos prontuários clínicos e nas fichas de espelho individuais.

2.-Serão preenchidos os dados do acompanhamento dos usuários com HAS e/ou DM nas fichas espelho individuais, nos prontuários clínicos, na

carteirinha do e-SUS e no registro específico destes usuários. Responsáveis médica, a enfermeira, as técnicas de enfermagem, o Odontólogo e os ACS.

4.-A enfermeira e a médica da UBS são os responsáveis pelo monitoramento do registro com a ajuda dos outros profissionais da ESF.

### **EIXO: ENGAJAMENTO PÚBLICO**

#### **AÇÃO:**

- Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via se necessário.

#### **DETALHAMENTO DA AÇÃO:**

1.-Nas consultas informar aos usuários sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via se necessário, responsáveis a médica e a enfermeira.

### **EIXO: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.**

#### **AÇÕES:**

- Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos usuários com HAS e/ou DM, responsáveis a médica e a enfermeira.

- Capacitar a ESF da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas, responsáveis a médica e a enfermeira.

#### **DETALHAMENTO DAS AÇÕES:**

1.-Nas reuniões da ESF a médica e a enfermeira deverão realizar capacitações para aos outros funcionários da ESF sobre o registro adequado das informações e a atualização deles segundo o protocolo.

## **Objetivo 5. Mapear usuários com HAS e/ou DM de risco para Agravo Cardiovascular**

**Meta 5.1.** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com HAS cadastrados na UBS.

**Meta 5.2.** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com DM cadastradas na UBS.

**AÇÕES A SEREM DESENVOLVIDAS NOS 4 EIXOS PEDAGÓGICOS:**

### **EIXO: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.**

**AÇÃO:**

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

**DETALHAMENTO DA AÇÃO:**

1.-Revisar mensalmente os prontuários individuais para monitorar o número de pessoas com HAS e/ou DM com realização de estratificação de risco, responsáveis a médica, a enfermeira, as técnicas de enfermagem e os ACS.

**EIXO: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO****AÇÃO**

- Priorizar o atendimento das pessoas com HAS e/ou DM avaliadas como de alto risco e Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

**DETALHAMENTO DA AÇÃO:**

1.-Agendamento de consultas com priorização de acordo com os riscos apresentados.

**EIXO: ENGAJAMENTO PÚBLICO****AÇÕES:**

- Orientar as pessoas com HAS e/ou DM quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

- Esclarecer as pessoas com HAS e/ou DM e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

**DETALHAMENTO DAS AÇÕES:**

1-Realização de palestras de promoção e prevenção em saúde na UBS sobre os fatores de riscos, necessidade de acompanhamento regular, da importância da assistência às consultas de acompanhamento, da adesão ao tratamento e o cumprimento dele segundo a orientação médica, de não abandonar o tratamento pela conta e outros temas relacionados com estes agravos para lograr um melhor controle e diminuir o número de complicações e descompensações destes doentes, responsáveis a médica e a enfermeira.

**EIXO: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.****AÇÕES:**

- Capacitar a ESF para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

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

### **DETALHAMENTO DAS AÇÕES:**

1.-Capacitação nas reuniões da ESF semanais a todos os profissionais da ESF sobre controle de fatores de risco modificáveis, estratificação de risco e registro adequado destas avaliações e riscos, responsáveis a médica e a enfermeira.

### **Objetivo 6: Proporcionar uma adequada promoção de saúde para usuário com HAS e/ou DM.**

**Meta 6.1** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com HAS e/ou DM.

**Meta 6.2** Garantir orientação em relação a prática regular de atividades físicas a 100% dos usuários com HAS e/ou DM.

**Meta 6.3** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com HAS e/ou DM.

**Meta 6.4** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com HAS e/ou DM.

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

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

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

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

### **AÇÕES A SEREM DESENVOLVIDAS NOS 4 EIXOS PEDAGÓGICOS:**

#### **EIXO: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.**

##### **AÇÕES:**

- Monitorar a realização de orientação nutricional às pessoas com HAS e/ou DM.

- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular às pessoas com HAS e/ou DM.

- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo às pessoas com HAS e/ou DM.

- Monitorar a realização de orientações sobre higiene bucal às pessoas com HAS e/ou DM.

#### **DETALHAMENTO DAS AÇÕES:**

1.-Revisão das fichas para o levantamento do número de usuários com orientação sobre higiene bucal, responsáveis toda a ESF.

2.-Debater nas reuniões da ESF aquelas atividades de orientação sobre higiene bucal desenvolvidas na semana, responsáveis o Odontólogo, a médica e a enfermeira.

3.-Elaborar ficha de espelho individual para registro e monitoramento das ações de promoção da saúde bucal que são desenvolvidas pela ESF, responsáveis o Odontólogo, a médica e a enfermeira.

#### **EIXO: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

##### **AÇÕES:**

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do “abandono ao tabagismo”.

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

#### **DETALHAMENTO DAS AÇÕES:**

1.-Criar planilha ou formulário para o registro das atividades de orientação da saúde bucal realizada na UBS, responsáveis o Odontólogo, a médica e a enfermeira.

2.-Envolver toda a ESF da UBS nas ações voltadas as orientações da saúde bucal, responsáveis o Odontólogo, a médica e a enfermeira.

3.-O Odontólogo orientar e capacitar todos os membros da ESF para a orientação da saúde bucal.

4.-Avaliar a necessidade de materiais odontológicos que permitam a realização de ações de promoção e prevenção em saúde, além de tratamento adequado segundo à necessidade dos usuários, para a gestão e solicitação, garantindo a realização dessas atividades com qualidade, responsável o Odontólogo.

### **EIXO: ENGAJAMENTO PÚBLICO**

#### **AÇÕES:**

- Orientar às pessoas com HAS, com DM e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

- Orientar às pessoas com HAS, com DM e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

- Orientar às pessoas com HAS e/ou DM tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

- Orientar às pessoas com HAS, com DM e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

#### **DETALHAMENTO DAS AÇÕES:**

1.-Fixar na UBS cartazes e material de orientação a respeito da importância da higiene bucal, os danos nocivos do tabagismo à saúde, sobre a importância da prática regular de atividades físicas e de alimentações saudáveis, responsáveis toda a ESF.

2.-Efetuar na UBS palestras com pessoas com HAS e/ou DM e familiares sobre hábitos e costumes que impedem uma adequada saúde bucal, responsáveis o Odontólogo, a médica e a enfermeira.

3.-Realizar na UBS encontros com pessoas com HAS, com DM e familiares nos grupos e-SUS sobre hábitos alimentares inadequados para que sejam mudados para uma alimentação saudável, porque estes causam danos à saúde e descompensações dos agravos crônicos não transmissíveis, responsáveis a médica e a enfermeira.

4.- Criar um grupo de pessoas com Tabagismo para incentivar o abandono do mal hábito, falando a traves de palestrar de prevenção e promoção de saúde sobre os malefícios que o uso dele faz a saúde, responsável a médica.



## **EIXO: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.**

### **AÇÕES:**

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

### **DETALHAMENTO DAS AÇÕES:**

1.-O Odontológico da UBS deverá capacitar os ACS, sobre a importância de oferecer orientações de higiene bucal, sobre a promoção de hábitos saudáveis para uma boa saúde bucal, para detenção precoce de anormalidades e agravos cancerígenas bucais que podem ser diagnosticadas e tratadas precocemente.

2.-Realização de capacitação por meio do Odontólogo e auxiliar de saúde bucal para os funcionários da ESF para garantir uma adequada saúde bucal.

3.-Nas reuniões semanais da ESF o Odontólogo e auxiliar de saúde bucal deverão realizar orientações aos outros profissionais da ESF para garantir uma adequada orientação sobre higiene bucal.

4.-Capacitação da ESF sobre a importância da prática regular de atividades físicas e de uma adequada alimentação e de incentivar a população na prática delas, responsáveis a médica e a enfermeira.

5.-Capacitação da ESF sobre os malefícios do Tabagismo, sobre o tratamento de desintoxicação tabagista, responsáveis a médica e a enfermeira.

## **2.3.2 Indicadores**

### **Indicadores referentes ao objetivo 1. Ampliar a cobertura aos usuários com HAS e/ou DM.**

**Meta 1.1:** Cadastrar 90% dos usuários com HAS da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

**Indicador 1.1:** Cobertura do programa de atenção aos usuários com HAS na UBS.

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

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

**Meta 1.2:** Cadastrar 85% dos usuários com DM da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

**Indicador 1.2:** Cobertura do programa de atenção ao usuário com DM na UBS.

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

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

**Indicadores referentes ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a usuários com HAS e/ou DM.**

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

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

Numerador: Número de usuários com HAS com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de usuários com HAS cadastrados na UBS.

**Indicador 2.2:** Proporção de usuários com DM com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de usuários com DM com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de usuários com DM cadastrados na UBS.

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

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

Denominador: Número total de pessoas com DM cadastradas na UBS.

**Indicador 2.4:** Proporção de usuários com HAS com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de usuários com HAS com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de usuários com HAS cadastrados na UBS.

**Indicador 2.5**: Proporção de usuários com DM com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de usuários com DM com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de usuários com DM cadastrados na UBS.

**Indicador 2.6**: Proporção de usuários com HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/e – SUS priorizada.

Numerador: Número de usuários com HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/e – SUS.

Denominador: Número total de usuários com HAS inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da UBS.

**Indicador 2.7**: Proporção de usuários com DM com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/e – SUS priorizada.

Numerador: Número de usuários com DM com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/e – SUS.

Denominador: Número total de usuários com DM inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da UBS.

**Indicador 2.8**: Proporção de usuários com HAS com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

Denominador: Número total de usuários com HAS inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da UBS.

**Indicador 2.9**: Proporção de usuários com DM com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

Denominador: Número total de usuários com DM inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da UBS.

**Indicadores referentes ao objetivo 3: Melhorar a adesão de usuários com HAS e/ou DM ao programa.**

**Meta 3.1:** Buscar 100% dos usuários com HAS faltosos às consultas na Unidade Básica de Saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.1:** Proporção de usuários com HAS faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

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

**Indicador 3.2:** Proporção de usuários com DM faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

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

#### **Indicador referente ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações**

**Meta 4.1:** Manter a ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com HAS cadastrados na UBS.

**Indicador 4.1:** Proporção de usuários com HAS com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de usuários com HAS cadastrados na UBS com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de usuários com HAS cadastrados na UBS.

**Indicador 4.2:** Proporção de usuários com DM com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de usuários com DM cadastrados na UBS com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de usuários com DM cadastrados na UBS.

#### **Indicador referente ao objetivo 5. Mapear os usuários com HAS e/ou DM de risco para Agravo Cardiovascular.**

**Meta 5.1:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com HAS cadastrados na UBS.

**Indicador 5.1:** Proporção de usuários com HAS com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de usuários com HAS cadastrados na UBS com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de usuários com HAS cadastrados na UBS.

**Indicador 5.2**: Proporção de usuários com DM com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de usuários com DM cadastrados na UBS com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de usuários com DM cadastrados na UBS.

### **Indicador referente ao objetivo 6. Promover a saúde de usuários com HAS e/ou DM.**

**Meta 6.1**: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com HAS.

**Indicador 6.1**: Proporção de usuários com HAS com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de usuários com HAS cadastrados na UBS.

**Indicador 6.2**: Proporção de usuários com DM com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de usuários com DM cadastrados na UBS.

**Indicador 6.3**: Proporção de usuários com HAS com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de usuários com HAS cadastrados na UBS.

**Indicador 6.4**: Proporção de usuários com DM com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de usuários com DM cadastrados na UBS.

**Indicador 6.5**: Proporção de usuários com HAS com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de usuários com HAS cadastrados na UBS.

**Indicador 6.6**: Proporção de usuários com DM com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de usuários com DM cadastrados na UBS.

**Indicador 6.7**: Proporção de usuários com HAS com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de usuários com HAS cadastrados na UBS.

**Indicador 6.8**: Proporção de usuários com DM com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de usuários com DM cadastrados na UBS.

### 2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção na Ação Programática de Atenção aos usuários com HAS e/ou DM vamos adotar os Cadernos de Atenção Básica nº 36 e 37 – Estratégias para o cuidado da Pessoa com Agravos Crônicos, Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica, respectivamente (BRASIL, 2013; BRASIL, 2013<sup>a</sup>), com os quais contamos nos consultórios médicos, pois foram disponibilizados pela Secretária Municipal de Saúde. Utilizaremos os prontuários clínicos, registro do e-SUS, registro de atendimento individual da UBS e o registro na Planilha de Coleta de Dados disponibilizada pelo curso. Para poder coletar todos os dados necessários do monitoramento de intervenção, a médica e a enfermeira preencherão a Ficha Espelho disponibilizada pelo Curso, para isto, serão impressas 500 Fichas Espelho, nossa meta é alcançar 401 usuários com HAS e 107 usuários com DM.

Em contato com gestor municipal vamos solicitar o material necessário para intervenção, fichas espelho (500 Fichas), novos esfigmomanômetro e estetoscópios

(3 de cada), três fitas métricas e fitas para realização de testes rápidos de glicose (400 U), dois para cada usuário com DM, que seria um total de 256 para a estimativa de 127 usuários com DM e o restante para os usuários que tiverem a pressão arterial acima ou igual de 130/80 mm/Hg. Para o acompanhamento semanal da intervenção será utilizada a Planilha Eletrônica de Coleta de Dados proporcionada pela equipe de assessoramento do Curso de Especialização.

Para realizar avaliação de aumento da cobertura a 90% de usuários com HAS (401 usuários) e um 85% de usuários com DM (107 usuários) aproximadamente utilizaremos o protocolo do Ministério de Saúde, estas atividades serão executadas pelos profissionais da ESF responsável desta tarefa, nas consultas médicas ou visitas domiciliares com objetivo de aumentar o cadastramento destes usuários, com previa capacitação dos membros da ESF nas reuniões da ESF semanal. Rastrear e cadastrar 90% dos usuários com HAS e 85% dos usuários com DM, responsáveis os ACS com a supervisão da médica e da enfermeira durante as doze semanas da intervenção. Utilizaremos as fichas familiares e os prontuários clínicos individuais.

Realização de exame clínico apropriado em 100% dos usuários com HAS e/ou DM cadastrados, garantir a 100% dos usuários com HAS e/ou DM a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com DM e/ou HAS cadastrados na UBS e acompanhados na intervenção, realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico ao 100% dos usuários com HAS e/ou DM, realizar a busca ativa do 100% de usuários faltosos às consultas conforme a periodicidade recomendada, assim com manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com HAS e/ou DM cadastrados atualizada, realizar estratificação de risco de Agravo Cardiovascular em 100% dos usuários com HAS e/ou DM cadastrados, garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com HAS e/ou DM cadastrados, garantir orientação em relação à prática regular de atividades físicas ao 100% dos usuários com HAS e/ou DM cadastrados, garantir orientação sobre os riscos do tabagismo ao 100% dos usuários com HAS e/ou DM cadastrados e garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com HAS e/ou DM cadastrados, responsáveis a médica e a enfermeira. Utilizaremos os prontuários clínicos individuais dos usuários da população-alvo, a ficha de

espelho individual e os prontuários de atendimento Odontológico para manter os dados em dia.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira e a médica revisarão o livro de registro específico identificando todos os usuários com HAS e/ou DM que viram à consulta de medicina geral nos últimos três meses. As profissionais localizarão os prontuários destes usuários e transcreverão todas informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consulta em atraso exames clínicos e laboratoriais e vacinas em atraso.

A Análise Situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidas com a ESF na reunião da ESF. Assim começaremos a intervenção com a capacitação sobre o Manual Técnico de Atenção aos usuários com HAS e/ou DM, para que toda a ESF utilize esta referência na atenção dos usuários com HAS e/ou DM. Esta capacitação ocorrerá nos quatro consultórios médicos onde fazemos atendimento a ESF toda, para isto serão duas horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para a reunião da ESF. Cada membro da ESF estudará uma parte do Manual Técnico e exporá o contendo aos outros membros para melhor compreensão, as reuniões serão feitas semanalmente na UBS para trocar ideias e planejar as ações da intervenção além de fazer avaliação periódica do impacto dela na comunidade e no estado de saúde da população-alvo, toda a ESF estará envolvida responsável a médica. Utilizaremos o Manual Técnico de Atenção aos usuários com HAS e/ou DM além de outros materiais de acordo ao tema em questão.

O acolhimento aos usuários serão feitos por qualquer membro da ESF ao chegar à UBS, logo passarão pela triagem de enfermagem, onde serão medidos os parâmetros vitais das consultas médicas de acompanhamentos (pressão arterial, circunferência abdominal, teste rápido de glicose para todos os usuários com DM e os que tenham pressão arterial acima de 130/80 mmHg, peso, altura), pelas técnicas de enfermagem, os que apresentem algum problema agudo serão atendidos na mesma hora em consulta pela médica e os com problemas não agudos serão agendados para outro dia da semana, deixaremos reservadas 04 consultas por semanas para os usuários com HAS e/ou DM que cheguem de forma passiva em consultas para realizar o cadastramento por nossa ESF.



Ao final do dia serão atualizados todos os dados em conjunto com toda a ESF, responsáveis a médica e a enfermeira de supervisionar que sejam atualizados, prontuários clínicos, o registro específico destes usuários e a ficha de espelho individual. Utilizaremos todas as ferramentas disponibilizadas pelo Curso de Especialização.

Para aumentar a cobertura de usuários com HAS e/ou DM utilizaremos como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde, como foi expresso anteriormente. As avaliações que serão feitas pelos profissionais da ESF nas consultas médicas e visitas domiciliares serão com o objetivo de aumentar o cadastramento desses usuários e garantir um melhor acompanhamento destes doentes, com uma previa capacitação dos mesmos nas reuniões da ESF realizadas semanalmente. A médica e enfermeira serão os responsáveis das capacitações, garantindo assim um futuro trabalho de qualidade.

A comunidade também tem um papel importante em nossa intervenção, portanto faremos contato com a associação de moradores e representantes da comunidade, colégios e demais instituições parceiras da nossa área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância dos controles das pessoas cadastradas no programa e-SUS, assim como a importância do acompanhamento integral, de qualidade e sistemático. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de conscientizar a população em assistir às consultas agendadas e necessidade de priorização dos atendimentos deste grupo populacional. Responsáveis a médica e a enfermeira.

A promoção e prevenção em saúde com a participação de toda equipe, comunidade e a população-alvo, serão feitas através de palestras utilizando folders, cartazes para melhor compreensão e serão divididos em grupos não mais de 50 pessoas para chegar melhor à população-alvo. Para isto a equipe vai utilizar cartolinas de várias cores para melhor compreensão e harmonia, colocar cartazes nas paredes dos consultórios, de forma aos usuários conhecer mais sobre estes agravos crônicos, quadro clínico, cardápio para alimentação saudável, sobre a importância da realização de atividades físicas e dos danos que ocasiona o tabagismo, etc.

Semanalmente a enfermeira examinará as fichas espelhos dos usuários com HAS e/ou DM identificando aqueles com atraso a consultas, exames clínicos, exames laboratoriais ou vacina, para agendarem uma consulta e atualizá-los. Al final

de cada mês as informações coletadas na Ficha Espelho serão consolidadas na Planilha Eletrônica para Coleta de Dados disponibilizada pelo curso de Especialização. Enviaremos semanalmente o diário das ações desenvolvidas na comunidade que envolveu a ESF.



### **3 Relatório da Intervenção**

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

- **Capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre os protocolos de HAS e DM.**

Como primeira atividade para o começo da intervenção foi realizada a capacitação dos profissionais da ESF sobre o protocolo de atendimento dos usuários com HAS e/ou DM. Foi aproveitada a reunião da ESF realizada quinta feira no salão dos consultórios médicos, nesta participaram as três técnicas de enfermagem, uma enfermeira, cinco ACS, o Odontólogo e sua assistente e eu como médica da família. Os principais temas abordados foram: Acolhimento e Cadastramento das pessoas com HAS e/ou DM, realização da avaliação de risco cardiovascular dos usuários com HAS e/ou DM, medidas de controle dos fatores de riscos e possíveis modificações, importância do agendamento das consultas médicas e Odontológicas, registro adequado das informações e preenchimento dos dados na Planilha de Coleta de Dados e a Ficha Espelho além dos Prontuários Clínicos Individuais e as cadernetas deles, busca ativa dos usuários faltosos, entre outros temas de interesses.

As ACS ficaram muito entusiasmadas com as novas informações, solicitando-me o cadastramento dos usuários com HAS e/ou DM. Esta ação foi cumprida integralmente.

- **Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática.**

Durante a reunião da ESF da primeira semana de intervenção foi apresentado para cada membro da ESF sua responsabilidade para o cumprimento das atividades planejadas no cronograma da intervenção. Esse espaço foi de vital importância para fazer troca de ideias, sempre com objetivo de melhorar a Atenção

Básica dos usuários. A ESF ficou motivada e acharam muito interessante o trabalho, além que vai ser um sucesso a intervenção para a saúde dos usuários com HAS e/ou DM da comunidade. Cada membro da ESF conhece sua função, iniciando pela recepcionista no acolhimento e a informação dos usuários com HAS e/ou DM e a demanda espontânea que deverá acontecer até terminar na consulta médica e odontológica.

A ESF toda trabalhou intensamente para chegar à população alvo, principalmente os ACS e Enfermeiras, fazendo convites, colocando cartazes, pegáveis, utilizando folders e acondicionando o local, assim como a preparação das informações que se dariam a conhecer com linguagem acessível para todas as pessoas presentes. Esta ação foi cumprida integralmente.

- **Contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática Atenção aos usuários com HAS e/ou DM solicitando apoio para o cadastramento e demais estratégias que serão implementadas.**

Foram várias semanas de muito trabalho. Nas semanas 1, 4, e 8 tivemos contato com as lideranças comunitárias e muitos usuários com HAS e/ou DM, para falar sobre a importância da ação programática e solicitando apoio para as estratégias que serão implementadas. Atividade que foram realizadas no salão de nossa UBS, por meio da enfermeira e a médica. Explicamos também a intervenção e que esperávamos obter com ela. Os líderes se mostraram muito prestativos e ofereceram ajuda para o que agente precisara, achamos que foram de boa ajuda e boa aceitação em os usuários, assim o trabalho foi mais fácil. Esta ação foi cumprida integralmente.

- **Atendimento clínico dos usuários com HAS e/ou DM.**

Durante estas semanas de trabalho o objetivo fundamental do projeto foram os atendimentos aos usuários com HAS e/ou DM por consultas médicas e Odontológicas. Atendimento clínico que compõe (exame clínico geral e dos pés no caso dos usuários com DM, solicitação de exames complementares, estabelecer o risco cardiovascular, orientações sobre: prática de atividades físicas, os danos do tabagismo e higiene bucal) e avaliando a necessidade de atendimento Odontológico dos usuários com HAS e/ou DM colocando os dados obtidos na consulta médica e

no cadastro domiciliar nas Fichas de Espelhos, Planilha de Coleta de Dados e os Prontuários Clínicos dos usuários atendidos. Em algumas consultas médicas tivemos usuários faltosos, mas todos foram recuperados pela busca ativa das ACS toda semana e ao final de cada mês da intervenção todos tinham os registros em dia.

- **Interação com grupo de usuários com HAS e/ou DM.**

Durante estas semanas de trabalho tivemos várias interações com grupo de usuários com HAS e/ou DM, atividade de muita importância, que nos ajudou muito para a assistência dos usuários a consulta. Esta atividade foi cumprida integralmente foram criados 6 grupos de e-SUS dos dois que já tenhamos. Os grupos e-SUS são os grupos de usuários com HAS e/ou DM, eles foram conformados de acordo ao cadastro sem ter em conta a idade, nem o sexo, nem os agravos que eles apresentarem. Foram agrupados para melhor organização das atividades em grupo, por exemplo, caminhadas que são feitas toda segunda, quarta e sexta feira, além dos encontros na UBS para assistir às Palestras de Educação em saúde que são feitos duas vezes por mês.

GRUPO I: formado por 42 pessoas na semana 03, delas 35 pessoas tinham HAS, 16 pessoas DM e 09 pessoas tinham os dois agravos.

GRUPO II: formado por 54 pessoas na semana 08, delas 52 pessoas tinham HAS, 02 pessoas DM e 22 pessoas tinham os dois agravos.

GRUPO III: formado por 50 pessoas na semana 08, delas 50 pessoas tinham HAS, 12 pessoas DM e as 12 pessoas tinham os dois agravos.

GRUPO IV: formado por 56 pessoas na semana 08, delas 54 pessoas tinham HAS, 02 pessoas DM e 10 pessoas tinham os dois agravos.

GRUPO V: formado por 56 pessoas na semana 12, delas 55 pessoas tinham HAS, 05 pessoas DM e 04 pessoas tinham os dois agravos.

GRUPO VI: formado por 75 pessoas na semana 12, delas 62 pessoas tinham HAS, 18 pessoas DM e 05 pessoas tinham os dois agravos.

E feita três vezes por semana uma caminhada pela área de abrangência da UBS, toda segunda, quarta e sexta feira onde temos a participação de muitos deles e os profissionais da ESF aproveitamos para falar sobre os fatores de riscos da HAS e/ou DM e como preveni-los, fazendo ênfases na promoção e prevenção de saúde falando da importância da prática de atividade física, da alimentação saudável, de

evitar o consumo de álcool, tabagismo e outras drogas, fazer o tratamento orientado pelo médico certinho e cumprir com as orientações do Odontólogo em quanto à saúde bucal.

- **Capacitação dos ACS para realização de busca ativa dos usuários com HAS e/ou DM faltosos às consultas médicas e Odontológicas.**

As ACS desde o início da intervenção estiverem constantemente na busca ativa dos usuários faltosos. Esta atividade foi cumprida integralmente.

- **Busca ativa dos usuários com HAS e/ou DM faltosa às consultas médicas e Odontológicas.**

Durante todas as semanas de intervenção se realizaram a busca ativa dos usuários faltosos a consulta. Ação cumprida integralmente.

- **Monitoramento da intervenção**

Durante todo o período da intervenção se realizaram o monitoramento da intervenção toda semana e era feito o diário de todo o que estava acontecendo, ação que foi de muita importância para o sucesso da intervenção porque eram tiradas todas as dúvidas do projeto, eram avaliados os registros dos usuários na Planilha de Coleta de Dados, na Ficha de Espelho e os Prontuários Clínicos Individuais para verificar o preenchimento correto deles e que não ficara ninguém sem atendimento ou sem a busca ativa daqueles que estiveram faltosos às consultas médicas e Odontológicas.

A Coleta de Dados deles através da Planilha de Coleta de Dados facilitou muito nosso trabalho e agora funciona adequadamente o preenchimento adequado dos dados clínicos nos prontuários individuais, não tivemos nenhuma dificuldade na coleta nem na sistematização de dados relativos à intervenção, o fechamento das Planilhas de Coleta de Dados, dos Prontuários Clínicos Individuais e o cálculo dos indicadores foram realizados sempre com sucesso graça ao empenho e a união dos membros da ESF. Atividade desenvolvida integralmente.

- **Dificuldades e Facilidades na realização das atividades previstas e desenvolvidas.**

Nas atividades realizadas nossa ESF encontro algumas dificuldades na primeira semana como foi que não contamos com o número suficiente de Ficha de

espelho individual, assunto que foi resolvido rapidamente pelos membros da equipe em conjunto com a Secretária de Saúde principalmente o Gestor Municipal. Nas outras semanas esse problema não aconteceu mais porque contamos com suficiente número de Fichas de Espelho Individual, uma para cada usuário que participa da intervenção, essa ferramenta é muito importante para nossa intervenção e acompanhamento adequado da população-alvo porque ela permite conhecer a data de consulta médica, de consulta odontológica, o tratamento certinho do usuário além da data da próxima consulta e porém permite um melhor acompanhamento da pessoa com estas doenças crônicas e assim perceber quando o usuário está faltoso para então realizar a busca ativa dele e assim não perde o acompanhamento para que este seja de qualidade, para que o exame clínico e de laboratório, além das outras orientações médicas e odontológicas que são dadas nas consultas de acompanhamento estejam em dia de acordo ao Protocolo do Ministério da Saúde.

Facilidades, temos muitas, a mais importante a união da ESF e o empenho da mesma para que a intervenção seja sucesso, além da aceitação do projeto pela população-alvo, pela comunidade, os gestores de saúde da Secretária Municipal de Saúde e até o Prefeito da cidade. Contamos sempre com todas as ferramentas para levar a bom término o projeto, para alcançar nossa principal meta que é a Melhoria da Atenção à saúde das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, nossa ESF especificamente as Agentes Comunitárias de Saúde realizam o cadastro de todos os usuários que participam da intervenção, realizam a busca ativa de usuários faltosos às consultas médicas e odontológicas de acompanhamento, que foram capacitados para isto, desde a primeira semana foi estabelecido o papel de cada profissional da equipe para resolver os problemas da ação programática escolhida, isto ajudou muito para alcançar as nossas metas porque cada um sabe o que tem que fazer. Foi feito o contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática: Atenção à saúde das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus solicitando apoio para o cadastramento e demais estratégias que seriam implementadas, o contato foi estabelecido nas semanas um, a quatro e a oito com sucesso. Contamos além com a ajuda do NASF para um acompanhamento mais completo da população-alvo.



### 3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Com relação ao cronograma a ordem foi respeitada e seguida dentro dos prazos. Nem todas as ações previstas na intervenção foram desenvolvidas, umas com mais facilidade que outras. Tivemos dificuldades na primeira semana com as Fichas Espelho que faltaram para alguns usuários, mas o problema foi resolvido ao final dessa semana e não aconteceu mais.

- **Cadastramento de todos os usuários com HAS e/ou DM da área adstrita no programa.**

Os ACS trabalharam intensamente no cadastramento de todos os usuários com HAS e/ou DM de nossa área de abrangência. Além do cadastramento interagiram de forma ativa com a população. Devo parabenizar o bom trabalho das ACS que expandiram a informação com muita motivação, servindo de muita ajuda, diariamente recebemos usuários na unidade perguntando informação à respeito, além da ajuda dos líderes formais da comunidade. Esta ação não foi cumprida integralmente, só contamos com cinco ACS que não são suficientes para cobrir o total da área de abrangência dos quatro consultórios médicos. Tem uma área que não está coberta por ACS, porém não conhecemos o número de usuários com HAS e/ou DM nela.

- **Prescrição de medicamentos da farmácia popular para as pessoas com HAS.**

É bom falar que dos 306 usuários com HAS dois deles não recebem os medicamentos pela farmácia popular porque eles não conseguem controlar a pressão com esses medicamentos, eles usam outros que não estão disponíveis na rede pública como: Atensina (0,100 mg; 0,200 mg); Nifedipino (30 mg) e Valsartana (160 mg), só com esses medicamentos conseguimos fazer um bom controle. No caso dos usuários com DM todos receberam os medicamentos da farmácia popular essa ação foi desenvolvida integralmente.

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

Nossa ESF não teve dificuldades na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, já que toda a ESF trabalhou com base no preenchimento das Fichas de Espelho mediante o treinamento, cada um desenvolveu seu trabalho. Na Planilha de Coleta de Dados não apresentamos nenhuma dificuldade, foi tudo muito bem explicado nas reuniões de equipe. Na maioria dos indicadores tivemos êxito, foram confeccionados os gráficos com os dados que foram colocados na Planilha de Coleta de Dados e foram discutidos e analisados pela ESF semana a semana. Com registro adequado na ficha de acompanhamento de fato é um êxito o acompanhamento dos usuários, com a planilha é possível perceber o aumento dos indicadores em geral nos gráficos, e assim a ESF pode avaliar melhor a cobertura

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

Nossa equipe trabalhou todo o tempo em união, por isso as ações planejadas foram cumpridas. Incorporou-se à rotina da UBS o preenchimento da Ficha de Espelho ferramenta que a equipe agradece muito, fica melhor o trabalho e o registro das ações de cada usuário, com as consultas médicas de seguimento e as necessidades de medicamentos dos usuários, foram igualmente incorporados na rotina do serviço, priorizando a indicação daqueles que tem a farmácia da unidade ou na farmácia popular. Mesmo que tenhamos finalizado a Coleta de Dados para o TCC, nossa intervenção não terminou e buscaremos atingir sempre o 100% dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, continuaremos com as mesmas ações para que possamos manter uma boa qualidade nos atendimentos e os registros destes usuários, sempre pelo bem-estar de nossa comunidade.

Dentre os aspectos que melhoramos e daremos continuidade é que contamos com o livro de registro dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus para o uso do pessoal autorizado, que permite ter acesso rápido aos dados dos usuários como a data da consulta médica e da próxima

consulta agendada para acompanhamento continuado, tratamento e dose, endereço, data de nascimento, e outros dados que complementam a ficha de espelho e os prontuários clínicos. O livro tem os registros de todos os usuários cadastrados, se ficarem perdido alguma das fichas espelhos tem o livro com todos os dados para garantir a não perder as informações e que o trabalho fique mais organizado.

A intervenção embora terminada, continuamos trabalhando, já podemos visualizar os avanços que ela tem na rotina de nosso serviço e nosso dia a dia com a população da área de abrangência, agora nós aprendemos como fazer melhor o acompanhamento destes usuários, com a ficha espelho temos melhor organização do serviço. A coleta de dados deles através da Planilha de Coleta de Dados facilitou muito nosso trabalho e agora funciona adequadamente o preenchimento adequado dos dados clínicos nos prontuários individuais, Agora não sai da consulta médica nenhum dos usuários com HAS e/ou DM sem a próxima consulta agendada, também até o acolhimento deles melhorou depois da capacitação da equipe pela enfermeira e a médica, estas ações estão sendo ampliadas para outras ações programáticas que ainda precisam melhorar, mais o trabalho ainda tem que seguir melhorando, a ESF conta com disposição, entusiasmo e profissionalismo para alcançarem todas as nossas metas.

A ESF também vela agora para que os exames laboratoriais sejam realizados segundo o protocolo a cada três meses, além do exame dos pés dos usuários com DM. Um dos problemas mais frequentes que temos na comunidade é a Obesidade, por isto está sendo trabalhado com a população, incentivando realizar atividades físicas frequentes, oferecendo orientações para alimentação saudável, além do abandono do tabagismo falando dos riscos e o mal que ele faz à saúde, além disso, são todos os usuários avaliados para realizar a estratificação do risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Sem dúvida o projeto de intervenção tem sido o motor impulsor para uma série de ações que vão a continuar desenvolvendo-se na ESF nº 7 do Distrito Baixo do Meio do Município Guamaré do Estado Rio Grande do Norte com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus no começo, mas, que serão estendidas às outras ações programáticas de nosso trabalho no dia a dia.

## 4 Avaliação da intervenção

### 4.1 Resultados

A intervenção realizada na nossa ESF, Distrito Baixo do Meio, município Guamaré, estado Rio Grande do Norte teve como objetivo geral Melhorar a Atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus de nossa área de abrangência.

Nossa intervenção compreende os usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus dos quatro consultórios médicos distribuídos na área, nos quais a ESF encontra-se atendendo. Temos como população-alvo um total estimado de 446 usuários com HAS e 127 usuários com DM a alcançar, segundo as estimativas do Caderno de Ações Programáticas para uma população total de 2152 habitantes.

Identificamos que o número de usuários cadastrados e acompanhados estava baixo, além do cadastro da população incompleto, falta de busca ativa até o momento que iniciamos a intervenção. Antes da intervenção havia cadastrado e faziam acompanhamento periódico só 122 usuários com HAS (27,4%) e 49 usuários com DM (38,6%), neste sentido que a ESF começou a trabalhar. Decidimos fazer a intervenção sobre esta Ação Programática, percebemos que os dados que estavam na UBS não eram reais, estavam desatualizados, dos quais não constava nenhum registro específico.

Com o apoio do Caderno de Ações Programática apresentado pelo curso é que percebemos a baixa cobertura, por isto queríamos além da intervenção, fazer o registro específico destes usuários para melhorar o estado de saúde destes doentes, fazer um melhor acompanhamento, garantindo o tratamento adequado, as mudanças do modo e de estilos de vidas ruim para vidas saudáveis, concluindo cadastramento completo da população de forma geral. A equipe pretendia alcançar 90% (401 usuários) dos usuários com HAS e aos 85% (107 usuários) dos usuários com DM.

**Objetivo 1.** Ampliar a cobertura aos usuários com HAS e/ou DM na ESF/UBS #7 Distrito Baixo do Meio, Guamaré, Rio Grande do Norte.

**Meta 1.1** Cadastrar 90% dos usuários com HAS da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e/ou DM da ESF/UBS.

**Indicador 1.1:** Cobertura do programa de atenção ao usuário com HAS na ESF/UBS.

Depois de três meses (12 semanas) de muito trabalho podemos dizer que a intervenção foi um êxito embora o primeira meta não foi cumprido. No primeiro mês foram acompanhados 122 usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica, o que representa 27,4% de cobertura. Acredito que foi uma porcentagem muito baixa, mas foi o início da intervenção onde ainda nem toda a população tinham informações a respeito. No segundo mês chegamos a 238 usuários com HAS, um total de 53,4%. No terceiro mês um total de 306 usuários com HAS, representando 68,6% dos cadastrados e acompanhados durante a intervenção. Não foi alcançado o total dos usuários conforme pretendíamos, contamos com a dificuldade de não ter os ACS para atingir todas as áreas de cobertura da ESF e não conseguimos cadastrar o total da população-alvo, mas triplicamos a cobertura que tinha antes da intervenção, de 27,4% passamos para um 68,61%, o que deixou a equipe satisfeita, mesmo sem atingir a meta proposta.

Acredito que a melhora dessa proporção se deu principalmente pela implantação do sistema de monitoramento e avaliação dos resultados. Foram muitas semanas de intenso trabalho, mas com muita união da ESF, o que ajudou o bom desenvolvimento da intervenção. A ESF toda fica muito surpreendida com os resultados obtidos, não esperavam estes resultados, na UBS nunca havia desenvolvido uma intervenção dessa magnitude. Parabenizo o bom trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde que expandiram a informação com muita motivação, servindo de muita ajuda, diariamente recebíamos usuários perguntando informação a respeito.

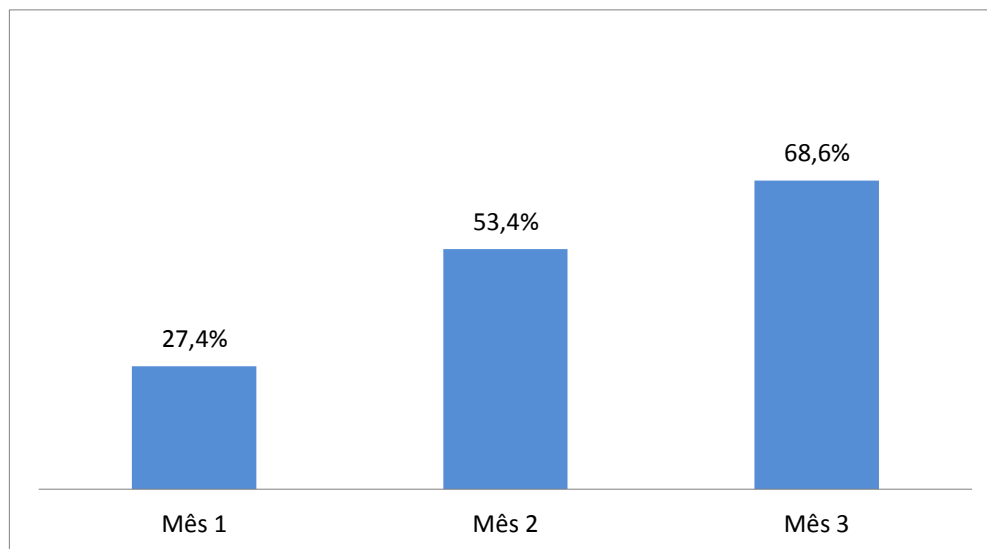


Figura 1: **Gráfico de Cobertura do Programa de Atenção a usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica na ESF/UBS nº 7 Baixo do Meio. Guamaré/RN, 2016.**

**Meta 1.2** Cadastrar 85% dos usuários com DM da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e/ou DM da ESF/UBS.

**Indicador 1.2:** Cobertura do programa de atenção ao usuário com Diabetes Mellitus na ESF/UBS.

No primeiro mês começaram o acompanhamento apenas 49 usuários com Diabetes Mellitus, sendo o 38,6% de cobertura do total estimado para a área de abrangência. No segundo mês chegamos a 70 usuários com Diabetes Mellitus, que representa 55,1% de cobertura cadastrada e acompanhada adequadamente. No terceiro mês chegamos a um total de 89 usuários com Diabetes Mellitus para o 70,1% cadastrados e acompanhados durante a intervenção.

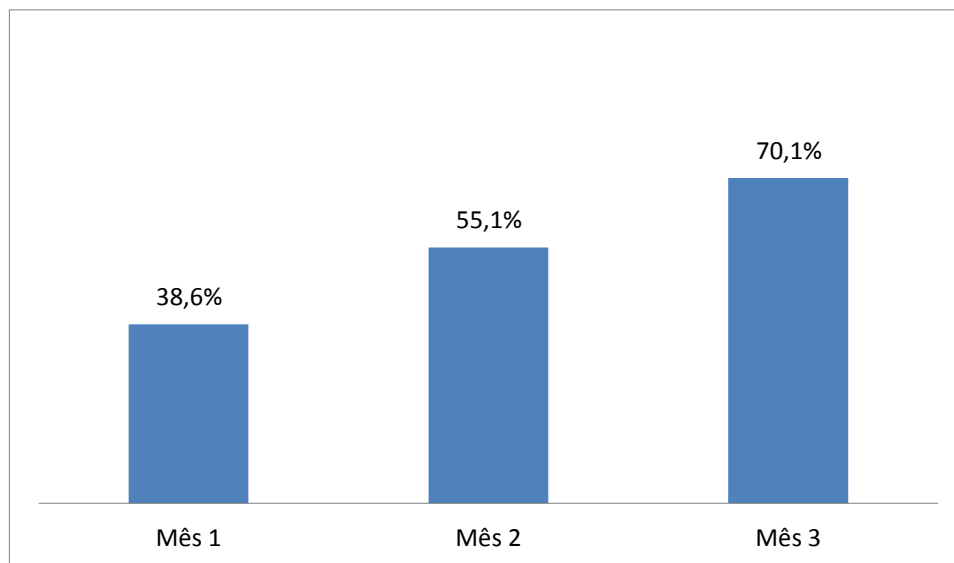


Figura 2: Gráfico de Cobertura do Programa de Atenção a usuários com Diabetes Mellitus na ESF/UBS #7 Baixo do Meio. Guamaré/RN, 2016.

**Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF/UBS #7. Distrito Baixo do Meio, Guamaré, Rio Grande do Norte.**

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

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

Durante estas semanas de trabalho em cada consulta médica realizamos 100% de exame clínico aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica da população alvo, apropriado de acordo com o protocolo.

No primeiro mês 122 usuários tinham o exame clínico em dia que representava 100%. No mês 02 foram encontrados 238 usuários com exame clínico em dia que representava 100% e no terceiro mês todos (336/100%) dos usuários com HAS tinham o exame clínico em dia de acordo com o Protocolo do MS. O número de usuários atendidos foi menor com o transcurso da intervenção, no começo foram atendidos muitos usuários, sobretudo na segunda semana onde alcançamos o maior número de atendimentos o que facilitou o avanço da intervenção e, sobretudo do cadastro deles. Mas depois de três meses que intervenção cada uns deles apresentavam o exame clínico em dia, foram

recuperados os usuários faltosos diante a busca ativa pelos ACS da UBS a cada semana seguinte.

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

**Indicador 2.2:** Proporção de usuários com Diabetes Mellitus com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Durante estas semanas de trabalho em cada consulta médica realizamos 100% de exame clínico aos usuários com DM da população alvo, apropriado de acordo com o protocolo.

No primeiro mês 49 usuários tiveram o exame clínico em dia o que representava 100% do total atendido com DM. No mês 02 foram encontrados 70 usuários com exame clínico em dia que representava 100% do total atendido e no terceiro mês todos os usuários com DM tinham o exame clínico em dia de acordo com o Protocolo do MS, 89 usuários que representava o 100% do total de usuários avaliados na intervenção. Neste caso do exame clínico dos usuários com DM vemos que o número com exame clínico aumentou com a busca ativa, o cadastro e a melhoria no registro das informações. Depois de três meses de intervenção, cada usuário apresentava o exame clínico em dia diante a busca ativa de faltosos pelos ACS da UBS a cada semana seguinte.

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

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

Durante estas semanas de trabalho em cada consulta médica realizamos 100% de exame clínico dos pés aos usuários com Diabetes Mellitus da população alvo, apropriado de acordo com o protocolo. Realizamos no primeiro mês avaliação de 49 usuários com DM que apresentavam o exame clínico dos pés em dia de acordo com o Protocolo do MS, 100%; no segundo mês 70 usuários com DM avaliados com o exame clínico dos pés, que representava 100%. No terceiro e



último mês todos os usuários com DM apresentaram o exame clínico dos pés em dia, 89 usuários para 100% do total de usuários. Acreditamos que é muito importante para estes usuários o conhecimento da importância dos cuidados dos pés, a ESF explicou em cada consulta como fazer o correto cuidado dos pés e como deveria ser o acompanhamento destes usuários para não atrasarem mais o exame clínico dos pés. Este tema foi também debatido nas Palestras de Promoção e prevenção em saúde e nos grupos de e-SUS durante o intercâmbio dos usuários da população-alvo.

**Meta 2.4.** Garantir aos 100% dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 2.4:** Proporção de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

No primeiro mês 97 usuários tiveram os exames complementares em dia que representava o 79,5% do total atendido com HAS que foi 122 usuários. No mês 02 foram 233 usuários com os exames complementares em dia representava 97,9% do total atendidos que foi 238 e no terceiro mês 336 (100%) dos usuários com HAS tinham os exames complementares em dia de acordo com o Protocolo do MS. Encontramos muitos usuários com exames complementares desatualizados quando começamos a intervenção, usuários com mais de um ano sem fazer exame periódico de sangue, fator que mudou com o transcurso da intervenção que foram recuperados esses usuários criando a estratégia de fazer os exames periódicos de sangue a cada três meses e aderir isso na rotina de atendimento do serviço e que forme parte dele, tentando não perder nenhum usuário que sofre de HAS.

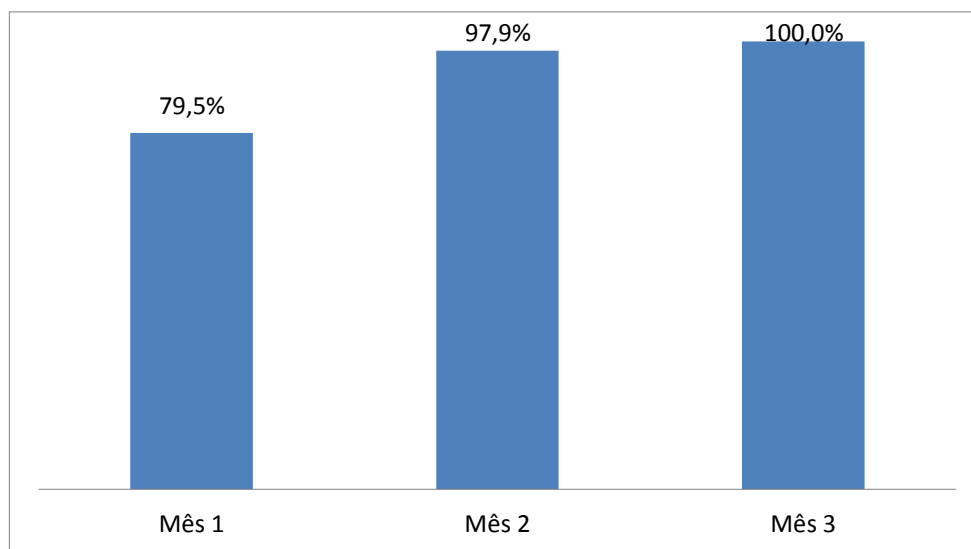


Figura 3: Gráfico da Proporção de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na ESF/UBS #7 Baixo do Meio. Guamaré/RN, 2016.

**Meta 2.5** Garantir aos 100% dos usuários com Diabetes Mellitus a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 2.5:** Proporção de usuários com Diabetes Mellitus com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

No primeiro mês 21 usuários tenham os exames complementares em dia que representava o 42,9% do total atendido com DM que foi 49 usuários. No mês 02 foram encontrados 65 usuários com os exames complementares em dia que representava o 92,9% do total atendidos que foi 70, no terceiro mês todos os usuários com DM tinham os exames complementares em dia de acordo com o Protocolo do MS. Encontramos muitos usuários com exames complementares desatualizados quando começamos a intervenção, o número foi em aumento porque também aumentaram as pesquisas destes doentes, aumentando assim o cadastro adequado, melhorando a qualidade dos registros das informações e o acompanhamento destes usuários, encontramos usuários com mais de um ano sem fazer exame periódico de sangue, fator que mudou com o transcurso da intervenção que foram recuperados esses usuários criando a estratégia de fazer os exames periódicos de sangue a cada três meses e aderir isso na rotina de atendimento do serviço e que forme parte dele, tentando não perder nenhum usuário que sofre de DM. Todos os usuários com Diabetes Mellitus apresentavam os exames

complementares em dia de acordo com o protocolo ao final da intervenção, pois durante os três meses da mesma foram alcançados e acompanhados cada uns deles.

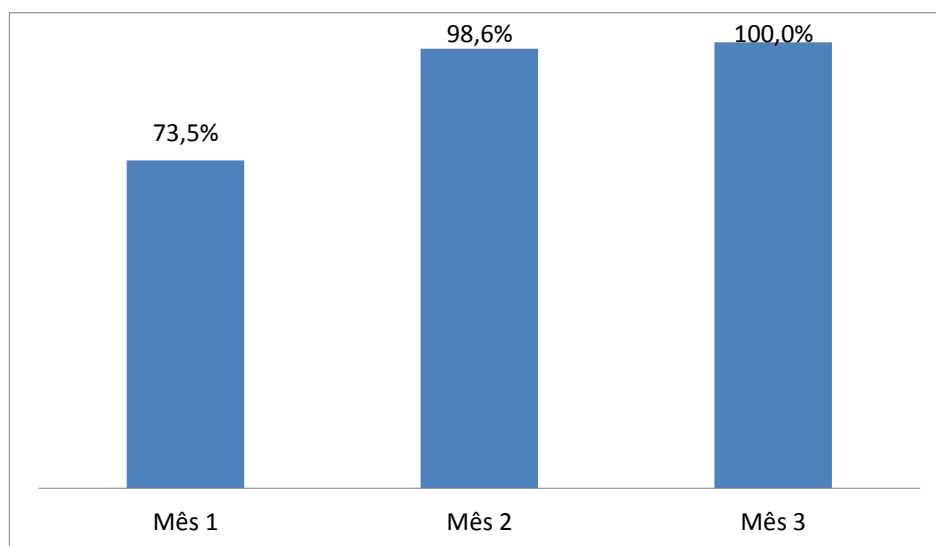


Figura 4: Gráfico 7 da Proporção de usuários com Diabetes Mellitus com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na ESF/UBS #7 Baixo do Meio. Guamaré/RN, 2016.

**Meta 2.6.** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica cadastrado na ESF/UBS.

**Indicador 2.6:** Proporção de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

Com uso de medicamentos da farmácia popular, só dois usuários não fazem uso destes medicamentos, no primeiro mês 120 usuários utilizaram (99,4%), no segundo mês 236 (99,2%) e no terceiro mês 304 usuários o que representa o 99,3% de usuários que recebem os medicamentos pela rede pública, fato que nos ajuda muito para o acompanhamento destes usuários porque ao ser de graça estes medicamentos o controle das cifras da pressão arterial é muito mais fácil pela acessibilidade que eles têm de adquirir os medicamentos e de tomar com a frequência requerida para o bom controle, não temos na rede pública, para conseguir normalizar as cifras da pressão destes usuários outros medicamentos como Atensina (0,100 MG; 0,200 mg), Vasaltam Potássico (160 mg) e Nifedipino (30 mg) não foi possível controlar a pressão arterial deles sem estes medicamentos. Por isso este indicador não foi cumprido aos 100%, mais os usuários apresentam o

controle que nós desejávamos para a melhoria da qualidade da saúde deles e o bom controle deste agravo crônico.

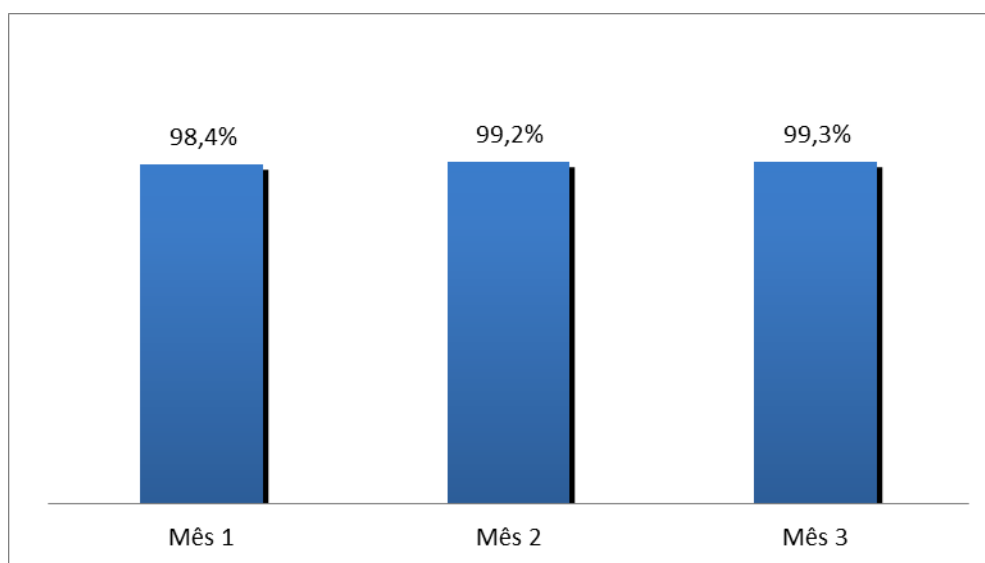


Figura 5: Gráfico da Proporção de pessoas com Hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/ Hiperdia priorizada na ESF, Baixo do Meio. Guamaré/RN, 2016.

**Meta 2.7.** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com Diabetes Mellitus cadastrados na ESF/UBS.

**Indicador 2.7:** Proporção de usuários com Diabetes Mellitus com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

Com respeito ao uso de medicamentos da farmácia popular, no primeiro mês 49 usuários utilizaram (100%), no segundo mês 70 usuários (100%) e no terceiro mês 89 usuários o que representa o 100% de usuários que recebem os medicamentos pela rede pública, fato que nos ajuda muito para o acompanhamento destes usuários porque ao ser de graça estes medicamentos o controle das cifras da glicemia é muito mais fácil pela acessibilidade que eles têm de adquirir os medicamentos e de tomar com a frequência requerida para o bom controle metabólico.

Este indicador foi cumprido aos 100%, porque todos os usuários com Diabetes Mellitus recebem os medicamentos pela Farmácia Popular, depois dos três meses de evolução da intervenção conseguimos o controle adequado deste agravo na maioria dos usuários estudados, ações que facilitaram os resultados obtidos foram o interesse dos usuários com respeito a sua saúde, o desejo deles de

melhorar e a união da ESF que com uma excelente interação com os usuários avaliados e acompanhados além da comunidade conseguiram os resultados que hoje apresentamos.

**Meta 2.8.** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica.

**Indicador 2.8:** Proporção de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Além das consultas médicas se programou as consultas odontológicas dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica no mesmo horário, aproveitando os agendamentos das consultas médicas para uma avaliação também pelo Odontólogo, sendo 100% avaliados, recebendo também orientações odontológicas, nenhum deles mostraram insatisfação. Antes a realização dos atendimentos pelo Odontólogo foi verificada pela enfermeira a pressão arterial de cada usuário. No primeiro mês dos 122 usuários avaliados (100%) encontramos 15 usuários que precisavam de atendimento odontológico. No segundo mês 238 usuários (100%) avaliados 58 precisavam de atendimento odontológico. No terceiro e último mês encontramos: 08 usuários com HAS precisavam de atendimento odontológico que representava. No final da intervenção os 306 usuários tinham recebido avaliação pelo Odontólogo e receberam tratamento segundo a sua necessidade e condição mórbida. Só estes 08 usuários do terceiro e último mês da intervenção ficaram pendentes de tratamento porque a sua necessidade é de Próteses dental e não temos os materiais necessários.

**Meta 2.9.** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com Diabetes Mellitus.

**Indicador 2.9:** Proporção de usuários com Diabetes Mellitus com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Além das consultas médicas se programou as consultas odontológicas dos usuários com Diabetes Mellitus no mesmo horário, aproveitando os agendamentos das consultas médicas para uma avaliação também pelo Odontólogo, sendo todos avaliados, recebendo também orientações odontológicas, nenhum deles mostraram insatisfação. Antes a realização dos atendimentos pelo Odontólogo foi verificada

pela enfermeira a pressão para cada usuário e feito o teste rápido de HGT para acompanhamento da glicose de cada um deles. No primeiro mês foram avaliados 49 (100%) usuários, encontramos 10 usuários que precisavam de atendimento odontológico; No segundo mês dos 70 (100%) dos usuários avaliados, 18 usuários precisavam de atendimento. No terceiro e último mês, encontramos mais 05 usuários com DM que precisavam de atendimento odontológico do total de usuários atendidos que foi 89 usuários (100%). No final da intervenção conseguimos que todos fossem atendidos pelo Odontólogo, tratamento segundo a sua necessidade e condição mórbida. Só estes 05 usuários do terceiro e último mês da intervenção ficaram pendentes de tratamento porque a sua necessidade é de Próteses dental e não temos os materiais necessários.

Quanto ao objetivo de **“Melhorar a qualidade da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus”**, as primeiras atividades para dar cumprimento a este objetivo foram realizadas capacitações dos profissionais da UBS sobre o protocolo de atendimento dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus e a realização de exame clínico apropriado. Também foram abordados temas importantes como: acolhimento adequado dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, realização da avaliação de risco dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, medidas de controle dos fatores de riscos e possíveis modificações, importância do agendamento das consultas médicas e Odontológicas, registro adequado das informações, atualização no tratamento, busca ativa de usuários faltosos, solicitação de exames complementares, entre outros temas de interesse.

Dessa forma, a meta de qualidade no final da intervenção para esses aspectos foi todas alcançadas em todos os meses, proporção de 100% de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus com exame clínico e exame complementar em dia além da avaliação da necessidade de atendimento odontológico, não assim na prescrição de medicamentos conforme a farmácia popular que foi só cumprido aos 99,3% ao final da intervenção.

**Objetivo 3: Melhorar a adesão dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus ao programa de Atenção Integral aos usuários com HAS e/ou DM na ESF/UBS nº 7 Distrito Baixo do Meio, Guamaré, Rio Grande do Norte.**

**Meta 3.1** Buscar aos 100% dos usuários com HAS faltosos às consultas na UBS, conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.1:** Proporção de usuários com HAS faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Durante estas semanas de trabalho os Agentes Comunitários de Saúde nas visitas domiciliares tralharam muito na busca ativa para captar os usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da nossa área de abrangência, além da divulgação de todas as atividades planejadas pela ESF e orientação de quanto devem voltar a consulta, situação que favorece o trabalho. No primeiro mês foram encontrados 17 usuários faltosos (100%) à consulta médica de acompanhamento continuado. No segundo mês tivemos 27 usuários com busca ativa (100%) e no mês três o total de 30 usuários (100%) com busca ativa. Na última semana todos eles tinham sido recuperados diante a busca ativa pelos ACS da ESF. Foi cumprido este indicador em 100%, realizando cada mês a busca ativa dos usuários faltosos às consultas médicas.

**Gráfico 12: Proporção de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica faltosos às consultas médicas com busca ativa na ESF/UBS #7 Baixo do Meio. Guamaré/RN, 2016.**

**Meta 3.2** Buscar aos 100% dos usuários com DM faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.2:** Proporção de usuários faltosos com Diabetes Mellitus faltosos às consultas médicas com busca ativa.

No primeiro mês foram encontrados 03 usuários faltosos à consulta médica com busca ativa (100%) No segundo mês tivemos o total de 09 usuários faltosos com busca ativa (100%) e no mês três encontramos mais 01 usuário faltoso, totalizando 10 usuários faltosos durante a intervenção. Na última semana todos tinham sido recuperados diante a busca ativa pelos ACS da ESF. O indicador foi cumprido em 100%, realizando cada mês a busca ativa dos usuários faltosos às consultas médicas.

Sem dúvida alguma a integração de toda a ESF nos ajudou a obter os ganhos alcançados para “**Melhorar a adesão de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus ao programa**” e o objetivo foi alcançado, mantendo a proporção de usuários com HAS e/ou DM faltosos às consultas com busca ativa em 100%, durante os três meses de intervenção.

Volto a parabenizar o bom trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde que expandem a informação com muita motivação, servindo de muita ajuda, porque diariamente recebemos usuários no posto perguntando informação a respeito. É importante ressaltar que a união faz a força.

**Objetivo 4. Melhorar o registro das informações direcionado aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF/UBS #7 Distrito Baixo do Meio, Guamaré, Rio Grande do Norte.**

**Meta 4.1** Manter ficha de acompanhamento dos 100% dos usuários com HAS cadastrados na UBS.

**Indicador 4.1:** Proporção de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica com registro adequado na ficha de acompanhamento.

No primeiro mês 122 usuários tiveram os registros adequados (100%). No segundo mês 238 usuários com os registros adequados (100%) e no terceiro mês, todos (336/100%) os usuários com HAS tinham os registros na UBS. Durante todo o tempo da intervenção contamos com quantidade suficiente de Fichas Espelho para cada usuário que foi atendido na UBS, só na primeira semana foram poucas as Fichas de Espelho, mas o problema foi resolvido naquela semana mesmo, sendo isso de vital e significativa importância na evolução do projeto. Apesar término do projeto, continuaremos trabalhando com estas Fichas para um melhor controle dos usuários, sempre para o bem da população. Dessa forma, os registros foram realizados adequadamente, alcançando 100% de registros adequados durante todos os meses.

**Meta 4.2** Manter ficha de acompanhamento dos 100% dos usuários com Diabetes Mellitus cadastrados na UBS.

**Indicador 4.2:** Proporção de usuários com Diabetes Mellitus com registro adequado na ficha de acompanhamento.



No primeiro mês 49 usuários tiveram seu registro adequado na ficha de acompanhamento da UBS, 100% do total atendido com DM. No segundo mês 70 usuários com registro, 100% do total atendido e no terceiro mês todos os usuários com DM tinham o registro em dia de acordo com os dados do Protocolo do MS, 89 usuários que representava o 100% do total de usuários cadastrados e acompanhados.

Em relação ao objetivo **“Melhorar o registro das informações”**, durante todo o tempo da intervenção contamos com quantidade suficiente de Fichas Espelho para cada usuário que foi atendido na UBS, só na primeira semana foram poucas as Fichas de Espelho, mas o problema foi resolvido naquela semana mesmo, sendo isso de vital e significativa importância na evolução do projeto. Apesar término do projeto, continuaremos trabalhando com estas Fichas para um melhor controle dos usuários, sempre para o bem da população. Dessa forma, os registros foram realizados adequadamente, alcançando 100% de registros adequados durante todos os meses.

**Objetivo 5. Mapear os usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus de risco para agravo cardiovascular na ESF/UBS #7 Distrito Baixo do Meio, Guamaré, Rio Grande do Norte.**

**Meta 5.1.** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com HAS cadastrados na ESF/UBS.

**Indicador 5.1:** Proporção de usuários com HAS com estratificação de risco cardiovascular.

No primeiro mês foi possível a estratificação do risco de agravo cardiovascular a 104 usuários que representava o 85,2% do total atendido com HAS que foi 122 usuários. No segundo mês foi realizada a estratificação do risco para agravo cardiovascular para 228 usuários que representava o 95,8% do total atendido com HAS que foi 238 usuários. No mês três foram estratificados para risco de agravo cardiovascular 306 usuários que representava o 100% do total atendido que foi 306 usuários. Na última semana todos eles foram recuperados e alcançamos o total dos usuários com HAS estratificados de acordo com o risco de agravo cardiovascular que apresentava. Encontrando-se no alto risco um total de 128 usuários que representava o 41,8% do total que foi 306 usuários com HAS, 96 usuários foram encontrados no baixo risco cardiovascular representando o 31,4% do total, o resto encontra-se no risco intermediário representando o 26,8% do total.

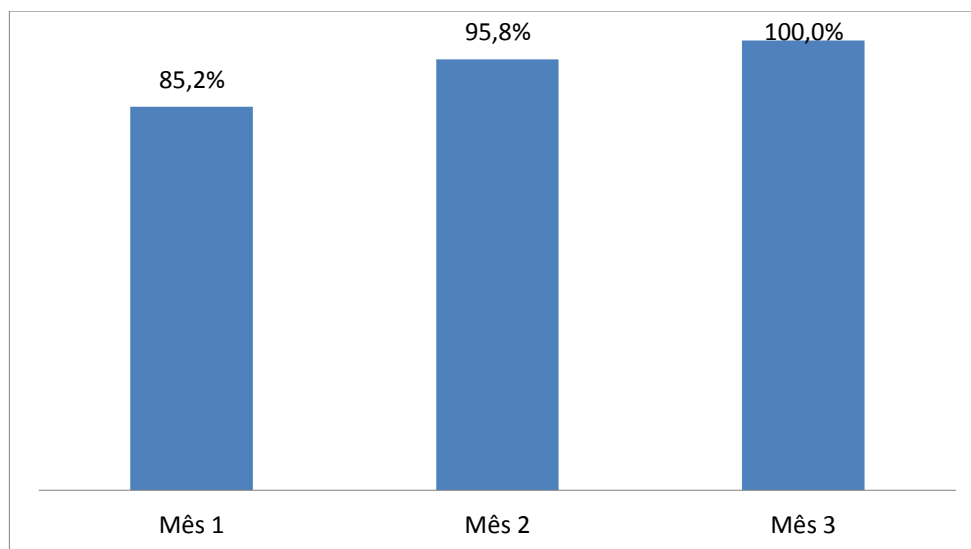


Figura 6: Gráfico da Proporção de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica com estratificação de risco cardiovascular na ESF/UBS #7 Distrito Baixo do Meio, Guimarães, Rio Grande do Norte.

**Meta 5.2.** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com Diabetes Mellitus cadastrados na Unidade Básica de Saúde.

**Indicador 5.2:** Proporção de usuários com Diabetes Mellitus com estratificação de risco cardiovascular.

No primeiro mês foi possível a estratificação do risco de agravo cardiovascular a 45 usuários que representava o 91,8% do total atendido com DM que foi 49 usuários. No segundo mês foi realizada a estratificação do risco para agravo cardiovascular para 64 usuários que representava o 91,4% do total atendido com DM que foi 70 usuários. No mês três foram estratificados para risco de agravo cardiovascular 89 usuários que representava o 100% do total atendido que foi 89 usuários. Na última semana todos eles foram recuperados e alcançamos o total dos usuários com HAS estratificados de acordo com o risco de agravo cardiovascular que apresentava. No final da intervenção encontramos dentro do alto risco para agravo cardiovascular: 57 usuários que representava o 64% do total que foi 89 usuários com DM, 19 usuários foram estratificados no risco intermediário para agravo cardiovascular representando o 21,3% do total e um número menor foi encontrado no baixo risco: 13 usuários que representava o 14,6% do total. Encontramos que 61 usuários tenham os dois agravos crônicos, tomamos conta que

também a aparição da DM aumentara com a idade, apresentando-se muitos casos de usuários com DM com mais de 60 anos.

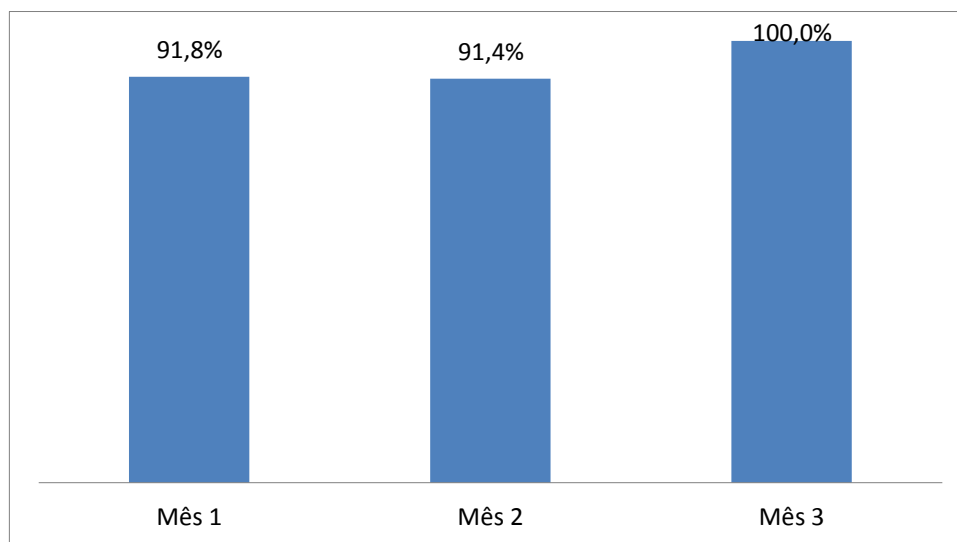


Figura 7: Gráfico da Proporção de usuários com Diabetes Mellitus com estratificação de risco cardiovascular na ESF/UBS nº7 Distrito Baixo do Meio, Guamaré, Rio Grande do Norte.

Assim para o objetivo de **“Mapear aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus de risco para agravo cardiovascular”** foi alcançado, pois mantemos a 100% da proporção de usuários com HAS e/ou DM com estratificação de risco cardiovascular em todos os meses durante a intervenção. Durante as semanas de trabalho o objetivo fundamental do projeto foram os atendimentos aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus com adequada realização da estratificação do risco cardiovascular a todos os usuários cadastrados, de forma que tenham uma vida mais saudável, com menos complicações cardiovasculares que são tão frequentes nesses agravos, que de forma geral tem sequelas devastadoras e irreversíveis. Posso dizer que prevenir é melhor que curar. A ESF foi capacitada para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e priorizamos os atendimentos dos usuários avaliados como de alto risco que foi o maior número dos usuários acompanhados.

**Objetivo 6: Realizar ações de promoção em saúde voltada aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF/UBS nº 7 Distrito Baixo do Meio, Guamaré, Rio Grande do Norte.**

**Meta 6.1** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com HAS.

**Indicador 6.1:** Proporção de usuários com HAS com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

No primeiro mês receberam informação sobre orientação nutricional para alimentação saudável um total de 122 usuários com HAS que representava o 100% do total de usuários com HAS que foi 122 usuários. No segundo mês receberam orientação nutricional para alimentação saudável 238 usuários que representava o 100% dos usuários atendidos neste mês que foi 238 usuários. No terceiro e último mês da intervenção foram alcançados os 306 usuários que representava o 100% do total dos usuários com HAS que participavam da intervenção para concluir ela com o 100% dos usuários com orientação nutricional para alimentação saudável.

**Meta 6.2** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com DM.

**Indicador 6.2:** Proporção de usuários com DM com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

No primeiro mês receberam informação sobre orientação nutricional para alimentação saudável um total de 49 usuários com DM que representava o 100% do total de usuários com DM que foi 89 usuários atendidos neste mês. No segundo mês receberam orientação nutricional para alimentação saudável 70 usuários que representava o 100% dos usuários atendidos neste mês que foi 70 usuários. No terceiro e último mês da intervenção foram alcançados os 89 usuários que representava o 100% do total dos usuários com DM que participavam da intervenção para concluir ela com o 100% dos usuários com orientação nutricional para alimentação saudável.

**Meta 6.3** Garantir orientação em relação à prática regular de atividades físicas a 100% dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica.

**Indicador 6.3:** Proporção de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica com orientação sobre prática regular de atividade física.

No primeiro mês receberam orientação em relação à prática regular de atividades físicas um total de 122 usuários com HAS que representava o 100% do total de usuários com HAS que foi 122 usuários. No segundo mês receberam orientação em relação à prática regular de atividades físicas 238 usuários que representava o 100% dos usuários atendidos neste mês que foi 238 usuários. No terceiro e último mês da intervenção receberam orientação em relação à prática regular de atividades físicas os 306 usuários que representava o 100% do total dos usuários com HAS que participavam da intervenção para concluir ela com o 100% dos usuários com informação sobre a importância da prática regular de atividades físicas e os benefícios que ela tem para a saúde e para o bom controle e no caso compensação dos agravos crônicos.

**Meta 6.4** Garantir orientação em relação à prática regular de atividades físicas a 100% dos usuários com Diabetes Mellitus.

**Indicador 6.4:** Proporção de usuários com Diabetes Mellitus com orientação sobre prática regular de atividade física.

No primeiro mês receberam orientação em relação à prática regular de atividades físicas um total de 49 usuários com DM que representava o 100% do total de usuários com DM que foi 49 usuários. No segundo mês receberam orientação em relação à prática regular de atividades físicas 70 usuários que representava o 100% dos usuários atendidos neste mês que foi 70. No terceiro e último mês da intervenção receberam orientação em relação à prática regular de atividades físicas os 89 usuários que representava o 100% do total dos usuários com DM que participavam da intervenção para concluir ela com o 100% dos usuários com informação sobre a importância da prática regular de atividades físicas e os benefícios que ela tem para a saúde e para o bom controle e no caso compensação dos agravos crônicos.

**Meta 6.5** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica.

**Indicador 6.5:** Proporção de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica com orientação sobre os riscos do tabagismo.

No primeiro mês receberam orientação em relação aos riscos do tabagismo um total de 122 usuários com HAS que representava o 100% do total de usuários com HAS que foi 122 usuários. No segundo mês receberam orientação em relação

aos riscos do tabagismo 238 usuários que representava o 100% dos usuários atendidos neste mês que foi 238 usuários. No terceiro e último mês da intervenção receberam orientação em relação aos riscos do tabagismo os 306 usuários que representava o 100% do total dos usuários com HAS que participavam da intervenção para concluir ela com o 100% dos usuários com informação sobre os riscos prejudiciais que o tabagismo traz à saúde.

**Meta 6.6** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com Diabetes Mellitus.

**Indicador 6.6:** Proporção de usuários com Diabetes Mellitus com orientação sobre os riscos do tabagismo.

No primeiro mês receberam orientação em relação aos riscos do tabagismo um total de 49 usuários com DM que representava o 100% do total de usuários com DM que foi 49 usuários. No segundo mês receberam orientação em relação aos riscos do tabagismo 70 usuários que representava o 100% dos usuários atendidos neste mês que foi 70 usuários. No terceiro e último mês da intervenção receberam orientação em relação aos riscos do tabagismo os 89 usuários que representava o 100% do total dos usuários com DM que participavam da intervenção para concluir ela com o 100% dos usuários com informação sobre os riscos prejudiciais que o tabagismo traz à saúde.

**Meta 6.7** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com HAS.

**Indicador 6.7:** Proporção de usuários com HAS com orientação sobre higiene bucal.

No primeiro mês receberam orientação sobre higiene bucal um total de 122 usuários com HAS que representava o 100% do total de usuários com HAS que foi 122 usuários. No segundo mês receberam orientação sobre higiene bucal 238 usuários que representava o 100% dos usuários atendidos neste mês que foi 238 usuários. No terceiro e último mês da intervenção receberam orientação sobre higiene bucal os 306 usuários que representava o 100% do total dos usuários com HAS que participavam da intervenção para concluir ela com o 100% dos usuários com informação sobre a importância da higiene bucal e os benefícios que ela tem para a saúde e para o bom controle e no caso compensação dos agravos crônicos.

**Meta 6.8** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com Diabetes Mellitus.

**Indicador 6.8:** Proporção de usuários com Diabetes Mellitus com orientação sobre higiene bucal.

No primeiro mês receberam orientação sobre higiene bucal um total de 49 usuários com DM que representava o 100% do total de usuários com DM que foi 49 usuários. No segundo mês receberam orientação sobre higiene bucal 70 usuários que representava o 100% dos usuários atendidos neste mês que foi 70 usuários. No terceiro e último mês da intervenção receberam orientação sobre higiene bucal os 89 usuários que representava o 100% do total dos usuários com DM que participavam da intervenção para concluir ela com o 100% dos usuários com informação sobre a importância da higiene bucal e os benefícios que ela tem para a saúde e para o bom controle e no caso compensação dos agravos crônicos.

Também a equipe foi capacitada para oferecer orientações de higiene bucal, tabagismo, alimentação saudável, prática de atividade física regular, para alcançar o objetivo de **“Promover hábitos saudáveis aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus”**. A base da Atenção Básica de Saúde está na promoção e prevenção de saúde para assim evitar riscos de complicações, por isso se realizaram palestras no posto e comunidade, sala de espera, interação com os grupos de e-SUS, entre outras atividades educativas, mantendo uma proporção de 100% de usuários com HAS e/ou DM com orientação nutricional sobre alimentação saudável e sobre prática de atividade física regular durante todos os meses.

## **4.2 Discussão**

Podemos dizer com propriedade que a intervenção para os usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes Mellitus (DM) na área de abrangência da minha ESF foi um êxito embora não atingimos a meta da cobertura, que ficamos abaixo do planejado, mas, mesmo assim, propiciou a ampliação da cobertura da Atenção aos usuários com HAS e/ou DM, a melhoria dos Registros e a qualificação da Atenção, com destaque para a ampliação do exame dos pés dos usuários com Diabetes Mellitus e para a classificação de risco de agravo cardiovascular de ambos os grupos.

Foram semanas de muito trabalho, mantendo todas as atividades planejadas desenvolvidas pela ESF, como os atendimentos por demanda espontânea. A ESF ficou muito surpreendida com os avanços obtidos, não esperavam estes resultados, embora que o trabalho foi muito bem desenvolvido por todos, na ESF nunca havia desenvolvido uma intervenção dessa magnitude. Todos os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) estão de parabéns pelo bom trabalho, assim como a ESF que trabalhou junto desde o início, demonstrando que na união está a força.

A intervenção realizada foi muito importante para a ESF, pois possibilitou aprender a trabalhar em união para o bem da população, sendo nosso maior objetivo melhorar a situação de saúde destes usuários. Além disto, foi o momento que exigiu capacitação sobre os Protocolos de atendimentos dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes Mellitus (DM), assim como, as recomendações do Ministério da Saúde relativa ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da HAS e DM, a intervenção foi o melhor motivo para isto, serviu para aumentar o nosso conhecimento destes agravos crônicos e promoveu o trabalho integrado da médica, enfermeira, auxiliar de enfermagem, odontólogo, assistente de consultório dental, Agentes Comunitárias de Saúde e da administrativa da recepção dos quatro consultórios médicos que a ESF faz o trabalho comunitário.

Antes da intervenção os atendimentos aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes Mellitus (DM) eram realizados mais pela médica, depois da intervenção as atividades a esses usuários são realizadas de forma programática também pelo Odontólogo, Enfermagem, ACS, técnico de saúde bucal e pessoal administrativo da recepção. A intervenção reviu as atribuições da ESF viabilizando a Atenção à maior número de pessoas.

Cada membro da ESF passou a conhecer verdadeiramente suas atribuições, o bom acolhimento realizado aos usuários pela administrativa da recepção e as técnicas de enfermagem, assim como aferição da pressão arterial, aferição de temperatura, medidas antropométricas (altura e peso), realização de teste rápido de glicose para usuário com DM; acolhimento e cadastramento de todos os usuários com HAS e/ou DM, com o registro das informações e entrega dos exames pela enfermeira; o médico responsável pelos atendimentos clínicos (médica cubana clínica geral) e o odontólogo, solicitação de exames clínicos de rastreamento, tratamento e orientações sobre condutas de saúde; o odontólogo e o auxiliar de



saúde bucal responsável também pelos atendimentos clínicos e orientações sobre saúde bucal; a realização do cadastramento, verificação no cumprimento das ações solicitadas em consultas, assim como a busca ativa dos usuários faltosos, pelos ACS; e o administrador, providenciar materiais e insumos necessários para a realização de cada atividade a ser realizada foi todo um sucesso em nossa intervenção, todo seguindo como planejado pela ESF em reuniões a cada semana, onde a ESF avaliava a intervenção, a qualidade dos atendimentos e dos registros de cada usuário da população alvo da intervenção.

Isso acabou tendo impacto também em outras atividades no serviço, como o contato da ESF com a comunidade mediante os encontros com grupos de e-SUS (Hipertensos e/ou Diabéticos), os encontros com os grupos de usuários com Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica eram efetuados em nos quatro consultórios médicos segundo o dia de cada um deles de atendimento, os objetivos dos encontros eram: para conhecimento, dúvidas e opiniões referentes a intervenção, palestras de promoção e prevenção em saúde, conhecimento da comunidade sobre estes agravos crônicos e sobre os cuidados para evitar complicações, trabalhando também os fatores de risco modificáveis para melhorar a qualidade de vida destes usuários. A facilidade foi a união da ESF, o trabalho em conjunto de todos os membros e o apoio da Secretária Municipal de Saúde na intervenção com o material de divulgação do projeto (cartaz, folders, cartolina) com as folhas para a impressão das Planilhas de Coleta de Dados, as Fichas de Espelho e com os aparelhos e fitas para o Teste rápido de glicose nos usuários com Diabetes Mellitus e com o esfigmomanômetro e estetoscópios para os usuários estudados e acompanhados na intervenção.

A intervenção também foi muito importante para a organização do serviço, possibilitando a melhoria dos registros e o agendamento dos usuários com HAS e/ou DM, que viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. Assim como a classificação de risco dos usuários com HAS e/ou DM foi qualificada e tornou-se um facilitador para apoiar a priorização do atendimento desses usuários.

A maior conquista para nós foi que os usuários com HAS e/ou DM demonstraram grande satisfação com os atendimentos e com os ganhos da intervenção. No começo da intervenção, quando ainda não estava bem esclarecida a nossa proposta da intervenção comunidade estava um pouco impaciente e desesperada, sobre tudo, durante os atendimentos, pelo fluxo de usuários

aguardando para serem atendidos. Mas depois que a comunidade foi entendendo todo nosso objetivo percebeu a importância da intervenção e foi também participativa no cumprimento das atividades.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional eu tivesse discutido as atividades que vinha desenvolvendo com a ESF. Também faltou uma articulação com a comunidade para explicitar os critérios para priorização da atenção aos usuários com HAS e/ou DM e discutir a melhor maneira de programar isto. Agora que finalizamos a intervenção, percebo que a ESF está integrada, porém, como vamos incorporar a intervenção à rotina do serviço, teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas.

A intervenção será incorporada a rotina do serviço. Para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção dos usuários com HAS e/ou DM, em especial os de alto risco. Vamos adequar a ficha dos usuários com HAS e/ou DM para poder coletar e monitorar todos os indicadores que tínhamos previsto no projeto.

A partir do próximo mês, quando teremos disponíveis ACS para as demais micros-áreas, pretendemos investir na busca ativa contínua de casos novos, para ampliação ainda mais da cobertura dos usuários com HAS e/ou DM. Tomando este projeto como exemplo, também pretendemos implementar, ampliar e melhorar a Atenção ao Programa de Câncer de Colo de útero e mama na ESF.

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

Meu nome é Yanet López Pérez, sou médica cubana do programa: Mais Médicos para o Brasil, que cheguei ao município Guamaré há dois anos, desde então trabalho como médico clínico geral no Distrito Baixo do meio em quatro consultórios médicos da família localizados nos assentamentos deste Distrito. Desde a minha chegada a ESF percebi que a qualidade da atenção aos usuários com HAS e/ou DM não era ótima, tenha muitas coisas para serem mudadas com o objetivo de melhorar a qualidade de vida destes usuários, dos acompanhamentos deles pela ESF e de ampliar ainda mais a cobertura que até então era muito baixa, porém eu junto com todos os profissionais da minha ESF nos demos à tarefa de começar a intervenção que foi apresentada para vocês no começo de nosso estudo de intervenção e que agora estão sendo discutidos todos os resultados atingidos ao longo de estas doze semanas de intervenção.

A intervenção teve a duração de três meses, doze semanas, a população alvo do trabalho, foram os usuários da área da abrangência da ESF nº 7 do Distrito baixo do Meio, tínhamos como objetivo melhorar a Atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus. Dentro das metas propostas de 100%, houve ampliação da cobertura, melhora na qualidade a atenção aos usuários, melhora na adesão e registro das informações. Antes da intervenção nossa cobertura era 27,4% (122 usuários) para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e 38,6% (49 usuários) para Diabetes Mellitus (DM), nossa meta com este trabalho era abranger uma cobertura de 90% (401 usuários) das pessoas com HAS e 85% (107 usuários) com DM, foram cadastrados 306 usuários com HAS e 89 usuários com DM, conseguimos atingir a cobertura só em 68,6% para HAS e 70,1% para DM, em quanto ao exame clínico em dia de acordo com o Protocolo atingimos 121/122 pessoas com HAS que representava o 99,2% e 48/49 pessoas com DM,

que representava o 98,0%, em quanto aos exames complementares em dia de acordo com o Protocolo atingimos 116/122 pessoas com HAS que representava o 95,1% e 47/49 pessoas com DM que representava o 95,9%, todos estes resultados foram do primeiro mês pois durante o segundo e terceiro mês foram atingidos o 100% de todos os usuários com HAS e DM que participaram da intervenção. Em quanto à prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/ Hiperdia para as pessoas com HAS foram atingidos 120/122 que representava o 98,4% no primeiro mês, no segundo mês foram atingidas 236/238 pessoas com HAS que representava o 99,2% e no terceiro mês foram 304/306 pessoas com HAS que representava o 99,3%, em quanto as pessoas com DM em todos os meses foram atingidas o 100% dos usuários atendidos durante a intervenção. Os demais indicadores de qualidade durante a intervenção em 100% foram o número de pessoas com DM com exame dos pés em dia, avaliação da necessidade de atendimento odontológico para pessoas com HAS e DM, o número de pessoas com HAS e DM faltosas às consultas com busca ativa, o número de pessoas com HAS e DM com registro adequado na ficha de acompanhamento, o número de pessoas com HAS e DM com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico, número de pessoas com HAS e DM com orientação nutricional de alimentação saudável, número de pessoas com HAS e DM com orientação sobre a prática de atividade física regular, número de pessoas com HAS e DM que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. A intervenção foi importante, serviu para toda a equipe se envolver nas atividades a desenvolver com a população. Além disso, foi o momento que serviu para capacitar a ESF sobre os protocolos e recomendações de atendimentos do Ministério da Saúde. Também serviu em melhoria do serviço, viabilizando a atenção a um maior número de pessoas, os agendamentos dos usuários, sendo também importante para a comunidade que começaram a entender a importância no cuidado e cumprimento das orientações oferecidas para os usuários com estes agravos.

Para a realização de nossa intervenção nos auxiliamos no Caderno de Atenção Básica nº 36 e 37 – Estratégias para o cuidado da Pessoa com Doença Crônica, Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, respectivamente (BRASIL, 2013; BRASIL, 2013 a) e livro de registros dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus. Durante três meses nossa ESF teve dedicada no verdadeiro trabalho em equipe, para cumprir os objetivos propostos da intervenção. Foram experiências novas para todos nós, não se acreditava na

possibilidade de ter os resultados obtidos. Desde o início trazíamos um cronograma de atividades que nos permitisse organização no trabalho, cumprindo com todas as ações propostas. Fato este que demonstra que com organização se pode alcançar grandes resultados. Ressaltando o importante apoio oferecido pela Secretaria Municipal de Saúde, especialmente o nosso Gestor de Saúde.

Todas as ações propostas para a melhora da Atenção dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus foram cumpridas na maioria através da capacitação dos profissionais da ESF, com o estabelecimento do papel de todos na ação programática e o engajamento público, cadastramento dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na busca ativa dos usuários faltosos, os atendimentos clínicos e Odontológicos, interação com os grupos de pessoas com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus, monitoramento e avaliação da intervenção, atualização adequada dos registros dos usuários, além disso, as Palestras de prevenção e promoção em saúde para a população alvo, as atividades de promoção para incentivar a prática de atividades físicas frequentes, eliminar o tabagismo e mudar os hábitos de vida ruins para hábitos de vida saudáveis; entre outras. As metas de qualidade foram todas cumpridas.

A tentativa de fortalecer o trabalho em equipe e a educação permanente também foi um aspecto muito relevante que a intervenção trouxe. Uma grande vitória foi conseguir reunir a ESF e fazer com que todos fizessem parte da intervenção como agentes promotores da ação e trabalhassem verdadeiramente como uma equipe e não como profissionais individualizados no contexto e o cadastramento de todos os usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus.

Intervenções como esta são importantes na medida em que promovem a organização do trabalho e sistematização dos registros, permitindo assim o monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas pela equipe de saúde. Por isso consideramos importante que a gestão possa incentivar outras UBS de nosso município, para obter melhorias nos serviços, consideramos importante que estas ações façam parte da rotina do serviço, melhorando a qualidade de vida da população do Município Guamaré – RN. Além da implementação de novas ações programáticas no programa câncer de colo de útero e de mama, para melhorar a qualidade no serviço na UBS, trazendo melhoras na saúde da população assistida. Nossa ESF está disposta a apresentar nosso trabalho, mostrando nossos

resultados, para assim incentivar outras unidades a realização de projetos de intervenção nas comunidades.

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

Ao longo dos três meses a equipe de saúde desenvolveu uma intervenção dirigida aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus de nossa área de abrangência, UBS 7 do Distrito Baixo do Meio, Guamaré/ RN com o objetivo de melhorar a atenção à saúde destes usuários. Para iniciar nossa intervenção criamos um cronograma para uma melhor organização de nossas atividades de saúde, as quais foram cumpridas todas as ações planejadas.

Para isso acontecer, os profissionais da UBS foram capacitados segundo as normas e procedimentos do MS. Todos estavam preparados para acolher os usuários com HAS e/ou DM. Finalmente foram atendidos 306/68,6% dos usuários com HAS e 89/70,1% usuários com DM. Além de melhorar a qualidade dos atendimentos, melhorar a adesão através da busca ativa de usuários faltosos às consultas, melhorar o registro das informações, identificamos novos usuários com HAS e/ou DM, realizamos a classificação do risco para agravo cardiovascular, a realização de ações de promoção da saúde voltada a esse grupo populacional, buscamos que a ESF interagisse com a comunidade, fato muito bom para nosso trabalho preventivo.

Mesmo assim, ainda temos trabalho a fazer, vamos manter as atividades realizadas durante o período da intervenção e aperfeiçoando outras para que nosso trabalho seja sempre ótimo para nossa população.

As Agentes Comunitárias de Saúde foram as profissionais mais engajadas na intervenção quanto à orientação das medidas de promoção e prevenção da saúde dos usuários com HAS e/ou DM. A principal vantagem da comunidade é que os profissionais estão capacitados para atendê-los e todos serão atendidos de modo acolhedor visando à integralidade da pessoa. Temos que ressaltar seu apoio em cada uma das ações desenvolvidas. Durante cada um dos encontros sempre mostraram seu entusiasmo com a intervenção participando e colaborando nas

atividades, principalmente os dias de interação com os grupos de usuários com HAS e/ou DM mais conhecido como e-SUS anteriormente chamado grupo de HIPERDIA. Desde o início conheceram as propostas de nossa intervenção e cada uma das ações a serem desenvolvidas. Sendo incentivo para que os usuários com HAS e/ou DM assistissem as atividades planejadas. Por isso é meritório os elogios, o grande apoio que nossa ESF teve com a comunidade durante estes três meses de intervenção foi importantíssimo.

Muitos dos resultados obtidos são também graças ao trabalho da comunidade com os grupos de usuários com HAS e/ou DM (e-SUS), além da ajuda prestada pelos líderes formais. Apesar de ver terminado o projeto se dará continuidade as mesmas atividades realizadas durante a intervenção e as lideranças estão dispostas a colaborar e continuar apoiando em as atividades planejadas pela ESF, porque o mais importante é o bem-estar da população, por isso desenvolvemos atividades de promoção e prevenção e saúde.



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

Com relação ao curso posso afirmar que ao início foi difícil devido ao idioma, mas com empenho e dedicação tudo saiu muito bem e aprendi muito. Por mais que fosse cansativo se tornava interessante, pois nunca é demais um momento de estudo e reflexão e os assuntos eram todos cotidianos do trabalho na Atenção Primária de Saúde.

Foi importante no meu enriquecimento como profissional na área clínica. Já que permitiu-nos manter-nos atualizados com todos os protocolos utilizados no Brasil, mediante a realização dos TQC, estudos da Prática Clínica, assim como com a solução dos casos clínicos interativos fornecidos pelo curso. Permitindo-nos a adoção de condutas adequadas diante da avaliação dos usuários atendidos no dia a dia. Quero ressaltar que realmente no início me senti muito preocupada, mas consegui prosseguir e vencer as barreiras, conseguindo envolver a equipe também no processo de aprendizagem.

Acredito que a realização da Análise Situacional, foi de vital importância para obter dados da população da área de abrangência, porque só assim conheçamos os principais problemas de saúde da população, para uma posterior intervenção.

Acho que o período de mais trabalho e mais cansativo foi durante a intervenção, mas com ajuda dos membros da ESF a intervenção foi um êxito.

Conheci muitas bibliografias que agora sei que posso utilizá-las durante o processo de trabalho. Não posso deixar de elogiar a orientação que foi fantástica, se não fosse a minha orientadora talvez tivesse desistido no meio do caminho porque estava achando impossível realizar algumas tarefas, mas com sua paciência e conhecimento tudo foi seguindo de maneira normal, sua ajuda foi incrível.

O mais importante da realização do projeto de intervenção foi que a ESF toda entendeu sua importância. O maior benefício foi para a população, que agora recebe um melhor atendimento, com melhor qualidade. Além disso, serviu para que todos os membros da ESF trabalhassem como seguem os protocolos para agravos crônicos. Permitindo que ações de saúde semelhantes possam ser implementadas em outros grupos populacionais, com foco na melhoria da saúde e qualidade de vida. Permitiu-nos reconhecer que o Análise Situacional realizado, com ações programáticas sendo colocadas em prática com uma intervenção de saúde constituem uma verdadeira ferramenta no diagnóstico de saúde da população.

Os Registros Clínicos, ou seja, os Prontuários Clínicos, a Ficha Espelho, as Planilhas de Coleta de Dados foram instrumentos importantes durante a realização da intervenção fornecidos pelo suporte do Curso de Especialização, foram bem utilizados, pois eram de fácil compreensão e preenchimento, além de facilitar a leitura e entendimento dos resultados posteriormente.

Foi de vital importância à realização das tarefas e as correções feitas pelas orientadoras, já que agora formam parte do TCC, facilitando o trabalho, estou muito agradecida pela sua ajuda, guias de orientação e paciência durante todo este tempo.

## Referências

Caderno de Atenção Básica n. 13; Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle Dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama. Brasília, 2013.

Caderno de Atenção Básica n. 27; Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Diretrizes do NASF, Núcleos de Apoio a Saúde da Família, Brasília, 2010

Caderno de Atenção Básica n. 28; Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica; Acolhimento à Demanda Espontânea Volume I. Brasília, 2011.

Caderno de Atenção Básica n. 32; Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco. Brasília, 2012.

Caderno de Atenção Básica n. 33; Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Saúde da Criança Crescimento e Desenvolvimento. Brasília, 2012.

Estimados da população residentes nos municípios brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2012. <https://pt.wikipedia.org/wiki/Guamare>.

Sociedade de Endocrinologia e Metabologia, Congresso Brasileiro. [www.endocrino.org.br/o-que-é-diabetes](http://www.endocrino.org.br/o-que-é-diabetes).

[www.medicinanet.com.br/conteudos/revisões/1430/dianostico-e-classificação-da-hipertensão-arterial](http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisões/1430/dianostico-e-classificação-da-hipertensão-arterial).

[www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/atenção-basica/](http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/atenção-basica/)

## **Apêndices**

**Apêndice A - Fotos Acompanhamento dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da Unidade Básica de Saúde Nº 7 Distrito Baixo do Meio, Guamaré, Rio Grande do Norte.**

**Figura 8: Fotos da Reunião de Grupo de Usuários com HAS e/ou DM, Palestras de Educação em Saúde.**

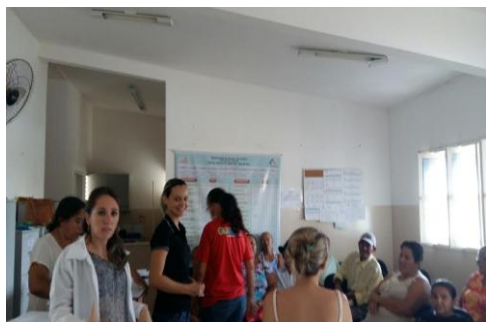


Figura 9: Fotos das Atividades na UBS, Processo da triagem.




Figura 10: Fotos das Atividades na UBS, Processo das CONSULTAS MÉDICAS.



## Apêndice B: ficha de cadastramento

Figura 11: Ficha de cadastramento dos usuários com HAS e/ou DM

	 <p><b>FICHA DE CADASTRAMENTO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS</b></p>	
	<p>Nº. Prontuário: _____          Cartão SUS: _____          Nome completo: _____          Data de nascimento: ____/____/_____          Endereço: _____</p>	
	<p><b>Sexo:</b> (a) Masculino (b) Feminino</p>	
	<p><b>Nacionalidade:</b></p>	
	<p><b>Situação conjugal:</b>          (a) Solteiro (b) Casado (c) Divorciado (d) viúvo (e) outra</p>	
	<p><b>Nível escolar:</b>          (a) Ensino fundamental          (b) Ensino médio          (c) Ensino fundamental completo          (d) Ensino médio Especial          (e) Ensino fundamental especial          (f) Ensino médio EJA          (g) Ensino Fundamental EJA          (h) Superior          (i) Nenhum</p>	
	<p><b>Tem alguma deficiência?</b>          (a) Sim (b) Não</p>	
	<p>Se sim, qual?          (a) Auditiva (b) visual (c) intelectual (d) física (e) outra</p>	
	<p><b>Sobre seu peso, você se considera:</b>          (a) Abaixo do peso (b) Peso adequado (c) Acima do peso</p>	
	<p><b>Esta fumando?</b>          (a) Sim (b) Não</p>	
	<p><b>Consome bebidas com álcool?</b>          (a) Sim (b) Não</p>	
	<p><b>Teve AVC?</b></p>	
	<p>(a) Sim (b) Não</p>	
	<p><b>Teve infarto?</b>          (a) Sim (b) Não</p>	
	<p><b>Tem doença do coração?</b>          (a) Sim (b) Não</p>	
	<p>Se sim, qual?          (a) Insuficiência cardíaca (b) Outra (c) Não sabe</p>	



## **Anexos**

## Anexo A - Documento do comitê de ética



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

---

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

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

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

Prezada Pesquisadora;

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

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

## Anexo B - Planilha de coleta de dados

The image shows a Microsoft Excel spreadsheet titled "Planilha final [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel". The spreadsheet is titled "Indicadores de Saúde da Família - Mês 4". The interface includes the ribbon with tabs: Arquivo, Página Inicial, Inserir, Layout da Página, Fórmulas, Dados, Revisão, and Exibição. The spreadsheet has a grid of green cells, indicating it is a data collection sheet. The status bar at the bottom shows "Pronto" and the date "06/08/2015".



## **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