

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma 8**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção à saúde de usuários hipertensos e/ou diabéticos na UBS  
Três Sinos em Santo Ângelo/RS**

**Osmany Rodriguez Frómeta**

**Pelotas, 2015.**

**Osmany Rodriguez Frómeta**

**Melhoria da atenção à saúde de usuários hipertensos e/ou diabéticos na UBS  
Três Sinos em Santo Ângelo/RS**

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

Orientadora: Maraiza Alves Freitas

Pelotas, 2015

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

R696m Rodriguez Frómeta, Osmany

Melhoria da atenção à saúde de usuários hipertensos e/ou diabéticos na UBS Três Sinos Em Santo Ângelo/RS / Osmany Rodríguez Frometa; Maraiza Alves Freitas, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

99 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Freitas, Maraiza Alves, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

*Dedico esse Trabalho a minha família, em especial a minha mãe, pelo apoio incondicional que recebi deles, para assim poder continuar trabalhando neste grande país, contribuindo a melhorar os índices de saúde e qualidade de vida da população.*

## **Agradecimentos**

Agradeço à Secretária de Saúde do município de Santo Ângelo pela ajuda na execução deste projeto de intervenção, à equipe de saúde toda, aos líderes da comunidade, aos gestores. Em especial, a minha orientadora do curso, Maraiza, pelo apoio incondicional oferecido neste período onde aprendi e compartilhei conhecimentos de grande importância para nossa profissão. Também, agradeço aos trabalhadores da Unidade Básica de Saúde, que sem os quais teria sido impossível executar o projeto de intervenção no contexto da prática.

## Resumo

FRÓMETA RODRIGUEZ, Osmany **Melhoria da atenção à saúde de usuários hipertensos e/ou diabéticos na UBS Três Sinos em Santo Ângelo/RS**. 2015. 98f. Trabalho de conclusão de curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, 2015.

O presente trabalho de conclusão de curso caracteriza-se como a apresentação de uma intervenção típica em Atenção Primária à Saúde na UBS Três Sinos, em Santo Ângelo, RS, Brasil. A Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus são importantes problemas de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo uns dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renal crônica. A intervenção emerge no momento em que o serviço não tem registros de monitoramento e nem toda a população-alvo tem fichas espelho, prontuários ou cadastramento na UBS, e o seguimento é irregular com a equipe de saúde, surgindo a necessidade de aumentar a cobertura e qualidade da atenção a este grupo da população. A intervenção se desenvolveu em doze semanas, entre os meses de janeiro a maio do ano 2015, e teve como objetivo melhorar a atenção aos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes *Mellitus*, sob orientações das proposições do Ministério da Saúde, apoiados nos Protocolos atualizados sobre HAS e DM, e por meio do curso de especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas. Foi elaborado um cronograma com as atividades a serem realizadas em cada semana da intervenção e os envolvidos (médico da comunidade, técnica de enfermagem, agentes de saúde, e os gestores municipais). As ações contemplavam atendimentos clínicos, visitas domiciliares, educação em saúde da população, capacitação dos profissionais da equipe e articulação com a gestão municipal para atender as demandas da unidade. Após início da intervenção, a cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde no mês 1 foi de 22,2% (35), no mês 2, 63,9% (101), e no mês 3 100% (158). Quanto a cobertura do programa de atenção ao diabético no mês 1 atingimos 17,3% (9), no mês 2, 69, 2,% (36) e no mês 3, 100% (52). Foram feitas atividades de promoção da saúde relacionadas com as doenças crônicas não-transmissíveis (HAS e DM), conseguindo ao final da intervenção a avaliação clínica e o seguimento adequado a 100% dos hipertensos e diabéticos da área. Os resultados mostraram que os usuários antes da intervenção não conheciam sobre a doença de base, o que fragilizava o processo do autocuidado. Com a intervenção, percebemos uma melhora significativa, tanto no nível de conhecimento, como na adoção de estilos de vida saudáveis, cumprimento regular e estável dos tratamentos prescritos, com conseqüente melhora da qualidade de vida e uma ótima preparação para evitar os riscos e as complicações destas doenças. Houve melhora da organização do serviço, dos agendamentos e as consultas programadas, e do acolhimento aos usuários. A equipe ficou mais unida e tornou-se mais comprometida e entrosada com os usuários e a comunidade.

**Palavras-chave:** Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

## Lista de Figuras

Figura 1	Fotografia da cidade de Santo Ângelo.	13
Figura 2	Tabela Distribuição da população por grupos de idade e sexo.	17
Figura 3	Gráfico Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.	62
Figura 4	Gráfico Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.	62
Figura 5	Gráfico Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.	63
Figura 6	Gráfico Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.	63
Figura 7	Gráfico Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo ao protocolo.	64
Figura 8	Gráfico Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo ao protocolo.	65
Figura 9	Gráfico Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.	66
Figura 10	Gráfico Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.	66
Figura 11	Gráfico Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	67
Figura 12	Gráfico Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	68
Figura 13	Gráfico Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa	69
Figura 14	Gráfico Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa	69

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

ACS -	Agente comunitário da Saúde
APS -	Atenção Primária a Saúde
DCNT-	Doença Crônica Não-Transmissível
DM -	Diabetes Mellitus
EAD -	Educação à Distância
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
ESB -	Equipe de Saúde Bucal
HAS -	Hipertensão Arterial
HIPERDIA	Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica
MS -	Ministério da Saúde
NASF -	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SUS -	Sistema Único de Saúde
SIAB -	Sistema de Informação de Atenção Básica
UBS -	Unidade Básica de Saúde
UFPeI -	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS -	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde.



## Sumário

Apresentação .....	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	11
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	13
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	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 .....	31
2.3.1 Detalhamento das ações .....	32
2.3.2 Indicadores .....	45
2.3.3 Logística .....	50
2.3.4 Cronograma.....	54
3 Relatório da Intervenção .....	56
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	56
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	59
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	59
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	60
4 Avaliação da intervenção .....	61
4.1 Resultados.....	61
4.2 Discussão .....	75
5 Relatório da intervenção para gestores .....	79
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	82
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem .....	85
Referências .....	87
Apêndices.....	88
Anexos. ....	93

## **Apresentação**

O presente volume apresenta o trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família - Modalidade EaD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas – UFPel em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde - UNASUS, apresenta o relato da realização de uma intervenção voltado a melhorar a atenção á saúde de usuários Hipertensos e Diabéticos da UBS Três Sinos, Santo Ângelo / RS.

O texto está organizado em capítulos, considerando a seqüência de trabalho proposta pelo Curso em suas Unidades de Aprendizagem, conforme descrevo a seguir: No capítulo 1 apresentamos a Análise Situacional, na qual descrevemos a situação da UBS em relação ás características da população, o engajamento público, a estrutura da UBS, e a estruturação de nosso processo de trabalho.

No capítulo 2 apresentamos a Análise Estratégica, na qual fizemos a escolha do foco da intervenção ou ação programática para intervir, justificamos a escolha, explicamos a metodologia e detalhamento das ações, definimos os objetivos, metas e indicadores da intervenção, a logística ou detalhamento de como íamos realizar a intervenção na prática, no cotidiano do serviço, e descrevemos como será organizado o tempo de 12 semanas para a realização da intervenção.

No capítulo 3 descrevemos sobre o relatório da intervenção, considerando as ações previstas e desenvolvidas ao longo da intervenção que conseguimos realizar, assim como as ações previstas e não desenvolvidas, ou desenvolvidas parcialmente, e o que influenciou no desenvolvimento ou não das mesmas, além disso, escrevemos sobre a coleta e sistematização de dados, assim como sobre a incorporação das ações á rotina da Unidade Básica de Saúde – UBS.

No capítulo 4 apresentamos a Avaliação da Intervenção, os resultados e discussões destes resultados.

No capítulo 5 escrevemos um relatório para os gestores a fim de expor os resultados alcançados na comunidade com a intervenção, a importância de continuar o trabalho, os problemas enfrentados e demandar sua ajuda.

No capítulo 6 elaboramos o relatório destinado á comunidade sobre a intervenção, explicando o que foi feito durante a intervenção, apresentando os resultados e o que a comunidade ganhou com a intervenção, a incorporação das ações á rotina do serviço e como podem apoiar o serviço.

Encerramos o trabalho no capítulo 7 fazendo uma reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem que ocorreu com a realização da intervenção e do curso de especialização em saúde da família.

## **1 Análise Situacional.**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS(11/08/2014)**

A Unidade Básica de Saúde Três Sinos fica no interior do município Santo Ângelo, estado do Rio Grande do Sul, há uns 32 km da cidade. É uma unidade pequena, sua estrutura está composta por um consultório médico, sala de enfermagem e curativo, um refeitório, um banheiro, sala de espera com capacidade para oito usuários, sala de medicações e um consultório odontológico, sem equipamento odontológico.

A equipe de saúde é formada por uma técnica de enfermagem, três agentes de saúde e eu como médico, não temos dentista nem equipamento odontológico na UBS, temos uma sala pequena de medicamentos habilitada com parte dos medicamentos da rede básica de saúde para entregar aos usuários atendidos. A equipe de saúde reúne-se toda a primeira segunda-feira de cada mês para o planejamento e coordenação das atividades do mês, onde todos os integrantes expõem seus critérios e idéias, não se discutem casos clínicos.

Prestamos atendimentos à população de Três Sinos, mais três comunidades localizadas longe da UBS central (Três Sinos), nas quais atendemos em locais adaptados. O atendimento está dividido da seguinte forma: segunda, terça e quinta na UBS central(Três Sinos), fazendo consultas para toda a população que assistimos, sendo quinta-feira à tarde para visitas domiciliares aos usuários que não podem vir ao posto, principalmente idosos; na quarta fazemos atendimento nas outras três localidades alternando-lhas semanalmente . As consultas realizadas em minha UBS não são agendadas, sendo consultas espontâneas dos usuários, o qual oscilam por dia entre 8 e 15 usuários atendidos; as visitas domiciliares são organizadas pela equipe, a técnica de enfermagem, agentes comunitários e eu, fazemos as visitas juntos com cada agente comunitária de cada microarea, as quais

conhecem melhor a população, estas se são organizadas e agendadas, priorizando pessoas que não podem vir á UBS: idosos, usuários com doenças crônica, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, gestantes, crianças menores de 1 ano que só temos 2 na comunidade. A técnica de enfermagem realiza na UBS os procedimentos de curativos, aplicação de medicamentos de uso intramuscular e endovenosos, não realizando-se preventivos na UBS pela técnica de enfermagem, sendo que os materiais para o atendimento de enfermagem atingem seus objetivos, porém o material para que o médico realize alguns procederes encontra-se precário(em falta), por exemplo, não contamos com material de sutura.

A comunidade está composta principalmente por pessoas idosas e adultas onde a agricultura é a fonte de trabalho principal, predominando as Doenças Crônicas não Transmissíveis, algumas delas sem tratamento. Outro problema de saúde identificado é o abuso no consumo de medicamentos psicotrópicos pela população e o alto índice de fumantes.

Como ações de saúde preventiva que a equipe já começo a executar podemos numerar as palestras instrutivas e orientadoras a esses grupos específicos duas vezes por mês, temos grupos de hipertensos, diabéticos, terceira idade, obesos, alcoólatras e fumantes, onde fazemos atividades preventivas e em conjunto com a comunidade. Além de fazer pesquisas a toda a população maior de 20 anos de Hipertensão Arterial para diagnosticar usuários ocultos. Na comunidade, existe uma pessoa responsável pelo núcleo comunitário, ocupante do cargo de presidente do núcleo, a mesma coleta as manifestações, críticas e opiniões da comunidade com relação á saúde, e após essa coleta é repassada para a equipe de saúde. Os usuários que necessitam uma consulta especializada são encaminhados pelo SUS, como é uma zona rural com dificuldade no deslocamento até a cidade, os encaminhamentos são preenchidos pelo médico, sendo que a técnica de enfermagem os leva para a secretaria de saúde onde são carimbados e autorizados, somente depois disso são entregados para que o usuário se dirija ao local específico para realizar o exame, consulta especializada, etc. Não coletamos nenhum tipo de material para exames na unidade de saúde. Também vale sinalar que encontramos muita dificuldade na autorização de consultas especializadas e exames mais complexos tais como, tomografias, ressonâncias, endoscopias. Espero seguir fortalecendo meu trabalho e executando ações para melhorar a saúde de minha população.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional(12/11/2014)**

Aqui no Brasil, moro e trabalho no Município Santo Ângelo localizado no estado do Rio Grande do Sul. Ele é da mesorregião do Noroeste Rio-Grandense e da microrregião de Santo Ângelo. É o maior município da região das Missões, com 76.304 habitantes, contabilizando toda a população urbana e rural, com predomínio do sexo feminino (Censo Demográfico 2010, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)). Neste município temos dois serviços hospitalares, o principal é o hospital de Caridade de Santo Ângelo, ele tem 170 leitos, e atende a demanda de 24 municípios desta região, o outro é a Unimed Missões (privado). Temos 19 Unidades Básicas de Saúde, 10 tradicionais e 9 com ESF, duas das tradicionais são parametrizadas. Existe também o Pronto Atendimento Dr. Ernesto Nascimento, mais conhecido como "Postão da 22 de Março". Antigamente existia o hospital conhecido como: Santa Isabel (HSI), neste momento encontra-se fechado. Não temos NASF, existe 1 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), disponibilizamos 1500 exames por mês. O SUS tem um convênio com 8 laboratórios privados aos quais são encaminhados os usuários quando precisam de exames laboratoriais. São realizadas 8 Ressonâncias Magnéticas por mês. No município oferecemos atendimento das seguintes especialidades: Ortopedia e Traumatologia, Psicologia e Psiquiatria, Neurologia, Fisiatria, Cardiologia, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Reumatologia e Oftalmologia, Geriatria e Fonoaudióloga. Não contamos com Endocrinologia, Otorrinolaringologia, Angiologia, nem Oncologia, os usuários que precisam destas especialidades são encaminhados a Porto Alegre ou a Ijuí onde são avaliados, por exemplo, os casos oncológicos são transferidos para o Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), em Ijuí.



Figura 1: Fotografia da cidade de Santo Ângelo.

Trabalho em uma Unidade Básica de Saúde rural do município, da prefeitura municipal, na comunidade de Três Sinos, encontra-se vinculada ao SUS por meio da Secretaria de Saúde do município, que promove ações conjuntas, vinculando-se as instituições de ensino como a IESA, e a URI para o fortalecimento da Atenção Básica de Saúde, como porta de entrada fundamental de acesso dos usuários ao Sistema Único de Saúde. É uma UBS com ESF incompleta, composta por uma técnica de enfermagem, 3 agentes comunitários de saúde e eu como médico da comunidade, não temos uma equipe de atenção odontológica (saúde bucal). A área de abrangência da nossa unidade é composta por 3 micro áreas rurais.

Com relação à estrutura da UBS contamos com 1 consultório médico, um consultório odontológico sem equipamento, temos a sala de recepção do usuário, o arquivo de prontuários, e a sala de espera em um mesmo lugar que fica na entrada da UBS, onde fica a técnica de enfermagem, na recepção temos uma prateleira com capacidade para 1000 prontuários aproximadamente e cadeiras com capacidade para 8 pessoas, sendo um local pequeno, as cadeiras não tem a qualidade adequada para os mesmos, algumas estão quebradas, influenciando no trabalho da UBS e na satisfação da população, as mesmas estão sendo reformadas na comunidade com apoio dos moradores e líderes, temos uma sala de curativos e procedimentos onde também fazemos preventivo e nebulizações, contamos com 2 banheiros, um consultório com banheiro o qual é utilizado pelos trabalhadores da UBS, e um banheiro para os usuários, este último tem acesso para pessoas idosas e em cadeiras de rodas, mas não é possível realizar manobras de aproximação com

cadeiras de rodas, o que afeta o serviço e nosso trabalho para o bem-estar dos usuários com estas condições, e não temos cadeiras de rodas na UBS.

Com relação aos medicamentos, estes são armazenados em um local pequeno, em um armário, esta UBS não deveria ter medicamentos pelas condições, mas pela localização, que fica longe da cidade e os usuários não tem acesso às farmácias que fiquem pertos, o município adotou a medida para prescrever os medicamentos da rede básica e entregá-los na UBS, tendo em vista as dificuldades que tem os usuários desta zona geográfica ao acesso á cidade. Não temos salas de reuniões e educação em saúde para fazermos as palestras e atividades educativas, então realizamos em um salão de festas que tem na comunidade, porque não temos outras salas para este fim. A ventilação dos ambientes é natural, mas é boa por ser um local pequeno, quase todos os locais tem janelas onde flui o ar, as paredes são todas laváveis e de superfície lisa, os pisos de superfície firme, estáveis e antiderrapantes, não temos tapetes em nenhum ambiente do posto. Os armários são adequados, mas não temos em quantidade suficiente para guardar os materiais. Em nossa UBS existe sinalização visual dos ambientes através de textos, e já sinalizamos com figuras, e em Braille, o qual era um aspecto que afetava nosso trabalho. De maneira geral, com relação à estrutura da UBS, faltam alguns ambientes e o tamanho não é adequado, mas estamos na espera da reforma da UBS, a qual foi aprovada pela prefeitura do município.

Em minha UBS temos delimitada nossa área de atuação, e ainda não temos o mapeamento da área nem o 100% de nossa população classificada quanto a avaliação de cada individuo, tendo em conta se é saudável, se tem algum fator de risco, se sofre de alguma doença ou se tem uma seqüela ou incapacidade. Após ter este conhecimento será mais fácil o seguimento e controle deles, com atividades de benefício individual e coletivo. Esse processo permite também caracterizar nossa comunidade desde o ponto de vista clínico e epidemiológico. Além das atividades desenvolvidas dentro da UBS, a equipe se esforça para realizar atividades de cuidado domiciliar identificando os principais fatores de risco e a vulnerabilidade de nossas famílias. Nestas questões ficamos envolvidos de um modo mais integral com nossos usuários e suas necessidades reais.

Temos como limitação a falta de enfermagem na equipe, ainda não conseguimos completar a equipe, mas estamos lutando e levando a todos os níveis a necessidade de admissão desse profissional em nossa UBS. Outra limitação é que



em nossa UBS não temos serviço de odontologia, e nossa população não pode receber na mesma comunidade esse tipo de atendimento, perdendo-se muitas ações importantes que podem ser feitas inclusive em nossa escola com as crianças, é uma dificuldade discutida em cada uma de nossas reuniões com o supervisor mensalmente. Na última semana de trabalho a Secretaria Municipal de Saúde autorizou a coordenação a encaminhar um odontólogo para realizar atendimento uma vez ao mês na UBS, o mesmo fazemos com uma psicóloga para fazer atividades de saúde mental na comunidade. Trabalho diariamente junto à técnica de enfermagem e aos 3 ACS, a primeira encontra-se bem envolvida nas ações de saúde, atuando na realização de procedimentos regulamentados na UBS e domicílio, participa nas atividades de prevenção, promoção e educação, ajuda no gerenciamento dos insumos necessários. Nossos Agentes Comunitários – ACS trabalham bastante na comunidade ajudando para que a população participe de forma ativa na melhoria da situação de saúde através das visitas domiciliares, identificação de riscos, necessidades, situações vulneráveis para as quais a equipe se reúne, planejando um sistema de ações que fornecem mudanças positivas.

Em minha prática médica realizo além das consultas clínicas, visitas domiciliares, procedimentos como curativos, suturas, drenagem, etc. Faço atividades nos grupos criados como palestras, entrevistas, debatendo temas de interesse da população, dinâmicas de grupo nos clubes de mães, etc. Participo também favorecendo a educação sistemática de todos os membros da equipe através de discussão de casos clínicos que estão sendo implementados agora na UBS, análises de situações concretas que aparecem no trabalho cotidiano, fatores de risco, doenças mais frequentes, guias e protocolos de atuação. Uma coisa que devemos incentivar é o acompanhamento aos usuários em situações de internação hospitalar, esta é uma ação que depende só de nossa vontade, não precisa de recursos materiais como em outros casos, só de sentido de responsabilidade e humanismo, com esse tipo de acompanhamento podemos ter um vínculo mais estreito entre a atenção primária e a atenção secundária, favorecendo ao profissional que trata o caso no hospital outras informações, pois conhecemos outros elementos psicológicos, sociais e biológicos dos usuários por ter um relacionamento mais direto com eles na comunidade. Essas informações podem até esclarecer um raciocínio clínico para estabelecer um diagnóstico correto, favorece um intercâmbio de idéias e experiências entre profissionais garantindo um melhor

seguimento do usuário quando este retorna para sua casa e portanto para nossa área de abrangência. Estamos trabalhando em função de resolvermos nossas limitações, fundamentalmente aquelas que precisam de maior prioridade para uma melhor atenção e as que desde já podem ser tratadas de um modo diferente, pois desta forma vamos garantir a perfeição de nossas ações para o bem social.

Temos em nossa área de abrangência 855 habitantes identificados atualmente, distribuídas em 276 famílias, predominando o sexo feminino (487) sobre o masculino (368), (tab.1), o qual é menor que o preconizado pelo Ministério da Saúde, pois a estimativa é de 3.500 habitantes por ESF, não estamos apresentando no momento dificuldade de atendimento para nossa população, apesar de não ter ainda uma equipe completa .

<b>Grupos de idades</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>Total</b>
<b>Menor de 1 ano</b>	2	2	4
<b>1-4 anos</b>	10	15	25
<b>5-14 anos</b>	59	80	139
<b>15-59 anos</b>	246	319	565
<b>60 anos ou mais</b>	51	71	122
<b>Total</b>	368	487	855

Figura 2: Distribuição da população por grupos de idades e sexo.

O vínculo de empatia entre profissionais e usuários fundamenta um acolhimento baseado em ações de cuidado, análise profunda e avaliação que reverteram positivamente a situação de saúde individual e coletiva. O acolhimento que fazemos é de forma coletiva onde participamos ambos no processo, conversando e escutando as necessidades dos usuários presentes nesse momento, tendo em vista que predominam as consultas por demanda espontânea, pelas características da área, além de que estamos fazendo alguns agendamentos para seguimentos dos usuários com doenças crônicas não transmissíveis, gestantes, lactantes e idosos principalmente, onde já temos desenvolvido um seguimento por agendamento de alguns usuários.

Após fazermos o acolhimento na recepção avaliando em conjunto todos os usuários que estiveram presentes, escutando suas necessidades, preocupações, avaliando os riscos biológicos e vulnerabilidades de cada usuário, e conversando um

pouco sobre a forma de atendimento, a técnica de enfermagem fica na área de recepção e eu passo realizar os atendimentos, onde continua o acolhimento do usuário. Os usuários que continuam chegando no transcurso do dia são acolhidos pela técnica de enfermagem num primeiro momento, a qual escuta suas preocupações, queixas, necessidades de saúde ou sociais e vai orientando e atendendo suas necessidades, aferindo os sinais vitais e classificando os riscos e vulnerabilidades de cada usuário, não sendo necessário encaminhar todos os usuários a consulta médica, sendo alguns casos resolvidos no momento com qualidade e o usuário fica satisfeito.

O acolhimento continua quando o usuário entra na consulta médica dando continuidade ao processo, escutando e atendendo todas as queixas do mesmo. Não temos problemas de excesso de demanda regularmente pela pequena população, os usuários que são atendidos geralmente vão chegando de forma isolada e não acumulam-se grandes quantidades na UBS. Damos prioridades em dependência de cada necessidade, a gestantes, idosos, crianças, ou dependendo da queixa, problema de saúde ou necessidade individual, explicando sempre a todos os presentes a situação, tratando sempre de responder às necessidades de todos e de cada um de maneira integral, compartilhada e equânime. Independentemente de que nossa equipe de saúde não está completa ainda, não temos problemas com o acolhimento e atendimento da demanda da população, já que estamos nos vinculando cada dia mais à população conhecendo suas necessidades, seus costumes, suas principais queixas e problemas individuais e coletivos.

O seguimento integral as crianças desde os primeiros dias de vida diminui o risco de morbimortalidade infantil e assim assegura um indivíduo mais saudável. Na minha UBS atualmente temos 4 menores de um ano em seguimento de puericultura, sendo claramente maior o número de seguimento de crianças de faixas etárias maiores. As consultas das crianças são feitas por mim, como médico generalista, são recepcionadas pela técnica de enfermagem, onde é realizado o acolhimento, medida de temperatura, e algumas orientações gerais, daí eu faço a consulta e seguimento deles, a equipe de saúde participa nas visitas domiciliares, realizadas em conjuntos (técnica de enfermagem, agentes comunitários de cada micro-área e eu), e também participam em todas as atividades educativas da UBS, vale ressaltar o grande papel que jogam as agentes comunitárias na identificação dos riscos das crianças em suas visitas domiciliares do dia a dia. Todas as crianças têm sua

caderneta onde são registradas as datas das consultas, sejam puericulturas ou intercorrências, medidas antropométricas, avaliação nutricional. Esses seguimentos também são escritos nos prontuários clínicos com descrição mais detalhada. Os seguimentos programados estão baseados nos protocolos de atendimento oferecidos pelo Ministério de Saúde, quando termina a consulta as mães são informadas da data da próxima consulta programada.

Avaliando a cobertura de minha UBS quanto ao programa de atenção à saúde da criança, o Caderno de Ações Programáticas estima 10 crianças menores de 1 ano, temos só 4 lactantes que representam o 40% do total. Avaliando as crianças de 0-5 anos temos 33 na realidade. Em relação aos aspectos de qualidade da atenção acredito que devem ser melhorados, pois as crianças foram captadas tardiamente, situação que compromete a realização oportuna do teste do pezinho e triagem auditiva, a avaliação do crescimento e desenvolvimento psicomotor. Isso se justifica com que antes as puericulturas não eram feitas. Analisando a avaliação da saúde bucal temos dificuldade neste aspecto pela falta deste profissional, nenhuma das crianças foi avaliada, todos nossos lactantes tem a vacinação em dia e foram orientados para aleitamento materno e prevenção de acidentes, de maneira geral. Quanto aos indicadores de qualidade de atenção a saúde da criança não temos os melhores resultados pelos problemas apresentados e a falta de médicos na área anteriormente, os quais devem melhorar no transcurso do trabalho. Já temos criado um registro de crianças menores de um ano e de 1-5 anos de idade identificados atualmente, onde colocamos nome completo, endereço, data de nascimento, idade, sexo, fatores de risco e ou doenças associadas, desenvolvimento psicomotor, vacinação, data da última consulta e próxima consulta programada. Este registro é avaliado semanalmente, para manter um controle rigoroso.

Nas visitas domiciliares continuamente pesquisamos para identificarmos 100% de todas as crianças. Neste aspecto temos muitos fatores a favor, já que contamos com a escola que fica ao lado da UBS, sendo mais fácil o acesso a uma grande maioria das crianças, aproveitamos este espaço para agendar consultas programadas com acompanhamento dos pais. Temos acesso as crianças em idade pré-escolar através das visitas domiciliares. Criamos grupos de lactantes, pré-escolares e escolares onde participam as mães recebendo mensalmente atividades de educação à saúde. Para melhorar todos os aspectos e indicadores de qualidade para a atenção à saúde da criança temos que manter as pesquisas até

identificarmos a totalidade dos casos, esta organização permite planejar e executar ações precoces onde a população desempenha um papel muito importante para sua realização, temos oferecido todo o apoio para o cumprimento de todas as atividades planejadas na comunidade.

No transcurso do trabalho, desde que iniciei na unidade há 7 meses foram identificadas 3 gestantes. A estimativa segundo o caderno de ações programáticas é de 8.55 gestantes na área, as 3 identificadas representam o 35 % da estimativa, a identificação e captação delas permitiu sua incorporação para atenção pré-natal na unidade. Não eram feitos os pré-natais nos meses anteriores pela ausência do médico na equipe. As consultas pré-natais por enfermagem não conseguimos oferecer por não ter a labor deste profissional sistematicamente na UBS, a técnica de enfermagem realiza só a parte do acolhimento, medidas antropométricas, toma de signos vitais, e participa também em conjunto com as agentes comunitárias nos seguimentos domiciliares e nas atividades educativas feitas com este grupo da população, também participam na pesquisa de fatores de riscos e problemas de saúde o sócias e ambientais que puderam afetar a mesma. No geral a atenção está boa, porém falha na parte de avaliação ginecológica e a saúde bucal, a qual é um problema porque não temos odontólogo em nossa UBS, sendo avaliadas as gestantes em uma UBS da cidade, dificultando um pouco seu agendamento para avaliação, porque algumas vezes não há vagas, combinamos com essa UBS para dar prioridade a nossas gestantes e que não voltem sem ser atendidas.

O mesmo ocorre para a avaliação ginecológica realizada na secretaria de saúde, dificultando-se também seu agendamento, não obstante é feita avaliação ginecológica e integral na UBS pelo médico generalista. Com relação aos exames das gestantes não temos problemas, quando a captação é precoce os exames são realizados em tempo adequado, a vacinação das gestantes realiza-se na secretaria de saúde porque não temos esse serviço na UBS, o qual representa um problema para um bom seguimento da população, mas até agora não temos dificuldade com isso, o seguimento das gestantes faze-se seguindo o protocolo do Ministério de Saúde, as consultas são programadas e agendadas, as quais ao terminar uma consulta já tem a data da próxima, dentro das ações realizadas estão acompanhamento, atividades educativas e informativas, encaminhamentos em casos necessários, promoção de saúde, prevenção de doenças, as quais são integradas á comunidade, participando toda a equipe de saúde e membros da

comunidade (clubes de mães, responsável da comunidade, presidentes dos Centros Tradicionais Gaúchos ( CTG).

Um de nossos grandes problemas corresponde ao registro e seguimento das gestantes e já foi resolvido, já temos implantado o Sis prenatal no município, sendo a responsável do cadastramento das gestantes a técnica de enfermagem, fizemos também um registro das gestantes e arquivos separados, os quais são revisados 2 vezes por mês, em busca de irregularidades na assistência a consulta, vacinação e exames deste grupo de usuários, o mesmo nos permite um melhor planejamento e gestão do programa de pré-natal. Os pontos importantes e o funcionamento deste programa são discutidos na reunião da equipe mensalmente. Para um melhor seguimento e controle estamos fazendo um levantamento de todas as mulheres em idade fértil da área para seu seguimento periódico e planejamento de sua gestação.

Com relação ao programa de Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama, no começo, identificamos baixa cobertura. Em relação ao caderno de Ações Programáticas observamos que devíamos ter aproximadamente 236 e 89 mulheres para o controle do câncer de colo de útero e mama respectivamente. A realidade mostrava coberturas diferentes, sendo só de um 103 e 52%. No dia a dia estamos trabalhando por meio da organização, o planejamento e o desenvolvimento de ações na transformação positiva destes indicadores. As condições que impediram mostrar melhores coberturas na etapa diagnóstica estiveram relacionadas à instabilidade da enfermeira na Unidade de Saúde. Esta situação provocou ter mulheres já cadastradas com exames atrasados e outra parte da população feminina nas faixas etárias analisadas sem ser identificadas na área. os exames não são realizados periodicamente, fazem-se uma vez ao mês, pela enfermeira coordenadora das UBS do interior, onde são agendadas e feitas de acordo com protocolo do Ministério de Saúde. A população tem uma boa adesão aos exames preventivos, mais não sempre se cumpre o cronograma o escala para fazer os mesmos, já como falei não temos enfermeira na UBS, pelo qual não conseguimos um seguimento continuado destas usuárias, e terminamos perdendo posteriormente a assistência em tempo adequado aos exames. Nesta parte temos dificuldade porque nem sempre atingimos a cobertura do total de mulheres deste grupo de usuárias, tendo sempre problemas de assistência à consultas e assim a um seguimento adequado, e não temos certeza de todos os dados. Não tínhamos nenhum registro na área nem na secretaria de saúde

deste ano, agora fizemos um registro onde estamos atualizando todas as usuárias com sua data de último preventivo e resultados, para ter um controle das mulheres com exames atrasadas e faltosas, assim poder ter um planejamento mensal seguindo o protocolo, com a data de realização e resultados por ano.

Não realizávamos um controle e planejamento destas ações, as quais já estão sendo planejadas e controladas pela técnica de enfermagem e eu como médico, além de avaliadas e discutidas nas reuniões da equipe, com toda a equipe de saúde, onde são planejadas todas as atividades para o próximo mês. Neste aspecto já estamos colocando em prática uma série de atividades educativas e de promoção de saúde, onde temos conseguido a participação de uma grande parte da população.

Com relação à cobertura de Controle do Câncer de Mama está muito ruim até agora, partindo do ponto que não temos todas as mulheres de 50 a 69 anos residentes na área identificadas, já que não existia na UBS nem na secretaria de saúde, uma base de dados nem nenhum registro anterior onde foram guardados esses dados, já fizemos nosso próprio registro onde está sendo atualizado com todas as usuárias deste grupo de idade, riscos, data de mamografia realizada, resultados, data de exame clínico de mama e resultado, e data provável de próxima mamografia seguindo os protocolos. Estamos fazendo atividades de promoção de saúde para este grupo da comunidade, sendo avaliadas e monitoradas todos os meses, e discutidas nas reuniões da equipe, como estratégia para melhorar os indicadores teremos que fazer um planejamento por mês distribuindo ao total de mulheres de 50 a 69 anos, e então fazer o levantamentos dos casos faltosos e a busca ativa mediante visitas domiciliares regulares, fora o acompanhamento na UBS, também marcar retornos às mulheres examinadas para seu seguimento, e outra estratégia é aumentar as orientações e atividades às mulheres para desenvolvermos a conscientização da população para a prevenção desta doença, acho que se conseguirmos realizar todas essas medidas vamos atingir a cobertura de mamografia de nossa área de abrangência e melhorar a qualidade de atenção à população.

Em minha UBS na etapa diagnóstica identificamos baixo índice de usuários identificados como hipertensos e diabéticos. O caderno de ações programáticas calculava em relação ao total da população informada um total de 191 hipertensos e 55 diabéticos. Na realidade observamos que tínhamos cadastrados e em controle só

155 hipertensos e 52 diabéticos, cifras que representavam ao início o 81 e 95 % respectivamente. As ações que estão sendo desenvolvidas pela equipe de saúde estão conseguindo mudar esta baixa cobertura e a qualidade dos atendimentos. Estamos realizando ações de acompanhamento, tratamento e controle, encaminhamento necessário, avaliação multidisciplinar, visitas domiciliares, pesquisas de doenças ocultas e fatores de riscos, promoção de saúde e prevenção de complicações, as quais são feitas de forma programada de acordo com os protocolos do Ministério de Saúde. Todos os usuários estão sendo agendados, o que era uma dificuldade, já que a maioria das consultas eram por demanda espontânea, além destas consultas estamos agendado os usuários para seu seguimento, já estamos fazendo um registro para este grupo da população com suas patologias, fatores de risco, complicações se tivera, tratamento que seguem, assim poderemos controlar as incidências e prevalências das doenças em nossa UBS. As atividades já estão sendo programadas por mim, e monitorizadas e avaliadas todos os meses, assim como discutidas nas reuniões da equipe mensalmente, a qual era uma dificuldade que tínhamos, e pela qual vai melhorar a atenção aos usuários com HAS. Temos todos esses usuários com suas consultas em dia e quase todos com os exames complementares periódicos feitos e avaliados, mas temos que melhorar a qualidade de atenção aos hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência, classificá-los de acordo com os riscos presentes em cada uns deles, assim como melhorar o atendimento e avaliação de sua saúde bucal, para conseguir o controle e seguimento adequado de todos nossos hipertensos e diabéticos, pelo qual vou trabalhar nesta ação programática, além das dificuldades já comentadas em relação às outras ações.

Como aspectos positivos temos que realizar a identificação por meio das ações desenvolvida com todos os usuários diabéticos e hipertensos da área, estamos conseguindo a adesão da grande maioria destes usuários aos grupos e atividades realizadas na comunidade, e já temos um controle dos mesmos e das ações realizadas, as mesmas estão sendo planejadas e monitoradas. Como principais dificuldades está o fato de não ter o 100% dos diabéticos e hipertensos identificados e com seguimento na área, além de que temos muitos casos novos, que não tinham seguimento com nossa equipe de saúde, temos que aumentar o estímulo aos usuários para a prática regular de atividades físicas, os quais são estimulados mediante palestras e diretamente nas consultas, mas a participação é



irregular e ruim, já que a população ainda não tem consciência dos benefícios. Estamos organizando caminhadas uma a duas vezes ao mês com toda a população e a equipe, também temos que proporcionar a participação nas atividades com os grupos de hipertensos e diabéticos, da nutricionista e um psicólogo para que possamos fazer a avaliação integral dos usuários. Em nosso município temos esses profissionais pelo SUS, os quais vão ser convidados para algumas atividades e planejaremos consultas para avaliação integral dos usuários com HAS e DM, esse ponto ainda não conseguimos colocar-lho em prática.

Igualmente, a atenção e avaliação da saúde bucal para hipertensos e diabéticos, além dos esforços de nossa equipe, ainda não conseguimos a disponibilização deste profissional em nossa UBS, o que influi negativamente no seguimento dos usuários. Estamos fazendo a organização dos prontuários dos usuários com HAS e DM para seu melhor controle, os mesmos estão sendo organizados por famílias, todas as ações planejadas irão contribuir no controle e seguimento dos usuários com HAS e DM, para uma melhor qualidade de vida dos mesmos.

Em nossa área temos identificado 122 usuários com idades maior aos 60 anos de idade. E uma população com predomínio da pessoas idosas, porem o caderno de Ações Programáticas estima 116 maiores de 60anos de idade, e a realidade supera o 100% em relação a cobertura. A equipe agora esforça-se por melhorar a qualidade do atendimento desta faixa etária. Como ações realizadas com este grupo de usuários temos: acompanhamento e seguimento de acordo com os protocolos de atenção á saúde da pessoa idosa do Ministério de Saúde (2013) , promoção de saúde, prevenção de doenças, trabalho em equipe, grupos de apoio, orientação para a realização de atividade física regular e orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, todas as consultas e atividades são feitas de forma agendadas e programadas, além de existir muitas consultas deste grupo de usuários por demanda espontânea e intercorrências. Uma das principais dificuldades que tínhamos que está em implementação era a falta de registro na UBS, para o controle e seguimento dos usuários. Não tínhamos a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, só contávamos com o prontuário do usuário, neste momento já temos um registro das pessoas idosas, o qual ainda não está com todos os dados preenchidos, mas temos um planejamento e monitoramento das atividades e ações programadas com

este grupo de usuários, que são avaliadas periodicamente, as cadernetas foram solicitadas à secretaria de saúde, estamos na espera de repostas.

Positivamente temos realizado a identificação e seguimento de uma grande parte de pessoas idosas da área, assim como sua incorporação as atividades da UBS, temos ainda que terminar de pesquisar e identificar 100% da população da área de abrangência e o número real dos usuários idosos moradores em nossa área, para um melhor planejamento das ações de saúde para com esses usuários. Outra dificuldade que temos é a avaliação da saúde bucal da população de idosos, pela falta do profissional, o qual é uma deficiência que não conseguimos erradicar para um seguimento continuo e humanizado da população, como alternativa estamos encaminhando com agendamento prévio para a UBS mais perto a qual foi inaugurada há uns dias com o serviço de odontologia funcionando. Para terminar, temos que conseguir a implantação dos programas de atenção ao idoso em minha UBS para um melhor seguimento e controle deste grupo de usuários.

Considero que o maior desafio é completar a identificação de 100 % de nossa população, ainda com uma equipe incompleta. É o único caminho para o pleno conhecimento da comunidade, incrementar a cobertura dos atendimentos e elevar os indicadores de qualidade, permitindo, porém a diminuição do risco de morbimortalidade. Esta tarefa pode ser desenvolvida com a organização, planificação e continuidade do trabalho, ações que estão integradas em nosso cotidiano. Uma equipe completa representa um conjunto de recursos humanos com diferentes atribuições que garantem resultados positivos. Nossa UBS ainda não tem todos os integrantes, mas estamos integrados com sentido de responsabilidade e comprometimento pelo estado de saúde de nossa população, como maior recurso de nossa unidade para transformar hábitos e práticas inadequadas. A comunidade esta se envolvendo cada dia mais com as ações de saúde, pois temos conseguido conscientizá-la sobre a importância e necessidade da promoção de saúde e prevenção de doenças.

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

Os questionários utilizados para escrever a análise situacional auxiliaram muito na escrita dela, pois ajudaram no reconhecimento das dificuldades e

fortaleças. Comparando o relatório com o texto escrito na primeira semana de ambientação, referente à situação da ESF/APS, podemos observar que temos melhorado no trabalho da UBS e alcançado um grande avanço com o início de meu trabalho na UBS, onde só contava com a técnica de enfermagem e as agentes comunitárias, além de não ter ainda a equipe completa, conseguimos identificar e dar seguimento adequado e humanizado a uma grande parte da população, as quais não tinham uma atenção de saúde periódica, estabelecemos uma maior organização dos serviços, agendamentos, atendimentos, e estrutura da UBS, a qual além de não ter todas as condições estruturais e materiais, mudamos sua aparência, melhoramos quanto às informações oferecidas à população, na disciplina de assistência a consultas e agendamentos, também conseguimos formar os diferentes grupos na comunidade e começar com seu funcionamento, estamos já fazendo os prontuários de muitos usuários que não tinham seguimento na área, assim como melhorando o sistema de informações dos mesmo, e conseguimos melhorar a organização do trabalho e levar a cabo as atribuições de cada integrante da equipe, melhoramos o acolhimento aos usuários, em fim temos feito uma integração equipe de saúde-comunidade, a qual estou seguro que vai melhorar muito mais a situação da saúde de nossa comunidade, invertendo positivamente os indicadores de saúde da mesma, claro que isso ocorrerá mediante um processo contínuo e paulatinamente. Ainda não temos identificado o 100 % da população, e o mapeamento da mesma. Independentemente que ainda falta muito caminho por recorrer e lograr fazer todas as ações de saúde preventiva em nossa comunidade temos notado um avance na organização e no trabalho da equipe em relação ao início do trabalho. O segundo texto mostra estar mais completo e um avance significativo que continuará melhorando dia a dia para garantir qualidade na atenção.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) são importantes problemas de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo ainda uns dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renal crônica. A HAS é responsável por pelo menos 40 % das mortes por acidente vascular cerebral e por 25 % das mortes por doença arterial coronária. Em combinação com o diabetes representa 62,1 % do diagnóstico primário de pessoas submetidas à diálise. As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira onde a HAS e DM representam dois dos principais fatores de risco, contribuindo decisivamente para o agravamento desse cenário.(BRASIL,2013). A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou em 1977 que, após 15 anos de diagnóstico de Diabetes Mellitus, 2% dos indivíduos acometidos estarão cegos e 30 a 45 % terão algum grau de retinopatia, 10 a 20%, terão nefropatia, 20 a 35 %). neuropatia, e 10 a 25% terão desenvolvido doença cardiovascular (BRASIL, 2013).

Em minha população temos uma considerável quantidade de usuários com estas doenças, e muitos fatores de riscos para o desenvolvimento das mesmas, além de ter muitos ainda sem cadastrar e sem seguimento na UBS, e estima-se outro grupo com doenças ocultas, devido ao aumento da incidência e que não temos cadastrados todos os usuários portadores de Hipertensão e Diabetes na área de abrangência, da mesma maneira nem todos os cadastrados têm a estratificação dos riscos para seu seguimento adequado, por isso acredito ser de muita importância a realização da intervenção para este grupo populacional. Embora tenhamos grandes limitações quanto às ações de prevenção do câncer de mama e de colo uterino, definimos o foco de intervenção tendo em vista as possibilidades de ações que

poderíamos realizar em nossa unidade considerando a nossa governabilidade e a característica geral da população.

Minha UBS está localizada em uma área rural. É uma UBS com ESF incompleta composta por uma técnica de enfermagem, 3 agentes comunitárias de saúde e eu como médico da comunidade, a UBS é pequena com um consultório médico, um consultório odontológico sem equipamento, temos a sala de recepção do usuário, o arquivo de prontuários, e a sala de espera em um mesmo lugar que fica na entrada da UBS, temos uma sala de curativos e procedimentos onde também fazemos preventivo e nebulizações, contamos com 2 banheiros, um consultório com banheiro o qual é utilizado pelos trabalhadores da UBS, e um banheiro para os usuários, contamos também com um local pequeno para armazenar medicamentos. Temos em nossa área de abrangência 855 habitantes identificados atualmente, distribuídas em 276 famílias, predominando o sexo feminino (487) sobre o masculino.

Atualmente não temos cadastrados 100% dos usuários hipertensos e diabéticos estimados em nossa área de abrangência, além disso, todos os cadastrados até agora, são atendidos na UBS, já que temos uma boa adesão da população cadastrada à UBS, onde fazemos atendimento e seguimento ao total deste grupo de usuários, além de ofertarmos muitos dos medicamentos da rede básica e da farmácia popular; vale destacar que temos usuários com medicamentos que não temos na UBS, e alguns usuários portanto tem que comprar os medicamentos; a qualidade da atenção é regular para hipertensos e diabéticos, ainda faltam onde quase todos tem exames complementares em dia e as consultas em dia de acordo com os protocolos de seguimentos, temos usuários sem a avaliação da estratificação do risco cardiovascular por critério clínico; temos dificuldade com a avaliação da saúde bucal e o atendimento odontológico dos usuários. Organizamos e está funcionando os grupos de hipertensos e diabéticos, onde fazemos atividades todas as semanas de promoção da saúde, estamos realizando palestras e orientação sobre a prática de atividade física regular e alimentação saudável, danos do tabagismo e do álcool, e a prevenção de complicações destas doenças, mudanças nos estilos de vida. Organizamos caminhadas uma vez ao mês pela saúde e a vida com a participação de muitos usuários diabéticos e hipertensos. Temos muitas dificuldades ainda para conseguir

mudanças nos estilos de vida deste grupo populacional, a qual pretendemos conseguir no transcurso do nosso trabalho de intervenção e no cotidiano.

Eu acho muito importante esta intervenção em minha UBS, já que é essencial cadastrar todos os usuários diabéticos e hipertensos da área para seu seguimento e controle, também devido ao fato destas doenças serem duas das principais queixas pelas quais a população procura o atendimento na UBS, principalmente descompensados, onde na maioria das vezes é pelo abandono do tratamento, estilos de vida inadequados, alimentação não saudável, ingestão de álcool, tabagismo. Também mediante a intervenção pretendemos melhorar o conhecimento da população de sua doença, fatores de riscos e complicações, para assim melhorar a qualidade de atenção à mesma, além de envolver toda a equipe e população nas ações realizadas aos usuários, pretendemos também melhorar o nível de conhecimento da equipe de saúde para o seguimento destas doenças, para prevenir as complicações e diminuir os fatores de riscos, mediante atividades de educação em saúde. Iremos envolver também os gestores de saúde, nossa secretaria de saúde e em parte a prefeitura municipal, para as compras de medicamentos contra o tabagismo. Dentro das principais dificuldades que temos estão: completar a equipe de saúde para poder realizar todas as ações, pois hoje a nossa equipe está incompleta, e que cada profissional da equipe possa realizar suas atribuições; o atendimento e avaliação odontológica dos usuários a qual é um problema na comunidade, devido a dificuldade de acesso, e a falta de alguns medicamentos para o seguimento dos usuários diabéticos e hipertensos, que não vem pelo SUS.

Dentre os aspetos que viabilizam a realização da intervenção temos a boa adesão da população à UBS e o bom vínculo com a equipe, já que nunca foi feito nenhum trabalho de saúde na população, temos o apoio da comunidade e a secretaria de saúde, e temos uma equipe que apesar de não estar completa é muito competente e com vontade de trabalhar. Outro aspecto positivo é que ofertamos muitos dos medicamentos para o tratamento da DM e HAS na UBS.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção a saúde dos hipertensos e diabéticos, na Unidade Básica de Saúde Três Sinos em Santo Ângelo, Rio Grande do Sul.

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

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

**Metas:** 1.1. Cadastrar 90% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

1.2. Cadastrar 90% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade de atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

**Metas:** 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Objetivo 4:** Melhorar registros das informações.

**Metas:** 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

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

**Objetivo 6:** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

**Metas:** 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

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

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

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

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

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

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

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



## 2.3 Metodologia

Este projeto foi estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Três Sinos, no município de Santo Ângelo, contudo foi realizado em 12 semanas de acordo com as mudanças previstas no curso. Segundo a estimativa do Caderno de Ações Programáticas na área da unidade deveria haver 191 pacientes hipertensos e 55 pacientes diabéticos, contudo por se tratar de uma população pequena, realizamos o levantamento e busca ativa entre todos os moradores da área de adstrição da unidade, e identificamos um total de 158 hipertensos e 52 diabéticos maiores de 20 anos de idade. O projeto de intervenção aos hipertensos e aos diabéticos envolverá a utilização dos protocolos do Ministério da Saúde referenciados, particularmente tendo a intensa colaboração dos Cadernos de Atenção Básica relacionados a HAS e a DM. São característicos protocolos organizados pelo Brasil que colaboram para uma prática em Atenção Primária à Saúde (APS) mais segura e baseada em evidências. A construção do projeto se deu a partir da Análise Situacional do curso, em que se pode conhecer melhor a realidade do serviço na UBS Três Sinos, assim, elencar prioridades e definir o foco da intervenção nesta interface em APS. Utilizando como critério de seleção os hipertensos e os diabéticos pertencentes à área adstrita da UBS, realizamos reuniões com o grupo de trabalho da equipe, fomentando a apropriação do conhecimento sobre as metas. Também, procuramos desenvolver planejamentos das ações e distribuição das atribuições dos diversos profissionais. É uma intervenção que está envolvendo duas doenças crônicas não-transmissíveis, que muitas vezes são juntas. Isto repercute no envolvimento da equipe para transpor as dificuldades e as exigências das metas aqui estipuladas.

As visitas domiciliares serão realizadas e registradas por meio das fichas-espelho individuais (Anexo “A”), incluindo as Cadernetas de Saúde (Anexo “C”), de forma a serem anexadas aos respectivos prontuários na UBS Três Sinos. Conforme o decorrer dos atendimentos, as informações obtidas serão desenvolvidas na planilha de monitoramento do curso, em formato *Microsoft Excel*. Ela permite a organização de um registro mensal, com fomentação dos dados semanalmente, totalizando 12 semanas de intervenção junto ao curso, sempre com a perspectiva da continuidade da intervenção junto ao serviço. Ela é uma planilha automatizada e os registros são repetidos automaticamente a cada mês. Dessa forma, os dados já

cadastrados, permitem uma efetiva análise e monitoramento da intervenção e da ação programática como um todo.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

**Objetivo 1.** Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1 e 1.2. Cadastrar 90% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

#### **No eixo monitoramento e avaliação.**

- Ação: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: Vamos revisar uma vez ao mês os registros de diabéticos e hipertensos da UBS, assim como atualizar a cobertura das mesmas patologias, sua incidência e prevalência ( técnica de enfermagem e eu).

#### **No eixo de Organização e Gestão do Serviço as ações são:**

- Ação: Garantir qualidade nos registros dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento: Já temos os registros, vamos manter os registros dos usuários diabéticos e hipertensos e atualizarmos mensalmente, quando o usuário comparece á consulta vai ser pesquisado no registro e atualizando suas condutas e tratamentos( técnica de enfermagem).

- Ação: Melhorar o acolhimento para os usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência.

Detalhamento: Fazer acolhimento e palestras educativas no inicio das consultas, a qual vai ser todas as semanas, com diferentes temas (médico).

- Marcar dias específicos para atendimentos agendados dos usuários hipertensos e diabéticos.

- Fazer uma caixa de sugestões, reclamações e opiniões, a qual vai ficar na recepção, onde os usuários podem preencher livremente suas sugestões, idéias e opiniões da equipe e o trabalho ( técnica de enfermagem).

- A técnica de enfermagem vai realizar a aferição dos sinais vitais no início do acolhimento (temperatura, FC,FR, peso e altura).

- Ação: Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

- Detalhamento: Fazer mensalmente o pedido de materiais á secretaria de saúde, onde serão incluídos os materiais do hemoglicoteste (lancetas), assim como algodão e álcool. (Téc. de enfermagem).

**No eixo de engajamento público as ações são:**

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

Detalhamento:- Informar nas visitas domiciliares a todos os integrantes da moradia, também informar nas consultas a todos os usuários maiores de 18 anos de idade da importância de medir a pressão arterial (tec. de enfermagem e médico).

- Fazer palestras sobre a importância de medir a pressão arterial depois dos 18 anos de idade (médico).

- Fazer painéis na UBS com informações das doenças crônicas não transmissíveis, principalmente HAS e DM. (tec. de enfermagem, médico, ACS).

- Ação: Orientar à comunidade sobre os fatores de riscos para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: - Informar sobre fatores de riscos para o desenvolvimento de HAS e DM nas visitas domiciliares (tec. de enfermagem, médico e ACS).

- Fazer palestras sobre fatores de riscos para o desenvolvimento de HAS e DM, (médico).

- Fazer painéis na UBS com informações das doenças crônicas não transmissíveis, principalmente HAS e DM (tec. de enfermagem,médico e ACS).

**No eixo de Qualificação da Prática Clínica a ação será:**

- Ação: Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

Detalhamento:- Oferecer capacitação em cada reunião da equipe às agentes de saúde e técnica de enfermagem sobre como cadastrar os usuários diabéticos é hipertensos e sobre o preenchimento dos dados (médico).

- Fazer visitas domiciliares com toda a equipe de saúde durante a pesquisa de usuários diabéticos e hipertensos (tec. de enfermagem, médico e ACS).

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

Meta 2.1 e 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos:

**No eixo de monitoramento e avaliação a ação é:**

- Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Revisar os prontuários dos usuários hipertensos e diabéticos para verificar a qualidade do exame clínico (médico).

**No eixo de organização e gestão do serviço a ação é:**

- Ação: Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Detalhamento: Debater e pactuar com os profissionais da equipe de saúde os protocolos de atendimento do Ministério de Saúde de atenção aos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, adotados na unidade de saúde, (médico).

**No eixo de engajamento público a ação é:**

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

Detalhamento: Fazer palestras com os usuários e a comunidade sobre riscos e complicações de doenças recorrentes de DM e HAS (MÉDICO).

-Fazer painéis para colocar na UBS e na comunidade de HAS e DM, assim como nas escolas, e entregar à população panfletos informativos destas doenças (tec. de enfermagem, ACS).

**No eixo de qualificação da prática clínica a ação é:**

- Ação: Capacitar a equipe para identificar sinais de alarma no exame físico dos usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Capacitar a equipe de saúde em quanto ao exame físico dos usuários hipertensos e diabéticos, assim como identificar sinais de alarma nos mesmos.

Meta 2.3 e 2.4. Garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**No eixo de monitoramento e avaliação a ação é:**

- Ação: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados e realizados na periodicidade recomendada.

Detalhamento: Criar uma planilha de controle dos exames complementares solicitados, a qual vai incluir o nome do usuário, o diagnóstico, exames solicitados e resultados. . (tec. enfermagem e médico).

- Indicar exames complementares nas consultas para todos os usuários hipertensos e diabéticos (médico).

**No eixo de organização e gestão do serviço a ações são:**

- Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: Indicar os exames complementares em consultas e visitas domiciliares a todos os usuários diabéticos e hipertensos (médico).

- A tec. de enfermagem foi responsabilizada para carimbar os exames dos usuários diabéticos e hipertensos.

- Ação: Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo, tentar definir vagas para os usuários do interior.

-Detalhamento: Demandar para a secretaria de saúde e a enfermeira coordenadora a possibilidade de priorizar aos usuários hipertensos e diabéticos da UBS, já que é uma área rural de difícil acesso (médico).

**No eixo de engajamento público a ação é:**

- Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização e a periodicidade dos exames complementares.

Detalhamento:- Nos grupos fazer palestras e orientar a periodicidade da realização dos exames complementares, explicar o porquê destes exames (médico).

-Colocar painéis na UBS sobre a periodicidade de realizar os exames complementares (tec. de enfermagem).

**No eixo de qualificação da prática clínica a ação é:**

- Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: Fazer uma reunião com a equipe para debater os protocolos de atendimento aos usuários com HAS e DM.(médico).

Metas 2.5 e 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**No eixo de monitoramento e avaliação as ações são:**

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

Detalhamento: Revidar os prontuários dos usuários hipertensos e diabéticos e a data de entrega dos medicamentos(semanalmente,técnica de enfermagem e médico).

**No eixo de organização e gestão do serviço as ações são:**

- Ação: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento: Revisar os medicamentos mensalmente, sua data de vencimento e validade, e as necessidades por mês (tec. de enfermagem).

- Ação: Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento:- Fazer pedidos de medicamentos a secretaria de saúde mensalmente (tec. de enfermagem).

**No eixo de engajamento público as ações são:**

- Ação: Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Realizar capacitação da equipe quanto aos locais onde dispensam os medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. (mensalmente, médico e técnica de enfermagem da UBS).

**No eixo de qualificação da prática clínica a ação é:**

- Ação: Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Informar nas reuniões da equipe os lugares onde são oferecidos os medicamentos da HAS e DM pelo SUS (tec. de enfermagem).

Meta 2.7 e 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos.

**No eixo de monitoramento e avaliação a ação é:**

- Ação: Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento:- Fazer um levantamento mediante exame bucal a 100% dos usuários diabéticos e hipertensos da necessidade de atendimento odontológico (médico e tec. de enfermagem).

**No eixo de organização e gestão do serviço a ação é:**

Ações: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos;

- Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: Fazer exame bucal a 100 % dos hipertensos e diabéticos em consultas e visitas domiciliares ( médico e tec. de enfermagem).

-Agendar em outra unidade de saúde os usuários hipertensos e diabéticos de nossa UBS (tec. de enfermagem).

-Solicitar a secretaria de saúde a unidade móvel pelo menos uma vez ao mês para prestar atendimento na UBS (médico).

**No eixo de engajamento público a ação é:**

•Ação: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Fazer painéis para colocar na UBS sobre saúde bucal. (Tec. de enfermagem).

**No eixo de qualificação da prática clínica a ação é:**

• Ação: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.

Detalhamento: Demandar a secretaria de saúde um profissional para oferecer á equipe de saúde orientações para avaliação de saúde bucal (médico).

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

Metas 3.1 e 3.2: Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**No eixo de organização e gestão do serviço:**

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

Detalhamento: Revisar os registros dos usuários hipertensos e diabéticos mensalmente para realizar busca ativa dos usuários que faltam as consultas.

-Revisar semanalmente o livro de agendamentos em busca de usuários faltosos.

-Revisar os prontuários dos usuários diabéticos e hipertensos mensalmente em busca de usuários faltosos a consultas.

**No eixo Monitoramento e avaliação as ações são:**

• Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos;

Detalhamento: Fazer visitas domiciliares 2 vezes por semana (2 tardes) em conjunto com a técnica de enfermagem e as ACS para buscar os usuários faltosos a consultas e agendar novas consultas para eles.

- Ação: Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: A técnica de enfermagem em conjunto com as ACS vai fazer agendamento para usuários faltosos, o qual não é um problema, já que não temos muita demanda de usuários.

**No eixo de engajamento público as ações são:**

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

Detalhamento: Fazer palestras educativas na comunidade sobre importância das consultas e seguimentos para um controle adequado das doenças ( médico).

- Fazer painéis na UBS e na comunidade sobre importância do seguimento das doenças crônicas (tec. de enfermagem, ACS e médico).

- Informar pessoalmente aos usuários hipertensos e diabéticos sobre importância de seu seguimento contínuo (médico).

- Ação: Esclarecer aos portadores de hipertensão, diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: -Fazer painéis na UBS e na comunidade sobre periodicidade das consultas aos usuários hipertensos e diabéticos ( tec. de enfermagem ,ACS e médico ).

- Informar pessoalmente aos usuários hipertensos e diabéticos sobre a data e periodicidade dos seguimentos (médico).

- Escrever nas fichas de atendimento e nos registros a data das próximas consultas dos usuários hipertensos e diabéticos (tec. de enfermagem e médico)

**No eixo de qualificação da prática clínica a ação é:**

- Ação: Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: Debater nas reuniões de equipe os protocolos de seguimentos dos usuários hipertensos e diabéticos (médico).

- Pautar com a equipe de saúde e especialmente com as ACS todos seus usuários portadores de hipertensão e diabetes, com seus riscos e patologias associadas, individualizando cada usuário para seu seguimento (médico, ACS e tec. de enfermagem).

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



Meta 4.1 e 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**No eixo de Monitoramento e avaliação a ação é:**

- Ação: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento:- Revisar periodicamente pelo menos 2 vezes por mês os registros de hipertensos e diabéticos e atualizarmos (tec. de enfermagem e ACS), cada agente de saúde com a área que corresponde.

**No eixo organização e gestão do serviço as ações são:**

- Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: Já está definida a técnica de enfermagem como responsável pelo monitoramento dos registros a qual vai informar a situação dos mesmos em cada reunião da equipe, assim como as irregularidades.

- Ação: Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: Vamos fazer uma planificação das consultas dos usuários diabéticos e hipertensos por mês, distribuídos no ano inteiro.

- Adicionar aos registros dos usuários diabéticos e hipertensos as datas das próximas consultas e a data de realização dos exames complementares.

**No eixo de engajamento público a ação é:**

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

Detalhamento: Fazer palestras na comunidade, orientações na sala de espera e em visitas domiciliares, acerca dos direitos e deveres dos usuários do SUS, (médico).

**No eixo de qualificação da prática clínica a ação é:**

- Ação: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso.

Detalhamento: Vamos capacitar as agentes de saúde no preenchimento dos registros de hipertensos e diabéticos (prontuário médico (dados gerais), ficha de

atendimento, livros de registros), nas reuniões de equipe (tec. de enfermagem e médico).

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

Metas 5.1 e 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**No eixo de monitoramento e avaliação a ação é:**

- Ação: Monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: Revisar os prontuários dos usuários diabéticos e hipertensos mensalmente para revisar se tem estratificação de risco para doença cardiovascular (médico).

-Fazer avaliação de risco para doença cardiovascular para todos os usuários hipertensos e diabéticos em cada consulta de seguimento (médico).

**No eixo de organização e gestão do serviço a ação é:**

Ações: Priorizar o atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos avaliados como de alto risco.

- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Fazer agendamento para todos os usuários avaliados de alto risco com consultas periódicas (não será preciso priorizar já que não temos na UBS abundante demanda) (tec. de enfermagem).

**No eixo de engajamento público as ações são:**

- Ação: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular (médico).

Detalhamento:- Falar com os usuários e seus familiares sobre os riscos que eles estão expostos e seu seguimento, sobre a importância de um seguimento adequado e contínuo (médico).

- Fazer painéis na UBS sobre riscos e prevenção complicações da HAS e DM. (tec. de enfermagem, ACS e médico).

- Ação: Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação) (médico).

Detalhamento: Fazer palestras educativas sobre alimentação saudável, tabagismo, alcoolismo, estresse, obesidade e sedentarismo (médico).

-Fazer painéis na UBS e na comunidade sobre como modificar fatores de riscos e estilos de vida saudáveis (tec. de enfermagem e médico).

**No eixo de qualificação da prática clínica a ação é:**

• Ação: Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento:- Realizar palestra a equipe de saúde quanto aos fatores de riscos modificáveis para DM e HAS, como modificá-los e estilos de vida saudáveis (médico).

- Debater com a equipe de saúde os protocolos de seguimentos da DM e HAS (médico nas reuniões da equipe).

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

Metas 6.1 e 6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos.

**No eixo de monitoramento e avaliação a ação é:**

• Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento:- Oferecer orientação nutricional a 100% dos usuários diabéticos e hipertensos nas consultas (médico).

- Revisar os prontuários dos usuários diabéticos e hipertensos mensalmente para verificar se tem orientação nutricional (médico).

**No eixo de organização e gestão dos serviços as ações são:**

• Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: - Fazer grupos e dar palestras sobre alimentação saudável (médico e tec. de enfermagem).

-Explicar aos usuários os alimentos que fazem bem á saúde (médico).

-Oferecer exemplos de planos dietéticos e boa alimentação (médico e nutricionista).

**No eixo de engajamento público a ação é:**

• Ação: Orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável (médico).

Detalhamento:- Fazer palestras com hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre correta alimentação (médico).

-Orientar correta alimentação nas consultas (médico).

**No eixo de qualificação da prática clínica a ação é:**

- Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

Detalhamento: Oferecer uma capacitação á equipe de saúde sobre correta alimentação (médico).

Metas 6.3 e 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

**No eixo de monitoramento e avaliação a ação é:**

- Ação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Revisar os prontuários dos usuários diabéticos e hipertensos mensalmente para verificação de orientação para atividade física regular (médico e tec. d enfermagem).

**No eixo de organização e gestão do serviço a ação é:**

- Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: Organizar caminhadas pela vida e a saúde todos os meses na comunidade (médico, tec. de enfermagem e ACS).

-Nas atividades de grupos fazer palestrar sobre as atividades físicas recomendadas para usuários diabéticos e hipertensos (médico, tec. de enfermagem e ACS).

**No eixo de engajamento público a ação é:**

- Ação: Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento: - Fazer palestras educativas sobre importância da prática de atividade física regular (médico).

- Orientar a realização de atividade física em cada consulta(médico).

**No eixo de qualificação da prática clínica:**

- Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Detalhamento: Oferecer para a equipe nas reuniões da equipe palestras sobre benefícios de atividade física regular (médico).

Metas 6.5 e 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

**No eixo de monitoramento e avaliação a ação é:**

- Ação: Monitorar a realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.

Detalhamento:- Revisar os prontuários mensalmente para verificação de orientação sobre riscos de tabagismo aos usuários diabéticos e hipertensos (médico).

- Orientar os usuários sobre os riscos do tabagismo em cada consulta (médico).

**No eixo organização e gestão do serviço as ações são:**

- Ação Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo"

Detalhamento: Solicitar a secretária de saúde a compra de medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo, todos os meses (médico).

**No eixo de engajamento público a ação é:**

- Ação: Orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento:- Criar um grupo de usuários hipertensos e diabéticos tabagistas e prescrever tratamentos para o abandono do tabagismo aos interessados no abandono do mesmo (médico).

- Orientar em consultas e palestras aos usuários tabagistas a existência dos medicamentos para o abandono do mesmo (médico).

**No eixo de qualificação da prática clínica a ação é:**

- Ação: Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

Detalhamento: - Orientar as agentes de saúde e técnica de enfermagem sobre tratamento farmacológico do tabagismo (médico na reunião da equipe).

Meta 6.7 e 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

**No eixo de monitoramento e avaliação a ação é:**

- Ação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos.

Detalhamento: - Revisar prontuários para verificar a orientação sobre higiene bucal (médico).

- Fazer uma lista com os hipertensos e diabéticos cadastrados no programa que receberam orientações sobre higiene bucal e os que não receberam para sua realização.

No eixo de organização e gestão do serviço a ação é:

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

Detalhamento: Organizar as consultas em dias específicos a todos os usuários com HAS e DM, com tempo estimado de 20 minutos, e dar orientações individualmente.

**No eixo de engajamento público a ação é:**

- Ação: Orientar os hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento:- Convidar para os grupos de hipertensos e diabéticos os familiares e realizar palestra sobre higiene bucal (médico e tec. de enfermagem).

**No eixo de qualificação da prática clínica a ação é:**

- Ação: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: Demandar á secretaria de saúde a presença de um odontólogo em uma reunião da equipe para capacitação sobre saúde bucal (médico).

### **2.3.2 Indicadores**

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 90 % dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

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

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

Meta 1.2: Cadastrar 90% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

5.2. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

6.7. Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

6.8. Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

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

### 2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus em nossa Unidade Básica de Saúde (Três Sinos) vamos adotar o Caderno de Atenção Básica Nº13 e 19 estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus 2013 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013C). Atualmente na UBS não temos um registro do Hiperdia nem prontuários eletrônicos para fazer o monitoramento das ações. Utilizaremos a ficha espelho disponível pelo curso de especialização em Saúde da Família da UFPel e os prontuários dos hipertensos e diabéticos, onde vamos preencher todas as informações referentes aos mesmos, também vamos utilizar os livros dos registros dos hipertensos e diabéticos. Um instrumento ou ficha complementar será elaborado pelo médico e técnico de enfermagem para a contemplação de todos os dados coletados. Estimamos alcançar com a intervenção o cadastramento de 158 hipertensos e 52 diabéticos. Pediremos ao gestor municipal e a secretaria de saúde ajuda para imprimir as fichas complementares que vai contemplar os dados. Serão realizadas a busca ativa e convocação dos usuários faltosos através das agentes comunitárias de saúde (ACS), para a realização dos exames complementares e seguimento em dia de acordo com os protocolos. Serão identificados também aqueles usuários que moram na área de abrangência e não são atendidos na UBS e aqueles que não têm consulta médica no ano 2014. Esses usuários serão agendados conforme disponibilidade da agenda da semana. O monitoramento da intervenção serão realizado semanalmente pelo médico da equipe e com todos os membros da equipe em reuniões.

Com relação ao registro específico, os prontuários dos hipertensos e diabéticos já estão separados em uma pasta distinta para melhor acompanhamento e controle dos mesmos, como já todos estão sendo agendados, a técnica de enfermagem também vai fazer um registro de faltosos e entregará para as ACS encaminhar a busca ativa dos mesmos, e também semanalmente será realizada a revisão dos prontuário dos usuários hipertensos e diabéticos e os livros de registros para verificação de atraso de exames, avaliação dos riscos, avaliação de saúde bucal, e consultas em dia; as informações vai ser preenchidas nas fichas espelhos nos seguimentos a cada usuário já seja na consulta médica ou visita domiciliar.

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e diabéticos.

Como: Iremos definir em reunião de equipe o protocolo a ser utilizado, sendo preferencialmente o manual técnico do Ministério da Saúde sobre HAS e DM. Será distribuído também as funções e atribuições dos membros da equipe nesta reunião, sendo que o monitoramento da realização das funções será mediante planilha de registro e controle do que cada um deverá realizar para Hipertensos e diabéticos, semanalmente será feita reunião de estudos para capacitação da equipe quanto aos protocolos clínicos. Previamente vai ser organizada a agenda dos profissionais para a realização das capacitações. Será disponibilizado na unidade versão impressa do protocolo para o médico em seu consultório, e para a equipe de enfermagem. Serão organizadas na primeira reunião de equipe as atividades de educação em saúde com a comunidade que serão executadas a partir da segunda semana do início do projeto de intervenção.

O que precisa ser providenciado: Vamos precisar computador, impressora e folhas para disponibilizar o protocolo a equipe, planilha de coleta de dados e ficha espelhos, serão precisos também materiais de oficina para organização das atividades. Teremos que organizar a agenda dos profissionais para que estejam disponíveis nos horários das capacitações agendadas para a equipe e a comunidade. Utilizaremos as fichas de coleta de dados e as planilhas espelho para uma melhor recopilação de dados e controle dos registros e cadastros, prontuários médicos, manual técnico do Ministério da Saúde sobre HAS e DM.

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

Como: Os registros dos usuários diabéticos e hipertensos cadastrados vão ser revisados mensalmente para atualização de fichas, avaliação da qualidade dos atendimentos e cumprimento da solicitude e realização dos exames como estabelece o protocolo adotado. Semanalmente será revisado o estoque de medicamentos para controle de estas doenças. Realizaremos coordenação com nosso gestor municipal a avaliação dos usuários diabéticos e hipertensos com maior prioridade de atendimento odontológico em nossa secretaria de Saúde para avaliação. (Não temos na unidade dentista). Realizaremos atividades de educação em saúde na comunidade com o objetivo de capacitar sobre importância das consultas de controle, avaliação da saúde bucal, etc.

O que precisa ser providenciado: Vamos precisar materiais de oficina, computador e projetor para as atividades de educação em saúde. Ficha espelho,

planilha de coleta de dados, prontuários e manual técnico do Ministério da Saúde sobre HAS e DM.

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

Como: Mensalmente vão ser avaliadas se as consultas estão sendo feitas de acordo à programação identificando usuários faltosos. Em cada turno serão atendidos doce usuários com um tempo aproximado em cada consulta de 20 minutos, 8 serão agendados e 4 serão deixados para os casos agudos ou aqueles usuários faltosos provenientes das buscas. As capacitações da equipe serão realizadas quinzenalmente ao igual que à comunidade.

O que precisa ser providenciado: Materiais de oficina, planilhas de coleta de dados, ficha espelho, prontuários, protocolo, computador, projetor e manual técnico do Ministério da Saúde sobre HAS e DM.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Como: mensalmente vão ser avaliados os registros dos usuários acompanhados na unidade. Na planilha de coleta de dados vai permitir a identificação de situações de alerta para o seguimento destas doenças. Continuarão sendo feitas as capacitações quinzenais.

O que precisa ser providenciado: Computador, projetor, materiais de oficina, planilha de coleta de dados, ficha espelho, prontuários e manual técnico do Ministério da Saúde sobre HAS e DM.

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

Como: Vamos manter a revisão dos registros e coleta de dados da mesma forma, as atividades de educação em saúde serão desenvolvidas quinzenalmente e nas reuniões da equipe serão definidos os responsáveis por cada atividade.

O que precisa ser providenciado: Materiais de oficina, planilha de coleta de dados, ficha espelho, prontuários médicos.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Quem: Médico de Família e Téc. de enfermagem.

Quando: A partir da segunda semana do início do projeto de intervenção.

Onde: Na UBS e CTG (Centro Tradicional Gaúcho).

Como: Organizaremos as atividades de educação em saúde de cada mês nas reuniões de equipe com a definição do responsável para o desenvolvimento de

cada atividade. A organização de estas atividades será apoiada por o gestor municipal de saúde facilitando os recursos humanos e materiais necessários.

O que precisa ser providenciado: Computador, Projetor, materiais de oficina, prontuários médicos, planilha de coleta de dados, ficha espelho, manual técnico do Ministério da Saúde sobre HAS e DM.







### **3 Relatório da Intervenção**

A intervenção visou melhorar a atenção aos hipertensos e/ou diabéticos na UBS Três Sinos, município de Santo Ângelo, RS, Brasil aconteceu entre os meses de janeiro e maio do ano de 2015. A intervenção teve início no dia 30 de janeiro de 2015, com três meses de duração, finalizando em 21 de maio de 2015. O projeto de intervenção foi organizado para a intervenção ser realizada em 16 semanas, no entanto, a intervenção foi realizada em 12 semanas por orientação da Coordenação do Curso com o objetivo de se adequar e ajustar ao Calendário da Turma 8, já que houve a realização do período de férias previstas no Programa Mais Médicos para o Brasil. As metas estabelecidas no projeto também previam a realização da intervenção em 16 semanas, as quais ajustamos também para 12 semanas.

#### **3.1 Ações Previstas e Desenvolvidas**

A intervenção foi realizada por 12 semanas e estas foram de muito trabalho, mas também de satisfação, como identificar coisas importantes e que temos feito no transcurso destas semanas. O trabalho foi bem pensado e planejado em relação á necessidade de organizar e desenvolver melhor a busca ativa e seguimento de usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

Nossas metas foram atingidas porque fizemos o trabalho de forma sistematizada, com constância, com dedicação, responsabilidade, e comprometimento, sendo estas as melhores ferramentas da equipe de saúde neste processo. O que nos impulsionou em fazer este trabalho foi verificar que tínhamos um número muito baixo de hipertensos e diabéticos cadastrados em relação ao total da população estimada, que embora seja uma população pequena, devia ter mais usuários com as doenças estudadas. Era evidente também que os cadastrados não tinham o acompanhamento de qualidade, pois durante as consultas com o

profissional médico na Unidade Básica de Saúde não existiam prontuários arquivados. Claramente percebemos que existia um lado obscuro ainda por investigar, tínhamos um subregistro de diabéticos e hipertensos.

No começo planejamos um conjunto de ações para atingirmos os objetivos e metas. Tudo isso com prévia autorização dos gestores de saúde do município. Nossa maior facilidade ou fortaleza foi ter uma equipe comprometida e conscientizada quanto a importância deste trabalho, apesar da equipe não está completa, outra fortaleza foi a boa adesão da população à UBS e ao projeto, devido às características da população, também as maravilhosas agentes de saúde da equipe sem as quais o trabalho não teria sido possível.

O planejamento das ações foi registrado no cronograma de trabalho sendo planejadas 20 atividades a serem desenvolvidas em 16 semanas sucessivas que logo foram reorganizadas para serem concluídas em 12 semanas, situação que não afetou a qualidade das ações, já que a quantidade de população e usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus não era muito grande, conseguimos avaliar todos os usuários hipertensos e diabéticos e diagnosticar outros casos durante a intervenção.

A equipe trabalhou sempre unida desenvolvendo cada um dos integrantes suas funções tendo em vista a ética profissional. Nossa principal dificuldade estava relacionada a uma equipe de trabalho incompleta, onde tínhamos técnica de enfermagem no início da intervenção e logo tivemos problemas com o profissional de enfermagem, ficamos sem esse profissional fixo nas últimas semanas da intervenção, contando só com o enfermeiro uma vez por semana e ao final da intervenção muitas vezes sem este profissional, também não contávamos com o profissional odontólogo nem com o consultório de odontologia na UBS.

Nas primeiras duas semanas da intervenção fizemos painéis com as informações referentes a diabetes e hipertensão, colocamos na UBS e na comunidade (escolas, igrejas, clube de mães, Centro de Tradições Gaúchas), Neste mesmo período conseguimos realizar 4 capacitações da equipe de saúde sobre os objetivos e metas da intervenção explicando a justificativa da escolha desta ação programática, a maneira de realizar os cadastramentos, os reajustes planejados da agenda, os protocolos de atendimentos a hipertensão e diabetes, o preenchimento das fichas espelho, as planilhas de coleta de dados, a qualidade dos registros, e as funções específicas de cada membro da equipe no desenvolvimento das ações. Os

espaços comunitários foram utilizados no transcurso da intervenção para o desenvolvimento de atividades de grupo para brindar aos usuários informações sobre as características destas doenças, os principais fatores de risco, estilos de vida saudáveis, importância da adesão ao tratamento farmacológico, e o cumprimento na realização dos exames de controle. Considerando que atuamos em uma área rural foram aproveitados os ambientes ao ar livre para realizar de grupo exercícios físicos aeróbicos, atividades recreativas e de relaxamento e a realização de caminhadas com estes grupos. Nestas atividades foram convidados estudantes da URI, psicólogos e professores de esporte da escola.

Conseguimos cadastrar todos os usuários hipertensos e diabéticos da área, e preencher todos os dados da ficha de acompanhamento, já que temos uma população pequena, tudo isto foi realizado graças à união existente na equipe. Foram organizados todos os registros dos usuários hipertensos e diabéticos, e planejados os atendimentos de cada um, assim como planejadas todas as atividades para serem realizadas durante a intervenção.

No começo tivemos muitas dificuldades com o transporte e alguns profissionais ausentes no projeto, e enfrentamos durante todo o transcurso da intervenção problemas relacionados aos atendimentos odontológicos, situação que foi resolvida parcialmente por meio da estratégia do encaminhamento dos usuários a Unidade Básica de Saúde mais perto da nossa com prévia coordenação.

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

A avaliação odontológica aos usuários diabéticos e hipertensos não foi desenvolvida integralmente pela falta deste profissional, sendo um dos maiores problemas que temos com relação ao atendimento dos usuários na área.

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

Apesar das dificuldades ao longo do trabalho conseguimos atingir os objetivos do projeto, durante a coleta e sistematização de dados relativos à intervenção tivemos dificuldade no início quanto a forma de coletar os dados, agora não estamos enfrentando nenhuma dificuldade.

Referente ao cálculo dos indicadores alguns deles ultrapassavam 100%, para esta dificuldade foi feita a análise encontramos que a situação dependia do preenchimento na planilha da aba Dados da UBS, o que conseguimos resolver com o apoio da orientadora.

Implementamos com sucesso os agendamentos dos usuários, além disso, organizamos os atendimentos de demanda espontânea, conseguimos implementar um sistema de registros organizado na UBS, e principalmente conseguimos formar os grupos na UBS, para realização das atividades educativas.

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

Identifico que as ações desenvolvidas estão sendo integradas nas atividades do cotidiano da equipe e assim da UBS, pois precisamos manter um melhor controle dessas doenças.

Está bem organizado o livro de agendamento e nossos prontuários com descrição detalhada do exame físico, exames de controle, atividades educativas, etc. Tudo vai continuar sendo feito com a mesma qualidade e responsabilidade, pois acreditamos que a Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus são doenças que possuem uma alta prevalência, e com fatores de risco modificáveis sobre os quais podemos atuar para melhorar e garantir a qualidade de vida e sobrevivência dos usuários acometidos.

Alguns usuários ficaram com exames pendentes, outros com exames alterados, mas estamos realizando busca ativa e avaliação gradativa dos mesmos. Dando continuidade ao projeto pretendemos conseguir melhorar o atendimento odontológico da população, o qual vai depender de muito esforço em conjunto com a secretaria de saúde, queremos implementar a unidade móvel odontológica na UBS, já que por agora não vamos ter esse serviço na UBS, e que não conseguimos implementá-lo cotidianamente na intervenção, só conseguimos uma vez a unidade móvel, e vamos continuar agendando os usuários em parceria com a UBS de Buriti e Aliança.

Temos planejado ampliar estas ações para toda a população e todos os programas de Atenção Primária em nossa comunidade, melhorar a comunicação com toda a população e aumentar o nível de informação em saúde da mesma, divulgaremos as atividades que estão sendo desenvolvidas com e para a

comunidade, seus objetivos, metas e convidar a toda a população para participar, assim pretendemos integrar o indivíduo, a família e a comunidade.

Vamos apresentar nossa intervenção á secretaria de saúde e á prefeitura do município com nossos planos futuros para a população dos quais vamos necessitar de muita ajuda para conseguirmos 100% dos nossos objetivos de realizar uma atenção humanizada e qualificada não só aos hipertensos e diabéticos mas também a 100% da população da área adstrita à unidade.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

Na avaliação da intervenção apresentaremos e discutiremos sobre os resultados e aspectos pertinentes da atenção básica contextualizados na intervenção, bem como os enfrentamentos que fizemos durante a execução das atividades nas doze semanas de intervenção, considerando as especificidades da comunidade atendida pela equipe da UBS e também o contexto do serviço.

A intervenção de uma maneira global tratou da melhoria da atenção aos hipertensos e diabéticos adstritos à área de abrangência da UBS Três Sinos. Com base nos “Cadernos da Atenção Básica – Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica” de Diabetes Mellitus (caderno 36) e de Hipertensão Arterial Sistêmica (caderno 37) publicados pelo Ministério da Saúde em 2013 foram montadas as ações da intervenção.

No levantamento realizado antes da intervenção foi verificado que a população residente na localidade é de 855 pessoas, sendo que a estimativa para os maiores de 20 anos é de 607 pessoas.

Embora segundo dados da Vigitel a estimativa de Hipertensos era de 130 e de Diabéticos 32 na área da unidade e segundo o Caderno de Ações Programáticas a estimativa é de 191 hipertensos e 55 diabéticos, a equipe realizou busca ativa em toda a população que mora na área de abrangência da unidade, visto que se trata de uma população pequena, e o número exato de hipertensos residentes na área é 158 e de diabéticos 52, assim este será o parâmetro considerado para a intervenção.

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

**Metas:**

1.1. Cadastrar 90% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

1.2. Cadastrar 90% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Durante a intervenção foram cadastrados 158 (100%) hipertensos e 52 (100%) diabéticos representando o total de hipertensos e diabéticos existentes na área de abrangência.

A partir de uma análise progressiva da cobertura temos no primeiro mês foram cadastrados 35 (22,2%) dos hipertensos, no segundo mês 101 (63,9%) dos hipertensos e no terceiro mês 158 (100%) dos hipertensos da área.

Em relação aos diabéticos foram cadastrados no primeiro mês 9 (17,3%) diabéticos, no segundo mês 36 (69,2%) diabéticos, e no terceiro mês os 52 (100%) diabéticos, totalizando o 100% dos diabéticos da área. Alcançamos no final da intervenção uma cobertura de 100% e 100% respectivamente dos diabéticos e hipertensos existentes em nossa área de abrangência.

As ações que mais auxiliaram e contribuíram na captação das pessoas pertencentes ao programa foram a revisão dos prontuários e a busca ativa realizada pela equipe de saúde, a grande labor realizada pelas Agentes Comunitárias de Saúde que realizavam suas visitas domiciliares de rotina em suas respectivas microáreas, observando a assiduidade do acompanhamento e local de seguimento dos hipertensos e diabéticos e orientando-os a realizar adequadamente seu tratamento na UBS, as visitas domiciliares realizadas pela equipe para seguimentos dos usuários que não conseguiram ir até o posto, todo isso graças à ajuda da secretaria de saúde com a disponibilidade do transporte para as mesmas, também contribuiu a obter estes resultados as atividades de grupo realizadas, além da boa adesão dos usuários à UBS e à intervenção.



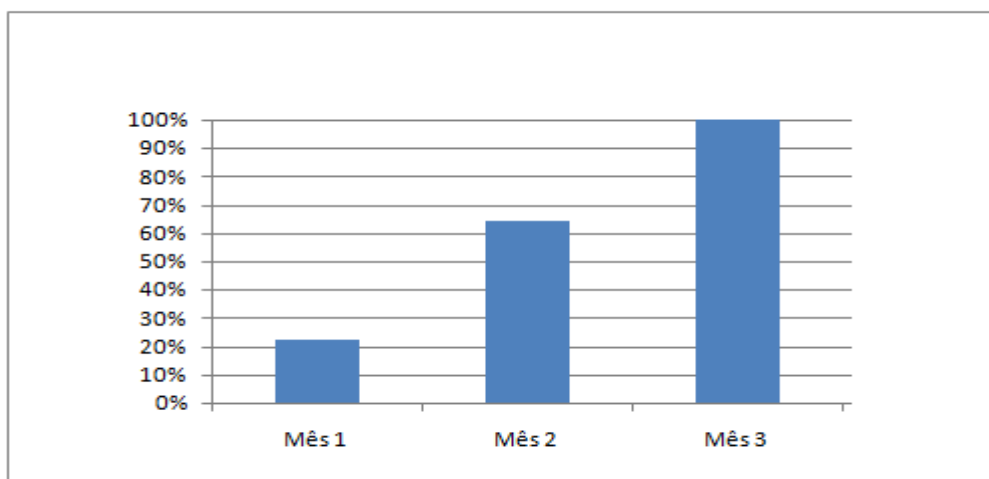


Figura 3: Cobertura do Programa de Atenção ao Hipertenso na Unidade de Saúde.  
Fonte: Planilha de coleta de dados.

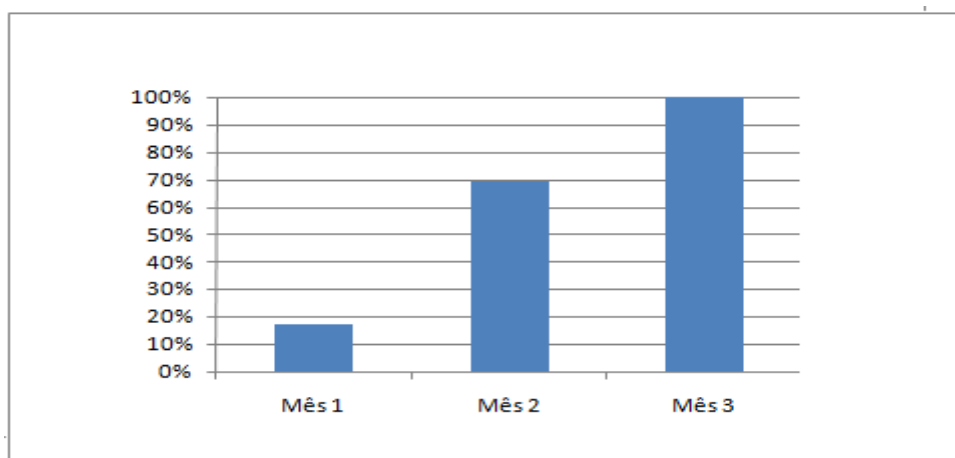


Figura 4: Cobertura do Programa de Atenção ao Diabético na Unidade de Saúde.  
Fonte: Planilha de coleta de dados.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade de atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

**Metas:**

- 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.
- 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.
- 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Em relação a estas metas, conseguimos atingir em 100%. O exame clínico de acordo ao protocolo adotado e preconizado pelo Ministério da Saúde, foi realizado em 100% dos usuários participantes da intervenção, portanto, ao final da intervenção, temos certeza da realização do exame clínico ao 100% dos usuários

hipertensos e diabéticos que participaram. Sendo 158 hipertensos e 52 diabéticos, destes 51 tinham concomitância das duas doenças. Contribuiu no logro destes resultados o trabalho organizado e planejado da equipe de saúde, os agendamentos realizados para todos os hipertensos e diabéticos da área, a labor e ajuda de nossa técnica de enfermagem com o acolhimento dos usuários, e a revisão sistemática pela equipe das fichas espelhos e prontuários dos usuários.

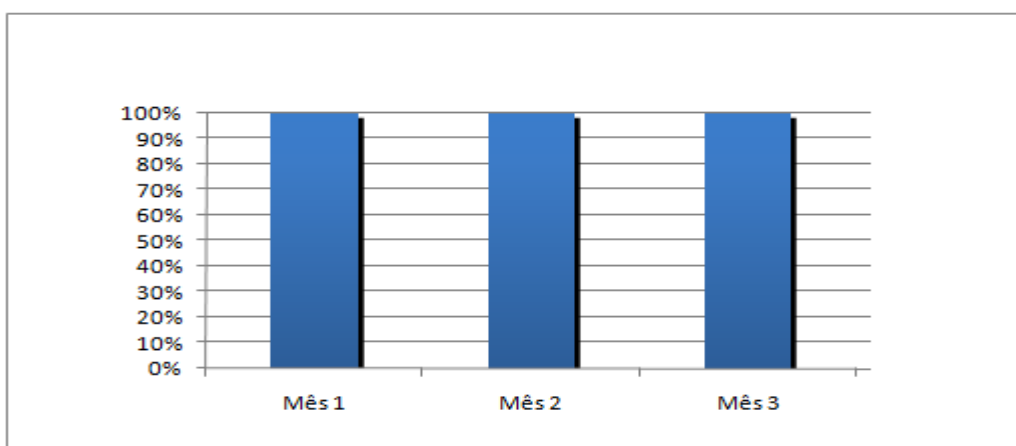


Figura 5: Proporção de Hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

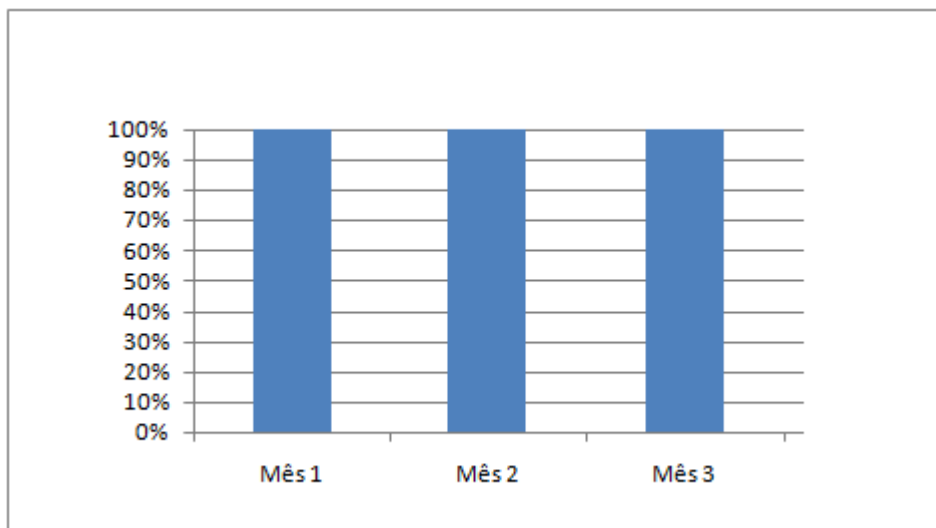


Figura 6: Proporção de Diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

Os exames complementares para avaliação dos hipertensos e diabéticos conforme o que é determinado pelo MS foram solicitados para 100% desses usuários, porém uma pequena parcela retornou para verificação dos resultados.

Para os que têm hipertensão, no primeiro mês da intervenção foram identificados 28 (80%) com exames complementares em dia de acordo com o protocolo de 35 hipertensos avaliados até este momento, no segundo mês 95 (94,1%) de 101 hipertensos avaliados, e no terceiro mês já os 158 (100%) dos usuários hipertensos estavam com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Para os diabéticos a porcentagem no primeiro mês ficou em torno de 7 (77,8 %) dos 9 avaliados , no segundo mês 33 (91,7%) de 36 avaliados, e no terceiro mês da intervenção os 52 (100%) dos diabéticos realizaram os exames complementares de acordo com o protocolo. Em relação a essa ação o que mais ajudou foi o acordo de facilitar a realização desses exames com a Secretaria Municipal de Saúde, a qual ampliou a disponibilidade dos exames laboratoriais essenciais (eletrocardiograma; dosagem de glicemia, colesterol total e suas frações, triglicérides, uréia, creatinina, potássio e realização da análise do sedimento urinário), e a grande ajuda de nossa técnica de enfermagem para carimbar os mesmos em conjunto com as agentes de saúde, as quais levavam os exames dos usuários a carimbar na secretaria de saúde e retornavam aos usuários já os exames carimbados e prontos para a realização, estratégia que foi tomada pela equipe para conseguir esta meta, sendo uma dificuldade em nossa comunidade a transportação até a cidade, onde os usuários tinham que ir um dia carimbar e marcar os exames, e voltar outro dia para a realização dos mesmos.

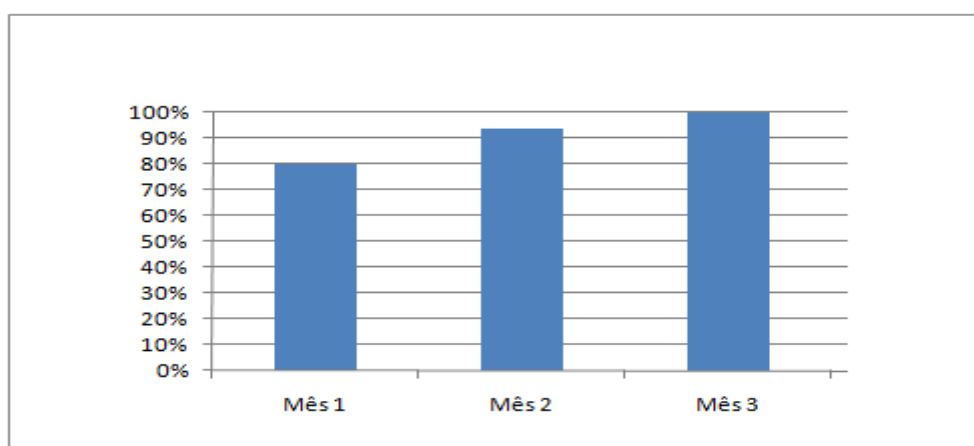


Figura 7: Proporção de Hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

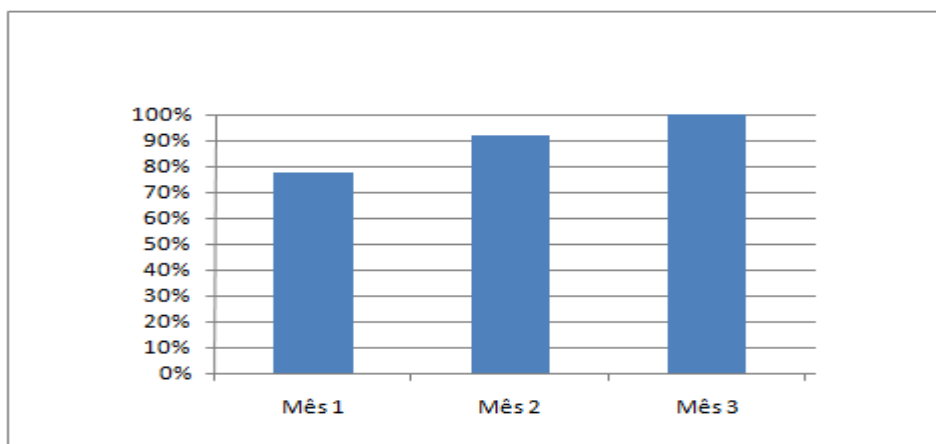


Figura 8: Proporção de Diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade de atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

**Metas:**

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

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

Em relação a garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular, nem todos os participantes do programa portavam prescrição com medicamentos pertencentes à lista do HIPERDIA ou da Farmácia Popular, dos hipertensos 145 (91,8 %) portam prescrição de medicamentos da Farmácia Popular ou HIPERDIA, e 13 (8,2%) não; dos diabéticos 46 (86,5%) tem prescrição de medicamentos da Farmácia Popular ou HIPERDIA e 6 (13,5%) não. Não conseguimos garantir 100% da prescrição de medicamentos da Farmácia Popular ou Hiperdia a 100 % dos hipertensos e diabéticos, além dos esforços realizados nas mudanças do estilo de vida, onde influenciou o duplo atendimento dos usuários, na UBS e no setor privado, onde tem os medicamentos prescritos que não são da rede de HIPERDIA ou Farmácia Popular, ainda assim conseguimos trocar e prescrever medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia a muitos dos usuários hipertensos e diabéticos, alcançando o controle da doença, contribuiu também a lograr estes resultados as atividades educativas realizadas na comunidade, com as quais foram mudados estilos de vida de muitos deles, e a classificação de cada usuário de acordo com os riscos, o qual nos permitiu reajustar os tratamentos e o controle dos usuários.

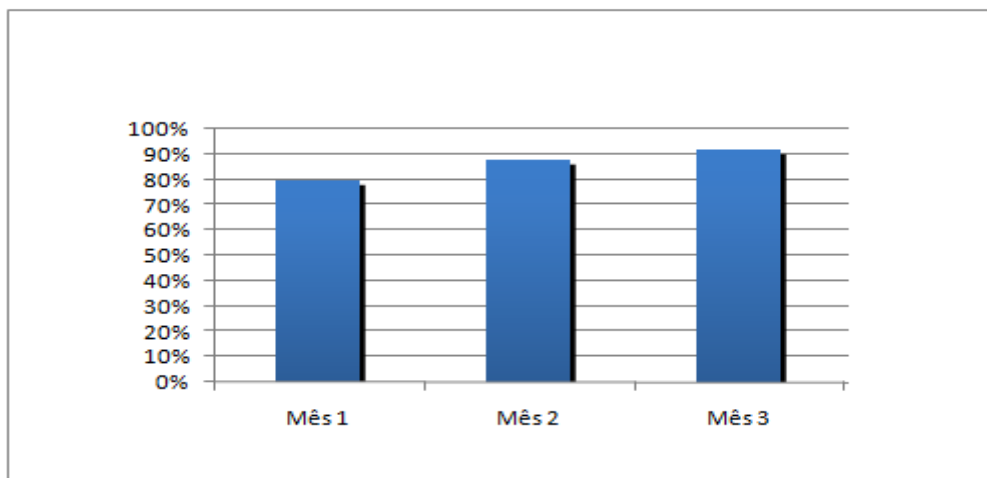


Figura 9: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

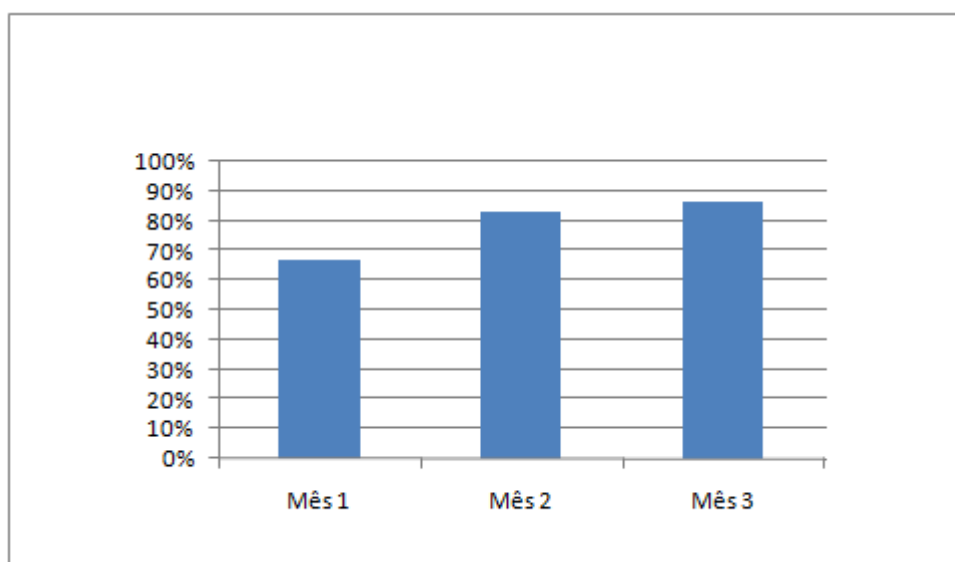


Figura 10: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade de atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

**Metas:**

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

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

A avaliação odontológica, preconizada pelo MS, foi realizada no primeiro mês em 20 (57,1%) dos 35 avaliados, no segundo mês 70 (69,3%) de 101

hipertensos avaliados, e no terceiro mês da intervenção 143 (90,5%) de 158 hipertensos. Já os diabéticos tiveram no primeiro mês essa avaliação em 3 (33,3%) de 9 diabéticos avaliados, no segundo mês 24 (66,7%) de 36 diabéticos avaliados, e no terceiro mês 44 (84,6%) dos 52 diabéticos. A maior dificuldade em relação a essa atenção foi a falta do profissional odontológico na UBS, com isso nossos usuários foram atendidos em outra UBS, e a demanda foi crescente o que dificultou a garantia de vagas para os atendimentos. Conseguimos alcançar os indicadores citados graças a uma parceria que fizemos com outra UBS da cidade para o atendimento e avaliação dos usuários hipertensos e diabéticos da área, contamos com a parceria e ajuda da dentista e auxiliar que colaboraram no agendamento de alguns de nossos usuários e às atividades coletivas implantadas na UBS (1 atividade) com a participação da equipe odontológica. O dentista da UBS Buriti, onde devem ser atendidos nossos usuários, se mostrou solícito em fazer parte e colaborar com a intervenção, mas não foi o suficiente para atingir as metas programadas e com a qualidade requerida. Embora não tenha atingido 100% nesta meta estes resultados foram muito positivos para nossa UBS, devido a grandes dificuldades de nossa população para conseguir vagas e o atendimento odontológico, vale destacar o trabalho em conjunto das agentes comunitárias e a técnica de enfermagem nos agendamentos destes usuários nas outras UBS, através de ligações e visitas às UBS, recebemos apoio da secretaria de saúde com a unidade móvel, a qual foi uma vez a UBS, conseguindo atendimentos de muitos de nossos usuários.

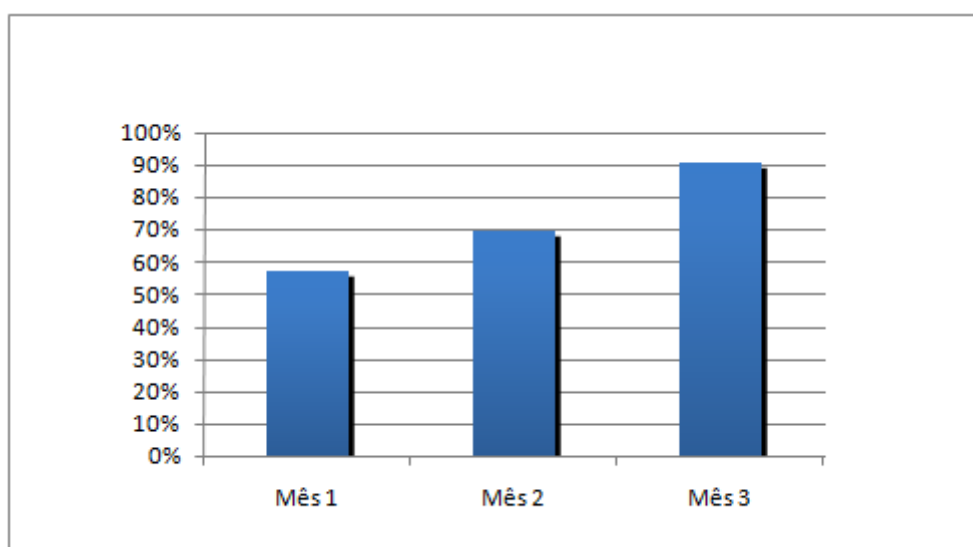


Figura 11: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

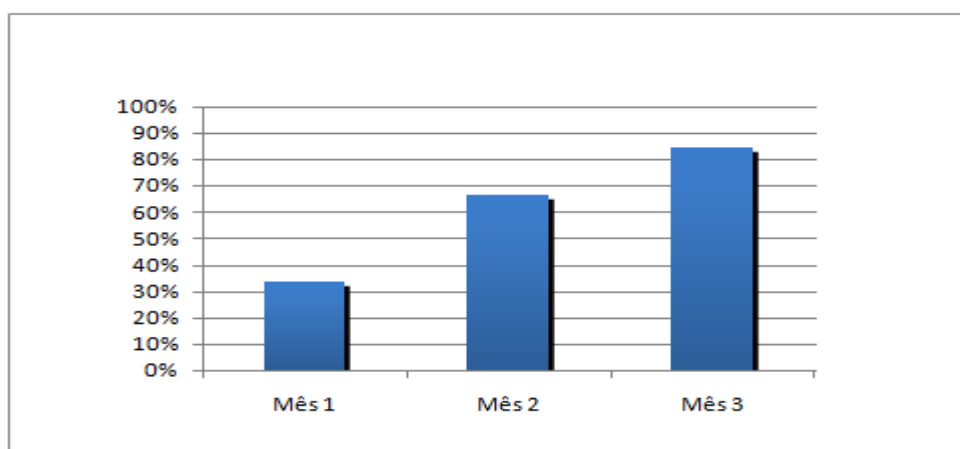


Figura 12: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

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

**Metas:**

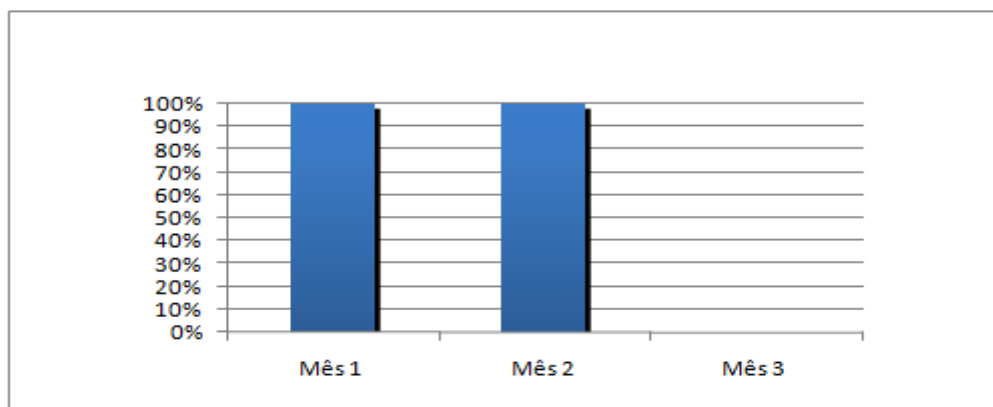
3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

Em relação à meta “buscar 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada” pôde se observar que a proporção de hipertensos e diabéticos faltosos à consulta conseguimos realizar a busca ativa dos 5 (100%) usuários hipertensos e 1 (100%) usuário diabético faltosos as consultas no mês 1, 6 (100%) usuários hipertensos e 1 (100%) diabético no mês 2, no terceiro mês não tivemos usuários faltosos, depois de realizar a busca ativa dos faltosos do mês 1 e 2, conseguimos que estes usuários fossem a consulta.

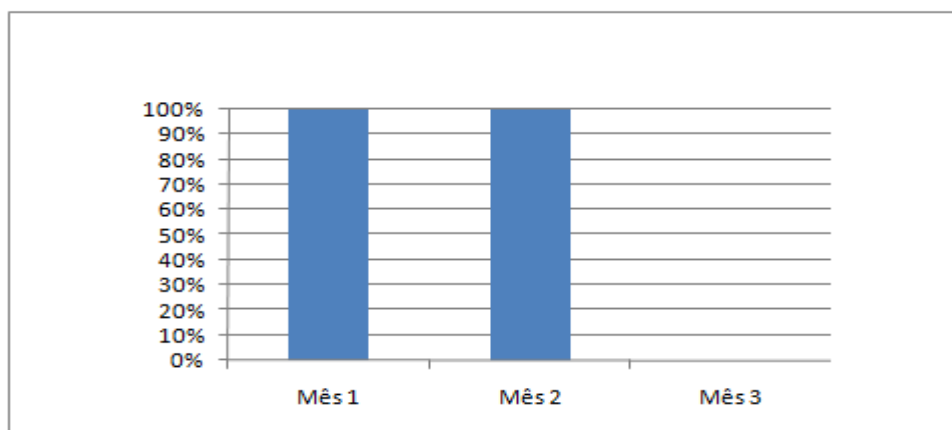
A atividade facilitadora para a obtenção desses resultados foi a busca ativa pelas ACS e a equipe toda, seu comprometimento no dia a dia com o projeto, as palestras e orientações realizadas por toda a equipe da UBS para resgatar os usuários que estavam com seu acompanhamento comprometido por absentéismo. Além disso, os principais fatores que favoreceram o resgate destes usuários foram a estabilidade da equipe na UBS, já que anteriormente não tinham equipe em tempo

integral na UBS, e os agendamentos realizados nas visitas domiciliares pelas agentes comunitárias de saúde, com o apoio da secretaria de saúde com o transporte para as visitas domiciliares e de nosso motorista do qual tivemos um apoio incondicional.



**Figura 13:** Proporção de Hipertensos faltosos à consulta com busca ativa.

Fonte: Planilha de coleta de dados.



**Figura 14:** Proporção de Diabéticos faltosos à consulta com busca ativa.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

**Objetivo 4:** Melhorar registros das informações.

**Metas:**

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

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



Em relação à meta “realizar registro adequado na ficha de acompanhamento em 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos” conseguimos atingir a meta, onde pôde se observar que 158 (100%) dos usuários hipertensos e 52 (100%) dos diabéticos contavam com um registro adequado na ficha de acompanhamento. Nos três meses da intervenção conseguimos preencher todas as fichas de acompanhamentos dos hipertensos e diabéticos adequadamente. Tivemos a facilidade de contar com tempo do material impresso – das fichas-espelhos para o registro adequado dos usuários e conseguimos completar o registro com as informações dos novos usuários cadastrados e com as informações dos usuários atendidos desde o início da intervenção. Para lograr estes resultados tivemos a contribuição da secretaria de saúde e da escola da comunidade as quais nos ajudaram na impressão dos documentos, contribuiu também toda a equipe em sua ajuda para preencher os registros e fichas espelhos dos usuários, na revisão continua das mesmas, nas visitas domiciliares onde também foram preenchidos dados, graças à capacitação realizada com a equipe sobre os preenchimentos das planilhas de coleta de dados e fichas de acompanhamentos dos usuários.

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

**Metas:**

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

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

Foi estabelecido como meta realizar estratificação do risco cardiovascular ao 100% dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde. No primeiro e segundo mês avaliamos o risco em todos os pacientes cadastrados, 35(100%) hipertensos e 9(100%) diabéticos no primeiro mês e 101(100%) hipertensos e 36 (100%) diabéticos no segundo. Nestes dois meses como todos os pacientes não tinham os exames em dia resolvi mos analisar os realizados mais recentes. Já no terceiro mês como sabíamos que seria importante avaliar certamente nossos usuários com exames realizados no período em que transcorreu a intervenção conseguimos a avaliação dos 158 (100%) hipertensos e 52 (100%) diabéticos atendendo à escala de *Framingham*, com exames feitos durante a

intervenção. Conseguimos alcançar estes resultados durante o acompanhamento contínuo dos hipertensos e diabéticos, as visitas domiciliares e persistência da equipe para a realização dos exames, e aos agendamentos realizados com o que logramos avaliar a todos os usuários.

**Objetivo 6:** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

**Metas:**

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

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

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

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

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

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

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

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

Em relação à promoção de saúde foi estabelecido como metas garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e 100% dos diabéticos, orientação em relação à alimentação saudável, à prática de atividade física regular e aos riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e 100% dos diabéticos.

As orientações sobre higiene bucal foram oferecidas a 100% dos hipertensos e diabéticos, sendo estas realizadas pelo médico, técnica de enfermagem e agentes comunitárias de saúde nas consultas, meta que foi atingida a 158 (100%) dos hipertensos e 52 (100%) dos diabéticos, apesar de não termos os profissionais odontológicos na UBS. Comportou-se da seguinte forma: No primeiro mês realizamos a orientação sobre higiene bucal a 35 (100%) hipertensos e 9

(100%) diabéticos avaliados, no segundo mês 101 (100%) hipertensos e 36 (100%) diabéticos dos avaliados, e no terceiro mês os 158 (100%) hipertensos e 52 (100%) diabéticos avaliados receberam orientação sobre higiene bucal. Conseguimos atingir esta meta no transcurso de toda a intervenção, a equipe toda, as agentes comunitárias de saúde, a técnica de enfermagem e eu como médico da UBS nas consultas médicas e nas visitas domiciliares, também fizemos atividades educativas orientando a população quanto a manter uma adequada higiene bucal, escovar os dentes corretamente, e a importância de ter um seguimento continuado com o odontólogo.

As orientações em relação às modificações do estilo de vida que incluem orientação nutricional sobre alimentação saudável, práticas de atividade física e sobre riscos do tabagismo foram realizadas para 158 (100%) dos hipertensos e 52 (100%) dos diabéticos, seja no momento da consulta de maneira privada e respeitando as particularidades de cada um, ou de maneira coletiva nas palestras realizadas antes das consultas de HIPERDIA, nas atividades de grupos, e os atendimentos pelas diferentes microáreas da UBS. Dessa forma as metas propostas foram atingidas integralmente em todos os meses da intervenção. Também contribuíram para alcançar estas metas as palestras realizadas pela nutricionista da secretaria de saúde nas microáreas da UBS e as realizadas durante o acolhimento dos usuários hipertensos e diabéticos.

As orientações em relação a práticas de atividade física regular foram realizadas também para 158 (100%) dos hipertensos e 52 (100%) dos diabéticos realizando a orientação no primeiro mês a 35 (100%) hipertensos e 9 (100%) diabéticos avaliados, no segundo mês 101 (100%) dos hipertensos e 36 (100%) dos diabéticos dos avaliados, e no terceiro mês os 158 (100%) hipertensos e 52 (100%) diabéticos avaliados receberam orientação sobre a importância da prática de atividade física regular, contribuindo toda a equipe para lograr estes resultados, através dos acolhimentos, consultas médicas, visitas domiciliares, atividades de grupos e caminhadas realizadas, e os painéis colocados na UBS e na comunidade.

As orientações sobre os riscos do tabagismo foram realizadas para 158(100%) dos hipertensos e 52 (100%) dos diabéticos, realizando a orientação no primeiro mês a 35 (100%) hipertensos e 9 (100%) diabéticos avaliados, no segundo mês 101 (100%) dos hipertensos e 36 (100%) dos diabéticos dos avaliados, e no terceiro mês os 158 (100%) hipertensos e 52 (100%) diabéticos avaliados

receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, contribuindo toda a equipe para conseguir estes resultados, através dos acolhimentos, consultas médicas, visitas domiciliares e atividades de grupos, além dos painéis colocados na UBS e na comunidade sobre os danos provocados pelo fumo.

Os resultados apresentados deslumbram diversos aspectos que estão relacionados aos processos organizativos dos serviços de Atenção Primária à Saúde, os quais estão diretamente relacionados a melhoria de condições de saúde da população, revisão de processo de trabalho, articulação com a gestão municipal, bem como iniciativas de ações intersetoriais. Os resultados serão discutidos a seguir.

## 4.2 Discussão

Com o desenvolvimento da intervenção: **"Melhoria da atenção à saúde de usuários hipertensos e/ou diabéticos na UBS Três Sinos/RS"**, primeiramente conseguimos fazer o mapeamento da área de saúde, o qual estava incompleto, conseguimos indicadores de cobertura e qualidade no trabalho que satisfazem aos integrantes da equipe de saúde e garantem o cuidado de nossos usuários, conseguimos aumentar a cobertura de hipertensos e diabéticos atendidos na UBS, com o cadastramento de um número maior de usuários com estas doenças, através da busca ativa de usuários faltosos às consultas e busca ativa de usuários com estas doenças nas micro áreas da comunidade.

Conseguimos melhorar a qualidade da atenção aos usuários cadastrados, realizando uma avaliação clínica completa e os exames complementares, assim como a estratificação do risco cardiovascular para seu seguimento adequado. Garantimos que a maioria dos usuários tivesse acesso aos medicamentos fornecido na farmácia da UBS e na farmácia popular, conseguimos aumentar a cobertura de atendimentos e avaliação odontológica dos usuários. As ações propiciaram a melhora dos registros, e uma boa adesão da comunidade á UBS e ao programa de Atenção a Hipertensos e Diabéticos, implementamos atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças, conseguindo fomentar hábitos e estilos de vida saudáveis, além da incorporação á pratica de exercício físico regular entre os usuários hipertensos e diabéticos, e diminuir em alguns e em outros eliminar os

fatores de riscos associados a essas doenças crônicas não transmissíveis, como tabagismo, alcoolismo e sedentarismo.

A intervenção foi um excelente espaço que promoveu o trabalho integrado revendo as atribuições da equipe. O acolhimento voltou a ser valorizado pelos profissionais como ferramenta fundamental na entrada dos usuários ao processo de avaliação. Para a equipe a intervenção teve grande importância já que aumentou mais ainda seus conhecimentos acerca das doenças: hipertensão e diabetes, assim como o conhecimento dos protocolos de seguimento do Ministério da Saúde para as mesmas. Facilitou a integração da equipe: do médico, técnica de enfermagem e das 3 agentes de saúde, o que impactou na melhora do trabalho em equipe, nas atividades de acolhimento aos usuários e nas atividades coletivas realizadas na comunidade durante a intervenção, e ao mesmo tempo foi o principal motor impulsor para a melhora da organização do trabalho na UBS e na comunidade.

Organizamos o agendamento dos usuários e então não só fazíamos atendimentos por demanda espontânea, realizando as consultas programadas de acordo com os protocolos de atenção aos usuários com Hipertensão e Diabetes.

A equipe passou a conhecer melhor a comunidade, suas preocupações, necessidades de saúde, e os fatores de riscos que influem negativamente na mesma, de maneira global melhoraram o trabalho da equipe com a comunidade e a inter-relação com a mesma. Para o serviço como já falei, melhorou a organização, a qualidade de atendimento aos usuários, e melhorou o aspecto estético e informativo da UBS, devido aos painéis feitos durante a intervenção.

Para a comunidade representou a acessibilidade a saúde de uma forma gratuita e com equidade e qualidade, foi um passo muito importante já que pela primeira vez foi realizado um trabalho deste tipo com eles. Novos conhecimentos foram incorporados pelos usuários hipertensos e diabéticos e a comunidade em geral que incorporou também hábitos e estilos de vida saudáveis. Com a realização das atividades educativas e de promoção e prevenção em saúde, a comunidade ficou satisfeita com a intervenção e com nosso trabalho, conseguimos avaliar e dar seguimento com qualidade a todos os diabéticos e hipertensos existentes na área, não tivemos problemas durante os agendamentos e atendimentos dos usuários na UBS, conseguimos cobertura de atenção para todos os usuários da área. Acreditamos que a intervenção representou para a comunidade a segurança de que tem pessoas preocupando-se com a saúde do povo.

Se eu fosse iniciar a Intervenção neste momento faria algumas ações diferente, primeiramente discutiria com a maioria ou toda a comunidade as ações a serem desenvolvidas, a maneira de implementação das mesmas e ouviria a opinião de toda a comunidade, assim como os objetivos e a importância destas intervenções não só para a população alvo, mas também para a comunidade de maneira geral, explicaria também o papel que tem a família como célula fundamental da comunidade e o papel que desempenha esta sobre a situação de saúde do indivíduo e a comunidade, já que a intervenção realizada agora, não foi comunicada/ou discutida ao começo com toda a população, o qual foi-se realizando no transcurso da mesma, onde a população foram incorporando-se, mas alguns deles sem saber a importância da mesma e da forma de realização da intervenção, faria a comunicação nas micro-áreas antes da intervenção para incorporar a toda a comunidade, e suas opiniões á intervenção, desde o inicio da mesma e não no transcurso.

Faria diferente também a maneira de apresentar o projeto ao gestor municipal e pessoal da prefeitura, demonstraria a importância da intervenção para a comunidade, a qual poderia ser ampliada a todo município. O projeto foi apresentado ao gestor e ao prefeito do município, o qual foi aprovado, mas não houve participação ativa do gestor municipal no projeto, nem com a comunidade, sendo de grande importância a participação dos mesmos para ouvir e atingir as demandas da comunidade quanto a saúde, apresentaria o projeto numa reunião com a comunidade e o gestor municipal, e se possível com a presença do prefeito ou vereadores, onde a comunidade possa expor as dificuldades e demandar exigências para a melhoria da atenção á saúde da comunidade.

Já demos o principal passo que é a integração da equipe e a organização do serviço, agora vamos continuar e incorporar a intervenção na rotina do serviço, agora temos mais experiências e estamos preparados para enfrentar melhor as dificuldades encontradas ao longo do trabalho cotidiano. A intervenção já está incorporada na rotina do serviço, pretendemos continuar com as pesquisas e rastreamentos destas doenças na comunidade, conscientizando a comunidade sobre a importância de controle dos fatores de riscos e a prevenção das complicações, felizmente já estão sendo instalados todos os equipamentos para o cadastramento digital dos usuários nas UBS.

Os próximos passos para melhorar a atenção à saúde no serviço seriam ter a equipe completa para melhorar ainda mais a atenção a saúde, principalmente a

equipe de odontologia. Vamos continuar trabalhando para melhorar o atendimento odontológico da comunidade, o qual foi uma das principais dificuldades encontradas ao longo da intervenção.

Pretendemos implementar o programa de prevenção e controle de câncer de colo de útero e mama, como melhora de atenção á saúde da mulher, e melhorar desta mesma maneira a atenção ao pré-natal no serviço, programas que podemos levar simultaneamente sem dificuldade, já que nossa população não é significativamente grande, e vamos continuar com busca ativa de usuários com doenças crônicas não transmissíveis na nossa comunidade.

Em suma, com o desenvolvimento da intervenção conseguimos melhorar a atenção aos hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência, cadastrando 100% dos usuários com estas doenças residentes na área, melhorando a qualidade da atenção aos mesmos, através do cumprimento das metas e realização das ações planejadas, melhorando e avaliando a saúde bucal dos usuários, oferecendo orientação sobre higiene bucal, prática de atividade física regular e os riscos do tabagismo, realizando exame clínico e exames complementares aos usuários hipertensos e diabéticos, e realizando a classificação de cada uns deles de acordo á estratificação do risco cardiovascular.

Conseguimos melhorar a organização no serviço e no trabalho cotidiano, e melhoramos a união da equipe toda, e da equipe com a comunidade, assim como ampliamos a adesão da comunidade á UBS, e conseguimos incorporar estas atividades ao cotidiano do serviço, foi uma experiência positiva e produtiva para todos em geral, a equipe, os usuários hipertensos e diabéticos e a comunidade toda.

## 5. Relatório da intervenção para gestores

Prezado Gestor,

A equipe da UBS Três Sinos, do município Santo Ângelo, esteve envolvida na realização de um trabalho de intervenção em Atenção Básica cuja população-alvo foram usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, na respectiva Unidade de Saúde. Nosso objetivo principal foi melhorar o atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência da UBS, para o qual adotamos o Caderno de Atenção Básica do Ministério de Saúde número 37 sobre Hipertensão Arterial e número 36 sobre Diabetes Mellitus, ambos do ano de 2013, que são protocolos do Ministério da Saúde mais atualizados. A atividade de intervenção foi realizada no período de três meses em conjunto com a comunidade e dirigida aos usuários hipertensos e/ou diabéticos de toda a área de abrangência.

A escolha desta população alvo deu-se mediante a relevância epidemiológica e para a saúde pública das Doenças Crônicas, em especial a Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus, as quais podem ser prevenidas, ou quando já instaladas podem ser controladas a fim de evitarem complicações, além de melhorar a qualidade de vida dos usuários, bem como diminuir as internações por condições sensíveis a Atenção Primária à Saúde e relacionadas a essas duas doenças. Definimos objetivos, metas, ações e indicadores para avaliação da cobertura destes usuários e desenvolvimos um conjunto de ações planejadas em um cronograma que com a realização delas lograríamos as propostas traçadas.

Durante a intervenção foi atingida a cobertura de 100% do programa de atenção ao hipertenso e 100% do programa de atenção ao diabético na UBS, com a realização da busca ativa em toda a população da área de abrangência da unidade de saúde. Os hipertensos cadastrados foram 158 (100%), e usuários diabéticos foram 52 (100%), sendo que ao início da intervenção tínhamos cadastrados 155



hipertensos e 52 diabéticos, onde enfocamos o trabalho em melhorar a qualidade do atendimentos a estes usuários, os quais não tinham um seguimento continuado e adequado. A intervenção contou com a participação de toda a Equipe de saúde, melhorando também a qualidade do seguimento e do registro das informações.

Foram realizadas atividades de educação em saúde nas consultas, nas visitas domiciliares e atividades de grupos com usuários hipertensos e/ou diabéticos, e com a comunidade em geral, aumentando o nível de conhecimento dos mesmos quanto a essas doenças e suas complicações. Conseguimos garantir as atividades de orientação nutricional, sobre alimentação saudável, assim como a importância da realização de atividades físicas, os danos do tabagismo, e orientação sobre higiene bucal.

A intervenção propiciou uma melhora na qualidade da atenção aos usuários cadastrados por meio da realização de exames clínicos completos, realização de exames complementares, prescrição de tratamento com os medicamentos disponíveis na UBS e na Farmácia Popular. Conseguimos aumentar a adesão dos usuários ao programa e ao acompanhamento na UBS com todas as atividades propostas no cronograma e as diferentes ações realizadas, também houve ampliação do conhecimento da população sobre estas doenças, sua prevenção, tratamento adequado, controle e sobre como evitar suas complicações.

A intervenção propiciou também, ampliar os conhecimentos da equipe de saúde sobre estas doenças e organizar melhor o trabalho com os usuários. As atribuições de cada profissional ficaram melhores estabelecidas, sendo que cada profissional sabia quais seriam suas atribuições seguindo os protocolos do Ministério de Saúde. A Equipe sabe identificar quando os usuários acompanhados estão controlados e quando não e se tem ou não uma doença cardiovascular ou complicações das mesmas.

Através da intervenção foi possível interagir mais com a comunidade, com as famílias e com o individuo doente e oferecer, promoção e educação em saúde, assim como conhecer as preocupações, as necessidades mais sentidas da população com relação a essas doenças e outras originadas por complicações delas como insuficiência renal crônica, cardiopatias, Acidente Vascular Cerebral. De forma geral, a intervenção melhorou a integração de toda a equipe no atendimento dos usuários da área da abrangência da UBS, assim como a organização de nosso trabalho na UBS.

Houve melhorias também no ambiente estético informativo da UBS. A Secretaria de Saúde garantiu a impressão dos documentos e outros materiais que precisamos para a realização da intervenção, assegurando transporte para irmos aos domicílios dos usuários que precisavam da consulta clínica e avaliação, e também, garantiram a realização de exames complementares importantes para avaliação dos usuários.

Como o apoio da gestão foi possível propiciar atendimentos especializados com cardiologistas, endocrinologistas e oftalmologistas. Estamos precisando nestes momentos mais do que nunca ter uma equipe completa para continuar com nosso trabalho na população, e ter uma equipe de atenção odontológica para prestar este serviço com qualidade á comunidade.

Temos como metas continuar com nosso trabalho com toda a população em geral e atingir todos os programas da Atenção Primária de Saúde, tais como atenção a saúde do idoso, da criança, do homem, da mulher (pré-natal, puerpério), do adolescente.

Pretendemos melhorar, com a ajuda da gestão a atenção odontológica de nossos usuários e a qualidade de vida dos mesmos com uma atenção a saúde de qualidade, humanizada e desenvolvendo ações intersetoriais, ou seja, com o apoio da gestão municipal realizarmos parcerias com serviços relacionados a educação, entidades religiosas, entidades geradoras de emprego, ampliando assim as intervenções de saúde de modo que contemple a lógica do processo saúde e doença e sua multicausalidade.

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

À: Comunidade de Três Sinos

A equipe da UBS Três Sinos do município de Santo Ângelo realizou recentemente um trabalho de intervenção que teve duração de 3 meses em conjunto com os principais líderes da comunidade e gestores do município. As ações foram direcionadas a toda a população atendida na UBS Três Sinos que tenha pressão alta (os hipertensos) e/ou diabetes.

Para a realização deste trabalho chamado de intervenção, foi feito um cronograma de atividades, no qual consiste em uma lista de ações que gostaríamos de fazer em cada semana durante os 3 meses da intervenção para melhorar a situação de saúde nos usuários hipertensos e/ou diabéticos, estas atividades como educação em saúde, a importância de realizar exercícios físicos, necessidade de comparecer às consultas na UBS para acompanhamento destas doenças, a importância de ir ao dentista para manter uma saúde bucal adequada, incluindo ainda orientações sobre todos os danos provocados pelo tabagismo, assim como a realização de treinamentos para os profissionais que trabalham na UBS para assim ampliar ainda mais os conhecimentos destes, favorecendo um cuidado de qualidade para a população.

Nosso objetivo foi ampliar a frequência dos hipertensos e diabéticos à UBS e dar-lhes um seguimento melhor e com maior qualidade. Para isto, foi necessário buscar em sua casa os pacientes que não assistiam às consultas, e incorporar-los para seu controle.

Com a realização das ações que escrevi anteriormente, no final da intervenção conseguimos oferecer seguimento a 158(100%) hipertensos e 52(100%) diabéticos da comunidade, sendo que ao início da intervenção tínhamos cadastrados 155 hipertensos e 52 diabéticos, mas não tinham um seguimento continuado e de qualidade na UBS. Eles e seus familiares receberam orientação em saúde sobre a

hipertensão arterial e diabetes. Aqueles usuários que não conseguiam chegar até o serviço de saúde foram atendidos nas residências com consultas agendadas pelas Agentes Comunitárias de Saúde( os idosos e outros menos idosos que tinham dificuldades para a locomoção até a Unidade de Saúde). Todos os hipertensos e diabéticos receberam consultas médica, avaliação quanto as suas necessidades de atendimento odontológico, em parceria com a UBS de Buriti e a UBS de Aliança na cidade, este foi um fato marcante, já que nunca tivemos na UBS e não temos atualmente equipe odontológica, o que torna este atendimento para a comunidade prejudicado.

Foram feitas atividades de orientação nutricional,prática regular de exercícios físicos, sobre os riscos do tabagismo e sobre adequada higiene bucal, que tiveram a participação não apenas de usuários hipertensos e diabéticos, mas também de seus familiares e outras pessoas da comunidade que tem o risco de desenvolver as doenças.

Com o trabalho realizado a comunidade, de forma geral, não apenas os hipertensos e diabéticos, ampliaram os conhecimentos sobre hipertensão e diabetes, sobre estilo de vida saudáveis, prevenção de complicações, controle das doenças, sobre os riscos do tabagismo e o álcool e o papel de cada um na prevenção e controle destas doenças.

A intervenção não gerou problemas para os demais usuários, ou seja, para aqueles que não são diabéticos ou hipertensos, pois eles foram atendidos adequadamente, o que não gerou problemas com os agendamentos na UBS.

A intervenção foi divulgada em quase toda a comunidade, seja nos atendimentos clínicos (consultas), nas visitas domiciliares e nas atividades de grupos das microareas e também na UBS na recepção e em sala de espera, assim como nos painéis na UBS, além disso, contamos com o apoio dos principais líderes da comunidade, os quais tiveram conhecimento e participação em todo período da intervenção.

O principal ganho que obtivemos com a intervenção, foi conseguir a assistência dos usuários e a comunidade em geral à UBS, o qual que também melhorou a inter-relação da equipe de saúde com a comunidade, a organização do trabalho na UBS e a qualidade de atenção á população.

Por enquanto, temos todas as condições para continuar trabalhando com os hipertensos e diabéticos da área e com toda a comunidade. Para isto, temos que

continuar incorporando ações educativas para a comunidade toda, realizando um maior número de palestras com os grupos criados até agora com a finalidade de integrar os diferentes programas na prevenção e promoção de saúde e também envolver os gestores municipais para que tenhamos melhorias quanto ao acesso as ações e serviços de saúde em diferentes especialidades quando indicado e também acesso em tempo hábil a exames diagnósticos. Vamos trabalhar em conjunto com a comunidade, escutando suas necessidades e demandas quanto a saúde, e assim poder priorizar as ações de saúde a serem realizadas, para o qual temos que lograr a criação do Conselho Local de Saúde na comunidade, temos que envolver representantes da comunidade em reuniões da UBS com a participação dos líderes da comunidade, onde são discutidas todas as questões referentes ao trabalho da UBS na comunidade, a organização do mesmo e o planejamento das atividades. Vamos precisar do apoio da comunidade para a divulgação das atividades realizadas na UBS, apoiar com os locais para a realização das atividades de grupo, apoio na conscientização de familiares e usuários faltosos às consultas, principalmente no Programa de Prevenção e Controle do câncer de Colo de Útero e de Mama, Atenção á mulher grávida e criança menor de 1 ano.

Para que possamos ter melhoria na saúde de Três Sinos precisamos realizar um trabalho conjunto, contamos com a comunidade, pois a equipe da UBS de Três Sinos esta a disposição e muito engajada para que os atendimentos sejam de qualidade e realizados continuamente, agradeço o apoio prestado pela comunidade e seus líderes comunitários ao longo da intervenção.

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

Ao longo do curso de especialização em saúde da família, o meu desenvolvimento foi ótimo com relação às expectativas iniciais, posso afirmar que alcancei minhas expectativas, no início do curso não valorizava a importância do mesmo, na medida que fui desenvolvendo a intervenção compreendi porque era importante para nosso trabalho de medicina de família.

Com a ajuda do curso, do trabalho de intervenção, e através das ferramentas oferecidas pela universidade nossa equipe conseguiu identificar os principais problemas de saúde da comunidade, planejar ações de intervenção e executar as mesmas na população, com as quais obtivemos resultados positivos. Conseguimos ter uma visão mais ampla para abordar os principais problemas de saúde e trabalhar nos diferentes programas de Atenção Primária, que inicialmente, o meu foi no atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos, e que vamos ampliar para toda a comunidade em outros programas e ações programáticas. Conseguimos através do curso e do projeto de intervenção melhorar a atenção à nossa população, melhorar a organização do trabalho em equipe e no serviço.

O curso de especialização e o trabalho de intervenção foram experiências muito importantes para meu trabalho aqui no Brasil e minha prática profissional, primeiramente ao longo do mesmo incorporei novos conhecimentos para minha prática profissional e pessoal, melhorei significativamente a gramática com relação à língua portuguesa, graças à ajuda de minha orientadora, incorporei os conhecimentos para desenvolver ações de intervenção na comunidade, as bibliografias oferecidas foram de muita ajuda para a abordagem de patologias, e o conhecimento dos protocolos implementados pelo Ministério da Saúde aqui no Brasil, o curso me ofereceu as ferramentas para a organização do trabalho na comunidade, com os agendamentos, a realização dos grupos e atividades com os

mesmos, e o seguimento dos usuários de forma integral, nos ofereceu o material para realizarmos o cadastramento da população e seu seguimento adequadamente, a intervenção melhorou meu nível de engajamento com a comunidade, já que conheci mais de perto toda minha comunidade, o significado para mim, resumindo me tornei melhor médico e melhor pessoa.

## REFERÊNCIAS

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

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

BRASIL, Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica-Hipertensão Arterial OU Diabetes Mellitus. No19. Brasília-DF. 2013, pág. 81 (Cadernos de Atenção Básica- N.o 19, Brasília-DF, 2013c.



## Apêndices

## Apêndice A – Fotos da Intervenção



Atividade de grupo na Unidade Básica de Saúde



Palestra sobre orientações nutricionais para a comunidade.



Palestra sobre orientações nutricionais para a comunidade.



Visita Domiciliar na comunidade (usuário hipertenso).





Atendimento na UBS.



Entrega de medicamentos e atividade de grupo em um micro área da UBS.



Almoço na comunidade.

## **ANEXOS**

## Anexo A - Documento do comitê de ética



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

---

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

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

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

Prezada Pesquisadora;

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

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









## Anexo D -Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, Osmany Rodriguez Frómeta , médico (RMS /RS), 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