

**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 da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Mormaço, Mormaço/RS**

**Yaritzza Leyva Negreira**

**Pelotas,  
2015**

**Yaritza Leyva Negreira**

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Mormaço, Mormaço/RS**

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

Orientador: Fabiana Barros Marinho Maia

**Pelotas,  
2015**

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

N385m Negreira, Yaritz Leyva

Melhoria da Atenção a Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na Unidade Básica de Saúde Mormaço, Mormaço/Rs. / Yaritz Leyva Negreira; Fabiana Barros Marinho Maia, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

91 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. Maia, Fabiana Barros Marinho, orient. II. Título

CDD : 362.1499

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, meu guia, socorro bem presente na hora da angústia e a minha querida mãe, mulher batalhadora.

## **Agradecimentos**

A Deus, por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

A esta universidade, seus professores, direção e administração que me permitiram viver essa experiência.

Ao minha orientadora Fabiana Barros Marinho Maia, pelas suas correções e incentivos a continuar adiante.

Agradeço a minha mãe Maria Cecília Negreira Pena, que me deu seu apoio e forças nas horas difíceis de desânimo e tristeza.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação neste curso, o meu muito obrigado.

## Resumo

NEGREIRA, Yaritza Leyva. **Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus, na UBS Mormaço, Mormaço/ RS.** 2015. 91f. 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.

Nos últimos anos, o Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial têm sido reconhecidos como problemas de saúde pública. A importância destas doenças está crescendo em razão do aumento da sua prevalência e incidência, com consequentes repercussões, traduzidas em mortes prematuras pelas suas complicações; porém é considerado um problema de saúde que deve ser priorizado na Atenção Primária para evitar mais hospitalizações e mortes. Por esse motivo foi implementando uma intervenção com o objetivo principal de melhorar a atenção à saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, na Unidade Básica de Saúde Mormaço, pertence ao município Mormaço/ RS. Atualmente há 614 hipertensos e 176 diabéticos residentes na área de abrangência da UBS segundo valores do CAP, e o atendimento a esses usuários ocorre em todos os dias da semana e em ambos dos turnos de funcionamento da unidade; e durante a manhã conforme a programação de consultas nos postos de atendimento no interior, para possibilitar uma melhor assistência a comunidade, e muitas das ações proposta para a intervenção já vem sendo realizadas como rotina pela equipe na ESF, como atenção e cadastramento de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA), palestras e ações educativas em grupo, entre outras. A intervenção realizada teve duração de 12 semanas, sendo implementada no mês de Maio e finalizada em Agosto do ano 2015, na qual teve como foco a assistência aos usuários maiores de 20 anos de idade portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus residentes na área de abrangência da UBS. A quantidade geral de pessoa com hipertensão acompanhados durante a intervenção correspondeu a 240(39.1%). E em relação aos usuários diabéticos, a quantidade geral de diabéticos acompanhados durante esse período foi de 47(26.7%). Dentre as principais ações realizadas pela equipe durante esse período destaca-se o mapeamento hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular, promoção da saúde de hipertensos e diabéticos, capacitações para a equipe conforme preconizações do Ministério da Saúde. A intervenção propiciou uma melhora significativa na qualidade da atenção da população alvo e também nos registros desta ação programática. Trouxe impactos positivos para a equipe, pois abriu espaço para novos conhecimentos, permitiu à busca coletiva de soluções e a participação conjunta em atividades. Os usuários acompanhados mostraram sua satisfação com o atendimento.

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

## Lista de Figuras

- Figura 1 Gráfico da proporção da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na Unidade Básica de Saúde. Município 73 Mormaço/RS. Ano 2015.
- Figura 2 Gráfico da proporção da cobertura do programa de atenção ao diabético na Unidade Básica de Saúde. Município 73 Mormaço/RS. Ano 2015.

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

<b>ACS</b>	Agente comunitário da Saúde
<b>AIDS</b>	Vírus da Imunodeficiência Humana
<b>CEO</b>	Centro de Especialidades Odontológicas
<b>CRAS</b>	Centro de Referência de Assistência Social
<b>DM</b>	Diabetes MellituS
<b>EaD</b>	Educação a distância
<b>ESB</b>	Equipe de Saúde Bucal
<b>ESF</b>	Estratégia da Saúde da Família
<b>HAS</b>	Hipertensão Arterial Sistêmica
<b>HIV</b>	Vírus da Imunodeficiência Humana
<b>NASF</b>	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
<b>PACS</b>	Programa dos Agentes Comunitários da Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TB</b>	Tuberculose
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UFPeI</b>	Universidade Federal de Pelotas
<b>UNASUS</b>	Universidade Aberta do SUS
<b>VDRL</b>	Venereal Disease Research Laboratory
<b>HIPERDIA</b>	Sistema de cadastramento e acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos.

## Sumário

Apresentação .....	10
1 Análise situacional.....	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS em 14/08/2014 .....	11
1.2 Relatório da Análise situacional em 04/11/2014.....	13
1.3 Comparativo entre o texto inicial e o relatório da análise situacional. ....	32
2. Análise Estratégica.....	32
2.1 Justificativa.....	32
2.2 Objetivos e Metas.....	355
2.2.1 Objetivo Geral .....	355
2.2.2 Objetivos específicos.....	355
2.3 Metodologia.....	377
2.3.1 Detalhamento das ações.....	37
2.3.2 Indicadores.....	522
2.3.3 Logística.....	599
2.3.4 Cronograma....	622
3 Relatório da Intervenção .....	63
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	63
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	69
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	70
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	70
4 Avaliação da intervenção .....	71
4.1 Resultados .....	71
4.2 Discussão.....	79
5 Relatório da intervenção para gestores.....	82
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	85
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem .....	86
Referências .....	88
Anexos .....	89

## **Apresentação**

O presente trabalho foi realizado como parte das atividades do Curso de Especialização em Saúde da Família, Ensino à Distância (EaD), da Universidade Aberta do SUS em parceria com a Universidade Federal de Pelotas.

A nossa intervenção em saúde teve como objetivo Melhoria da atenção à saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, na Unidade Básica de Saúde Mormaço, Mormaço/ RS e teve uma duração de 12 semanas. Este volume engloba a **análise situacional** na UBS Mormaço, com a descrição da situação da atenção primária e estratégia de saúde da família no município, dos principais problemas detectados no serviço e a relação entre eles; a **análise estratégica**, que é o projeto de intervenção; o **relatório da intervenção** que descreve os principais aspectos da implementação das ações propostas; o relatório dos **resultados da intervenção** que aborda a análise qualitativa e quantitativa dos resultados obtidos; os **relatórios da intervenção para os gestores e para a comunidade** e a **reflexão crítica** sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso, ressaltando a importância para a qualificação do trabalho da equipe e a melhoria para a comunidade além das **referências** e dos **anexos**.

O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início em Maio de 2015 e finalizou em Agosto de 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

## **1 Análise situacional**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS em 14/08/2014**

Desde Maio de 2014, trabalho na Unidade Básica de Saúde (UBS) Mormaço, no município que leva o mesmo nome da UBS; localizada na zona rural. O perfil da população, quanto ao trabalho, é meramente agricultor, predominando atividades nas plantações de trigo, milho e soja, muitos falam que não se pode cultivar outro tipo de produtos porque as terras são muito secas e áridas e nesta temporada de inverno, as plantações de alface, tomate, soja se estragam com facilidade. O nível de escolaridade não é muito elevado, a maioria não terminou o ensino médio e tem outros que ainda hoje são analfabetos, quanto a composição etária, a maioria é idoso.

Esta UBS foi reformada em 2003 e atualmente encontra-se com boas condições de estruturas e de organização, as salas e consultórios estão bem dispostas e organizadas com o tamanho adequado, por exemplo, o consultório de Ginecologia, tem o banheiro incluído possibilitando que as usuárias tenham mais privacidade no momento das consultas. Prestamos serviços desde segunda-feira até sexta-feira, para toda a população do centro e do interior do município, que são no total 2749 usuários. Os atendimentos são realizados por consultas agendadas assim como por demanda espontânea. Por exemplo, o acolhimento dos usuários que precisam de procedimentos que não são considerados de urgência, tais como odontológicos, fisioterapia, Fonoaudiologia, Pediatria, Ginecologia e Traumatologia, são agendadas sempre por uma recepcionista. Os prontuários dos usuários são arquivados por famílias, mas como em nossa UBS já estamos trabalhando com o prontuário eletrônico, a recepcionista marca consulta para cada usuário na agenda do médico correspondente a especialidade de atendimento. Além disso, sempre é realizado atendimento para estas especialidades em caso de alguma urgência. No caso dos curativos e das consultas com os médicos clínicos gerais, são realizados por demanda espontânea.

Em nossa área de abrangência, também existem quatro postos de saúde no interior do município, situados em Santo Antônio, São Miguel, Posse Godoy e Água Branca para onde me desloco e dou consultas em companhia do farmacêutico, de segunda-feira a quinta-feira pelas manhãs. Este

deslocamento do profissional facilita a acessibilidade dos usuários ao serviço de atendimento na UBS Mormaço.

Além disso, faço visitas domiciliares pelas tardes de segunda-feira e quarta-feira aos usuários acamados, idosos e com incapacidades, conforme as programações. Nesses mesmos dias são realizados os encontros com os grupos de usuários com hipertensão arterial e diabetes melitus onde fazemos ações de promoção de saúde em companhia de outros profissionais da saúde, tais como o Odontólogo, Psicólogo e outros. Nestes encontros percebi pouca frequência dos usuários, realizei entrevistas com eles para saber o motivo e muitos informaram estarem desmotivados a participar, pois acham as reuniões monótonas, pouco divertidas, apesar de instrutivas.

Tenho consultas programadas também, nas tardes de terça-feira e quinta-feira na UBS, que no início tinha como proposta apoiar o serviço assistencial, mas com o tempo, realizando esse apoio, identifiquei muitos usuários com doenças crônicas e pessoas idosas sem um seguimento adequado, então, agora aproveito este espaço para atuar no melhor controle da condição de saúde desses indivíduos. As principais doenças que prevalecem na população que frequenta a UBS são as crônicas; como a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus, as transmissíveis nesta época do ano, são aquelas respiratórias por causa do clima frio e úmido.

No caso das gestantes e puérperas é a Ginecologista quem dá o seguimento em consulta assim como o Pediatra as crianças.

Não temos convenio com as universidades e nossa rede de apoio é o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). Os exames complementares tais como de coleta de sangue, urina e fezes são realizados as quartas-feiras pelo pessoal de laboratório na mesma cidade de Mormaço, em uma sala específica. Os outros exames, de maior complexidade são feitos em hospitais da Cidade Passo Fundo e Soledade, através do deslocamento dos usuários em transportes da UBS.

Nossa equipe de saúde é composta por: dois médicos Clínicos Gerais, um deles sou eu, que estou diretamente na Estratégia da Saúde da Família (ESF), também têm 1 Ginecologista, 1 Pediatra, 1 Traumatologista, 2 Dentistas, 2 Fisioterapeutas, 2 Auxiliares de saúde bucal, 2 Enfermeiros, 8 Técnicos em enfermagem, 2 Farmacêuticos e 2 profissionais de serviços gerais. Além disso,

conta com 1 fonoaudióloga, 1 Psicóloga, 1 Nutricionista e 2 assistentes sociais, assim como 6 agentes comunitários de saúde as quais são uma fortaleza para nosso trabalho na ESF.

Nossa equipe faz reuniões a cada mês, na sala de reuniões na Unidade Básica de Saúde, a mesma é presidida pela Secretária de Saúde e pela responsável do Programa (ESF). Nessas reuniões se debatem os diferentes temas propostos do mês, deficiências encontradas no mês anterior, as preocupações dos integrantes, e se distribui o próximo trabalho programático a realizar. Considero que existe unidade no trabalho, cada qual se esforça para alcançar um melhor atendimento a população, essa é minha impressão no momento atual.

A população tem uma boa opinião sobre o trabalho desenvolvido pela equipe da UBS, sempre participa das atividades desenvolvidas e suas opiniões são levadas em conta na toma de decisões, assim como as queixas são resolvidas o mais breve possível. Temos participação e intercâmbios mútuos com instituições locais e comunitárias, tais como as escolas, igrejas, creches e comércios, através de atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças, vigilância epidemiológica, entre outras.

## **1.2 Relatório da Análise situacional em 04/11/2014**

Mormaço é um município localizado no Estado Rio Grande do Sul; possui uma área total de 146109 Km<sup>2</sup> e uma altitude de 410 metros. Seus municípios limítrofes são Soledade, Espumoso, Tio Hugo e Vitor Graeff que pertencem à microrregião Soledade e à mesorregião Noroeste rio-grandense. Mormaço possui uma Unidade Básica de Saúde com Estratégia da Saúde da Família que oferece atendimento a um total de 2749 habitantes, possui como rede de apoio o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), porém não tem disponibilidade do NASF nem do CEO.

O município tem disponibilidade de atenção especializada com especialistas tais como em pediatria, ginecologia, traumatologia, fonoaudiologia, psicologia, fisioterapia, clinico geral e odontologia. Os convênios efetuados pelo SUS são com o Hospital Frey Clemente da cidade de Soledade, onde são encaminhadas as urgências médicas dependendo dos protocolos estabelecidos de atuação profissional e os internamentos dos

usuários se precisaram dos mesmos. Além disso, dispõe também do Hospital São Vicente de Passo Fundo na realização de avaliações por outras especialidades ou estudos complementares. A realização dos estudos complementares não é realizada na UBS, pois não tem sala preparada para isso, porém são colhidas amostras de sangue, urina e fezes às quartas-feiras pelo pessoal de laboratório de Soledade em outro local adaptado na mesma cidade com bom acesso a todos os usuários.

Esta Unidade Básica de Saúde (UBS) é um local adaptado de localização urbana, a mesma foi reformada em 2003 e atualmente encontra-se com boas condições de estruturas e de organização. As salas e consultórios estão bem dispostos e organizados com o tamanho adequado. Prestamos serviços desde segunda-feira até sexta-feira para toda a população do centro e do interior do município. Em nossa área de abrangência, também existem quatro Unidades de Saúde no interior do município, situados em Santo Antônio, São Miguel, Posse Godoy e Água Branca para onde me desloco e dou consultas em companhia do farmacêutico, de segunda-feira a quinta-feira pelas manhãs. Este deslocamento do profissional facilita a acessibilidade dos usuários ao serviço de atendimento na UBS Mormaço. A UBS não tem vínculo com as instituições de ensino sendo o modelo de atenção o da Estratégia da Saúde da Família.

Temos apenas uma equipe de saúde a qual é composta por: dois médicos Clínicos Gerais, um deles sou eu, que estou diretamente na Estratégia da Saúde da Família (ESF), também tem 1 Ginecologista, 1 Pediatra, 2 Dentistas, 2 Fisioterapeutas, 2 Auxiliares de saúde bucal, 2 Enfermeiros, 8 Técnicos em enfermagem, 2 Farmacêuticos e 2 profissionais de serviços gerais. Além disso, conta com 1 fonoaudióloga, 1 Psicóloga, 1 Nutricionista e 2 assistentes sociais, assim como 6 agentes comunitários de saúde as quais são uma fortaleza para nosso trabalho na ESF.

Considero que a Unidade Básica de Saúde, além de ser um local bem adaptado, cumpre com a maioria das normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, pois possui mais de 1 ambiente para os arquivos dos prontuários dos usuários, além disso tem uma sala de espera com uma capacidade para reunir mais de 30 pessoas, com cadeiras confortáveis, onde é realizado o acolhimento dos usuários e espera para a triagem e a consulta marcada.

Também conta com uma sala de vacinas estruturada, com uma localização que evita o trânsito dos usuários nas demais dependências da UBS, uma sala de nebulização, de curativos e procedimentos de enfermagem, uma farmácia com armazenamento dos medicamentos, dois consultórios com sanitários e um consultório odontológico com um equipamento com uma área específica para o compressor, exatamente de acordo com o estabelecido nas normas. Além disso, tem uma Copa e cozinha para uso de todos os funcionários nos horários de descanso e lanches. Conta com um depósito de limpeza, uma sala de recepção, lavagem e descontaminação de material, outra sala de esterilização e estocagem de material tem abrigo para resíduos de sólidos e depósitos para o lixo não contaminado. Todas as paredes internas e os pisos da UBS são de superfícies lisas e laváveis, as janelas são de alumínio e laváveis, todas as portas também são laváveis e possuem puxadores do tipo de maçaneta de alavanca. A única sinalização visual que existe dos ambientes é através das figuras, não existindo assim sinalizações pelo sistema Braille, auditivas e/ou sonoras. Todos os consultórios são compartilhados pelos profissionais da equipe e possuem condições e tamanho adequado para realizar atendimento com qualidade.

A Unidade Básica de Saúde possui depósito de lixo não contaminado fechado, o que protege contra roedores e outros vetores. A coleta desse lixo é feita por uma empresa privada, uma vez por semana, com a separação do lixo orgânico do lixo reciclável. Os resíduos sólidos possuem abrigo com separação dos resíduos comum dos resíduos biológicos. Esses resíduos também são recolhidos pela mesma empresa privada e com a mesma frequência do lixo não contaminado, uma vez por semana. Embora não exista uma equipe da UBS encarregada pela manutenção de equipamentos, existe um convênio anual com uma equipe de Passo Fundo que realiza a revisão e calibragem de balanças, espiromômetros e outros aparelhos em geral.

O prédio é adequado para o acesso de pessoas portadoras de deficiências, sem degraus e com rampas, o que facilita e possibilita a entrada delas na UBS. Os banheiros possuem espaços suficientes para manobras de aproximação de usuários em cadeira de rodas e as portas são adequadas.

Entre as limitações na estrutura física que eu observei estão:

Não existe um mapa de área geográfica de abrangência do serviço na UBS. Considero que é de vital importância ter em nossa Unidade Básica de Saúde (UBS) este mapa, com todas as características da população e área geográfica em geral, para acrescentar esse conhecimento à população em geral e aos funcionários para garantir um melhor planejamento das atividades da UBS. Proposta: Coordenar com a Secretaria de Saúde, a confecção do mapa da área de abrangência, com o apoio e a ajuda dos Agentes Comunitários de Saúde e da população em geral, pois suas ideias estarão baseadas no melhor conhecimento da área.

Os lavatórios e as pias da UBS possuem torneiras com fechamento que não dispensa o uso das mãos. Considero que isto impossibilita usuários deficientes motores a utilizarem os mesmos, proporcionando assim um ambiente não autônomo para eles. O fato de que não conseguirem realizar atividades tão cotidianas e normais da vida, pode ser desagradável e trazer consequências negativas para a vida dessas pessoas, principalmente em relação aos aspectos psicológicos.

Não existem corrimãos na rampa e corredores para auxiliar o acesso de usuários com mobilidade reduzida. Considero que não cumpre com as normas de acessibilidade da ABNT, onde refere que os locais de utilização pública e privada de uso comunitário, devem ser adaptados, com o objetivo de promover a maior acessibilidade possível aos indivíduos.

Apesar de a UBS ser um local adaptado, existem vários aspectos que se podem mudar, porém eu proponho a realização de uma avaliação em conjunto com toda a equipe de saúde, a população, principalmente os representantes da comunidade e os agentes comunitários de saúde, para a confecção de um documento que refletira no mesmo, e com o apoio de todos. Então seria marcada uma conversa entre alguns representantes da UBS e população com a Secretaria de Saúde e o Prefeito do município, apresentando uma proposta de mudanças na estrutura da UBS para adaptar o que precisa de acordo com as normas e diretrizes existentes. Tudo isso seria feito com o intuito de se conseguir a aprovação para realização das mudanças necessárias, para que no ano próximo pudessem ser realizadas.

Não temos uma câmera fotográfica ou filmadora porque as mesmas estão com defeito; acredito que é importante o uso das mesmas para registrar

encontros na comunidade em palestras, encontros com os Grupos de Hiperdia, assim como nas visitas domiciliares. Divulgar nosso trabalho é importante, por exemplo, em jornais de outros municípios. Recentemente tivemos uma ideia de fazer um pequeno Jornal de Saúde em nosso município pequeno, para ser divulgado entre os habitantes do mesmo, com tópicos simples, com o objetivo de informar a população. Por enquanto, para tomar fotos e vídeos usamos celular ou alguma câmera particular. Para resolver essa situação, a equipe de saúde, na próxima reunião, poderia avaliar o tema em conjunto com a Secretaria de Saúde, para a aprovação da compra das mesmas, ou talvez, uma câmera que tenha as duas opções.

Outra dificuldade que identifiquei foi à ausência de cadernetas do adolescente e do idoso, porém escrevemos no prontuário normal igual como qualquer outro usuário. Eu acho pouco proveitoso, pois toda essa informação fica arquivada em nosso sistema eletrônico, com um modelo diferente aos modelos oficiais que apresentam os documentos impressos, onde o Profissional pode ver de maneira consecutiva o desenvolvimento destes usuários. Além disso, nessas cadernetas tem muitos temas instrutivos e simples com os quais o usuário aprende de seu corpo, suas mudanças, dependendo da idade, sua saúde e muito mais, essa é outra maneira de fazer a saúde com linguagem subliminar.

No que diz respeito à relação de medicamentos definidos no Elenco de Referencia Nacional de Medicamentos e Insumos complementares para Assistência Farmacêutica na Atenção Básica; na Unidade Básica de Saúde que trabalho existe boa disponibilidade de medicamentos. Entretanto, o mesmo não é observado com aqueles fármacos fitoterápicos e homeopáticos, pois nenhuns dos medicamentos relacionados na lista do questionário estão disponíveis. Em meu trabalho em consulta somente usei a Castanha da Índia e o Plantago Ovata. O problema fundamental é que os médicos anteriores que trabalhavam aqui nunca prescreviam os mesmos, assim, esses medicamentos se estragavam e se perdia o dinheiro com a compra desnecessária, já que não eram prescritos. Agora, pouco a pouco, tento conseguir implantar através da orientação aos funcionários e usuários em geral, o conhecimento da importância de usar este tipo de medicina natural que provoca menos riscos, é mais barata e mais fácil de adquirir para todos.

Outra dificuldade que identifiquei foi que não realizamos testes rápidos de HIV e VDRL. Até o momento não temos incidência ou prevalência de usuários com doenças de AIDS ou Sífilis em nosso município, mas eu suspeito que a ausência de casos pode ser pela falta de pesquisa correta de usuários, ou seja, pela falta de acesso a teste diagnóstico, assim, provavelmente há sub-registro dessas doenças. Considero que esses testes são uma ferramenta importante para nosso trabalho na Atenção Básica, como são exames rápidos, se ganha tempo tanto para o usuário como para o profissional, e com um diagnóstico precoce, a conduta e evolução do usuário vai ser a melhor sempre. Em entrevista realizada com a responsável da Estratégia da Saúde da Família, ela me informou que a razão pela qual não se realizavam os testes era porque a Sexta Coordenadoria de Passo Fundo ainda não tinha indicado a capacitação para nossa equipe. Minha proposta é acordar com a secretaria de saúde e a responsável do programa da Estratégia da Saúde da Família uma solicitação para a Sexta Coordenadoria para a realização de uma capacitação sobre a realização dos testes.

A Unidade Básica de Saúde de Mormaço e sua equipe de saúde, em minha opinião; reúne a maioria das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) estabelecidos na PORTARIA Nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011. São feitos atendimentos de urgências e emergências, estas são manejadas com a estabilização do usuário e o posterior encaminhamento para o hospital de referência Frei Clemente, no município Soledade, cumprindo com os protocolos de atuação para cada caso em questão.

Quanto ao processo do trabalho na Unidade Básica de Saúde Mormaço, posso dizer que considero de máxima importância acrescentar a diversidade dos grupos na comunidade de Mormaço tais como de Adolescentes, Aleitamento Materno, Combate ao Tabagismo, Idosos, Portadores de sofrimento psíquico, Saúde da Mulher, entre outros que ainda não estão criados em nossa Unidade Básica de Saúde. Esta ação oferecerá um serviço de saúde mais prioritário e diferenciado na comunidade através da realização de atividades de promoção e prevenção melhorando a vida dos mesmos usuários. Nesses grupos é importante que a pessoa queira ter uma mudança

na vida deles, eu acredito que o primeiro passo deve ser da própria pessoa, não adianta incluir uma pessoa ou falar para ela que tem que ir a UBS e participar de um grupo para deixar de fumar, para emagrecer, para diminuir os níveis de colesterol e triglicérides, eu acho que é uma escolha individual. Para a participação da pessoa nesses grupos, temos que falar sobre o assunto com as pessoas assim que elas chegam a UBS, independentemente de qual seja o motivo que a levou a procurar ajuda ou informação. Temos que ter o conhecimento das ações de saúde que são realizadas em cada grupo e explicar aos usuários em que consistem, os horários e informações necessárias. Assim, os usuários poderão definir se querem ou não participar desses grupos. Quanto mais motivada esteja a pessoa, mais mudanças vão acontecer em sua vida pessoal e seu estilo de vida.

Até hoje, somente trabalhamos continuamente com grupos de HIPERDIA com ações programáticas, destinadas a mudar modos e estilos de vida, mas é importante lembrar que existem outros grupos prioritários que também são importantes; porém, metas como diminuir a gravidez na adolescência, as doenças de transmissão sexual nessa idade, diminuir a incidência de usuários do tabaco, outras drogas, melhorar a vida dos idosos, são prioritárias para meu trabalho.

Eu penso que está faltando mais pesquisa ativa para identificação de pessoas possíveis para compor os grupos. São necessárias ações de busca em cada consulta, na visita domiciliar, ampliar mais as perguntas individuais e familiares para saber mais de cada usuário, de suas vidas e seus comportamentos, para poder abranger um grupo maior de pessoas. A consequência de não saber o problema individual de cada usuário diminui o poder de intervenção sobre ele, diminui a qualidade da ajuda que poderíamos dar para que ocorresse uma mudança e melhora na vida dele. Quando desconheço quais problemas afetam a comunidade, como consequência, torno meu trabalho menos efetivo, não fornecendo todas as informações que poderia, assim como não desenvolvendo um plano de ações voltadas para esses problemas. Considero muito importante estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no

enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços.

Esta é uma dificuldade encontrada em minha Unidade Básica de Saúde, onde ainda os profissionais não promovem a participação da comunidade no controle social e não se identificam parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe. Minha opinião é; que estas são ferramentas indispensáveis para a identificação dos problemas que afetam tanto nossa área de abrangência como aqueles usuários que moram nela, assim; em contrapartida, a população que também faz parte fundamental ao conhecer suas necessidades, ajudaria a solucionar os mesmos com uma maior resolutividade, por tal motivo, não estamos alcançando, neste aspecto, a essência da Atenção Básica.

Para que exista maior participação popular na UBS, não podemos limitar o trabalho só à área de abrangência, temos que levar o trabalho à comunidade, fazer ações fora do espaço físico da UBS, como reuniões individuais nas microrregiões que compõem a UBS, fazer palestras em horários que as pessoas estejam fora do trabalho, falar sobre as ações que fazemos na UBS, que o trabalho não se limita só ao tratamento de doenças, prescrição de medicamentos, mas que o trabalho desenvolvido pela equipe de saúde da UBS também é de promoção da saúde e de prevenção de doenças e seus agravos.

Além disso, o resultado de que não se realizem atividades de qualificação ou fortalecimento do controle social, sem focalização das mesmas, debilita nosso serviço de saúde que deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde de nossa população e minorar seus danos e sofrimentos. Estas são diretrizes essenciais que completariam e incrementariam a qualidade de nossos serviços de saúde.

Na conversa com a equipe de trabalho, cheguei à conclusão de que nesta ocasião as principais limitações encontradas foram as anteriores, que podemos resolver as mesmas se todos estão engajados com a saúde da nossa população, já que somos os principais responsáveis pela mesma, procurar resolvê-las com nosso atuar diário e com apoio econômico da prefeitura do município. Além disso, consultar a Secretaria de Saúde, já que os gestores podem ter opções e ideias mais efetivas para solucionar estas deficiências.

Em minha UBS, como só temos uma equipe da Estratégia da Saúde considero que é adequado ao tamanho da população da nossa área de abrangência, com um total de 2479 habitantes, distribuídas em 1396 habitantes do sexo masculino e 1353 habitantes do sexo feminino representando assim uma densidade demográfica de 18.7 Hab/Km<sup>2</sup>.

Quanto ao acolhimento ao usuário na UBS, deve-se primeiramente considerar que o acolhimento deve formar parte da educação, da preparação, deve constituir um princípio presente em todos os profissionais que queremos brindar uma assistência de qualidade.

O acolhimento forma parte da humanização do pessoal que trabalha com pessoas que precisam ajuda a informação, não só na saúde, sem não, em qualquer serviço. Dar um bom acolhimento garante uma melhor aceitação por parte de nossos usuários e ao escutar qual é o verdadeiro problema o que precisam ser ajudados, garante uma maior resolutividade desses problemas. O acolhimento além de ter possibilidades tem também dificuldades, primeiro precisa de um profissional bem capacitado, educado, disposto a escutar, a ajudar e querer mudar, porém, um problema objetivo que temos, na Unidade Básica de Saúde, é que o primeiro acolhimento do usuário é realizado pela recepcionista, no primeiro plano, e às vezes pelo profissional de enfermagem que se encontra disponível no dia. Não temos uma equipe criada, qualificada, que garanta o acolhimento de qualidade. Realiza-se uma triagem das demandas espontâneas dos usuários que chegam a solicitar os serviços de saúde. Para acolher a demanda espontânea, temos uma estrutura física e ambiência adequadas, como sala de espera (para que os usuários possam aguardar confortavelmente diminuindo seus sofrimentos), consultórios (para qualificar as condições de escuta e respeitar a intimidade dos usuários) e sala de observação (para permitir o adequado manejo de algumas situações mais críticas ou que requerem período maior de intervenção ou acompanhamento) e todos são atendidos com qualidade e estão satisfeitos do nosso serviço.

Considero muito importante, além de ter só uma Equipe da Estratégia da Saúde, por ser um município pequeno, criar uma equipe para realizar um acolhimento humanizado, uma equipe que intercambie ideias, conhecimentos, sobre avaliação e classificação de riscos biológicos, vulnerabilidade social, onde cada integrante aprenda com os outros, que assimilem suas experiências

sem autossuficiência e discriminação de status, já seja médico, enfermeiro, até as assistentes de limpeza podem aportar ideias novas e práticas.

Não importa o tempo que demoramos na escuta das queixas e problemas dos usuários, mas a qualidade dessa escuta sim é importante, é necessário que o profissional que realiza o acolhimento saiba escutar, mostrar a importância que requer se colocar no lugar desse usuário, que além de estar doente, ele tem uma história como pessoa, com problemas em casa, no trabalho, social, não tratar ele como uma massa biológica, isso é humanização na saúde, fazer um vínculo com ele de confiança, se responsabilizar pela saúde dele, compreender que saúde se faz com as pessoas e para as pessoas.

Quanto às ações referentes à puericultura, estas são realizadas pelo especialista em Pediatria, uma vez por semana, na segunda-feira. Fazendo uma avaliação referente ao indicador de cobertura da Saúde da Criança encontrei que todas as 33 crianças menores de um ano que estão em nossa área de abrangência estão sendo acompanhadas, representando assim uma cobertura de 100%.

Os indicadores de qualidade foram avaliados positivamente, pois as 33 crianças menores de um ano tem as consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, o teste do pezinho até sete dias, a triagem auditiva, o monitoramento do desenvolvimento na última consulta, a orientação para aleitamento materno exclusivo e a orientação para prevenção de acidentes representando 100%, apresentando problemas com 2 crianças que não receberam a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias. As causas das mesmas foram por demora na internação hospitalar, depois do nascimento, já que nasceram ambos bebês com um peso menor que 2500 gramas, por partos prematuros.

Após a primeira consulta de puericultura na UBS, a criança sai com a próxima consulta agendada, pois trabalhamos por um protocolo de atendimento que foi feito pelo Ministério da Saúde, pelo qual fazemos todos os encaminhamentos para as diferentes especialidades, internação hospitalar ou Pronto Socorro.

São desenvolvidas ações como diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, imunização, prevenção de anemia e violências, é realizada a

promoção do aleitamento materno apenas nas consultas, assim como de hábitos alimentares saudáveis, pois ainda não foram criados os grupos de Puericultura, isto desfavorece as expectativas de criar uma base sólida de conhecimentos para melhorar o manejo das crianças, e a orientação sobre os sinais de alerta das infecções respiratórias, doenças diarreicas agudas com sinais de desidratação, riscos de acidentes, dependendo da idade do bebê. Considero muito importante criar este grupo e realizar um trabalho educativo em conjunto a especialistas como Pediatra, Nutricionista, Psicóloga e Assistência Social.

Todos os atendimentos são registrados em prontuário clínico, formulário especial da puericultura, ficha de atendimento nutricional e ficha-espelho de vacinas, e tem um arquivo específico para o registro o qual é revisado de forma bimensal com a finalidade de ver as crianças faltosas, identificar procedimentos em atraso (peso ou vacinas), as crianças com risco e avaliar a qualidade do programa.

A assistência ao pré-natal e puerpério atualmente estão organizadas de forma satisfatória. Temos todos os meios e recursos materiais e humanos disponíveis e mais adequados para o seguimento de cada caso. Na mesma atende-se às necessidades reais da população de gestantes e das puérperas mediante a utilização dos conhecimentos existentes e estabelecidos nos protocolos de saúde desenvolvidos pelo Ministério da Saúde no ano 2006. Nossas ações de saúde envolvem toda a população-alvo da área de abrangência assegurando as consultas de pré-natal e continuidade no atendimento, o acompanhamento e a avaliação destas ações sobre a saúde materna e perinatal e no puerpério. A mesma é realizada por uma ginecologista, uma vez por semana no horário da manhã.

Minha avaliação da cobertura de pré-natal e dos indicadores da qualidade da atenção ao pré-natal na minha UBS é satisfatória, pois se realiza um seguimento de qualidade em um consultório adequado para o atendimento da gestante e dos familiares, com condições adequadas de higiene, ventilação, com privacidade nas consultas e nos exames clínicos e ginecológicos. Além disso, disponibilizamos todos os medicamentos básicos e vacinas contra tétano e hepatite B a um total de 17 gestantes representando 100 % na cobertura deste programa. Escuta-se e respeita-se sempre a opinião da gestante, seu

parceiro ou familiar, situação que tem muita importância neste seguimento. Todas as gestantes têm as consultas em dia de acordo com o calendário do Ministério da Saúde, os exames laboratoriais foram solicitados na primeira consulta à avaliação por odontólogo, assim como as orientações para aleitamento materno exclusivo.

Minha avaliação da cobertura de consulta de puerpério também é satisfatória, aqui é realizado acompanhamento a um total de 33 das puérperas e de seus filhos depois do parto representando 100% de cobertura na atenção neste aspecto, tudo realizado em conjunto ao especialista em Pediatria que também integra nossa equipe de saúde. Nas consultas, são registrados os exames das mamas, ginecológico, de abdômen e do estado psíquico; além de serem fornecidas orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido, aleitamento materno exclusivo e planejamento familiar. É feita busca ativa das puérperas quando elas se ausentam na realização da prova do pezinho, mas não para comparecer à consulta de seguimento, esta busca é realizada pela equipe de saúde.

Encontrei algumas deficiências que poderiam ser transformadas nesta UBS, com o propósito de melhorar a atenção pré-natal e a qualidade de vida das gestantes e seus filhos em geral. Como por exemplo, além de existir um protocolo de atuação para determinadas situações, sejam de urgências ou não, para o atendimento a gestantes e puérperas, oferecido pelo Ministério da Saúde, seria bom confeccionar um protocolo de atuação baseado em estudos epidemiológicos, sociais, ou talvez baseado nos principais problemas que mais afetam nosso município e nossos usuários, pois penso que cada Estado, município e comunidade têm características diferentes.

O atendimento a situações agudas para as gestantes é realizado primeiramente pela escuta do usuário na recepção, e depois de realizado a triagem da mesma, é atendida pelo médico na consulta, avaliando a situação e tomando a conduta certa dependendo de cada caso. Até o momento não existe demanda por parte de gestantes fora da área de cobertura, mas se isso acontecer será feito através do mesmo processo.

Considero importante realizar uma discussão permanente com a população da área, em especial com as mulheres, sobre a importância da assistência pré-natal na Unidade Básica de Saúde; e realização de diversas

ações comunitárias. Porém, a constituição de um grupo de gestantes e realizar um trabalho direcionado para esta população alvo, devem ser outra expectativa de trabalho. Através da discussão permanente com as mulheres é possível identificar, de uma maneira muito mais precoce, gestantes na comunidade, alcançando um início de um acompanhamento pré-natal com mais qualidade, com intervenções oportunas em todo o período gestacional. A realização de ações educativas, falando principalmente do incentivo ao aleitamento materno, ao parto normal - visto que aqui a maioria das gestantes prefere à cesárea, pois desconhecem os riscos da mesma - e aos hábitos saudáveis de vida, a identificação de sinais de alarme na gravidez e o reconhecimento do trabalho de parto, os cuidados com o recém-nascido, tudo isso, além de ser realizado pela especialista nas consultas, pode ser reforçado nas reuniões de grupos pelo clínico geral, e contribuir para a redução da mortalidade e morbidade materna e infantil.

O Câncer de Colo de Útero é uma das neoplasias malignas com mais alto coeficiente de mortalidade no Estado do Rio Grande do Sul e é o terceiro mais incidente na população feminina brasileira, excetuando-se os casos de câncer de pele não melanoma, segundo os dados oficiais do Instituto do Câncer (INCA). Por isso, qualquer esforço realizado sempre é pouco para preveni-lo e as suas complicações.

Na minha Unidade Básica de Saúde, existe um livro de registro e seguimento de todas as mulheres submetidas ao exame citológico do colo de útero, atualizado do ano presente 2014, onde se recolhem todos os dados das usuárias e do material em geral. Entretanto, este tipo de procedimento se realiza de uma forma oportunística, e não assim planejada e organizada em relação à busca ativa de casos atrasados ou não realizado; não existem outros.

Temos uma população alvo estimada pelo MS entre os 25-64 anos de idade é de 757 usuárias, mas na realidade é um total de 669, representando 88% de cobertura do programa. Foram realizados um total de 157 exames citopatológicos em dia, todos realizados com a coleta de amostras satisfatórias representando 23% de cobertura no programa. A coleta destas amostras é realizada pela especialista em Ginecologia ou pela enfermeira responsável do programa da Estratégia da Saúde da Família, em dois turnos da semana. Além disso, o resto dos profissionais aproveita seu contato com estas mulheres em

diferentes ambientes para educar elas em quanto à necessidade de realizar a prevenção desta doença, com uma base de conhecimento estabelecida no protocolo do ano 2011 que produziu e forneceu o Ministério da Saúde em conjunto ao Instituto Nacional do Câncer.

Como expliquei anteriormente, existe um livro de registro das usuárias que realizaram o procedimento, mas não é verificado sistematicamente pela responsável do programa, somente a cada 6 meses, com o objetivo de verificar a completude do mesmo ou se há mulheres com exame alterado e atrasado. Não se realizam atividades grupais com mulheres desta população-alvo, assim como também não se realizam reuniões ou se debatem em temas nas reuniões da equipe, sendo a única responsável pelo planejamento à enfermeira do programa da Estratégia da Saúde da Família, a qual; em entrevista realizada, referiu a necessidade real da contratação de um profissional específico para responsabilizar essa pessoa e assim ter um melhor trabalho estatístico e de controle, situação que já foi comunicada e solicitada à secretaria de saúde e ainda não recebeu resposta.

Conhecendo que a redução da mesma requer medidas de controle eficazes, seja pelo tratamento de lesões pré-malignas, ou pelo diagnóstico precoce da doença, é de vital importância sistematizar um registro com todas as informações das mulheres atendidas na Unidade Básica de Saúde, procurar de uma maneira ativa aquelas usuárias que não voltaram a realizar o exame novamente, ou aquelas que nunca o fizeram, encontrar e possibilitar a avaliação do grau de resolutividade no atendimento às mulheres com diagnóstico alterado e poder avaliar o tempo decorrido entre a coleta do material e o fornecimento do exame para o ambulatório, são diretrizes a seguir para melhorar assim a qualidade de nossos serviços e a saúde da população de nosso município.

A neoplasia de mama é o segundo tipo mais frequente no mundo, e mais comum entre as mulheres, respondendo por 22% dos casos novos a cada ano, mas se é diagnosticado e tratado oportunamente, o prognóstico é relativamente bom. Em minha Unidade Básica de Saúde, temos uma população-alvo estimada no Caderno de Ações Programáticas entre os 50-69 anos de idade de 284 usuárias, porém, na realidade, é um total de 261, foi realizado um total de 95 mamografias em dia, o que representa 36%, não consegui encontrar dados,

tais como o total de mulheres com atraso, nem aquelas com avaliação de risco para câncer ou aquelas que receberam orientação sobre a prevenção do mesmo, pois não existem registros na UBS.

Da mesma forma que o rastreamento do câncer de colo de útero, a pesquisa do câncer de mama se realiza de uma forma oportunística, e não planejada e organizada em relação à busca ativa de casos. O rastreamento é realizado pelo médico, a ginecologista e enfermeiro durante os dois turnos na semana, o resto dos profissionais aproveita seu contato com estas mulheres em diferentes ambientes para educar elas em quanto à necessidade de realizar a prevenção desta doença, com uma base de conhecimento estabelecida no protocolo do ano 2006 que produziu e forneceu o Ministério da Saúde em conjunto ao Instituto Nacional do Câncer.

Desde o ano 2011 até hoje, foram identificados um total de 3 casos de usuáries com esta doença, as quais tem o seguimento adequado. Não existe um livro atualizado de registro das usuáries que realizaram o procedimento, também não é verificado sistematicamente pela responsável do programa, com o objetivo de verificar a completude do mesmo ou se há mulheres com exame alterado e atrasado. Não se realizam atividades grupais com mulheres desta população alvo, assim como também não se realizam reuniões ou se debatem em temas nas reuniões da equipe. Considero que a confecção de um registro das usuáries que realizaram a mamografia, com todos os dados precisos e resultados, assim como a data próxima de realização das mesmas e identificar aquelas que ainda não realizaram o estudo, seria uma das ideias para favorecer um bom trabalho com uma base epidemiológica e posteriormente comparativa. Isto poderia ser feito pela responsável do programa da Estratégia da Saúde da Família, mas em entrevista realizada, esta referiu a necessidade de contratação de um profissional específico para responsabilizar essa pessoa e assim ter um melhor trabalho estatístico e de controle, situação que já foi comunicada e solicitada à secretaria de saúde e ainda não recebeu resposta. Criar um grupo de mulheres de diferentes idades específico para este programa, desde adolescentes até idosas, realizar atividades de promoção da saúde em conjunto com elas, seria outra das estratégias para ensinar a nossa população alvo sobre esta doença. Considero que contamos com recursos

humanos médico, enfermeiro, agentes de saúde e materiais suficientes para a confecção deste grupo. A proposta será discutida em reunião da equipe.

No que se refere ao atendimento de hipertensos e diabéticos existem cadastrados 607(99%) pessoas hipertensas na população adstrita, sendo que o estimado pelo CAP é 614. O número de diabéticos estimado no CAP é de 176 diabéticos com 20 anos ou mais, contudo, a unidade possui 114(65%) sendo acompanhados.

Os indicadores de qualidade no atendimento de hipertensos e diabéticos na unidade são baixos, não existe um registro detalhado dos mesmos, com dados específicos do seguimento geral dos usuários, a exceção dos prontuários clínicos. Antes de minha chegada, os usuários não saíam das consultas com as próximas consultas programadas, conforme o protocolo. Temos 243 usuários hipertensos e 71 diabéticos, para os quais foi realizada estratificação de risco cardiovascular por critério clínico. Os mesmos têm exames complementares periódicos em dia, a orientação sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável foi realizada em cada um dos encontros com os grupos de HA e DM, representadas assim por um 100% do total, existe um atraso da consulta agendada em mais de 7 dias de 60% (estimado) dos hipertensos e 38% dos diabéticos, pois como os usuários não tem as consultas agendadas, não existe esse controle, assim como o controle dos usuários com avaliação de saúde bucal em dia que é de 86% dos hipertensos e 68% dos diabéticos. No total de 95 usuários diabéticos (83%) foram realizados exame físico dos pés, palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses. Damos atendimento e acompanhamento aos usuários com Diabetes Mellitus todos os dias da semana e em qualquer turno, é fornecido o atendimento para qualquer problema agudo e temos para um melhor controle o teste rápido de glicose capilar que sempre é realizado em cada usuário portador desta doença quando assiste a consulta, sempre são registrados no prontuário estes dados.

São realizadas ações para orientar os usuários sobre o tabagismo, álcool, evitar o estresse e o sedentarismo, sobre a realização de atividade física regular. Estas atividades são feitas de forma individual e no grupo das pessoas com hipertensão e diabetes para a realização de atividades educativas, as atividades são realizadas no âmbito da UBS ou em centros

comunitários como os pavilhões, estruturas que existem nas comunidades e onde se efetuam as principais atividades sociais, ou um local nas escolas. Todos os usuários com hipertensão arterial e diabetes melitus são acompanhados devidamente com as orientações que devem seguir para o controle da doença e a prevenção de possíveis complicações, dando a conhecer as mesmas.

Na UBS, há protocolos técnicos de Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, prática de exercício físico e de nutrição, mas não tenho conhecimento de que ano foi feito. São desenvolvidas para estes usuários ações de imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, de problemas de saúde bucal, diagnóstico e tratamento de alcoolismo, obesidade e tabagismo. Os atendimentos desses usuários são registrados apenas nos prontuários clínicos. Sempre que o usuário chega a UBS é aferida sua pressão arterial e seu peso e posteriormente é realizada a consulta médica com caráter integral e especificando a doença de base, também são dadas as orientações para alguns usuários que não querem reconhecer a doença e tentamos produzir adesão ao tratamento médico farmacológico e não farmacológico estabelecido.

Existe o programa de atenção ao usuário com hipertensão e diabetes que já estava funcionando antes da minha chegada à UBS, os cadastramentos dos usuários neste programa são feitos pelas agentes de saúde existindo um fluxo contínuo desta informação através delas e a enfermeira responsável do programa da Estratégia da Saúde na UBS, informações, que são discutidas em algumas ocasiões nas reuniões de equipe. Todas estas fontes de dados são utilizadas pelos profissionais para realizar avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos adultos com HAS, com os dados coletados pelas agentes comunitárias de saúde no HIPERDIA, os prontuários clínicos a enfermeira realiza relatórios com uma frequência mensal.

No que se refere à saúde do idoso, na unidade contamos com um total de 369 usuários idosos residentes em nossa área de abrangência, o qual representa um 98% do valor estimado pelo ministério (375). Considero que os indicadores de qualidades estão muito baixos, não consegui avaliar a maioria deles, pois não existem registros e controles adequados destes usuários idosos, não consegui acessar dados, tais como a realização da avaliação

multidimensional rápida, a quantidade de usuários com o seguimento em dia, avaliação de risco para morbimortalidade, nem os indicadores de fragilização na velhice, nem a orientação para hábitos alimentares saudáveis, orientação para atividade física regular, pois anteriormente a minha chegada à UBS, ninguém planificava ou agendava consultas nos idosos, e só eram realizadas consultas de demanda espontânea ou por casos agudos de determinadas situações. Os usuários atendidos não se registram em outro documento a não ser o prontuário clínico, não temos caderneta dos idosos, pois não é utilizada. Recentemente comecei a realizar esta planificação, e como trabalho com outro médico brasileiro, o qual tem um contrato para realizar consultas em duas frequências pela tarde durante a semana, nos dias de segunda-feira e quinta-feira, na próxima reunião da equipe, realizarei esta proposta para que seja estendida ao outro médico e iniciar com um trabalho para melhorar o processo de atendimento nesta idade.

De um total de 607 usuários com Hipertensão Arterial contamos com um total de 193 usuários idosos com esta doença, o qual representa um 52% do estimado para esta idade, assim com Diabetes Mellitus um total de 95 representando um 26% do estimado, e um total de 147 idosos tem atualizada sua avaliação de saúde bucal o que representa um 40% do estimado. São realizadas ações para orientar os usuários sobre o tabagismo, álcool, evitar o estresse e o sedentarismo, sobre a realização de atividade física regular. Estas atividades são feitas de forma individual e no grupo de idosos, mas só participa praticamente 50 % destes usuários, a maioria não consegue ir referindo dificuldade no transporte, limitação física ou falta de tempo.

Para a realização de atividades educativas, as atividades são realizadas no âmbito da UBS ou em centros comunitários como os pavilhões. Nestas atividades participam profissionais tais como o Fisioterapeuta, Psicóloga, Médico, Agente de Saúde Comunitária, enfermeiro, Nutricionista, odontólogo e técnicos de enfermagem, responsável da Assistência Social. Recentemente, no último mês de setembro, foram realizadas cinco palestras com os grupos; com o tema relacionado com os direitos e deveres destes usuários das quais gostaram muito. Realizamos visitas domiciliares a usuários encamados, com deficiências, ou que moram sozinhos, assim como trâmites para ajudar estes últimos a encontrar uma solução para este triste problema.

Não existe protocolo técnico de atendimento a idosos, mas sim aqueles para condutas de situações agudas. São desenvolvidos para estes usuários ações de imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, de problemas de saúde bucal, diagnóstico e tratamento de alcoolismo, obesidade e tabagismo. Os atendimentos aos usuários são registrados apenas nos prontuários clínicos. Não é avaliada pelos profissionais de saúde a Capacidade Funcional Global do idoso por ocasião do exame físico nas consultas, e como não existem profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas aos idosos, não se realizam reuniões, nem se avalia ou monitoram as mesmas. Determinar, escolher, definir um representante na UBS para se encarregue destas atividades seria uma proposta a levar em discussão com a Secretaria da Saúde, com a intenção de melhorar o controle, fiscalizando os resultados do atendimento destes usuários, e sua qualidade. Quanto à saúde bucal, temos 369(98%) idosos do valor estimado pelo CAP sendo acompanhado na Unidade, porém com a alta demanda para o dentista, só conseguimos que 147(40%) estejam em dia com a avaliação de saúde bucal. Infelizmente muitos têm em mente que por não apresentar dente na boca e usar apenas prótese, não precise ir ao dentista.

Considero que os maiores desafios que eu vou enfrentar no meu futuro trabalho aqui na UBS, serão primeiramente, lograr a aceitação e confiança de meus colegas de serviço, e da população em geral, pela realidade existente das diferenças quanto a cultura, idioma e sistema de trabalho que estava acostumada anteriormente; outra será incrementar a realização de visitas domiciliares com qualidade e objetividade requeridas elevadas, assim como que a maioria dos habitantes da nossa área de abrangência querem ser atendidos nos nossos serviços de saúde e vamos trabalhar para que eles sejam acolhidos com respeito, conhecimento atualizado, qualificado tentando mudar os errôneos modos e estilos de vida com o objetivo de melhorar a qualidade de vida. Temos a dádiva de trabalhar numa UBS que apesar de ser um local adaptado, é nova, com todas as estruturas materiais em bom estado de conservação e os recursos humanos para prestar serviços de saúde com uma qualidade inigualável, contamos com especialistas em Pediatria e Ginecologia qualificados e brilhantes que contribuem dia a dia em diminuir a

mortalidade materna e infantil do nosso município, além disso, temos uma base firme e com experiência em anos de trabalho na coordenadoria da secretaria de saúde, nossa representante, que apoia sempre as atividades e projetos para melhorar a qualidade de vida dos usuários de nossa área de abrangência, assim como uma equipe de saúde disciplinada e com vontade própria de trabalhar sempre e sair adiante ante qualquer situação o problema que se presente.

### **1.3 Comparativo entre o texto inicial e o relatório da análise situacional.**

Ao realizar um comparativo entre o texto da tarefa da segunda semana sobre a situação da ESF/APS e relatório da análise situacional, considero que no princípio identifiquei alguns aspectos que afetavam nosso trabalho na Unidade Básica de Saúde e que de maneira direta ou indiretamente também afetavam aos nossos usuários e ninguém tinha percebido antes, como foi à realização de um seguimento inadequado dos usuários com doenças crônicas como a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus, a saúde dos usuários idosos entre outros, mas posteriormente, a medida de que passaram os dias, e o meu trabalho era mais sistemático e organizado com a ajuda do curso até agora continuado, comecei a ter um conhecimento mais estruturado sobre o Sistema de Saúde aqui no Brasil, logrando identificar outras deficiências na UBS, na verdade, são alguns problemas mais de questões organizativas e de planejamento do trabalho de algumas esferas assistenciais e que ainda podem ser resolvidos na UBS, se todos juntos, como equipe, trabalharmos para lograr alguma diferencia e resultados positivos nos serviços de saúde no futuro em nosso município.

## **2. Análise Estratégica.**

### **2.1 Justificativa**

A ação programática de Atenção Primária à Saúde que será foco de minha intervenção é Hipertensão Arterial e Diabetes. Nos últimos anos, o Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial têm sido reconhecidos como problemas de saúde pública. A importância destas doenças está crescendo em

razão do aumento da sua prevalência e incidência, com consequentes repercussões, traduzidas em mortes prematuras. Em pesquisa de prevalência de fatores de risco para doença coronária foi constatado que 7,0% da população acima de 20 anos eram portadoras de DM, e 31,5% eram portadoras de HAS. As doenças cardiovasculares (DCV) representam uma das maiores causas de mortalidade em todo mundo. Dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e do Ministério da Saúde, no ano de em 2000 corresponderam a mais de 27% do total de óbitos no Brasil. No Sistema Único de Saúde (SUS), estas comorbidades são responsáveis por 1.150.000 das internações/ano, com um custo aproximado de 475.000.000 reais (Brasil, 2007).

Sabe-se que o risco cardiovascular duplica em estas doenças, especialmente quando estão associadas a outros fatores de risco como tabagismo e dislipidemias aumentando a morbimortalidade cardiovascular por morte súbita, infarto do miocárdio, angina do peito, insuficiência renal, entre outros, o que aponta para a necessidade de estratégias para atuar sobre os fatores de risco, fazer um diagnóstico oportuno, tratamento e controle das mesmas para assim evitar as complicações.

Mormaço é um município localizado no Estado Rio Grande do Sul; possui uma área total de 146109 Km<sup>2</sup> e uma altitude de 410 metros. Seus municípios limítrofes são Soledade, Espumoso, Tio Hugo e Vitor Graeff que pertencem à microrregião Soledade e à mesorregião Noroeste rio-grandense. Possui uma Unidade Básica de Saúde com Estratégia da Saúde da Família que oferece atendimento a um total de 2749 habitantes, possui como rede de apoio o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), porém não tem disponibilidade do NASF nem do CEO. Esta Unidade Básica de Saúde (UBS) é um local adaptado de localização urbana, a mesma foi reformada em 2003 e atualmente encontra-se com boas condições de estruturas e de organização. As salas e consultórios estão bem dispostos e organizados com o tamanho adequado. Prestamos serviços desde segunda-feira até sexta-feira para toda a população do centro e do interior do município. Em nossa área de abrangência, também existem quatro postos de saúde no interior do município, situados em Santo Antônio, São Miguel, Posse Godoy e Água Branca. Temos apenas uma equipe de saúde a qual é composta por: dois médicos Clínicos Gerais, um

deles sou eu, que estou diretamente na Estratégia da Saúde da Família (ESF), também tem 1 Ginecologista, 1 Pediatra, 2 Dentistas, 2 Fisioterapeutas, 2 Auxiliares de saúde bucal, 2 Enfermeiros, 8 Técnicos em enfermagem, 2 Farmacêuticos e 2 profissionais de serviços gerais. Além disso, conta com 1 fonoaudióloga, 1 Psicóloga, 1 Nutricionista e 2 assistentes sociais, assim como 6 agentes comunitários de saúde.

A população alvo de minha ação programática são as pessoas com hipertensão e diabetes, temos cadastrados um total de 607 hipertensos com um indicador de cobertura de 99% e 114 usuários com diabetes, com cobertura de 65%. Damos atendimento aos usuários com diabetes mellitus e hipertensão todos os dias da semana e nos dois turnos, utilizamos para um melhor controle, o teste rápido de glicose capilar que sempre é realizado em cada usuário portador desta doença quando comparece à consulta. Temos usuários que não tem avaliação de estratificação de risco cardiovascular, do pé e atendimento odontológico.

Posso concluir dizendo que é de grande importância realizar esta intervenção no âmbito da UBS, pois é possível a partir daqui elevar a qualidade do atendimento destes usuários, ainda falta programar todos os recursos desta ação programática baseados nos protocolos estabelecidos. Para dar cumprimento aos objetivos, contamos com o apoio de todos os profissionais da equipe de saúde. Ampliar o número de visitas domiciliares, de forma dirigida e planejada, ampliar nossas estratégias de promoção e educação em saúde, criar um bom sistema de registro da informação de forma muito específica, e capacitar os profissionais da saúde são possíveis metas a cumprir, fazer corretamente o cadastro dos usuários, com esse projeto a saúde da população alvo pode melhorar em quanto a prevenção e controle efetivo destas doenças e o mais importante podemos diminuir consideravelmente a aparição de complicações referentes a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Considero que as dificuldades não são muitas, o indicador com mais problemas para resolver é a realização de exames laboratoriais nestes momentos, pois contamos com pouco dinheiro e estamos priorizando aqueles casos com difíceis diagnósticos ou outros com seguimento por determinadas especialidades, pelo menos durante estes 2 últimos meses do ano em curso.

## 2.2 Objetivos e Metas

### 2.2.1 Objetivo Geral

Melhorar a atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus, na Unidade Básica de Saúde Mormaço, Mormaço/ RS.

### 2.2.2 Objetivos específicos

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

**Meta 1.1** Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Meta 1.2** Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

**Meta 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.

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

**Meta 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.

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

**Meta 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na UBS Mormaço, no Município de Mormaço, no Estado de Rio Grande do Sul. Participarão da intervenção as pessoas com hipertensão e diabetes residentes na área da UBS. Utilizando como critério de seleção os hipertensos e os diabéticos maiores de 20 anos pertencentes à área adstrita da Unidade Básica de Saúde Mormaço, realizemos reuniões no grupo de trabalho da equipe, fomentando a apropriação do conhecimento sobre as metas. Foi utilizado o protocolo do Ministério da Saúde, Caderno nº 36 de Atenção Básica do Ministério da Saúde, 2013 que trata da Diabetes Mellitus e Caderno nº 37 de Atenção Básica do Ministério da Saúde, 2013 que trata da Hipertensão Arterial Sistêmica, a planilha OMIA de HAS e DM e as planilhas de coleta de dados e as fichas espelhos oferecidas pelo curso.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

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

**Meta 1.1** Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Meta 1.2** Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Relativas às metas 1.1 e 1.2:**

**Monitoramento e avaliação:**

Será realizado semanalmente pelo médico o monitoramento do número de usuários com hipertensão arterial e diabetes melitus cadastrados no programa, por meio do acompanhamento da programação prevista na Unidade Básica de Saúde Mormaço, fazendo a revisão de prontuários eletrônicos, planilha de acompanhamento e ficha espelho oferecidas pelo curso.

**Organização e Gestão do Serviço**

Na Unidade Básica de Saúde Mormaço, faz 1 ano aproximadamente que se trabalha com os prontuários eletrônicos, neste momento, usamos o sistema e-SUS, porém, cada usuário, além do seu antigo prontuário em papel arquivado, agora também tem seu prontuário individual digital, onde o médico, enfermeira ou dentista vão colocar a informação dos usuários hipertensos e diabéticos. O acolhimento será realizado por toda equipe, tendo a enfermeira como responsável por solicitar e garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde e os materiais para a realização dos testes de glicose.

**Engajamento Público**

Na Unidade Básica de Saúde Mormaço e nos outros quatro pontos de atendimento: Posse Godoy, Santo Antônio, São Miguel e Água Branca localizados no interior do município, se divulgaram sobre a existência do programa de atenção a hipertensão e diabetes, por outra parte, cada agente de saúde transmitirá a informação para todas as famílias nas visitas domiciliares. Aproveitando o espaço dos encontros com os grupos dos usuários destas doenças crônicas a realizar nas quartas-feiras cada 2 meses, assim como também nas visitas programadas ao interior do município com uma frequência de três vezes por semana, nas tardes, se divulgara pelo médico da Estratégia de Saúde da Família, as mesmas informações.

A meta é que cada agente de saúde e o médico da ESF, transmitam a informação da importância de medir a tensão arterial após 18 anos para todas as famílias nas visitas domiciliares realizadas, assim como a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que

135/80 mmHg e orientando em geral, á comunidade, sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

### **Qualificação da Prática Clínica**

A equipe de enfermagem vai orientar os Agentes Comunitários de Saúde como fazer o cadastro dos usuários hipertensos e diabéticos. Será feita uma capacitação com o médico da Unidade Básica de Saúde para correta aferição da pressão arterial e correta realização do teste da glicose, depois de constatar a pressão arterial acima 135/80mm/Hg.

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

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

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

#### **Relativas às metas 2.1 e 2.2:**

#### **Monitoramento e Avaliação**

Na Unidade Básica de Saúde Mormaço o monitoramento da realização do exame clínico apropriado de todos os usuários com hipertensão arterial e diabetes melitus cadastrados no programa será realizado semanalmente por meio da revisão dos prontuários, planilha de acompanhamento e ficha espelho nas tardes das quintas-feiras, e com uma frequência mensal, na ultima sexta-feira do mês os resultados deste monitoramento, serão discutidos e avaliados no espaço da reunião com toda a equipe.

#### **Organização e Gestão do Serviço**

A atribuição de cada membro da equipe será realizada na semana anterior de inicio da intervenção, para que os usuários que cheguem procurando atendimento na UBS e nos outros quatro pontos de atendimento no interior do município façam a tomada adequada da tensão arterial, medição da glicose, temperatura e as mensurações correspondentes. O responsável será o pessoal de enfermagem, onde se iniciará a coleta dos dados fundamentais para começar a consulta pelo médico; onde cada qual realizará um exame físico, indicações de exames laboratoriais e tratamento diferenciado e com

elevada qualidade e com base nos protocolos indicados, com cada um dos usuários atendidos.

A versão atualizada do protocolo do programa será impresso e arquivado na Unidade Básica de Saúde Mormaço e também distribuído aos outros pontos de atendimentos para a utilização de todo o pessoal em geral, porem, será solicitada ajuda a Secretaria Municipal de Saúde para a impressão do mesmo. A periodicidade para atualização dos profissionais da equipe será constante e de forma individual uma vez tido o material atualizado, mais, na reunião da equipe mensal, na ultima sexta-feira, se estabelecera um pequeno espaço, para discutir alguns casos de inteires ou preocupantes, se surgiram no mês, na UBS.

### **Engajamento Público**

Primeiramente se realizará uma capacitação pelos dois médicos que trabalham na UBS com os Agentes Comunitários de Saúde na sede, onde a meta é informar e ensinar adequadamente aos mesmos, na orientação a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, estes por sua vez, divulgarão todas essas informações para as famílias nas visitas domiciliares, além disso, se divulgará nas visitas ao centro e interior do município durante três vezes por semana realizadas unicamente pelo médico que pertence ao programa Estratégia de Saúde da Família.

### **Qualificação da Prática Clínica**

O médico da ESF também realizará uma capacitação na sede, com a equipe e os ACS sobre correta aferição da pressão arterial e da glicose capilar nos usuários.

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

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

### **Relativas às metas 2.3 e 2.4:**

#### **Monitoramento e Avaliação**

O número de usuários com hipertensão arterial e diabetes melitus com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na Unidade Sanitária de Saúde será monitorado com uma periodicidade semanal nas quintas-feiras mediante a revisão de todos os prontuários, planilha de acompanhamento e ficha espelho oferecidos pelo curso. Além disso, mensalmente na última sexta-feira do mês, a situação será discutida na reunião com a equipe.

#### **Organização e Gestão do Serviço**

O pessoal de enfermagem responsável pela triagem dos usuários será o encarregado de verificar e informar sobre as alterações dos exames complementares preconizados para viabilizar o trabalho com os mesmos, que precisam de atendimento médico e assim será solicitado o resto dos exames necessários.

Será realizada uma reunião, na última quinta-feira de cada mês, com a Secretaria de Saúde onde o objetivo é garantir agilidade e recursos para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

#### **Engajamento Público**

Será responsabilidade de cada Agente de Saúde orientar a comunidade sobre a necessidade da realização e sua periodicidade de todos os exames complementares aos usuários com hipertensão arterial e diabetes melitus assim como sua família, em cada uma das visitas domiciliares às famílias, ação apoiada e reforçada também pelo médico da ESF na frequência de três visitas por semana ao centro e no interior do município Mormaço.

#### **Qualificação da Prática Clínica**

A capacitação da equipe sobre a adequada realização de um exame físico apropriado e de qualidade, assim como o protocolo a seguir sobre a solicitação dos exames será feita pelo médico da ESF na última sexta-feira de cada mês.

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

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

**Relativas às metas 2.5 e 2.6:**

**Monitoramento e Avaliação**

O acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia dos usuários cadastrados no programa da UBS Mormaço será monitorado e avaliado mensalmente na última quinta-feira do mês, pelo médico da ESF através da revisão de prontuários, planilha de acompanhamento e ficha espelho oferecidos pelo curso e preenchidos durante o mês transcorrido.

**Organização e Gestão do Serviço**

A realização do controle de estoque, a validade dos medicamentos assim como de manter o registro atualizado das necessidades de medicamentos dos usuários com hipertensão arterial e diabetes melitus cadastrados serão feitos pelos dois farmacêuticos da UBS apoiados pelos responsáveis da vigilância sanitária da UBS.

**Engajamento Público**

Os Agentes de Saúdes orientaram aos usuários hipertensos e diabéticos, e a comunidade em geral quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e sobre as possíveis alternativas para obter este acesso em cada uma das visitas domiciliares a realizar, ação reforçada também pelo médico da ESF na frequência de três visitas por semana ao centro e no interior do município Mormaço.

**Qualificação da Prática Clínica**

O médico que não pertence ao programa da ESF será o designado para fazer uma atualização do resto dos profissionais da UBS sobre o tratamento da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus assim como de capacitar a equipe para lograr uma adequada orientação aos usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia na última sexta-feira do mês, aproveitando o espaço da reunião da equipe.

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

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

**Relativas às metas 2.7 e 2.8:**

**Monitoramento e Avaliação**

Quanto à necessidade de atendimento odontológico dos usuários com hipertensão arterial e diabetes melitus e sua monitoração e avaliação, será realizado na primeira porta de entrada aos serviços de saúde pelo pessoal de enfermagem no procedimento da triagem na UBS e em cada posto de atendimento, por outra parte, também se aproveitará o espaço que em cada visita domiciliar realizada pelos ACS com o médico da ESF nas famílias, para investigar e revisar se os usuários tem o atendimento odontológico realizado e atualizado.

**Organização e Gestão do Serviço**

O pessoal de enfermagem no procedimento da triagem na UBS e em cada posto de atendimento será o encarregado de avaliar se aqueles que são usuários com hipertensão arterial e diabetes melitus foram atendidos no serviço de odontologia e, se for necessário, serão agendados uma vez para avaliação odontológica prioritária com o dentista responsável.

**Engajamento Público**

Será responsabilidade de cada agente de saúde orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos nas visitas domiciliares, assim como do médico da ESF no espaço das suas visitas domiciliares durante uma frequência de três vezes por semana. Nas reuniões com os grupos HIPERDIA a realizar mensalmente, a participação do odontólogo e técnica será fundamental para lograr o seguimento e cumprimento desta meta.

**Qualificação da Prática Clínica**

Na ultima sexta-feira do mês o odontólogo fará uma capacitação com toda a equipe sobre saúde bucal e sobre as necessidades de um atendimento odontológico adequado nos usuários hipertensos e diabéticos.

### **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.

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

#### **Relativas às metas 3.1 e 3.2:**

### **Monitoramento e Avaliação**

Quanto ao monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia), em nossa UBS será criada outra agenda onde aparecerão planejadas todas as consultas dos usuários hipertensos e diabéticos, aqui serão registrados sempre, uma vez que eles venham á consulta pela primeira vez assim como a consulta de seguimento, para manter um melhor controle dos mesmos, esta agenda será revisada e avaliada uma vez por mês e discutidos seus resultados na reunião com a equipe na ultima sexta-feira do mês.

### **Organização e Gestão do Serviço**

Na ultima sexta-feira na reunião da equipe, serão informados aos Agentes de Saúde todos aqueles usuários faltosos durante o mês em curso, para que sejam citados novamente, isto será logrado através de uma busca ativa realizada nas visitas domiciliares as famílias pelos mesmos ACS onde explicarão e orientarão o cumprimento das mesmas uma vez que serão organizadas e reagendadas novamente as consultas.

### **Engajamento Público**

Será tarefa de cada ACS orientar a comunidade sobre a importância da realização e cumprimento com as consultas de seguimento planejadas com anterioridade na agenda da UBS; sobre sua periodicidade preconizada, ouvir

as comunidades pacientemente e favorecendo o diálogo mútuo para o aporte de ideias novas e contribuir com os serviços de saúde e para atender em outros horários a usuários hipertensos faltosos buscando assim uma forma de diminuir a quantidade de hipertensos faltosos a consultas. Também será aproveitado o espaço em cada visita domiciliar realizada pelos ACS e médico, este último com uma frequência de três vezes na semana.

### **Qualificação da Prática Clínica**

Na última quinta-feira do mês, se realizará uma capacitação aos ACS pela enfermeira responsável do programa da ESF sobre como orientar aos usuários com hipertensão arterial e diabetes melitus quanto à importância de realizar as consultas e periodicidade das mesmas.

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

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

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

### **Relativas às metas 4.1 e 4.2:**

### **Monitoramento e Avaliação**

A revisão da qualidade dos registros dos usuários com hipertensão arterial e diabetes melitus da UBS se realizará através da avaliação mensal de prontuários, planilha de acompanhamento e ficha espelho oferecidos pelo curso e preenchidos adequadamente, de cada um dos usuários atendidos durante o mês.

### **Organização e Gestão do Serviço**

Serão atualizadas informações do e-SUS as quais serão revisadas mensalmente pela enfermeira responsável do programa e discutidas na reunião da equipe. Além disso, usará a ficha espelho disponibilizada pelo curso para fazermos o acompanhamento individual para cada usuário hipertenso e diabético pertencente a nossa UBS, que será feito pelas enfermeiras responsáveis da triagem. A patação com a equipe sobre o registro das

informações será realizado numa reunião antes de começar a intervenção onde se definirá o responsável pelo monitoramento de todos os registros por decisão unanime.

Será registrado numa agenda o controle das consultas dos hipertensos e obrigatoriamente preenchido de forma 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.

### **Engajamento Público**

Sobre como orientar aos usuários e a comunidade em geral quanto seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, será responsabilidade de cada Agente de Saúde sendo esta atividade efetuada com todas as famílias em cada uma das visitas domiciliares, assim como do médico da ESF, este ultimo com uma frequência de três vezes na semana em visitas efetuadas no centro ou no interior do município e aproveitando os encontros com os grupos de HIPERDIA nas comunidades.

### **Qualificação da Prática Clínica**

A equipe da UBS Mormaço será capacitada no preenchimento e registro adequado dos procedimentos clínicos necessários ao acompanhamento dos usuários com hipertensão arterial e diabetes melitus pelo médico da ESF na ultima sexta-feira do mês na reunião da equipe com o apoio da enfermeira responsável do programa da ESF.

**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.

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

**Relativas às metas 5.1 e 5.2:**

### **Monitoramento e Avaliação**

A realização do monitoramento do número de usuários com hipertensão arterial e diabetes melitus com pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano será realizado mensalmente pelo médico da ESF e por meio do acompanhamento da programação prevista na UBS Mormaço, também através da revisão de prontuários, planilha de acompanhamento e ficha espelho oferecidos pelo curso assim como com toda a informação recolhida na agenda criada com a programação das consultas dos usuários hipertensos e diabéticos.

### **Organização e Gestão do Serviço**

A priorização do atendimento de todos os usuários avaliados como de alto risco será realizada constantemente e diariamente desde as segundas-feiras até as sextas-feiras tanto na UBS Mormaço como em cada espaço dos restantes pontos de atendimentos no interior do município, onde serão agendados e atendidos adequadamente cada um dos casos.

### **Engajamento Público**

Nos espaços do acolhimento, triagem e nas consultas em geral na UBS e nos restantes pontos de atendimentos no interior do município, o pessoal de enfermagem e os médicos, com frequência diária desde as segundas-feiras até as sextas-feiras orientarão os usuários com hipertensão arterial e diabetes melitus quanto ao seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular dos mesmos.

Por outra parte cada ACS orientará os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação entre outros) nas visitas domiciliares, assim como, em cada visita ao interior do município três vezes por semana a realizar pelo médico da ESF. Outro espaço para aproveitar serão nas reuniões com os grupos HIPERDIA, nas primeiras quartas-feiras a cada dois meses.

### **Qualificação da Prática Clínica**

Os dois médicos da UBS Mormaço serão os encarregados de capacitar ao resto da equipe da maneira certa de realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo; à importância do registro desta avaliação no manejo destas doenças crônicas e nas estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, atividade que será realizada na última quinta-feira do mês.

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

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

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

### **Relativas às metas 6.1 e 6.2:**

#### **Monitoramento e avaliação**

O monitoramento da realização de uma orientação nutricional a todos os usuários com hipertensão arterial e diabetes melitus cadastrados no programa será realizado mensalmente pela nutricionista responsável da ESF através da revisão de prontuários, planilha de acompanhamento e ficha espelho oferecidos pelo curso.

#### **Organização e Gestão do Serviço**

A nutricionista será responsável por organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável, aproveitando espaços nas comunidades e nos encontros com os grupos de HIPERDIA, gerenciado e aprovado sempre com anterioridade pela Secretaria de Saúde.

#### **Engajamento Público**

Em cada consulta realizada por ambos os médicos e pela nutricionista, todos os usuários com hipertensão arterial e diabetes melitus serão orientados adequadamente sobre a importância de uma alimentação saudável. Por outra parte os ACS apoiarão também os usuários e suas famílias nas comunidades em cada uma das visitas domiciliares com a meta de que a população conheça

melhor como mudar os riscos que tem com uma alimentação não saudável e que favorecem o agravamento do quadro de suas doenças.

### **Qualificação da Prática Clínica**

A equipe da Unidade Básica de Saúde Mormaço será capacitada pela nutricionista sobre práticas de alimentação saudável e sobre metodologias de educação em saúde na última quinta-feira do mês.

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

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

### **Relativas às metas 6.3 e 6.4:**

### **Monitoramento e avaliação**

Na UBS Mormaço o monitoramento do cumprimento das orientações para atividade física regular aos usuários com hipertensão arterial e diabetes melitus cadastrados no programa será realizado mensalmente pelo médico da ESF, através da revisão de prontuários, planilha de acompanhamento e ficha espelho oferecidos pelo curso e será discutido com o gestor municipal.

### **Organização e Gestão do Serviço**

Como em nossa UBS não contamos com um educador físico, é fundamental demandar junto a Secretaria de Saúde parcerias institucionais que envolvam aos mesmos para lograr e organizar atividades e práticas coletivas com a qualidade requerida e os resultados esperados.

### **Engajamento Público**

Durante as visitas domiciliares realizadas pelos ACS nas comunidades e das do médico da ESF em três frequências por semana, temos como propósito orientar e incrementar toda a informação sobre a importância da prática física regular, que estes usuários aproveitem os espaços das

academias ao ar livre construídas em cada comunidade, ou simplesmente realizar pequenas caminhadas nas tardes de cada dia durante uma hora.

### **Qualificação da Prática Clínica**

A equipe de saúde da UBS será capacitada por parte dos dois médicos sobre a promoção da prática de atividade física regular e sobre metodologias de educação em saúde, com ajuda da Secretaria de Saúde que em parceria com outras instituições, educação neste caso, coordenará nesta atividade, a participação de um educador físico ou professor de Educação Física.

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

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

### **Relativas às metas 6.5 e 6.6:**

#### **Monitoramento e avaliação**

Em relação ao monitoramento da orientação sobre riscos do tabagismo aos usuários com hipertensão arterial e diabetes melitus cadastrados no programa este será realizado mensalmente pelo médico da ESF através da revisão de prontuários, planilha de acompanhamento e ficha espelho oferecidas pelo curso e discutidas na reunião com a equipe na ultima sexta-feira do mês.

#### **Organização e Gestão do Serviço**

Realizaremos uma reunião com a Secretaria de Saúde onde o propósito será explicar a importância de continuar com a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo" usado já em usuários com hipertensão arterial e diabetes melitus que são fumantes.

#### **Engajamento Público**

Nas consultas médicas realizadas diariamente, nas visitas domiciliares realizadas pelos ACS e o médico da ESF três vezes por semana, nas reuniões com os grupos de HIPERDIA nas quartas-feiras a cada dois meses assim

como em palestras com o resto da população mensal, será orientado a cada hipertenso e diabético tabagista sobre a existência de tratamentos para abandonar o tabagismo e sua importância.

### **Qualificação da Prática Clínica**

A equipe em geral será capacitada por parte dos dois médicos da UBS, sobre tratamento de usuários tabagistas e sobre metodologias de educação em saúde atividade a realizar na segunda quarta-feira do mês em parceria com a especialista em psicologia da UBS.

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

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

### **Relativas às metas 6.7 e 6.8:**

### **Monitoramento e avaliação**

A realização do monitoramento e avaliação sobre a orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa será realizada mensalmente pelo odontólogo da ESF através da revisão de prontuários, planilha de acompanhamento e ficha espelho oferecido pelo curso e discutido os resultados na reunião com a equipe.

### **Organização e Gestão do Serviço**

Em reunião com a equipe neste mês será estimado um tempo médio de consultas para todos os usuários com o propósito de garantir orientações de qualidade em nível individual.

### **Engajamento Público**

Na consulta realizada pelo odontólogo será orientado cada hipertenso, diabético e seus familiares que acompanham ao mesmo sobre a importância da higiene bucal. Nas visitas domiciliares realizadas pelos ACS nas famílias, e pelo médico da ESF, eles serão orientados sobre a importância neste aspecto. Também será planejado um encontro com os grupos de HIPERDIA onde a

participação ativa abordando o tema da higiene bucal, do odontólogo e técnica de saúde bucal sejam prioritárias.

### **Qualificação da Prática Clínica**

Com o propósito de que a equipe seja capacitada para lograr oferecer adequadas orientações sobre a higiene bucal aos usuários hipertensos, diabéticos e população em geral, o odontólogo da UBS Mormaço, realizará uma palestra sobre o tema, na segunda quinta-feira do mês.

### **2.3.2 Indicadores**

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

**Meta 1.1. Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde**

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

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

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

**Meta 1.2. Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.**

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

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

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

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

**Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos. Indicador 2.1.** Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Indicador 5.1.** Proporções de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### 2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no Programa de Atenção à pessoa com hipertensão e diabetes serão utilizados o Caderno de Atenção Básica nº36 e nº37, relacionado à Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes mellitus, do Ministério da Saúde, 2013. Serão utilizadas para os registros e pesquisas os prontuários e fichas do HIPERDIA. Nestes registros estão todas as informações em relação com a idade, medicações em uso, pressão arterial e HGT, peso, comprimento e a presença ou não de tabagismo ou consumo de álcool, assim como os resultados dos exames de rotina feitos e a classificação do risco de cada usuário, e os dados serão recolhidos nas fichas espelhos e nas planilhas de coletas de dados oferecidas pelo curso de especialização. Estimamos alcançar com a intervenção aos 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

A enfermeira e técnicos de enfermagem farão um registro e avaliação dos usuários já acompanhados nos grupos nos últimos dois meses para avaliar quais são os dados faltantes, além dos exames, e assim transcrever para uma planilha manual; todas as informações dos usuários e posteriormente à planilha eletrônica e utilizaremos a ficha-espelho disponível pelo curso de especialização em Saúde da Família da UFPel. Após atingirmos a maior cobertura dos usuários; passaremos a realizar toda a avaliação dos recém-cadastrados para ter uma maior cobertura com qualidade.

O primeiro passo é aumentar a cobertura através do diagnóstico dos usuários assim como um correto cadastramento destas doenças crônicas não transmissíveis. Utilizaremos métodos clínicos e de diagnósticos laboratoriais assim como a planilha OMIA de HAS e DM oferecida pelo curso; e com o apoio das Agentes de Saúde Comunitárias, que trabalharão na pesquisa ativa de diabéticos e hipertensos nas comunidades, avaliando sintomas de possível diagnóstico das doenças para que estes usuários sejam encaminhados a Unidade Básica de Saúde e seja feito diagnóstico e acompanhamento correto da doença e responsáveis de informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus, sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente. As ACS serão orientadas e capacitadas sobre o tema de cadastramento com ajuda da enfermeira responsável do Programa da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do Gestor do projeto. Com seu

trabalho, serão identificados aqueles usuários que moram na área de abrangência e não são atendidos na UBS e aqueles que não tiveram consulta médica no ano 2014. Esses usuários serão agendados conforme disponibilidade da agenda da semana. Serão cadastrados todos aqueles usuários de mais de 18 anos de idade que sofrem destas doenças, com prioridade aos usuários que chegarem para consulta médica ou atendimento de enfermagem.

As fichas serão acomodadas em um fichero que ficará na sala de enfermagem para que todos os membros da equipe de saúde tenham acesso aos registros. No final da semana será feito o monitoramento das ações realizadas e os dados contidos nas fichas serão digitados para a planilha eletrônica de coleta de dados. Essa atividade será feita pelo médico e a técnica de enfermagem da equipe de saúde da UBS.

O processo de acolhimento será realizado desde segunda-feira até sexta-feira nas duas sessões de trabalho na Unidade Básica de Saúde. A agenda será organizada de forma a acolher esses pacientes. Todo usuário hipertenso ou diabético que procure a unidade básica de saúde com queixa de quadro agudo serão atendido no mesmo dia (mesmo que exceda as vagas do dia); casos que podem ser agendados para outra data serão discutidos com o médico, e disponibilizado vagas para esses atendimentos. Mas de forma geral tentaremos resolver todos os casos que chegarem ao mesmo dia.

Os usuários com Hipertensão Arterial e diabetes Mellitus serão acolhidos na UBS pela recepcionista da Unidade Básica de Saúde e encaminhados para o consultório da técnica de enfermagem que fará a medição dos sinais vitais (pressão arterial, batimentos cardíacos, frequência respiratória, saturação de oxigênio), hemoglicoteste, peso corporal, altura de cada paciente, e esses dados serão registrados no prontuário eletrônico do usuário hipertenso ou diabético. Os outros dados como avaliação de risco cardiovascular, exame clínico, (exame físico completo, peso, altura, IMC, circunferência abdominal, pressão arterial, avaliação da cavidade oral, palpação da tireoide, ausculta cardíaca e pulmonar, avaliação do abdômen, pele e pés), incluindo palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos usuários diabéticos será registrado pelo médico nas consultas. O exame clínico será feito na maioria dos casos pelos médicos da UBS e no caso dos usuários sem complicações será feito

pelas técnicas de enfermagem da equipe de saúde. No caso de alguma complicação percebida pela técnica de enfermagem, o usuário será encaminhado para os médicos de atendimento nesse momento para ser avaliado. O exame complementar deverá ser solicitado e realizado semestralmente com análise e indicação dos médicos da UBS. Para aqueles usuários com exame em atraso, serão disponibilizadas vagas pela secretaria de saúde em concordância com o laboratório clínico que fica no município. As medicações em uso pelos usuários serão revisadas e registradas na ficha específica individual e o pedido dos medicamentos será feito por a responsável de farmácia conforme as necessidades dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Os ACS identificarão os usuários acamados que não conseguem se deslocar até a UBS e informarão nas reuniões da equipe todas as segundas feiras e se fará um cronograma de visita domiciliar pela equipe de enfermagem e os médicos da equipe de saúde em concordância com a coordenadora da UBS.

A sensibilização da comunidade relacionada com as doenças crônicas não transmissíveis, Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, e atividades de promoção da saúde, irão buscar a parceria das lideranças comunitárias e informaremos a forma como a intervenção será realizada, apresentando o projeto de intervenção, para que sejam divulgadores dessas informações. Realizaremos atividade de orientação em promoção da saúde e sobre as doenças hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus em sala de espera, nos atendimento de enfermagem, durante as consultas médicas, nas visitas domiciliares, e nas atividades de educação em saúde no grupo de idoso na UBS e na comunidade.

Para levar todas essas ações em prática, serão realizadas capacitações (palestras de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus nas reuniões de trabalho da equipe) e atualizações dos profissionais da equipe de saúde. Primeiramente realizaremos uma reunião com a equipe para orientar sobre a nova forma de cadastro de usuários hipertensos e diabéticos e sobre os dados da intervenção em geral. Será dispor da versão atualizada do protocolo impressa na UBS e será capacitada a equipe para a realização de exame clínico apropriado. Nesse momento vamos aproveitar para definir e atribuir para



saúde a família sobre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Capacitar as agentes de saúde comunitárias na busca ativa de usuários diabéticos e hipertensos faltosos a consulta e orientação da importância da periodicidade da consulta.	X											
Priorizar medicamentos da farmácia popular aos hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Busca ativa de usuários faltosos as consultas.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Visita domiciliar para avaliação e consulta dos usuários acamados ou alguma limitação que impede assistir a UBS pela equipe de saúde.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Avaliação odontológica dos usuários hipertensos e diabéticos que precisem desse atendimento.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoramento da intervenção.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

### 3 Relatório da Intervenção

Nossa intervenção ocorreu em 12 semanas (3 meses) e não em 16 conforme solicitado no início do curso. Isso ocorreu devido ao meu período de férias que antecedeu a intervenção e quando retornei, a Unidade 3 que é a intervenção propriamente dita já estava em andamento.

#### 3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Já faz mais de um ano que comecei a trabalhar nesse município de nome Mormaço, no estado de Rio Grande do Sul, minha expectativa da experiência no Brasil tinha gerado muitas dúvidas, principalmente sobre como iria trabalhar em uma língua diferente a minha, me perguntava como seria falar, escrever, e principalmente como seria a comunicação com os usuários, seria que eles me entenderiam, compreenderiam meu sotaque? Confesso que tudo foi um desafio muito grande, talvez o único durante todos estes anos

transcorridos como médica formada no meu país. A experiência é incomparável e me sinto muito grata a estes pais, seu governo e com a Universidade de Pelotas e seus orientadores, os quais sem eles, não teria conseguido fazer minha intervenção, pois tinha ainda receio se conseguiria ou não implementá-la.

A intervenção começou no dia 24 de abril do ano 2015, iniciada junto a minha equipe na Unidade Básica de Saúde Mormaço com o objetivo de melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes. Conforme o cronograma da intervenção, e na Reunião da Equipe realizada no mês de abril foi apresentado o projeto a equipe de saúde, mais naquele dia como tivemos uma complicação pelo elevado fluxo de usuários no horário da tarde, sendo assim, começamos a reunião fora da hora prevista, não conseguimos debater todos os pontos propostos, então se conveniu terminar na semana seguinte, cumprindo com a mesma.

Naquela primeira reunião foi lido e explicado o projeto de intervenção, seus objetivos, metas, a responsabilidade com o cumprimento do cronograma, todas as atribuições foram estabelecidas a cada profissional na ação programática, alguns mostraram ideias muito boas com a finalidade de favorecer o desenvolvimento da intervenção, por exemplo, nossa UBS não tinha grupos de usuários que sofrem de obesidade e sedentarismo assim como de tabagismo, e surgiu uma proposta do Doutor Leonardo (médico brasileiro que trabalha também como Clínico Geral na UBS) de criar os grupos e vincular aqueles usuários que sejam Diabéticos e Hipertensos nos mesmos, os quais até o momento estão sendo desenvolvidos com um bom progresso. Por outra parte o gestor refletiu sobre a importância da intervenção e manifestou seu apoio para realizar a mesma.

O acolhimento está sendo realizado por toda equipe e garantido o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e os materiais para a realização dos testes de glicose na Unidade de Saúde. Mais recentemente combinou-se entre a secretaria de saúde e a médica supervisora responsável do Programa Mais Médicos que esta faria uma palestra e capacitação para toda nossa equipe no mês de setembro do presente ano sobre acolhimento nas UBS no SUS.

Na UBS Mormaço e nos outros quatro pontos de atendimento: Posse Godoy, Santo Antônio, São Miguel e Água Branca localizados no interior do município, foram divulgados sobre a existência do programa de atenção a hipertensão e diabetes, por outra parte, cada agente de saúde continuaram transmitindo a informação para todas as famílias nas visitas domiciliares realizadas diariamente, para isso, elas previamente foram capacitadas e também informadas sobre a importância de medir a tensão arterial após 18 anos para todas as famílias nas visitas domiciliares realizadas, assim como a importância do rastreamento para HA em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para orientar em geral, à comunidade, sobre todos os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

No procedimento da triagem na UBS e em cada posto de atendimento são avaliados aqueles que são usuários com hipertensão arterial e diabetes melitus que foram atendidos no serviço de odontologia, e aqueles que ainda não tiveram o atendimento, são agendados mais uma vez para avaliação odontológica prioritária com o dentista responsável. No transcurso da semana 11 os atendimentos do serviço de odontologia foram afetados, pois a cadeira do local da UBS quebrou, mas o odontólogo e a técnica tiveram uma iniciativa própria e resolveram coordenar o transporte para levar e realizar os procedimentos de alguns dos usuários nos postos de atendimentos do interior, isso motivou a equipe e me deixou muito contente, pois demonstraram que gostam do seu trabalho e tentam fazê-lo o melhor possível, até que resolveram a situação e repararam a cadeira.

Foi aproveitado o espaço da campanha nacional contra a gripe no mês de maio, e na sala de espera da UBS tinha usuários que esperavam para serem vacinados, e à enfermeira da ESF explicou sobre o programa de atenção aos hipertensos e diabéticos, e sobre a intervenção a realizar, informamos sobre a importância de frequentar as consultas que são programadas conforme o planejamento e ao cumprimento das indicações médicas. Informou-se, além disso, sobre as datas dos encontros para dos meses próximos dos grupos de HIPERDIA os quais foram desenvolvidos satisfatoriamente na totalidade das comunidades programadas, onde foram

realizadas palestras sobre alimentação saudável, cuidados dos pés nos usuários diabéticos especificamente.

Foram realizadas palestras sobre sedentarismo, assim como demonstração de exercícios físicos realizados pelo fisioterapeuta da UBS, pois como não temos educador físico e também não conseguimos nenhum com a secretaria da educação, nossa equipe aproveitou os conhecimentos e a experiência de nosso fisioterapeuta para realizar esta atividade da qual todos os usuários gostaram e aproveitaram muito.

Semanalmente é realizado pelo médico da ESF; o monitoramento do número de usuários com hipertensão arterial e diabetes melitus cadastrados no programa, por meio do acompanhamento da programação prevista na Unidade Básica de Saúde Mormaço, fazendo a revisão de prontuários eletrônicos, planilha de acompanhamento e ficha espelho oferecidas pelo curso.

A versão atualizada do protocolo do programa foi impresso, distribuído na Unidade Básica de Saúde Mormaço e também entregue nos outros pontos de atendimentos para a utilização de todo o pessoal da equipe.

O acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia dos usuários cadastrados no programa da UBS Mormaço é monitorado e avaliado mensalmente em cada ultima quinta-feira do mês, pelo médico da ESF através da revisão de prontuários, planilha de acompanhamento e ficha espelho oferecidos pelo curso e preenchidos durante o mês transcorrido. A realização do controle de estoque, a validade dos medicamentos assim como de manter o registro atualizado das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados e realizado sempre foi realizado pelos dois farmacêuticos da UBS e apoiados pelos responsáveis da vigilância sanitária da UBS. As receitas dos medicamentos da Farmácia Popular sempre são renovadas nas consultas, nos encontros dos grupos ou nas visitas domiciliares realizadas, também aqueles outros medicamentos que a UBS oferece para o tratamento continuo deles são levados juntos nestes encontros na comunidade favorecendo assim o acesso dos usuários aos serviços de saúde que prestamos.

Durante as consultas realizadas na UBS e nos postos de atendimentos, todas são realizadas com qualidade elevada e conforme a proposta estabelecida no projeto, também foi preenchida as fichas espelho de cada um

dos usuários e arquivadas posteriormente, mais não temos conseguido a impressão total das fichas espelho que se necessitaram na intervenção, por falta de material e impressora nos postos de saúde, porém, pouco a pouco e por semana, se imprime as fichas conforme o fluxo de usuários obtido correspondente a cada lugar.

Quanto ao monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia), em nossa UBS e nos pontos de atendimento foi criada outra agenda onde aparecem planejadas todas as consultas dos usuários hipertensos e diabéticos, e são registrados sempre, tanto na primeira vez assim como sendo consulta de seguimento, para manter um melhor controle dos mesmos, esta agenda é revisada e avaliada uma vez por mês e discutidos seus resultados na reunião com a equipe na ultima sexta-feira do mês. Aconteceu que houve dificuldades com o planejamento especificamente na UBS, pois aumentou bastante o fluxo de usuários porque agora que estão sendo avaliados os usuários com tratamento com calmantes (ansiolíticos, antidepressivos, antipsicóticos) e o outro médico não concordou em ter que avaliar também os usuários incluídos na intervenção, referindo que não haveria tempo. Dessa forma foi realizada uma reunião com a secretaria de saúde e combinado de novo um desenvolvimento melhor para esta ação, o qual ainda está sendo realizado parcialmente, não acontecendo isto nos postos de atendimento no interior do município a onde se desenvolve a intervenção satisfatoriamente, além disso, estamos apresentando algumas dificuldades com o cumprimento das consultas agendadas por parte dos usuários que faltam as consultas por questões do clima que afetou com muitas chuvas e frio nesse estado, realizando se citações novamente e recuperando esses usuários.

A revisão da qualidade dos registros dos usuários com hipertensão arterial e diabetes melitus da UBS se realiza através da avaliação mensal de prontuários, planilha de acompanhamento e ficha espelho oferecidos pelo curso e preenchidos adequadamente, de cada um dos usuários atendidos durante o mês.

Em relação ao monitoramento da orientação sobre riscos do tabagismo aos usuários com hipertensão arterial e diabetes melitus cadastrados no programa se realiza mensalmente pelo médico da ESF através da revisão de

prontuários, planilha de acompanhamento e ficha espelho oferecidas pelo curso e discutidas na reunião com a equipe na última sexta-feira de cada mês. Realizamos uma reunião com a Secretaria de Saúde onde o propósito foi explicar a importância de continuar com a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo" usado já em usuários com hipertensão arterial e diabetes melitus que são fumantes, pois tinha terminado os medicamentos, com o propósito de serem usados com os usuários da intervenção e naqueles incorporados no grupo criado de tabagistas na UBS os quais já temos adquirido os mesmos e são distribuídos na farmácia da UBS. Nas consultas médicas realizadas diariamente, nas visitas domiciliares realizadas pelos ACS e o médico da ESF três vezes por semana, nas reuniões com os grupos de hipertensos e diabéticos nas quartas-feiras a cada dois meses assim como em palestras com o resto da população mensal, tem sido orientado a cada hipertenso e diabético tabagista sobre a existência de tratamentos para abandonar o tabagismo e sua importância.

Também nas consultas realizadas pelo odontologista são orientados todos os hipertensos, diabéticos e seus familiares que acompanham ao mesmo sobre a importância da higiene bucal. Nas visitas domiciliares realizadas pelos ACS nas famílias, e pelo médico da ESF, eles também serão orientados sobre a importância neste aspecto.

O monitoramento da realização de uma orientação nutricional a todos os usuários com hipertensão arterial e diabetes melitus cadastrados no programa é realizado mensalmente pela nutricionista responsável da ESF através da revisão de prontuários, planilha de acompanhamento e ficha espelho oferecidos pelo curso. Ela é a responsável por organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável, onde foi aproveitado espaços nas comunidades nos encontros com os grupos de hipertensos e diabéticos, gerenciado e aprovado sempre com anterioridade pela Secretaria de Saúde.

Todos os exames indicados foram realizados pelos usuários e avaliados, e até o momento, poucos deles tiveram resultados ótimos e dentro dos parâmetros esperados, pois encontramos muitos com os níveis de colesterol total e frações elevadas assim como do ácido úrico, valores de glicose em jejum até de 300 mgdl, tudo relacionado com a alimentação não saudável que os mesmos levam como consequência dos costumes da população em "comer

churrasco de gado, porco ou ovelha com a carne gorda, vinho, cerveja, torresmos, uso da banha de porco” entre outras, mas continuamos tentando conscientizá-los um pouco mais sobre alimentação saudável, pelo menos já naqueles que estão doentes, para que eles não tenham mais complicações graves.

As visitas domiciliares para avaliação e consulta dos usuários acamados ou com alguma limitação que impede assistir a UBS pela equipe de saúde foram realizadas integralmente, tanto as das ACS como as da médica da ESF, corroborando a satisfação da população com nossos serviços de saúde.

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

No encontro com os grupos de pessoas hipertensas e diabéticas existe a participação ativa abordando o tema da higiene bucal, com o odontólogo e a técnica de saúde bucal são prioridades, mas ainda não foi desenvolvido como esperamos que fosse cumprido neste mês de julho, pois como foram desenvolvidas as palestras sobre sedentarismo com o fisioterapeuta, pensemos deixar para o mês de setembro, já que como seria muito conteúdo para um encontro.

Ainda não temos a totalidade dos recursos para a realização de exames exatamente com se deveria fazer conforme os protocolos por falta de recursos monetários que não dependem de nós, mais se continuaram priorizando aqueles usuários que estão no programa e que mais necessitam, conforme cada caso em específico.

A reunião da equipe também esta apresentando problemas para seu cumprimento, pois não tem sido desenvolvido ainda por falta de uma data certa na qual todos os integrantes da mesma consigam participar, mais eu tenho conseguido me reunir com as enfermeiras e as ACS do interior cada vez que trabalho semanalmente nestes lugares, e cada vez consigo avaliar o desenvolvimento da intervenção em cada posto respectivamente, não sendo assim na UBS ainda.

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

Apresentei algumas dificuldades no preenchimento das planilhas, inclusive enviei algumas erradas referentes aos dados de coleta durante algumas semanas, no princípio da intervenção e durante as semanas 6 e 7 respectivamente do segundo mês da intervenção, mais foram explicados corrigidos corretamente pela orientadora do curso e não cometidos de novo.

Referente à coleta de dados, normalmente, começamos o preenchimento das fichas espelho no momento das consultas com os usuários, mas às vezes para adiantar, recolhemos os dados numa agenda ou papel e posteriormente preenchemos as mesmas para aproveitar e ganhar mais tempo nas consultas. Como foi referido anteriormente, ainda não contamos com a totalidade das fichas espelhos que precisamos impressas, mais tentamos imprimir pouco a pouco por semanas ate cumprir a meta na totalidade.

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

Na UBS de município Mormaço, anteriormente, a cada ano que passava, trocavam muito os médicos, onde alguns deles que trabalharam no SUS do município investiam mais na medicina curativa e não na prevenção e promoção de saúde, terminando assim por esquecer programas tão importantes como este, o referente a saúde dos usuários hipertensos e diabéticos.

Com o desenvolvimento desta intervenção, tem sido consultados usuários que inclusive, durante 5 anos após o diagnóstico da suas doenças nunca mais foram avaliados novamente, sem consultas de seguimento, sem exame evolutivos anuais, e sem serem avaliados por algum especialistas conforme a suas doenças crônicas de bases, independentemente já serem hipertensos o diabéticos, mas agora, com o desenvolvimento da mesma estão sendo identificados, e avaliados corretamente nas consultas, a equipe esta vinculada na intervenção constituindo uma rotina diária dos pontos de atendimento no interior e tentando incrementar mais na própria UBS, a onde só falta organizar mais o trabalho referente ao cumprimento com as consultas agendadas, pois o acolhimento, o triagem e a priorização do atendimento em caso de urgências e emergências de casos de hipertensos e diabéticos esta bem desenvolvido até agora. A pesar de alguns dos usuários não cumprir com

as consultas, a maioria dos mesmos, concorda e está satisfeito por serem atendidos novamente, diagnosticando complicações novas, com a mudança de maus hábitos higiênicos e dietéticos na vida diária dos mesmos.

Para minha maior satisfação como profissional e como pessoa, tenho feito que esta intervenção continue crescendo em cuidado a saúde da população deste município de forma mais humanizada, que seus habitantes confiem e acreditem cada dia mais em nosso trabalho. O fato de receber um abraço forte, um agradecimento, um sorriso triste e um muito obrigado de uma família, ainda quando o usuário morreu (como hoje aconteceu comigo), isso não é pago com nenhum dinheiro ou coisas materiais, e isso me dá força que necessito para não desistir e continuar meu trabalho.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

O objetivo geral da intervenção desenvolvida na Unidade Básica de Saúde Mormaço tratou da melhoria da atenção à saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos da nossa área adstrita localizada no município Mormaço, no Estado Rio Grande do Sul. Realizamos atendimento a uma população total de 2749 habitantes; desse total 614 são usuários maiores de 20 anos portadores de hipertensão arterial e 176 são usuários diabéticos, dados utilizados dos registros dos cadastros durante a Análise Situacional.

Como o Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial têm sido reconhecidos como problemas de saúde pública que estão crescendo em razão do aumento da sua prevalência e incidência com consequentes repercussões, traduzidas em mortes prematuras no Brasil e também em nosso município, a população alvo da intervenção necessitava melhorar sua qualidade na atenção a sua saúde. O comprometimento da equipe em melhorar a cobertura do programa e o atendimento aos usuários foi se evidenciando gradativamente ao longo de cada mês.

No primeiro mês do desenvolvimento da Intervenção, devido a sua implantação e realização das capacitações e demais ações, apenas 98 usuários hipertensos (16.0%) foram acompanhados pela equipe; dando

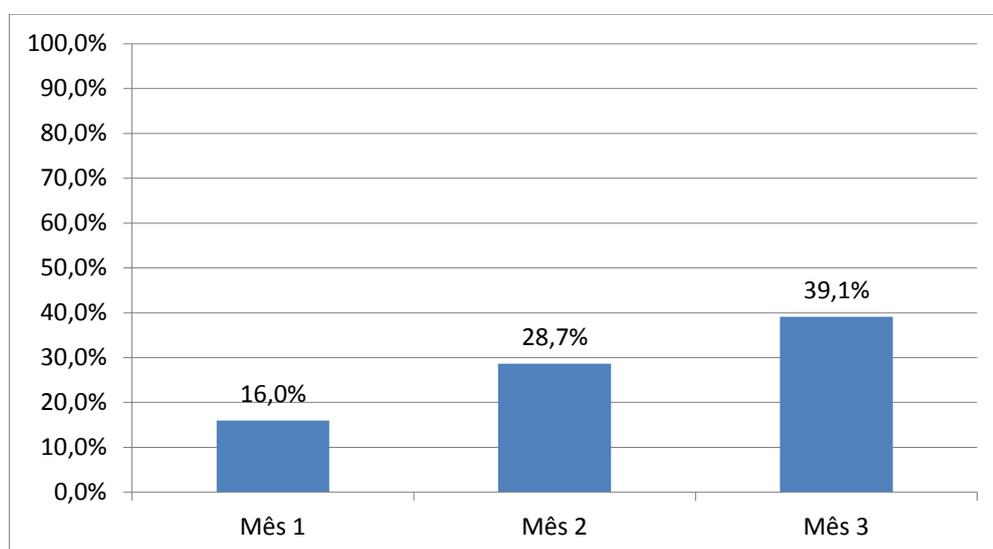
continuidade a relação de atendimentos, no segundo mês totalizou-se 176 usuários (28.7%) que foram assistidos na unidade; e no terceiro e último mês da intervenção, a quantidade geral de hipertensos acompanhados correspondeu a 240 usuários (39.1%). Já em relação ao programa de diabetes; o primeiro mês foi assistido 24 usuários (13.6%) diabéticos; no segundo mês já tinha sido acompanhados 36 diabéticos (20.5%) incluindo os novos usuários cadastrados; e no terceiro mês, a quantidade geral de diabéticos acompanhados durante esse período foi de 47 usuários (26.7%).

Antes do início da intervenção, as metas de cobertura estimadas para o Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus foi 100% respectivamente, conforme é possível observar na figura 1 e 2, essas metas não foram alcançadas pelo fato de que alguns dos usuários agendados para consultas de seguimento não cumpriram com as mesmas ainda quando as ACS visitaram uma e outra vez eles para citar de novo, assim como pelas condições climáticas desde o começo do inverno que com chuvas também dificultaram o acesso aos serviços de saúde pelas condições desfavoráveis das estradas de chão que em sua maioria tem nosso município rural. Outro fator que dificultou o bom desenvolvimento dos resultados deste indicador foi que não se logrou organizar e cumprir adequadamente com o planejamento e agendamento das consultas na própria Unidade Básica de Saúde, aonde trabalha durante 40 horas outro médico, referiu ter mais fluxo de usuários para atender, pois durante esses meses se estavam avaliando todos os usuários que consumiam ansiolíticos e antidepressivos da nossa área de abrangência.

É importante ressaltar que a intervenção estava prevista para ser realizada no período de 16 semanas, ou seja, quatro meses, mas devido a uma mudança no cronograma do Curso pela Coordenação Pedagógica, esse período foi reduzido para três meses, motivo pelo qual impediu o cumprimento da meta de 100% estabelecida no Projeto de Intervenção. No entanto, não há dúvidas do quanto às ações desenvolvidas contribuíram para a melhoria da qualidade da assistência e da cobertura desses usuários, com organização do serviço, cadastro de novos usuários e ao término do terceiro mês foi possível acompanhar um total de 240 usuários hipertensos (39.1%) e 47 usuários diabéticos (26.7%), mas com a continuidade das ações como a intervenção foi incorporada à rotina da unidade e nos postos de atendimento no interior do

município, pretendemos melhorar esse indicador gradativamente para alcançar a meta estabelecida inicialmente.

Vale ressaltar também que para garantir uma ampliação da cobertura da população alvo, ou seja, hipertensos e diabéticos, além de contarmos com a colaboração dos gestores no apoio e fornecimentos de recursos necessários, houve também um maior comprometimento de toda a equipe, com o aumento das buscas ativas da população alvo principalmente pelas Agentes Comunitárias de Saúde, e no seguimento dos protocolos do Ministério da Saúde referente ao programa dos usuários com hipertensão e diabetes.



*Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na Unidade Básica de Saúde. Município Mormaço/RS. Ano 2015.*

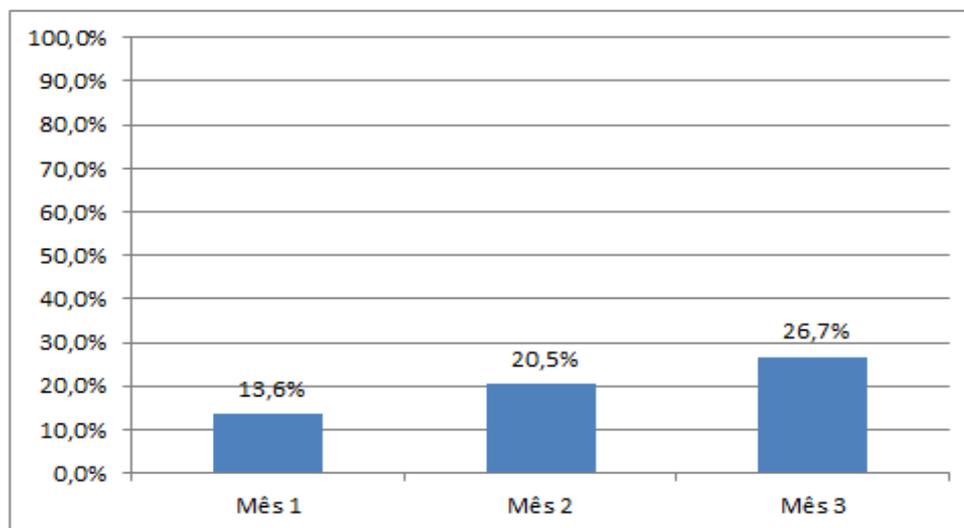


Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na Unidade Básica de Saúde. Município Mormaço/RS. Ano 2015.

Graças à dedicação de toda a equipe ao longo da intervenção em seguir as recomendações e os protocolos do Ministério de Saúde aos usuários hipertensos e diabéticos, felizmente foi possível obter indicadores de um 100% em todos os meses referentes às metas de qualidade propostas no Projeto de Intervenção e citadas a seguir.

Durante os três meses da intervenção foram realizados exames clínicos apropriados aos usuários hipertensos da seguinte forma, no primeiro mês a meta total foi de 98 usuários, no segundo de 176 e no terceiro de 240 usuários alcançando um 100% neste indicador durante todos os meses. Referente aos usuários diabéticos no primeiro mês se alcançou uma meta de 24 usuários, a qual se foi incrementando no segundo mês com um total de 36 usuários examinados e no terceiro e último mês com um total de 47 usuários cumprindo também com um 100% neste indicador durante todos os meses. Esta meta foi alcançada com sucesso principalmente devido ao fato de que cada profissional cumpriu com as considerações do protocolo de atendimento destes usuários cadastrados no HIPERDIA, e logo na primeira semana de intervenção foram reforçadas as atribuições de cada membro da equipe para facilitar o trabalho e garantir melhoria das ações realizadas para a população alvo.

Durante os três meses da intervenção tivemos uma meta de 98, 176 e 240 usuários hipertensos que puderam realizar os exames complementares necessários de forma gratuita conforme o protocolo utilizado, representando um 100% de cada mês de intervenção, e no caso dos usuários diabéticos se realizaram num total de 24, 36 e 47 representando também um 100% de cada mês na intervenção. Esses exames eram fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde do município ainda quando existiram dificuldades com o financiamento, pois foi de muita ajuda a garantia desses exames complementares preconizados para poder ter uma resposta rápida e avaliação clínica integral. Dessa forma, foi possível alcançar estas metas, alguns dos usuários acompanhados já estavam com exames complementares atualizados antes da intervenção e só necessários fazer a verificação durante os atendimentos clínicos.

Quanto a priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia também foi possível alcançar no primeiro mês uma meta de 98 usuários, no segundo de 176 e no terceiro de 240 usuários alcançando um 100% neste indicador durante todos os meses. Referente aos usuários diabéticos no primeiro mês se alcançou uma meta de 24 usuários, a qual se foi incrementando no segundo mês com um total de 36 usuários e no terceiro e último mês com um total de 47 usuários cumprindo também com um 100% neste indicador durante todos os meses. Todos os medicamentos prescritos e a maioria que os usuários já estavam em uso pertencem à Farmácia Popular HIPERDIA, algo que foi de grande benefício para essa população e para a equipe, já que durante toda a intervenção mantivemos um adequado registro das necessidades de medicamentos, inclusive para alguns usuários que compravam medicamentos sem necessidade foram orientados para trocar pela mesma medicação do programa HIPERDIA existente na Farmácia Popular. Durante o desenvolvimento das reuniões ou encontros com os grupos de HIPERDIA, um farmacêutico sempre acompanha a equipe para entregar os medicamentos no local onde se realiza a atividade, ele controla, avalia e explica por separado a cada usuário em caso de dúvidas e a médica da ESF renova as receitas dos medicamentos que são entregues uma vez culminada a atividade.

A avaliação da necessidade de atendimento odontológico aos usuários hipertensos também foi alcançada no primeiro mês com uma meta de 98

usuários, no segundo de 176 e no terceiro de 240 usuários alcançando um 100% neste indicador durante todos os meses. Referente aos usuários diabéticos no primeiro mês se alcançou uma meta de 24 usuários, a qual se foi incrementando no segundo mês com um total de 36 usuários atendidos e no terceiro e último mês com um total de 47 usuários em 100% durante toda a intervenção, pois durante os atendimentos realizados aos usuários com hipertensão arterial e diabetes melitus no decorrer das semanas, foi realizada a avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Essa avaliação era realizada em ocasiões pelos enfermeiros na triagem ou durante os atendimentos clínicos, mas foi de muita importância também a disponibilidade do odontologista e da técnica da UBS para organizar sua agenda de atendimento para assistir aqueles usuários com maiores necessidade de assistência à saúde bucal e pela sua capacidade de encontrar outras soluções ainda quando se apresentavam dificuldades com os recursos materiais.

A proporção de hipertensos e diabéticos faltosos que foi realizada a busca ativa propiciaram que aqueles que foram acompanhados na UBS e faltaram às consultas tivessem seu atendimento garantido, já que através das orientações passadas pela equipe à comunidade sobre a importância da realização das consultas periódicas, bem como durante as visitas domiciliares realizadas pelos ACS, todos os usuários foram acolhidos no UBS, receberam um atendimento de qualidade, e foi priorizado o atendimento dos usuários diagnosticados com maior risco de doenças cardiovasculares e demais complicações por esse motivo foi possível cumprir com a meta no primeiro mês de 14 usuários, no segundo de 47 e no terceiro também 47 usuários alcançando 100% de cumprimento da assistência durante todos os meses. Referente aos usuários diabéticos no primeiro mês se alcançou uma meta de 1 usuário, no segundo mês com um total de 6 usuários atendidos e no terceiro e último mês com um total de 7 usuários representando também 100% no indicador avaliado, pois foi realizada busca ativa para integrá-los a ao Programa.

Referente aos indicadores da proporção de hipertensos e diabéticos com registro adequado foi possível manter as fichas de acompanhamento para todos os usuários hipertensos no primeiro mês de 98 usuários, no segundo de 176 e no terceiro de 240 usuários alcançando um 100% durante todos os

meses e sob os diabéticos acompanhados durante os três meses de intervenção 24 usuários foram registrados no primeiro mês, no segundo mês um total de 36 usuários e no terceiro e último mês um total de 47 usuários obtendo assim o indicador de 100% em todos os meses. Dentre os principais motivos que contribuíram para o alcance dessas metas destaca-se o esforço dos enfermeiros no monitoramento dos registros e sua devida atualização, juntamente com a colaboração dos demais integrantes da equipe, além das capacitações realizadas nas primeiras semanas sobre o preenchimento adequado das fichas espelhos, planilha de coleta de dados e demais prontuários e registros de acompanhando da população hipertensa e diabética assim a médica responsável do programa analisando todas as semanas os dados para colocar na Planilha de forma que não faltasse nenhum registro dos usuários.

A realização da estratificação de risco cardiovascular durante os atendimentos clínicos aos usuários hipertensos também ocorreu com sucesso no primeiro mês com 98 usuários, no segundo de 176 e no terceiro de 240 usuários alcançando um 100% durante todos os meses, e no caso dos usuários diabéticos foi realizado em 24 usuários no primeiro mês, no segundo mês um total de 36 usuários e no terceiro e último mês um total de 47 usuários obtendo assim o indicador de 100% em todos os meses. O mesmo foi realizado nas consultas desenvolvidas indicando exames para o controle de risco cardiovascular provendo assim um atendimento integral, contínuo e organizado a todos os usuários envolvidos na intervenção já que vários não tinham realizado esta avaliação durante alguns anos.

Quanto às metas relacionadas respeito a promoção à saúde da população hipertensa no primeiro mês a meta foi de 98 usuários, no segundo de 176 e no terceiro de 240 usuários alcançando um 100% durante todos os meses, e no caso dos usuários diabéticos foi realizado em 24 usuários no primeiro mês, no segundo mês um total de 36 usuários e no terceiro e último mês um total de 47 usuários obtendo assim o indicador de 100% em todos os meses. Vale ressaltar que foi possível alcançar o indicador de 100% em todos os meses da intervenção, pois como se tratam de metas de qualidade relacionadas a orientações simples mais não deixam de serem importantes,

toda a equipe se comprometeu em orientar os usuários durante os atendimentos clínicos e coletivos conforme os protocolos utilizados.

Referente à proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável foi realizada durante o primeiro mês uma meta de 98 usuários, no segundo de 176 e no terceiro de 240 usuários alcançando um 100% durante todos os meses, e no caso dos usuários diabéticos foi realizado em 24 usuários no primeiro mês, no segundo mês um total de 36 usuários e no terceiro e último mês um total de 47 usuários obtendo assim o indicador de 100% em todos os meses, e resultaram como as ações que mais incentivaram aos usuários na participação da intervenção, ao terminar o último mês foram constatadas mudanças nos hábitos de alimentação da população alvo. Essas orientações foram realizadas por toda equipe durante os atendimentos individuais e nas práticas coletivas desenvolvidas nas palestras nos encontros dos grupos HIPERDIA com a médica da ESF e com a participação da nutricionista a qual também realizou avaliações em consultas de seguimento de orientação nutricional.

Da mesma forma, também foram realizadas ações educativas garantindo a 98,176 e 240 dos usuários hipertensos durante os meses da intervenção obtendo um 100% durante todos os meses, e no referente aos diabéticos as orientações em relação à prática regular de atividade física desde o início da intervenção se foi desenvolvendo com 24 usuários no primeiro mês, no segundo mês um total de 36 usuários e no terceiro e último mês um total de 47 usuários obtendo assim o indicador de 100% em todos os meses. Foi relevante neste caso a realização de práticas coletivas e o envolvimento do fisioterapeuta da Unidade Básica de Saúde nestas atividades realizadas nos encontros com os grupos de hipertensos e diabéticos onde foram realizadas palestras sobre sedentarismo, assim como demonstração de exercícios físicos que poderiam fazer nos domicílios as donas de casas ou aqueles que já estavam aposentados. Como não temos educador físico e também não conseguimos nenhum com a secretaria da educação, nossa equipe aproveitou os conhecimentos e a experiência de nosso fisioterapeuta para realizar esta atividade da qual todos os usuários gostaram e aproveitaram muito.

Referente à proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, foi realizado com uma meta de 98 usuários o primeiro

mês, no segundo de 176 e no terceiro de 240 usuários alcançando um 100% durante todos os meses, e no caso dos usuários diabéticos foi realizado em 24 usuários no primeiro mês, no segundo mês um total de 36 usuários e no terceiro e último mês um total de 47 usuários obtendo assim o indicador de 100% em todos os meses. Todos os usuários acompanhados foram orientados sobre eliminar o hábito de fumar e sobre os riscos do tabagismo à saúde, neste caso apenas o fornecimento da medicação para ajudar a abandono do hábito de fumar esteve comprometido no princípio, também foi criado um grupo na UBS de usuários dependentes do cigarro onde participaram uma maioria dos usuários hipertensos e diabéticos, mas o objetivo principal foi cumprido. Atividade que foi favorecida nas visitas domiciliares realizadas pelos ACS e o médico da ESF três vezes por semana, nas reuniões com os grupos de HIPERDIA nas quartas-feiras a cada dois meses assim como em palestras com o resto da população mensal, tem sido orientado a cada hipertenso e diabético tabagista sobre a existência de tratamentos para abandonar o tabagismo e sua importância.

Da mesma forma, sob a proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal foi possível também alcançar uma meta durante o primeiro mês de 98 usuários, no segundo de 176 e no terceiro de 240 usuários alcançando um 100% durante todos os meses, e no caso dos usuários diabéticos foi realizado em 24 usuários no primeiro mês, no segundo mês um total de 36 usuários e no terceiro e último mês um total de 47 usuários obtendo assim o indicador de 100% em todos os meses, essas orientações eram oferecidas na maioria das vezes durante as consultas médicas e de enfermagem, e nas ações coletivas, em que foi possível organizar a agenda da dentista para poder estar presente orientando sobre o cuidado da higiene e saúde bucal, somente faltou realizar uma palestra como esperamos que fosse cumprido neste mês de julho, mais como foi desenvolvido as palestras sobre sedentarismo com o fisioterapeuta, pensemos deixar para o mês de setembro, já que como seria muito conteúdo para um encontro.

#### **4.2 Discussão**

Com o desenvolvimento da intervenção realizada na Unidade Básica de Saúde Mormaço, os principais objetivos alcançados foram o incremento na

qualidade dos atendimentos aos usuários com hipertensão arterial e diabetes melitus da nossa área de abrangência ampliando assim a cobertura do programa e sua adesão, inclusive existiam alguns que levavam anos sem seguimento ou controle das suas doenças ou complicações. Contribuiu também com uma melhor coleta de dados do registro satisfatório de todos os usuários atendidos assim como uma adequada avaliação referente aos riscos cardiovasculares correspondentes em todos durante a intervenção.

Com a intervenção se conseguiu que a equipe de saúde trabalhasse de forma integrada e com competências bem estabelecidas na abordagem dos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus durante o desenvolvimento da intervenção, pois a mesma condicionava uma adequada capacitação em determinados aspectos que não eram dominados totalmente por alguns dos integrantes da mesma. Foi motivo também, para que as agentes comunitárias de saúde realizassem mais organizadamente seu serviço e que fossem mais valorizadas pelo seu trabalho, na promoção e prevenção de saúde, na busca ativa de usuários faltosos as consultas; além disso, juntou forças na cooperação e entendimento entre a equipe, sejam enfermeiros, auxiliares, técnicos, recepcionista, as agentes comunitárias de saúde e médicos em geral entre outros, na realização de atividades focalizadas na promoção e prevenção de saúde, diagnóstico e tratamento dos usuários com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços oferecidos nos estabelecimentos de saúde do município, incrementando assim o número e a qualidade de consultas realizadas nestes usuários. Alcançou também uma melhor organização no processo de acolhimento em todas as unidades de atendimento incrementando a cobertura no programa.

Durante anos anteriores, o trabalho do médico clínico da estratégia da saúde da família, era direcionado fundamentalmente ao plano do tratamento curativo, e menos na esfera da promoção e prevenção de doenças e suas complicações. Com a realização dessa intervenção, o serviço melhorou em vários aspectos, e hoje em dia é mais resolutivo, foi incrementado as visitas domiciliares, se realizaram maior número de atividades de promoção e prevenção com os usuários do programa e a comunidade em geral. Se realizarem maior número de pesquisas em usuários com riscos incrementando os dados de incidências de Hipertensão e Diabetes Mellitus no município. O

serviço ficou mais organizado com a estruturação do agendamento e seguimento dos usuários em consulta e apoiado nas visitas domiciliares realizadas pelas agentes comunitárias de saúde e a médica da ESF. Logrou-se uma melhoria na coleta e no registro das informações referente ao programa na Unidade Básica de Saúde. Elevou-se a qualidade das consultas direcionadas para estes usuários, detectando casos com complicações desconhecidas até esse momento por eles, modificando modos e estilos de vida, indicando tratamentos medicamentosos diversos e encaminhando precocemente aos especialistas pertinentes.

Em relação à comunidade, a intervenção trouxe melhorias na cobertura do programa incrementando um maior número das consultas e a qualidade das mesmas, referente à realização do exame clínico pelos médicos, a indicação de exames complementares e a escolha do melhor e mais adequado tratamento, seja ele não farmacológico ou farmacológico conforme a necessidade do usuário. A realização de atividades participativas de promoção e prevenção de saúde nas comunidades com os grupos de hipertensos e diabéticos incrementou gradativamente a participação destes e a motivação dos mesmos na incorporação de outras vias de tratamento físico e emocional na luta contra o sedentarismo e no tabagismo na rotina de seus dias, reconhecendo como positivo nosso trabalho como equipe e grande aceitação, mas apesar da ampliação da cobertura do programa ainda existem usuários hipertensos e diabéticos que faltam seguimento.

Acho que sem eu tivesse discutido muitas mais vezes com a minha secretaria de saúde sobre a importância da intervenção para a população alvo do município e seus benefícios, assim como fiz com a equipe e com o outro médico que trabalha na Unidade Básica de Saúde, os resultados tivessem sido ainda muito melhores referente à cobertura do programa, eles entenderiam que não só se tratava de um projeto de curso como parte da minha superação como médica, pelo contrário, se tratava do futuro dos moradores do município, suas famílias, amigos. Também exigiria mais apoio no desenvolvimento das tarefas atribuídas de alguns dos integrantes da equipe pertencentes à UBS e o cumprimento das reuniões de equipe adequadamente, pois nos postos de atendimentos do interior e com todas as agentes comunitárias de saúde sempre encontrei o apoio que necessitava.

Com a experiência ganha durante os três meses do desenvolvimento da intervenção e frente às dificuldades apresentadas eu acho que esta intervenção pode ser incorporada totalmente na rotina da Unidade Básica de Saúde e incrementar a cobertura do programa na mesma; continuando assim também nos postos de atendimentos do interior como até agora se realiza.

Pretendendo, além disso, que o indivíduo hipertenso ou diabético, além de conhecer sua condição da doença que apresenta, também saiba e aceite as orientações médicas, cumpra com elas sempre em termo do uso correto das medicações, respeite á dieta prescrita, torne sadio seus estilos de vida inapropriados para sua saúde e que compareça as consultas planejadas conforme os protocolos.

A intervenção será incorporada a rotina do serviço. Os próximos passos serão fazer com que a equipe compreenda muito mais sob a importância da intervenção e que continue contribuindo no processo de seguimento, tratamento e recuperação dos usuários com hipertensão arterial e diabetes melitus e suas complicações, apresentando motivação, perseverança e educação continuada, incrementando assim a cobertura do programa no município. Que os gestores continuem apoiando o desenvolvimento da intervenção através de reuniões de análise sobre as coisas que nos faltaram e poderíamos mudar.

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

Prezada Secretária Municipal de Saúde Sandra Koenig Knopf.

Na Unidade Básica de Saúde Mormaço foi desenvolvido um projeto de intervenção durante 12 semanas no período de maio até agosto de 2015, com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, na Unidade Básica de Saúde Mormaço, Mormaço/ RS. Foi realizada por meio da especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas. A ação programática de Atenção Primária à Saúde escolhida como o foco da intervenção foi a Hipertensão Arterial e Diabetes, pois nos últimos anos, foram reconhecidas como problemas de saúde pública e a importância

destas doenças está crescendo em razão do aumento da sua prevalência e incidência, com conseqüentes repercussões, traduzidas em mortes prematuras. Sabe-se que o risco cardiovascular duplica nestas doenças, especialmente quando estão associadas a outros fatores de risco como tabagismo e dislipidemias aumentando a morbimortalidade cardiovascular por morte súbita, infarto do miocárdio, angina do peito, insuficiência renal, entre outros, o que apontava para a necessidade de criar estratégias para atuar sobre os fatores de risco, fazer um diagnóstico oportuno, tratamento e controle das mesmas para assim evitar as complicações nos usuários de nossa área de abrangência, porém, foi recomendado um conjunto de metas com prazo de cumprimento com um cronograma de execução de 12 semanas.

Com a intervenção se conseguiu que a equipe de saúde trabalhasse de forma integrada e com competências bem estabelecidas na abordagem dos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus durante o desenvolvimento da intervenção, pois a mesma condicionava uma adequada capacitação em determinados aspectos que não eram dominados totalmente por alguns dos integrantes da mesma. Foi motivo também, para que as agentes comunitárias de saúde realizassem mais organizadamente seu serviço e que fossem mais valorizadas pelo seu trabalho, na promoção e prevenção de saúde, na busca ativa de usuários faltosos as consultas e com o resto da equipe na realização de atividades focalizadas na promoção e prevenção de saúde, diagnóstico e tratamento dos usuários melhorando a qualidade dos serviços oferecidos nos estabelecimentos de saúde do município, incrementando assim o número e a qualidade de consultas realizadas nestes usuários. Alcançou também uma melhor organização no processo de acolhimento em todas as unidades de atendimento incrementando a cobertura no programa. Realizaram-se maior número de pesquisas em usuários com riscos incrementando os dados de incidências de Hipertensão e Diabetes Mellitus no município.

No decorrer das 12 semanas, conseguimos uma adesão de 251 usuários ao programa de Hipertensão e Diabetes, todos sendo atendimentos segundo foi preconizado nos protocolos. Desconsiderando que os resultados tivessem sido ainda melhores referente à cobertura do programa já que na UBS não se conseguiu organizar e cumprir adequadamente com o

planejamento e agendamento das consultas, pela falta de cooperação do outro médico clínico quem trabalha durante 40 horas por semana o qual referiu ter mais fluxo de usuários para atender, pois durante esses meses se estavam avaliando todos os usuários que consumiam ansiolíticos e antidepressivos da nossa área de abrangência, no entanto, não há dúvidas do quanto às ações desenvolvidas contribuíram para a melhoria da qualidade da assistência e da cobertura desses usuários, com organização do serviço, cadastro de novos usuários e ao término do terceiro mês foi possível acompanhar um total de 240 usuários hipertensos (39.1%) e 47 usuários diabéticos (26.7%). Graças à dedicação de toda a equipe ao longo da intervenção em seguir as recomendações e os protocolos do Ministério de Saúde aos usuários hipertensos e diabéticos, felizmente foi possível obter indicadores de 100% em todos os meses referentes às metas de qualidade propostas no Projeto de Intervenção, pois foram realizados exames clínicos apropriados aos usuários hipertensos e diabéticos, realização dos exames complementares necessários de forma gratuita conforme o protocolo utilizado, a priorização da prescrição de medicamentos da farmácia popular, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, referente à proporção de hipertensos e diabéticos faltosos que tiveram às consulta com busca ativa propiciaram que aqueles que foram acompanhados na UBS e faltaram às consultas tivessem seu atendimento garantido, no registro adequado foi possível manter as fichas de acompanhamento na totalidade dos usuários atendidos, a realização da estratificação de risco cardiovascular durante os atendimentos clínicos aos usuários hipertensos também ocorreu com sucesso, também quanto às metas relacionadas à promoção à saúde da população hipertensa e diabética, referente à proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, em relação à prática regular de atividade física, a proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, 100% dos usuários acompanhados foram orientados sobre eliminar o hábito de fumar e sobre os riscos do tabagismo à saúde, como também a orientação sobre higiene bucal.

Aproveitamos para agradecer o apoio total da secretaria municipal da saúde assim como aos demais fatores comprometidos em melhorar os níveis de saúde do município. Contamos hoje com recursos humanos necessários e

que favorecem para levar adiante nossa intervenção com ajuda de toda a equipe, pretendendo, além disso, que o indivíduo hipertenso ou diabético além de conhecer sua condição da doença que apresenta, também saiba e aceite as orientações médicas, cumpra com elas sempre em termo do uso correto das medicações, respeite á dieta prescrita, torne sadio seus estilos de vida inapropriados para sua saúde e que compareça as consultas planejadas conforme os protocolos.

Para toda a equipe foi muito importante todas as tarefas desenvolvidas até hoje durante a intervenção, e ficamos contentes pelas mudanças positivas na Atenção Básica de Saúde e estamos sempre dispostos a trabalhar em conjunto com a gestão de saúde, visando exclusivamente à melhoria da Atenção Primária e da população. Entretanto, para tornarmos essas atividades de promoção de saúde constantes, necessitamos do apoio, participação, reconhecimento e a cobrança de todos envolvidos frente aos gestores municipais para ter uma sociedade que desfrute dos seus direitos e para uma melhor oferta e qualidade de nossos serviços de saúde.

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

Prezados usuários da UBS Mormaço.

A equipe realizou um análise situacional dos principais problemas de saúde que afetam a população de nossa área de abrangência, e resolveu trabalhar inicialmente com as pessoas com hipertensão e/ou diabetes na realização de uma intervenção com os propósitos de melhorar as metas que favorecem e melhorem o atendimento destas pessoas segundo recomendação do Ministério da Saúde. Para começar, fizemos um levantamento de todas as pessoas com hipertensão e/ou diabetes para manter os dados bem atualizados. O acolhimento foi realizado por todos os membros da equipe, e se realizaram capacitações sobre todas as metas estabelecidas no projeto.

A intervenção trouxe melhorias na cobertura do programa incrementando um maior número das consultas e a qualidade das mesmas, referente à realização do exame clínico pelos médicos, a indicação de exames complementares e a escolha do melhor e mais adequado tratamento, seja ele

não farmacológico ou farmacológico conforme a necessidade do usuário. A realização de atividades participativas de promoção e prevenção de saúde nas comunidades com os grupos de hipertensos e diabéticos incrementou gradativamente a participação destes e a motivação dos mesmos na incorporação de outras vias de tratamento físico e emocional na luta contra o sedentarismo e no tabagismo na rotina de seus dias, reconhecendo como positivo nosso trabalho como equipe e grande aceitação, mas apesar da ampliação da cobertura do programa ainda existem usuários hipertensos e diabéticos que faltam seguimento. A nossa Unidade Básica de Saúde consta com boa estrutura física e recursos para realização não só de atendimento médico, mas também, uma equipe multidisciplinar para proporcionar saúde, sendo composta por nutricionista, psicólogas, dentista, fonoaudióloga, e toda equipe de apoio que fica sempre unida para todas as tarefas, e foi neste projeto de intervenção que demonstramos nossas atividades.

Todas as pessoas envolvidas na intervenção com hipertensão e/ou diabetes foram às principais responsáveis pelos ótimos resultados obtidos, pois compareceram às consultas agendadas, tiveram maior adesão e interesse por um atendimento de melhor qualidade, e nós como equipe, ficamos felizes com a atitude de vocês, pois nossos objetivos foram alcançados e demonstraremos os resultados para a gestão municipal, com a finalidade continuar com a intervenção e incluir ela na rotina diária da UBS. Pedimos a colaboração da comunidade na adesão dos programas realizados pelos profissionais da equipe, que sempre tem como objetivo elevar os níveis de saúde da nossa população. Em conjunto com vocês que são nossa comunidade poderíamos realizar diversas atividades, mas, para que isso aconteça, necessitamos do seu apoio e participação para que todos desfrutem dos seus direitos e de uma melhor oferta e qualidade de nossos serviços de saúde.

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

Com o desenvolvimento desse curso de especialização online, totalmente novo para mim como estudante, confesso que no principio tinha algumas duvidas e me sentia um pouco insegura, pois estava acostumada a outros métodos ortodoxos de ensinamento em meu pais, a aquelas aulas

estressantes e diárias frente a frente com os professores ou orientadores, e que agora tudo seria diferente, mas na medida em que as semanas passavam me acostumei rapidamente e aprendi coisas valiosas sobre informática e tecnologia desconhecida até o momento. Aprendi conforme a programação do curso muito bem estruturada, sobre um sistema de saúde perfeitamente articulado com princípios, diretrizes e programas aqui do Brasil, compreendendo melhor meu trabalho a realizar na Atenção Básica, me superando dia após dia como profissional e numa língua diferente da minha, o qual me ajudou muito na comunicação diária nas consultas e nas visitas com meus usuários e seus familiares, assim como escrever corretamente nos prontuários e documentos oficiais.

No plano individual, constituiu uma experiência inigualável, consegui ótimos resultados com ajuda e o apoio da minha orientadora ainda com dificuldades e os inconvenientes que apareceram no transcurso do desenvolvimento da mesma. Hoje já em fase de conclusão do projeto de intervenção sinto que minhas expectativas foram cumpridas. Consegui perceber os principais problemas de saúde da minha área de abrangência e pude contribuir para a melhoria nos atendimentos, principalmente em relação aos exames clínicos e laboratoriais, assim como atuar sobre os fatores de risco que afetam os usuários com hipertensão e/ou diabetes. Anteriormente a equipe trabalhava um pouco desorganizada, mas, mediante a intervenção, aprendemos ser mais responsáveis e juntos demonstramos a capacidade de trabalhar em equipe e que o trabalho torna-se bem mais produtivo e fácil. Hoje conseguimos nos programar e realizar com mais qualidade as consultas e identificar nas visitas domiciliares a realidade das condições de vida das pessoas da área de abrangência, priorizar os casos com complicações e direcionar nosso trabalho.

Aprendizados que tive no curso me acompanharão ao longo da prática clínica. Hoje sei que o atendimento na UBS precisa de um envolvimento além do consultório, precisamos mostrar aos usuários quem realmente somos, e não apenas o lado médico de ser; necessitamos mostrar carinho para com eles, para que se sintam confiantes e nos permitam “cuidar” deles. Comprovei que não adianta ter todos os recursos, se não existir equipe concentrada em fazer acontecer à intervenção, e sempre ter disciplina para realizar os objetivos.

## Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Indicadores e dados básicos: Brasil-2000 [Internet]. Brasília (DF); 2007 [citado 2007 abr 12]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/idb>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

**Anexos**

## Anexo A - Documento do comitê de ética



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

---

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

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

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

Prezada Pesquisadora:

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

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

---



## Anexo B: Planilha de Coleta de Dados

2013\_08\_15 Coleta de dados HAS e DM [Modo de Compatibilidade] - Excel

ARQUIVO PÁGINA INICIAL INSERIR LAYOUT DA PÁGINA FÓRMULAS DADOS REVISÃO EXIBIÇÃO Entrar

Indicadores HAS e DM - Mês 1															
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está cadastrado no Programa HIPERTENSO?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada bucca alva para o paciente com consulta em atraso?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista de Hipertensão ou da Farmácia	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento	A estratificação de risco cardiovascular por exame oftalmológico está em	O paciente realizou avaliação odontológica?
Orientações de preenchimento	de 1 a 3 o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
21															
22															
23															
24															
25															
26															
27															
28															
29															
30															

Apresentação Orientações Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores

PRONTO 18:52 09/01/2015



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

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

\_\_\_\_\_  
Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, Documento \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

\_\_\_\_\_