

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma8**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou diabetes mellitus  
na ESF VIAlfredo Westphalen, Palmeira das Missões/RS**

**Dayler Hernandez Martinez**

**Pelotas, 2015**

**Dayler Hernandez Martinez**

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou diabetes mellitus  
na ESF VI Alfredo Westphalen, Palmeira das Missões/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: Mônica Vohlbrecht.

Pelotas, 2015

M385m Martínez, Dayler Hernández

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão e/ou Diabetes Mellitus na ESF VI Alfredo Westphalen, Palmeira das Missões/RS / Dayler Hernández Martínez; Monica Bergmann Correia Vohlbrecht, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

97 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. Vohlbrecht, Monica Bergmann Correia, orient. II. Título

CDD : 362.14

Dedico meu trabalho de conclusão de curso aos profissionais da ESF VI ALFREDO WESTPHALEN, PALMEIRA DAS MISSÕES/RS, aos usuários, ao Programa Mais Médicos por dar esta oportunidade única de conviver com o povo brasileiro, em especial o querido povo gaúcho, a minha orientadora que me ajudou sempre e a minha co-orientadora.

## **Agradecimentos**

Quero agradecer aos profissionais da ESF VI Alfredo Westphalen onde trabalho pelo apoio que sempre, aos gestores do município que ajudaram a fazer este trabalho realidade, a todas as pessoas que cooperaram para fazer este trabalho ser realidade a cada usuário, que são a razão deste trabalho. Agradeço especialmente a minha orientadora Monica Bergmann Correia Vohlbrecht, a minha co-orientadora Daniela Seady pela ajuda e orientações fornecidas durante todo o curso de especialização em saúde da família, a minha família por dar-me o apoio para ficar longe deles fazendo esta linda obra de levar saúde a cada pessoa que precise.

## Resumo

MARTINEZ, Dayler Hernandez. **Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou diabetes mellitus na ESF VI Alfredo Westphalen, Palmeira das Missões/RS.** 2015. 96f. 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.

É dever dos serviços e profissionais de saúde acolher com dignidade os usuários, e dá atenção qualificada às pessoas com hipertensão e diabetes. O objetivo geral deste trabalho foi melhorar a Atenção à Saúde da pessoa com hipertensão e/ou diabetes mellitus, na ESF VI Alfredo Westphalen, Palmeira das Missões/RS. A intervenção foi desenvolvida no período de 3 meses (janeiro a abril de 2015) e participaram todos os usuários com hipertensão e diabetes da área da ESF. As ações realizadas na intervenção foram baseadas no Caderno de Atenção Básica número 36 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus e Caderno de Atenção Básica número 15 - Hipertensão Arterial Sistêmica. Portanto, para alcançar os objetivos propostos foram estabelecidas metas e ações a serem realizadas. O cadastro na planilha de coleta de dados foi realizado no momento da consulta, para registro das atividades foram utilizados o prontuário clínico individual e a ficha espelho. Antes da intervenção os usuários tinham pouca preocupação como controle da doença, não procuravam atendimento para fazer as consultas, existiam hipertensos e diabéticos faltosos às consultas agendadas, tinha pouca participação no grupo porque achavam que não era importante; tampouco assistiam as consultas odontológicas agendadas. Antes da intervenção a cobertura de usuários hipertensos era de 48% e dos usuários diabéticos era de 34%, depois da intervenção os resultados foram significativos, pois, foram acompanhados 417 (71,2%) usuários com hipertensão e 84 (58,3%) usuários com diabetes. Além de conseguirmos cumprir 100% de alguns indicadores de qualidade, conseguimos estimular a participação dos usuários nos grupos, aumentando a adesão. Os atendimentos odontológicos foram agendados e realizados com sucesso. O acolhimento foi melhorado assim como a priorização dos atendimentos clínicos que não estavam realizando o acompanhamento regular. Consideramos também que a busca ativa dos faltosos às consultas melhorou a adesão nas consultas

médicas. Melhoramos diversas ações de acordo com o que é previsto pelo Ministério da Saúde, reorganizamos o registro dos atendimentos, o exame clínico apropriado em 100% das consultas, fizemos atividades educativas, acolhimento, classificação de risco adequado para 100% (417) hipertensos e 100% (84) diabéticos, foram atribuições compartilhadas e organizadas entre a equipe. Os ACS fizeram também busca ativa dos usuários que não tinham iniciado acompanhamento regular. Garantimos orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, orientações sobre higiene bucal a 100% (417) hipertensos e 100% (84) diabéticos, tanto nos atendimentos quanto nos grupos que realizamos. A intervenção propicia que as ações desenvolvidas foram incorporadas na rotina do serviço. Os usuários expressaram sua satisfação por oferecer este tipo de atendimento na ESF. A equipe ficou muito feliz com a intervenção porque aumentamos os atendimentos de hipertensos e diabéticos na unidade. O impacto da intervenção na comunidade é perceptível.

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

## Lista de Figuras

Figura 1	Figura 1: Fotografia na casa de uma hipertensa fazendo visita domiciliar planejada.	70
Figura 2	Fotografia da equipe de saúde, usuários em uma horta junto a uma engenheira agrônoma numa atividade de grupo que fizemos de plantas medicinais e alimentação saudável.	72
Figura 3	Figura 3: Gráfico da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde. Palmeira das Missões/RS, 2015.	76
Figura 4	Figura 4. Gráfico da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde. Palmeira das Missões/RS, 2015.	77
Figura 5	Figura 5: Fotografia da consulta à uma usuária com diabetes. Palmeira das Missões/RS, 2015.	78
Figura 6	Figura 6: Gráfico da proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Palmeira das Missões/RS, 2015.	79
Figura 7	Figura 7: Gráfico da proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Palmeira das Missões/RS, 2015.	80
Figura 8	Figura 8: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Palmeira das Missões/RS, 2015.	81
Figura 9	Figura 9. Fotografia em visita domiciliar a uma usuária com hipertensão.	82



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

ACS	Agente comunitário da Saúde.
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.
APS	Atenção Primária de Saúde.
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social.
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial.
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento.
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social.
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas.
CAP	Caderno de Ações Programáticas.
DM	Diabetes Mellitus.
ESF	Estratégia Saúde da Família.
EaD	Ensino a Distância.
ESB	Equipe de Saúde Bucal.
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e diabéticos.
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica.
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida.
IMC	Índice de massa corporal.
NASF	Núcleo de Apoio da Saúde da Família.
PA	Pressão Arterial.
PET	Programa de Educação Tutorial.
RS	Rio Grande do Sul.
SUS	Sistema Único de Saúde.
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica.
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas.
UBS	Unidade Básica de Saúde.
Vigitel	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

## Sumário

Apresentação .....	11
1 Análise Situacional .....	12
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	12
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	13
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	32
2 Análise Estratégica .....	34
2.1 Justificativa .....	34
2.2 Objetivos e metas .....	36
2.2.1 Objetivo geral .....	36
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	36
2.3 Metodologia .....	38
2.3.1 Detalhamento das ações .....	38
2.3.2 Indicadores .....	57
2.3.3 Logística .....	62
2.3.4 Cronograma.....	64
3 Relatório da Intervenção.....	67
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	67
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	74
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	74
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	74
4 Avaliação da intervenção.....	75
4.1 Resultados.....	75
4.2 Discussão .....	84
5 Relatório da intervenção para gestores .....	86
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	88
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	90
Referências .....	91
Anexos .....	92

## **Apresentação**

Este volume é o resultado de parte das atividades do Curso, de Especialização em Saúde da Família, Ensino à Distância (EaD), da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (SUS) em parceria com a Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Durante o curso realizou-se uma intervenção direcionada à atenção ao usuário hipertenso e diabético, na Equipe de Saúde da Família VI (ESF) Doutor Alfredo Westphalen no município de Palmeira das Missões/RS. Este volume engloba o projeto e os resultados da intervenção, está organizado em sete seções sendo a primeira, o Relatório da Análise Situacional, que foi desenvolvido na Unidade 1 do curso de especialização e que nos ajudou a conhecer a estrutura da unidade e os programas desenvolvidos. A segunda parte é a Análise Estratégica que apresenta o projeto de intervenção após o conhecimento das ações desenvolvidas e da população da área. A terceira é o Relatório da Intervenção que apresenta a análise da intervenção realizada na unidade. A quarta é a Avaliação dos Resultados da Intervenção cujo objetivo foi apresentar os resultados alcançados e a discussão. Após está o Relatório da Intervenção para os gestores e para a comunidade, sendo na sequência apresentada também a Reflexão Crítica sobre o Processo Pessoal de Aprendizagem ao longo do curso que trata de uma análise do especializando sobre a aprendizagem ao longo do processo, por fim estão as referências bibliográficas e os anexos utilizados durante a execução do trabalho.

## **1 Análise Situacional.**

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

Eu sou o médico cubano Dayler Hernández Martínez e trabalho no município de Palmeira das Missões/RS na unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF) VI no bairro Westphalen zona urbana carente, nesta unidade fazemos atendimentos a uma população de 3.850 pessoas, a ESF trabalha desde segunda-feira até sexta-feira no horário de 7:30 da manhã até 17:00. A unidade da ESF está formada por: uma sala de espera, uma recepção, uma sala de triagem, um consultório odontológico, um consultório médico, um consultório de enfermagem, uma sala de vacina, uma cozinha, uma farmácia, uma sala de procedimentos médicos e de enfermagem, área de serviço e banheiros para usuários e trabalhadores. Tem um serviço de segurança por alarme de movimento e por câmeras de segurança, telefone na recepção, sala de vacinas, consulta médica, consulta de enfermagem, um computador de mesa no consultório da enfermeira e três notebooks, um na sala de vacina, um na farmácia e outro no consultório médico.

Não existem barreiras arquitetônicas que dificultem o acesso para usuários cadeirantes. Os profissionais que trabalham na ESF são: um médico, um dentista, uma enfermeira, três técnicos de enfermagem, quatro agentes comunitários de saúde, uma auxiliar de saúde bucal, uma auxiliar de limpeza e agora temos uma estagiária na farmácia, nossa ESF tem convênio com a Universidade Federal de Santa Maria, campus de Palmeira das Missões, onde atuam estudantes dos cursos de nutrição e de enfermagem, os quais têm acadêmicos que fazem práticas conosco às segundas e quartas-feiras. Em nosso município contamos com redes de apoio à saúde como, por exemplo: um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), um Hospital de caridade, escolas, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro Especializado de Assistência Social (CREAS), Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e igrejas.

Nas reuniões de equipe discutimos o funcionamento da ESF, os principais problemas existentes na comunidade, agendamos as visitas domiciliares da semana, apresentamos as novas indicações da Secretaria Municipal de Saúde para dar cumprimento no transcurso da semana e fazemos um debate com relação a nosso trabalho e como melhorá-lo para facilitar o acesso e proporcionar um

atendimento de qualidade como a população que merece e tem direito. As doenças que mais predominam são: Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. O nível educacional da população é bastante baixo pois é uma das zonas mais pobres de nosso município. Todas as manhãs se fazem atendimentos clínicos e de tarde são para grupos específicos: segunda-feira grupo de HIPERDIA, terça PUERICULTURA, quarta reunião de equipe, quinta visita domiciliar e sexta pré-natal.

Na ESF temos serviços curativos, vacinas, atendimento odontológico e fazemos testes rápidos de HIV, Sífilis e Hepatites, preventivos. Temos uma equipe de trabalho organizada, onde as famílias que pertencem à área de abrangência estão cadastradas nos prontuários organizados por número de família e por micro área. Existe uma boa relação entre os profissionais da equipe, juntos buscamos resolver os problemas existentes da comunidade que atendemos. Existe uma boa relação médico/usuário, a comunidade tem um forte vínculo com a equipe. Percebo que a comunidade me acolheu, eu consigo vencer a barreira do idioma, potencializamos as ações de promoção e prevenção da saúde para redução dos agravos existentes como o aumento de doenças crônicas não transmissíveis (Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial), gravidez na adolescência e drogadição.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

Trabalho no estado do Rio Grande do Sul, município Palmeira das Missões, ESF VI Alfredo Westphalen. O município possui um número de 35.045 habitantes segundo o IBGE. Tem sete ESF, uma UBS, não contamos com NASF (Núcleo de Apoio da Saúde da Família) nem CEO (Centro Especializado de Odontologia) por esse motivo, quando um usuário necessita deste tipo de atendimento especializado temos que encaminhá-lo para as clínicas privadas, geralmente para tratamento de canal, próteses, cirurgia maior, ortodontia e periodontia (tratamento de gengiva). Temos um Hospital de Caridade regional que faz atendimento para as comunidades do interior do município. Na UBS do município se realizam as consultas com as especialidades (Pediatras, Ginecologistas, Clínicos Gerais, Fonoaudióloga, Psicóloga, CTA para realizar testes de Hepatites, Tuberculose e AIDS), também tem sala de vacinas e sala de Odontologia.

Existe um convênio entre a Secretaria de Saúde, os seis laboratórios e uma clínica de imagem e radiodiagnóstico privados do município; onde os usuários escolhem o laboratório que eles preferem para realizar os exames e são pagos pela Secretaria de Saúde. A ESF onde trabalho é urbana e é uma das mais carentes socioeconomicamente do município, apesar de ser urbana. O modelo da ESF é tradicional e possui uma só equipe de saúde da família constituída por: um Enfermeiro, dois Técnicos de enfermagem, um Médico Clínico Geral, um Odontólogo, um Auxiliar em saúde bucal, quatro Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) e um Auxiliar de serviços gerais ou de limpeza.

Após a inserção da Universidade Federal, o serviço público do município utiliza as ideias dos acadêmicos e formou uma parceria presente em toda Atenção Básica e Hospitalar do município. A ESF conta com a participação de acadêmicos de enfermagem que desenvolvem estágios curriculares, projetos de pesquisas, PET (Programa de Educação Tutorial) do Ministério de Saúde em parceria com o Ministério de Educação. Os estagiários vão à ESF três dias da semana nos dois turnos de atendimento participando nas diferentes atividades que se realizam na unidade (consulta médica, odontológica, enfermagem, triagem, visita domiciliar, reunião de equipe, atividades de promoção e prevenção).

Existe uma área de abrangência definida para esta ESF junto com um mapa da área geográfica de abrangência do serviço na ESF, atualizado desde o ano 2014. Neste ano se realizou a última atualização do cadastro de 100% da população.

Temos um ambiente específico para recepção/arquivo de prontuários. Na sala de espera da ESF acomodam-se 20 pessoas. Não contamos com sala de reuniões e educação em saúde na ESF. Não temos salas destinadas a almoçar. Existe um consultório médico sem banheiro. Existe uma sala de vacina, uma sala de curativo e procedimentos, uma sala de nebulização, uma sala de farmácia e/ou armazenamento de medicamentos, um consultório odontológico, e área específica para o compressor. Temos um banheiro para usuários e um banheiro para funcionários. A ESF tem copa/cozinha, depósito para material de limpeza, sala de recepção, lavagem e descontaminação de material, abrigo para resíduos sólidos (expurgo) e dispensa para o lixo não contaminado. Não contamos com sala para os ACS.

A ESF tem janelas que possibilitam a circulação de ar e iluminação natural nos seguintes ambientes: abrigo de resíduos, banheiro para funcionários, banheiro

para usuários, consultórios, copa/cozinha, depósito de limpeza, depósito de lixo, sala de espera, farmácia, recepção, sala de esterilização, sala de nebulização, sala de lavagem/descontaminação de material e sala de vacinas. As paredes internas da ESF e os pisos são todos laváveis e de superfície lisa. Os pisos das diversas salas são de superfície regular, firme, estável e antiderrapante. Não contamos na ESF com sala específica para coleta de material para análise clínica, este é um problema para a comunidade porque tem que se deslocar a outros laboratórios para fazer coletas para exames. Se a ESF contasse com este tipo de sala os atendimentos seriam mais práticos. Tem cobertura de proteção através de telhado com laje. As portas da ESF são revestidas com material lavável e os puxadores das portas são do tipo maçaneta de alavanca. As janelas são de alumínio e ferro e não têm tela mosquiteira. Os lavatórios e/ou pias da ESF não possuem torneiras com fechamento que dispense o uso das mãos. Os armários e as prateleiras são interna e externamente de superfície lisa, de fácil limpeza e desinfecção.

Os armários são de acabamentos arredondados para facilitar a limpeza e evitar acidentes nos trabalhadores e usuários. Existe na ESF sinalização visual dos ambientes que permite a comunicação através de textos e de figuras. Não existe sinalização dos ambientes que permita a comunicação em Braille nem através de recursos auditivos (sonoros). O consultório ginecológico fica junto com o consultório da enfermeira e possui banheiro privativo. A sala de vacina está situada de forma que evite o trânsito dos usuários nas demais dependências. Temos o depósito de lixo não contaminado fechado, com ventilação e proteção contra roedores.

O recolhimento do lixo não contaminado é feito por uma empresa privada. O lixo não contaminado é recolhido de forma separada e reciclável, duas vezes por semana. A ESF possui abrigo de resíduos sólidos (expurgo) para o condicionamento de lixo contaminado com separação de resíduos comum e biológico. O recolhimento dos resíduos sólidos (expurgo) da equipe é feito por uma empresa privada duas vezes por semana.

Na ESF existe um sistema de manutenção do material permanente, um sistema de reposição de mobiliário, sistema de reposição de equipamentos e um sistema de reposição de material de consumo, todos satisfatórios.

Existe um sistema de revisão da calibragem de esfigmomanômetros e balanças uma vez por ano. O prédio da unidade é adequado para o acesso de pessoas portadoras de deficiência. Não existem tapetes na sala de espera,

consultório ou em outra dependência do prédio. Não existem rampas alternativas para garantir o acesso de pessoas portadoras de deficiência já que não se precisa.

As portas dos banheiros permitem o acesso de usuários de cadeiras de rodas. Os banheiros possuem espaço suficiente para manobras de aproximação de usuários de cadeiras de rodas. As cadeiras da sala de espera desta equipe de saúde são adequadas para um local de atendimento. Existe uma cadeira de rodas à disposição de usuários com esta necessidade.

Os profissionais da ESF participam do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe e desenvolvem as seguintes atividades: identificação de grupos expostos a riscos, identificação de famílias expostas a riscos, identificação de indivíduos expostos a riscos, identificação de grupos de agravos (Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Tuberculose, Hanseníase, etc.), sinalização dos equipamentos sociais (comércios locais, igrejas, escolas, etc.).

Os profissionais da ESF realizam o cuidado em saúde à população da área de abrangência no domicílio e nas escolas. Na ESF realizam-se pequenas cirurgias e procedimentos. Realizamos atendimentos de urgências/emergências. Os profissionais da ESF realizam busca ativa de usuários faltosos às ações programáticas e/ou programas existentes, bem como cuidado domiciliar. Na ESF existe levantamento dos usuários moradores da área de abrangência que necessitam receber cuidado domiciliar. As atividades/procedimentos que os profissionais da ESF realizam no domicílio são: curativo, nebulização, orientações (educação em saúde e cuidados de saúde), acompanhamento de problema de saúde (revisão), medição de pressão, consulta médica, consulta de enfermagem, consulta odontológica, entrega de medicamentos, administração de medicamentos por via oral, e/ou injetável, vacinação, fisioterapia, coleta de exames, troca de bolsa de usuário ostomizado, inserção/troca de sonda e revisão puerperal.

Estes profissionais encaminham os usuários a outros níveis do sistema, respeitando fluxos de referência e contra referência. Para tal, utilizam protocolos quando encaminham os usuários a outros níveis do sistema de saúde, como nos seguintes casos: atendimento nas especialidades, atendimento em serviços de pronto atendimento e atendimento de pronto-socorro.

Os profissionais da ESF acompanham o plano terapêutico proposto ao usuário quando é encaminhado a outros níveis do sistema, acompanham ao usuário



em situações de internação hospitalar e em situações de internação domiciliar. Além disso, realizam notificações compulsórias de doenças e agravos notificáveis, busca ativa de doenças e atividades com grupos específicos na ESF, como por exemplo: adolescentes, aleitamento materno, capacitação para o trabalho, combate ao tabagismo, diabéticos, hipertensos, idosos, planejamento familiar, portadores de sofrimento psíquico, pré-natal, prevenção do câncer ginecológico, puericultura, saúde da mulher e saúde bucal.

Os profissionais promovem a participação da comunidade no controle social e identificam parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, participam de atividades de qualificação profissional e qualificação para a gestão em saúde. A maioria das atividades de qualificação é multiprofissional. O foco da maioria das atividades de qualificação é a atualização técnica.

Os profissionais participam do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da ESF. Além disso, realizam reunião de equipe semanalmente nas quartas-feiras à tarde, onde debatem os seguintes temas: construção de agenda de trabalho, organização do processo de trabalho, discussão de casos, qualificação clínica, planejamento das ações, monitoramento, análise de indicadores e informações em saúde.

Os profissionais da ESF também precisam ter mais cursos de qualificação da atenção à saúde, já que a medicina está em constante atualização e assim enriquecemos os conhecimentos que temos e ao mesmo tempo podemos trocar experiências com outras ESF que têm realidades diferentes em suas comunidades. Para isso devemos planejar encontros de capacitação com todos os profissionais das sete ESF do município com temas da atualidade que sejam de interesse de todos e ajudem a melhorar a qualidade dos atendimentos.

Temos uma população de 3.850 habitantes, o acolhimento constitui a porta de entrada dos cidadãos a nossa ESF, o acolhimento é feito por qualquer profissional constituindo uma equipe de acolhimento, todos participam deste processo sempre levando em conta a classificação dos usuários pelo risco que apresenta. Acolhimento é escuta das demandas do usuário e avaliação das necessidades que apresente, tentando sempre dar solução ao problema ou queixa dele sabendo escutá-lo.

A modelagem de acolhimento utilizado é o acolhimento coletivo por toda a equipe de saúde. O acolhimento é realizado todos os dias de atendimento e em todos os turnos de atendimento (manhã e tarde). Todos os usuários que chegam à ESF têm suas necessidades acolhidas (escutadas), geralmente esse atendimento leva em média dez e quinze minutos. Os usuários são atendidos e acolhidos quando chegam primeiramente na recepção da ESF, por ordem de chegada e se precisam de atendimento de urgência são atendidos pelos profissionais da equipe imediatamente, porque constituem prioridade. Desde o primeiro momento que o usuário chega à ESF faz-se o acolhimento, desde o primeiro contato com a enfermeira ou agente comunitário de saúde, até que seja atendido pelo médico. É importante conscientizar a todos os profissionais da equipe da importância do acolhimento, já que o usuário que chega até nós, geralmente é uma pessoa doente, procurando não só o alívio da doença, como também um atendimento de qualidade humana.

A equipe para lidar com o excesso de demanda espontânea no dia-a-dia a demanda de atendimento prioritário/imediato utiliza como estratégia encaminhar os usuários para triagem, onde os que possuem urgências são atendidos no turno da manhã, no momento em que chegam no serviço e os outros são atendidos conforme a quantidade de usuários que precisem ser atendidos no turno da manhã e no turno da tarde. A equipe procura sempre fazer todos os atendimentos da demanda espontânea no dia, priorizando os usuários que precisam de atendimento de urgência.

A ESF não oferece atendimento odontológico especializado como, por exemplo: tratamento de canal, tratamento periodontal, cirurgias, lesões de mucosa e serviço de prótese dentária. Isso repercute negativamente na qualidade dos serviços prestados pelo consultório odontológico porque temos que encaminhar os usuários que precisem deles e seria ideal poder tratá-los na mesma ESF.

As ações desenvolvidas na ESF no cuidado à saúde da criança são: Diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental, imunizações, prevenção de anemia, prevenção de violência, promoção de aleitamento materno, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção de saúde bucal, promoção de saúde mental e teste de pezinho. Na ESF realizamos atendimento de puericultura para 46 crianças menores de 12 meses, 100% da

estimativa segundo o caderno de ações programáticas e de 12 a 23 meses as sextas-feiras à tarde, às crianças da área de cobertura da ESF. Após a consulta de puericultura a criança sai da ESF com a próxima consulta programada agendada.

Além das consultas programadas de puericultura, existe excesso de demanda de crianças de até 72 meses de idade para atendimento de problemas de saúde agudos pertencentes à área de cobertura da ESF; sendo que oferecemos este tipo de atendimento. Para lidar com o excesso, a equipe atende mesmo tendo excedido a sua capacidade porque constitui uma prioridade.

Os profissionais da ESF utilizam uma classificação para identificar crianças de alto risco. Os profissionais de saúde utilizam protocolos para regular o acesso das crianças a outros níveis do sistema de saúde. O protocolo utilizado é o de encaminhamento para atendimento nas especialidades. Os atendimentos das crianças da puericultura são registrados no prontuário clínico, formulário especial da puericultura, ficha de atendimento odontológico, ficha de atendimento nutricional e ficha-espelho de vacinas. Existe um arquivo específico para os registros dos atendimentos da puericultura. O mesmo costuma ser revisado semanalmente para verificar crianças faltosas, verificar completude de registros, identificar procedimentos em atraso (peso ou vacina), identificar crianças de risco e avaliar a qualidade do programa.

Os profissionais da saúde solicitam a caderneta da criança nos atendimentos para preencher sempre as informações atuais da criança. Conversamos sempre com o responsável sobre as dicas de alimentação saudável disponíveis na caderneta da criança, explicando o significado do posicionamento da criança na curva de crescimento, orientando como reconhecer sinais de risco na curva de crescimento e chamando atenção para a data da próxima consulta e vacina. Além disso, orientamos para o local da caderneta da criança onde o responsável pode acompanhar o desenvolvimento neuropsicomotor da criança.

A equipe de saúde da ESF realiza atividades com grupos de mães das crianças da puericultura, atividades com fumantes, diabéticos hipertensos, alimentação saudável, drogadição. As atividades são realizadas no âmbito da ESF, na associação de bairro/comunitária, nas igrejas e nas escolas, realizamos quatro grupos de puericultura por mês. Das crianças atendidas na ESF, o percentual de mães que participam de grupos é de 60%. Os profissionais que participam das atividades de grupo de puericultura são: Enfermeiro, Médico Clínico Geral,

Odontólogo, Técnico/auxiliar de enfermagem e Técnico/auxiliar de consultório dentário.

Na ESF, o enfermeiro, o médico e o dentista se dedicam ao planejamento, gestão, coordenação, avaliação, e monitoramento do Programa de Puericultura realizando reuniões mensalmente e produzindo relatórios com os resultados encontrados mensalmente. As fontes de dados utilizados pelos profissionais para realizar a avaliação e monitoramento do Programa de Puericultura são: SIAB, Registro específico de Puericultura e prontuário.

A equipe trabalha de forma organizada na atenção à saúde da criança, de modo que realizamos consulta de puericultura em 46 crianças menores de um ano, tendo assim 100% de cobertura neste tipo de atenção, de acordo com a estimativa do caderno de ações programáticas. Entretanto, a ESF ainda tem atraso da consulta agendada em mais de sete dias, sendo necessário que a equipe se mobilize para que todas as crianças sejam assistidas de acordo com o agendamento adequado, avaliando continuamente e de modo efetivo o crescimento e desenvolvimento da criança.

A ESF ainda tem que trabalhar muito porque realizamos consultas de puericultura apenas nas crianças menores de 12 meses e até 23 meses, sendo necessário ampliar os grupos etários neste tipo de atendimento, já que o programa de puericultura avalia o crescimento e desenvolvimento das crianças físico e intelectualmente em todas as etapas da idade pediátrica. Em função disso, é muito importante aumentar a avaliação das crianças maiores de 23 meses assim estamos fazendo prevenção de doenças e promoção de alimentação saudável para todas as crianças.

Além disso, a equipe tem que aumentar a participação das mães das crianças da puericultura nas atividades de educação em saúde, pela importância que tem essas atividades, já que nestas fazemos orientações e esclarecimentos diversos acerca da promoção e prevenção de doenças em idade pediátrica, debatemos sobre os cuidados que devem ter com as crianças e aleitamento materno exclusivo, entre outros temas. Todos os profissionais da equipe participam das atividades de educação em saúde.

Outra dificuldade na ESF é que temos crianças que não realizam a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias do nascimento da criança, às vezes porque a maioria realiza a cesariana e tardam em se consultar na ESF para a

primeira consulta. A equipe tem que realizar visita domiciliar a todas as puérperas e as crianças antes dos sete dias do nascimento para realizar a primeira consulta como está estabelecido.

A ESF realiza atendimento Pré-Natal todos os dias da semana nos dois turnos de atendimento, devido ao grande número de gestantes da área de cobertura da ESF que temos, mas isto não interfere nos outros atendimentos porque são agendados junto com os outros atendimentos com equidade. O atendimento Pré-Natal é realizado pela Enfermeira, Médico Clínico Geral e Odontólogo. Após a consulta Pré-Natal a gestante sai da ESF com a próxima consulta agendada. Além das consultas programadas de Pré-Natal existe uma demanda de gestantes para atendimento de problemas de saúde agudos e a ESF oferece este tipo de atendimento.

Na ESF existe protocolo de atendimento Pré-Natal produzido pelo Ministério de Saúde, o ano de publicação do protocolo mais atual é 2010. Os profissionais utilizam o protocolo de atendimento sempre que realizam o atendimento Pré-Natal. Na ESF desenvolvemos as seguintes ações no cuidado às gestantes: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de saúde bucal, imunizações, planejamento familiar, promoção do aleitamento materno, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção da atividade física, promoção de saúde mental.

Os profissionais utilizam avaliação e classificação do risco gestacional, além disso, utilizam protocolos para regular o acesso das gestantes a outros níveis do sistema de saúde. Os protocolos utilizados são: encaminhamento para atendimento nas especialidades, para internação hospitalar, para serviços de pronto-atendimento e pronto-socorro.

Os atendimentos às gestantes são registrados no prontuário clínico, formulário especial do Pré-Natal, ficha do atendimento odontológico e ficha espelho das vacinas. Existe arquivo específico para os registros dos atendimentos às gestantes. Este arquivo costuma ser revisado diariamente, para verificar gestantes faltosas, completude de registros, identificar gestantes com Pré-Natal de risco e avaliar a qualidade do programa. Antes da intervenção a equipe já fazia isto diariamente como parte da rotina dos atendimentos ao pré-natal da unidade.

Os profissionais da saúde solicitam sempre a carteira de Pré-Natal nos atendimentos onde preenchem as informações atuais da gestante, conversam com

as gestantes sobre a importância de uma alimentação saudável na gravidez, explicam o significado do posicionamento do peso na curva de ganho de peso da carteira de Pré-Natal, chamam a atenção para a data da próxima vacina, recomendam que a gestante realize avaliação da saúde bucal na gravidez. Além disso, conversam sobre as práticas de promoção do aleitamento materno, cuidados com o recém-nascido, promoção da atividade física, riscos do tabagismo, do álcool e as drogas na gravidez, conversam sobre a anticoncepção no pós-parto, recomendam que a gestante realize revisão puerperal até os sete dias pós-parto e recomendam e revisão puerperal entre 30 e 42 dias de pós-parto. Estas orientações são dadas a cada consulta, conforme o trimestre em que a gestante se encontra.

Na ESF existe o programa de SISPRENATAL do Ministério da Saúde, sendo a enfermeira e o médico responsáveis pelo cadastramento das gestantes neste programa, e a enfermeira responsável pelo envio dos cadastros à Secretaria Municipal de Saúde. A equipe de saúde realiza atividades de educação em saúde, desenvolvendo grupos de gestantes na ESF e nas igrejas, contudo, somente 60% das gestantes participam destas atividades. Os profissionais que participam das atividades de grupo com gestantes são: Enfermeira, Médico Clínico Geral, Nutricionista, Odontólogo, Psicólogo, Técnico / Auxiliar de Enfermagem, Técnico / Auxiliar de consultório dentário e Agente Comunitário de Saúde.

Existem profissionais da ESF que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação, avaliação e monitoramento do Programa de Pré-Natal, que são: Enfermeira, Médico Clínico Geral e Odontólogo, os quais realizam reuniões mensalmente. As fontes de dados utilizados pelos profissionais para realizar a avaliação e monitoramento do programa são: SIAB, registros específicos do Pré-Natal e prontuário. Os profissionais que realizam a avaliação e monitoramento produzem relatórios com os resultados encontrados quinzenalmente.

Estamos trabalhando na ESF com a prevenção de gravidez na adolescência, porque temos 48 gestantes e delas 16 são adolescentes. Para tanto, realizamos de educação em saúde, com palestras nas escolas, sobre sexualidade e DST. Abordamos esses temas para que os adolescentes conheçam a importância da prevenção das DST e de evitar uma gravidez precoce, não planejada. Além disso, fazemos promoção dos métodos anticoncepcionais, em especial do uso de camisinha como método mais eficaz, não só para prevenção de doenças, como também para prevenção de gravidez na adolescência, já que constitui gravidez de alto risco.

É importante realizar a captação precoce da gravidez para fazer atendimento integral desde o início da gestação, e assim, determinar os fatores de risco que possui, examinar bem a gestante, indicar todos os exames complementares e vacinar segundo está estabelecido pelos protocolos de atendimento do Programa de Atenção Pré-Natal. Para fazer captações precoces da gravidez as agentes comunitárias de saúde nos ajudam muito com esse processo porque realizam visitas periodicamente às famílias e conhecem bem a comunidade.

Nas consultas médicas de Pré-Natal realizamos exame ginecológico e de mamas para prevenir doenças durante a gravidez e garantir que o aleitamento materno exclusivo seja feito sem dificuldades durante o puerpério e até os seis primeiros meses da criança, pelas vantagens que tem o leite materno. Devemos realizar a prescrição de suplementos vitamínicos (ácido fólico e sulfato ferroso) desde o começo da gravidez para prevenção de malformações fetais.

O atendimento odontológico nas grávidas é de muita importância para prevenção de doenças bucais, como por exemplo: a gengivite, que é a mais frequente durante este período. O odontólogo também realiza atividades de educação em saúde com as puérperas sobre o tema de higienização.

Considero que os indicadores da qualidade da atenção ao Pré-Natal precisam melhorar. Percebemos que a ESF ainda tem que trabalhar bastante para melhorar os indicadores do Programa de Atenção Pré-Natal porque a cobertura é 62%. Temos 36 gestantes fazendo o Pré-Natal na ESF, mas não conhecemos o número exato de gestantes que fazem Pré-Natal em consultório particular, constituindo uma deficiência que temos que erradicar. Os indicadores de cobertura do puerpério foram de 40 puérperas acompanhadas pela unidade atingindo 87%. O CAP estima que há 60 gestantes na área, se esse valor for real, percebemos que a atenção ao pré-natal na nossa ESF precisa melhorar, pois é nossa responsabilidade acompanhar todas as gestantes da área, mesmo que algumas utilizem os serviços privados, nós devemos saber se estão de fato sendo acompanhadas conforme as recomendações do Ministério da Saúde.

Devemos seguir realizando palestras e trabalho de prevenção com as adolescentes da comunidade; para evitar gravidez na adolescência pelo alto risco que significa uma gestação nesta idade da vida. Também devemos aumentar o número de gestantes em atividades de grupo que ainda não chega a 100% de participação.

Além das ações de atenção a gestantes os profissionais da ESF orientam as mulheres da área de cobertura para o uso de preservativo em todas as relações sexuais, com vistas à prevenção do câncer de colo de útero. Realizamos ações que orientam sobre os malefícios do tabagismo e sobre a realização periódica do exame preventivo. A ESF realiza a prevenção do câncer do colo uterino através da coleta de exame citopatológico todos os dias da semana nos dois turnos de atendimento, a enfermeira consegue fazer isso porque a busca de preventivo ainda é baixa e dessa forma estamos tentando aumentar o número deles na unidade, desse jeito a enfermeira sempre está pronta para realizá-lo. O tipo de rastreamento do câncer de colo de útero utilizado na ESF é organizado.

Existe protocolo de prevenção do câncer de colo uterino na ESF produzido pelo Ministério da Saúde, o ano de publicação do protocolo mais recente é 2010. Os profissionais de saúde investigam os fatores de risco para o câncer de colo uterino em todas as mulheres que realizam o exame citopatológico de colo uterino na ESF. Nos últimos três anos foram identificadas seis mulheres com exame citopatológico alterado e todas foram acompanhadas de acordo com o protocolo.

Os atendimentos às mulheres que realizam a coleta de exame citopatológico são registrados em livro de registro exclusivo, prontuário clínico e formulário especial para citopatológico. Existe arquivo específico para o registro dos resultados dos exames citopatológicos coletados e costuma ser revisado semanalmente para verificar mulheres com exame de rotina em atraso, mulheres com exame alterado em atraso, completude de registros e avaliar a qualidade do programa.

A equipe realiza atividades de educação em saúde com grupos de mulheres no âmbito na ESF, nas escolas, na associação bairro/comunitária e em igrejas. Temos cinco grupos de mulheres e os profissionais que participam das atividades de grupo são: Enfermeiro, Médico Clínico Geral, Técnico /Auxiliar de Enfermagem e Agente Comunitário de Saúde. Destes dedicam-se ao planejamento, gestão, coordenação, avaliação e monitoramento do programa de prevenção do câncer de colo uterino a enfermeira e o médico clínico geral, os quais realizam reuniões mensalmente e produzem relatórios com os resultados encontrados mensalmente, utilizando as fontes de dados SIAB, SISCOLO, registros específicos do programa e prontuário.

Na ESF realizamos ações para o controle do peso corporal, de estímulo à prática regular da atividade física e ações que orientem sobre os malefícios do



consumo excessivo de álcool para as mulheres da área de cobertura. Desempenhamos ações de educação da mulher para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama e ações de rastreamento (exame clínico de mamas e solicitação de mamografia).

Realizamos rastreamento do câncer de mama todos os dias da semana nos dois turnos de atendimento. O tipo de rastreamento utilizado na ESF é organizado, sendo que a enfermeira, o médico e o técnico de enfermagem aproveitam a oportunidade de contato com as usuárias para verificar a necessidade de realizar as ações e rastreamento do câncer de mama, as quais são desenvolvidas pelo médico e pela enfermeira.

Os profissionais da equipe investigam os fatores de risco para o câncer de mama em todas as mulheres que realizam as ações de rastreamento na ESF. Nos últimos três anos foram identificadas três mulheres com mamografia alteradas e todas foram acompanhadas de acordo com o protocolo. Os atendimentos às mulheres que realizam mamografia são registrados no livro de registro, prontuário clínico, e formulário especial.

Existe arquivo específico na ESF para o registro dos resultados da mamografia e costuma ser revisado semanalmente pelo enfermeiro, médico e técnico/auxiliar de enfermagem, para verificar mulheres com exame de rotina em atraso, acompanhar as mulheres com exame alterado, verificar completude de registros e avaliar a qualidade do programa. Além disso, o médico e o enfermeiro se dedicam ao planejamento, gestão, coordenação, avaliação e monitoramento das ações de controle do câncer de mama realizando reuniões mensalmente, e avaliando e monitorando as ações de controle do câncer de mama, com base no SIAB, em registros específicos do programa em prontuários. Ademais, estes profissionais produzem relatórios com os resultados encontrados mensalmente.

Deste modo, devemos trabalhar na promoção e prevenção das DST explicando aos usuários a importância do uso de preservativo em todas as relações sexuais para diminuir a transmissão das DST e fundamentalmente o vírus de HPV que tanta incidência tem na atualidade e é a primeira causa do câncer de colo uterino. Também devemos explicar às mulheres a importância de realizar o autoexame de mama para detectar precocemente patologias da mama e principalmente do câncer de mama, que pode ser prevenido e tratado a tempo, se diagnosticado precocemente com a realização do autoexame de mamas.

Devemos trabalhar mais na promoção da saúde e controle das DST porque temos usuários com falta de informação sobre este tema com relação a seus sintomas, riscos e complicações. Estamos realizando palestras nas escolas com os adolescentes sobre as DST porque geralmente não conhecem sobre estas doenças e assim ajudamos a diminuí-las. Com relação ao câncer de mama realizamos atividades de educação em saúde nas escolas, igrejas e no âmbito da ESF sobre as patologias benignas e malignas das mamas e como identificar precocemente as alterações; também explicamos a importância de realizar mensalmente o autoexame de mama e ensinamos as mulheres a realizá-lo corretamente.

Quando temos mulheres com exames alterados encaminhamos aos especialistas na atenção secundária para que realizem avaliação da usuária e fazemos acompanhamento através das visitas domiciliares e agendamento de consultas na ESF para não perder o acompanhamento.

Precisamos seguir trabalhando, mas efetivamente na ação de prevenção do controle do câncer de colo uterino, tendo em vista que atualmente, só acompanhamos na ESF 53% do total de mulheres de 25 a 64 anos de idade. Isso é uma dificuldade que devemos melhorar ampliando a cobertura e convocando as mulheres. Pois, de acordo com a estimativa do CAP há 1101 mulheres na área de abrangência com idade entre 25 a 64 anos, mas, apenas 584 são acompanhadas na ESF.

Com relação aos indicadores de qualidade, a ESF só tem realizado o exame citopatológico em dia em 179 mulheres o que representa 31% do total destas. Por isso a equipe tem que tentar realizar todos os exames que faltam para pesquisar 100% das mulheres de 25 a 64 anos de idade para dar cumprimento ao programa de prevenção do câncer de colo uterino e assim ajudamos a diagnosticar precocemente este tipo de doença.

As Agentes Comunitárias de Saúde podem ajudar-nos a convocar as mulheres e quando realizamos visitas domiciliares às quintas-feiras à tarde e durante as consultas médicas devemos fazer promoção deste tipo de exame explicando a importância de realizá-lo.

Com relação ao indicador de cobertura do programa de prevenção do câncer de mama, a ESF também tem dificuldades porque só faz acompanhamento a 215 mulheres do total que devemos atender representando 52% de cobertura neste tipo de atenção. Com relação ao indicador de qualidade temos 130 mamografias

realizadas em dia, o que representa 60%. A equipe tem como estratégia divulgar mais as ações do programa convocando as mulheres através da rádio do município explicando a importância da realização dos exames citopatológicos e de mama para prevenir o câncer.

Na ESF para pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) são realizadas ações de orientação de hábitos alimentares saudáveis, para o controle do peso corporal, estímulo à prática regular de atividade física, orientações sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e do tabagismo. Realizamos atendimento de adultos hipertensos e diabéticos todos os dias da semana nos dois turnos de atendimento. Isto acontece pelo grande número de hipertensos e diabéticos que temos na unidade, mas não prejudicava os outros atendimentos porque são agendados juntos com os outros atendimentos com equidade. Após a consulta, o usuário sai da ESF com a próxima consulta agendada. As ações estão estruturadas de forma programática, visto que o serviço adota protocolos de atendimento específicos para assistir estes usuários, produzidos pelo Ministério da Saúde, em 2010.

Os profissionais da ESF utilizam uma classificação para estratificar o risco cardiovascular dos usuários hipertensos e diabéticos, bem como utilizam protocolos para regular o acesso destes para outros níveis do sistema de saúde, encaminhamento para atendimento nas especialidades, para serviços de pronto-atendimento e para pronto-socorro. Os atendimentos dos adultos com HAS e DM são registrados no prontuário clínico, formulário especial, ficha de atendimento odontológico e ficha-espelho de vacinas. Existe na ESF um arquivo específico para os registros dos atendimentos dos adultos com HAS. Este arquivo costuma ser revisado diariamente para verificar usuários faltosos ao retorno programado, verificar a completude de registros, identificar adultos com HAS de risco e para avaliar a qualidade do programa.

Os profissionais de saúde explicam sempre como reconhecer sinais de complicações da HAS e DM. Na ESF existe Programa de HIPERDIA do Ministério da Saúde, responsável pelo cadastramento dos adultos no Programa HIPERDIA são: Enfermeiro e Médico Clínico Geral. A equipe de saúde da ESF realiza atividades com grupos de adultos com HAS e DM no âmbito da ESF, nas escolas, na associação de bairro/comunitária, e em igrejas. Temos um grupo de adultos com HAS e DM que participam das atividades de grupos, mas, precisa melhorar a

adesão. Os profissionais que participam das atividades de grupos são: Enfermeiro, Médico Clínico Geral, Odontólogo, Técnico/auxiliar de enfermagem, Técnico/auxiliar dentário, Nutricionista e Agente Comunitário de Saúde.

Na ESF existem profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão, coordenação, avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos adultos com HAS e DM; eles são: Enfermeiro e Médico Clínico Geral e realizam reuniões mensalmente. As fontes de dados utilizados pelos profissionais para realizar avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos adultos com HAS e DM são: SIAB, HIPERDIA, Registros específicos dos atendimentos de adultos com HAS e DM e Prontuário. Os profissionais que realizam avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos adultos com HAS e DM produzem relatórios com os resultados encontrados mensalmente.

A maioria dos usuários hipertensos e diabéticos que atendemos não cumpre com o tratamento dietético e não possuem hábitos saudáveis, por isso chegam à consulta descompensados, além de estar cumprindo com o tratamento medicamentoso. Outros abandonam o tratamento medicamentoso por conta própria achando que porque se sentem bem não precisam tomar mais os medicamentos. Por isso, devemos trabalhar mais na promoção de estilos de vida e no modo de vida saudáveis com esses usuários; através de palestras e atividades educativas, individuais ou em grupo, para evitar maiores complicações dessas doenças e explicar a importância de cumprir o tratamento dietético medicamentoso.

A realidade observada no serviço em que atuo, mostra que a ESF tem que seguir trabalhando pró-ativamente no desenvolvimento de ações de atenção aos hipertensos e diabéticos, pois, com relação ao indicador de cobertura do total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área, só estão sendo acompanhados 417 usuários hipertensos cadastrados, o que representando 48% da estimativa (860); e 84 usuários diabéticos cadastrados, o que representa 34% (246).A equipe precisa melhorar esta cobertura convidando a todos os usuários com hipertensão para que sejam atendidos na ESF. Já com relação ao indicador de cobertura da DM; a ESF tem dificuldades porque só faz acompanhamento a 64 pessoas representando 25%. Essa porcentagem é muito baixa por isso devemos seguir trabalhando para aumentar o indicador de cobertura dos usuários diabéticos.

Com relação aos indicadores de qualidade, a ESF tem atraso da consulta agendada em mais de sete dias 11 usuários hipertensos o que representa 4%,

sendo preciso seguir trabalhando para que todos os usuários realizem a consulta no tempo estabelecido. As Agentes Comunitárias de Saúde podem ajudar-nos a convocar os hipertensos e quando realizamos visitas domiciliares às quintas-feiras à tarde; explicando-lhes a importância desse controle. Já com relação aos usuários diabéticos, tem atraso da consulta agendada em mais de sete dias, nove usuários diabéticos os que representam 14%. Para isso vamos a aumentar a busca dos usuários diabéticos e hipertensos durante as consultas médicas e nas visitas domiciliares com ajuda das agentes comunitárias de saúde que conhecem bem à população.

Também devemos aumentar a participação de hipertensos e diabéticos nas atividades de educação em saúde, porque somente 50% deles participam destas atividades. A ESF vai seguir trabalhando para aumentar os indicadores de cobertura e de qualidade dos programas de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus; aumentando as atividades de promoção e prevenção dessas doenças através das atividades de grupos e nas visitas domiciliares convocando a todos os adultos que assistam aos serviços prestados pela ESF para realizar um exame geral e conhecer quantos hipertensos e diabéticos ainda temos na comunidade que não são atendidos pela ESF; contribuindo para a diminuição dessas doenças e suas complicações em nossa comunidade.

A ESF realiza atendimento de idosos todos os dias da semana nos dois turnos de atendimento. Na ESF temos muitos idosos e para que recebam atendimentos médicos agendamos consultas nos dois turnos de atendimentos sempre que precisam. Após a consulta, o idoso sai da ESF com a próxima consulta programada agendada. Existe demanda de idosos para atendimento de problemas de saúde agudos que pertencem na área de cobertura da ESF; e a equipe atende mesmo tendo excedido a sua capacidade porque constituem prioridade.

Existe protocolo de atendimento para idosos na ESF produzido pelo Ministério da Saúde; o ano mais atual dele é 2010. As ações desenvolvidas na ESF no cuidado aos idosos são: imunizações, promoção da atividade física, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção de saúde bucal, promoção de saúde mental, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, de saúde bucal, de saúde mental, do alcoolismo, da obesidade, do sedentarismo e do tabagismo.

Os profissionais da ESF utilizam uma classificação para estratificar o risco cardiovascular dos usuários hipertensos e diabéticos, bem como utilizam protocolos

para regular o acesso destes para outros níveis do sistema de saúde, encaminhamento para atendimento nas especialidades, para serviços de pronto-atendimento e para o pronto-socorro.

Os atendimentos dos idosos são registrados no prontuário clínico, formulário especial, ficha de atendimento odontológico e ficha- espelho de vacinas. Existe na ESF um arquivo específico para os registros do atendimento dos idosos. Este arquivo costuma ser revisado diariamente para verificar usuários faltosos ao retorno programado, verificar a completude de registros, identificar adultos com HAS de risco e para avaliar a qualidade do programa. Os profissionais de saúde da ESF avaliam a Capacidade Funcional Global do idoso. Usualmente, utiliza-se a avaliação no desempenho das atividades cotidianas ou atividades de vida diária. Os profissionais da saúde explicam sempre ao idoso ou seus familiares como reconhecer sinais de risco relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência dos idosos, tais como HAS, DM e Depressão.

Na ESF existe caderneta de saúde da pessoa idosa nos atendimentos. Quando a caderneta de saúde está disponível na consulta, os profissionais preenchem com as informações atuais do idoso. Na ESF existe o Estatuto do idoso. O Programa de Atenção ao idoso implantado na ESF é o Programa de HIPERDIA.

A equipe de saúde da ESF realiza atividades com grupos de idosos nas escolas, na associação de bairro/comunitária, no âmbito da ESF e nas igrejas. Temos um grupo de idoso na ESF e o percentual que participa das atividades representa 50%. Os profissionais que participam das atividades de grupo são: Enfermeiro, Médico Clínico Geral, Odontólogo, Técnico/auxiliar de enfermagem, Técnico/auxiliar dentário, Agente Comunitário de Saúde e Nutricionista do município. Através dessas atividades realizamos promoção dos hábitos alimentares saudáveis e estimulamos a prática do exercício físico para diminuir as complicações das doenças crônicas que tem os usuários idosos.

Os profissionais da ESF realizam cuidado domiciliar aos idosos todas as quintas-feiras à tarde porque muitos deles têm doenças crônicas ou deficiências físicas que impossibilitam que assistam à ESF para receber atendimento. A dentista da unidade realiza visitas domiciliares para realizar atendimentos aos pacientes que não podem acudir na ESF. Através das visitas domiciliares dialogamos com toda a família explicando a importância de dar apoio psicológico ao usuário idoso porque às vezes sofrem de depressão e sobre cumprir o tratamento médico corretamente para

que o usuário melhore com rapidez. Na ESF existe levantamento dos idosos moradores da área de abrangência que necessitam receber cuidado domiciliar.

Na ESF existem profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão, coordenação, avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos idosos; eles são: Enfermeiro e Médico Clínico Geral e realizam reuniões mensalmente. As fontes de dados utilizados pelos profissionais para realizar avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos idosos são: SIAB, HIPERDIA, Registros específicos dos atendimentos de idosos e Prontuário. Os profissionais que realizam avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos idosos produzem relatórios com os resultados encontrados mensalmente.

A equipe trabalha de forma organizada, isso permitiu o preenchimento desta parte do Caderno de Ações Programáticas, além disso, a ESF tem que seguir trabalhando porque com relação ao indicador de cobertura do total de idosos com 60 anos ou mais residentes na área só acompanharam na ESF 295 pessoas, o que representa 54% do total de idosos. Isso é uma deficiência que devemos melhorar ampliando a cobertura e convocando a todos os idosos para que sejam atendidos na ESF e assim aumentar esse indicador.

Com relação aos indicadores de qualidade do Caderno de Ações Programáticas a ESF tem atraso na avaliação de saúde bucal em dia; somente 203 usuários idosos realizaram essa avaliação o que representa 69%. Devemos seguir trabalhando para que todos os usuários idosos realizem a avaliação de saúde bucal pela importância que tem esse tipo de atendimento para prevenção de doenças. Também devemos aumentar a participação de idosos nas atividades de grupo porque somente assiste 50% deles.

O maior desafio na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, elas possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. Essa possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas. Portanto, parte das dificuldades das pessoas idosas está mais relacionada a uma cultura que as desvaloriza e limita. Na ESF sempre prestamos atendimentos aos usuários idosos com a melhor qualidade possível explicando para eles que além das deficiências físicas que possam ter ainda podem realizar outras atividades e seguir sendo úteis na sociedade e para sua família.

A ESF ainda tem muitas dificuldades como, por exemplo, a pouca existência na farmácia dos medicamentos fitoterápicos e homeopáticos que são muito importantes para o tratamento das doenças porque são medicamentos naturais que possuem poucas reações adversas ou nenhuma para os usuários. Além disso, temos outros medicamentos faltando em nossa farmácia que também são essenciais para tratar doenças e ao mesmo tempo ajudamos muito a nossa população já que é das mais carentes economicamente do município e assim evitamos que o usuário cumpra a medicação para cumprir o tratamento médico.

Com relação ao consultório odontológico da ESF existe a necessidade de um aparelho de Raios-X para melhorar o diagnóstico e tratamento dos pacientes. O município tem só um aparelho de Raios-X odontológico e fica localizado em outra ESF que não é a nossa, é por isso que seria ideal que cada equipe tivesse uma equipe dessas para melhorar a qualidade dos atendimentos odontológicos.

A ESF não conta com um negatoscópio e precisamos para fazer um bom diagnóstico das doenças cardiorrespiratórias quando observamos o Raio-X de tórax que é frequente na ESF. Não temos depósito para coleta de escarro e também é muito importante contar com esse tipo de recurso porque muitas vezes encaminhamos ao usuário só para fazer a coleta do escarro por falta do depósito na unidade de saúde. Quando realizamos nas reuniões da equipe as quartas-feiras à tarde todos os profissionais debatem sobre os problemas que temos na ESF e como podemos dar solução aos mesmos.

Mensalmente participo em uma reunião com o Secretário de Saúde municipal para levantar os problemas da ESF e planejar estratégias que ajudem a erradicá-los. Nossa ESF vai seguir trabalhando para tentar diminuir essas dificuldades que apresentamos melhorando assim a qualidade dos serviços prestados a nossa comunidade.

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

No começo do curso de especialização em saúde da família a ESF contava com uma sala de espera, uma recepção, um consultório odontológico, um consultório médico, um consultório de enfermagem, uma sala de vacina, uma



cozinha, uma farmácia, uma sala de procedimentos médicos e de enfermagem, área de serviço e banheiros para usuários e trabalhadores. Os locais têm boa ventilação por janelas e ar condicionado junto com aquecedor, o consultório médico tem condições para fazer higiene das mãos. Após a conclusão de relatório da análise situacional a equipe percebeu que na unidade não existem corrimãos nas escadas, rampas, e corredores para auxiliar o acesso de usuários com mobilidade reduzida, aumentando o risco de acidentes de usuários em geral, após o preenchimento dos dados do caderno de ações programáticas percebemos que na unidade era preciso trabalhar ainda mais com o programa do hipertenso e diabético apesar de realizar atendimentos durante todos os dias da semana nos dois turnos, mas não era suficiente.

Há medicamentos faltando em nossa farmácia que também são essenciais para tratar doenças. A equipe espera que estas dificuldades que temos sejam resolvidas pelos gestores do município futuramente para oferecer serviços de maior qualidade a nossa comunidade que é muito carente. O relatório de análise situacional contribuiu para ampliar a visão da equipe no que diz respeito ao processo de trabalho, cobertura e qualidade das ações programáticas. Foi muito importante utilizar o caderno de ações programáticas e os questionários, nesta atividade.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

No Brasil, dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), de 2011, mostram que a prevalência de diabetes auto referida na população acima de 18 anos aumentou de 5,3% para 5,6%, entre 2006 e 2011. Ao analisar esse dado de acordo com o gênero, apesar do aumento de casos entre os homens, que eram 4,4%, em 2006 e passaram para 5,2% em 2011, as mulheres apresentaram uma maior proporção da doença, correspondendo a 6% dessa população. Além disso, a pesquisa deixou claro que as ocorrências são mais comuns em pessoas com baixa escolaridade. Os números indicam que 7,5% das pessoas que têm até oito anos de estudo possuem diabetes, contra 3,7% das pessoas com mais de 12 anos de estudo, uma diferença de mais de 50% (BRASIL, 2011). O levantamento apontou, também, que o DM aumenta de acordo com a idade da população: 21,6% dos brasileiros com mais de 65 anos referiram a doença, um índice bem maior do que entre as pessoas na faixa etária entre 18 e 24 anos, em que apenas 0,6% são pessoas com diabetes (BRASIL, 2013).

No Brasil, ocorreram, em 2009, 51.828 mortes por diabetes. Houve um aumento de 24%, entre 1991 e 2000 (de 34/100.000 óbitos para 42/100.000 óbitos), seguido por um declínio de 8%, entre 2000 e 2009 (de 42/100.000 para 38/100.000) (BRASIL, 2011). O DM e a HAS são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise. As complicações agudas e crônicas do diabetes causam alta morbimortalidade, acarretando altos custos para os sistemas de saúde (SCHMIDT et al., 2011; ROSA, 2008).

Estou trabalhando no Estado do Rio Grande do Sul, no município de Palmeira das Missões, na ESF VI Alfredo Westphalen. Temos 417 usuários hipertensos cadastrados que representa 48% da estimativa (860); e 84 usuários diabéticos cadastrados, o que representa 34% (246). As Ações Programáticas são muito importantes na área da saúde porque orientam a equipe como trabalhar corretamente, serve de guia para saber como fica em cada momento as atividades segundo idade e patologias, mede resultados de trabalho, indicadores e ajuda-nos a

identificar problemas de saúde e a criar planos de trabalho, estratégias de trabalho para resolver ou minimizar estes problemas. Além disto, as ações programáticas irão aportar para a sociedade e para a equipe de saúde a melhoria do sistema de saúde brasileiro, que é nossa razão de estar aqui no Brasil (Programa Mais Médicos), além disso, contamos com o Caderno 36 de Hipertensão e Diabetes do Ministério da Saúde (2013) para esclarecer dúvidas.

A equipe decidiu fazer a intervenção com foco na HAS e DM porque são doenças muito frequentes em nosso meio e porque muitos usuários precisam de atenção de qualidade e outros ainda precisam ser diagnosticados. Este trabalho vai proporcionar benefícios à população e a nós como equipe, pois permitirá uma melhor atenção aos usuários com HAS e DM.

As dificuldades que dependam de nós serão solucionadas, na medida do possível. Os aspectos que viabilizam este projeto são: a união da equipe em cumprir esta meta, adesão e engajamento do secretário municipal, de todos os integrantes da equipe e dos líderes da comunidade. Além disso, temos disponível muitos conhecimentos sobre o tema. Acredito que teremos muitos benefícios deste trabalho para a sociedade, usuários e o aumento de conhecimentos dos profissionais de saúde, pois um trabalho sempre ensina algo novo, e sempre temos algo novo que aprender. Trará vários benefícios econômicos para os usuários e para o município porque quanto mais usuários diagnosticados corretamente e controlados menos consultas especializadas, menos encaminhamentos, menos complicações, melhora a esperança de vida, qualidade de vida.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a Atenção à Saúde da pessoa com hipertensão e/ou diabetes mellitus, na ESF VI Alfredo Westphalen, Palmeira das Missões/RS.

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

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 a hipertensão arterial e diabetes mellitus da unidade de saúde;

Meta 1.2 – Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no programa de atenção a hipertensão arterial e 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 a avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos;

Meta 2.8 – Realizar a 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 as consultas na unidade de saúde, conforme a periodicidade recomendada;

Meta 3.2 – Buscar 100% dos diabéticos faltosos as 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% 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;

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 - Manter orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2 - Manter orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

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

Meta 6.4 - Manter 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**

O projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 04 meses na área da equipe de Estratégia de Saúde da Família ESF VI Alfredo Westphalen, em Palmeira das Missões/ RS. Participarão da intervenção todos os usuários cadastrados com HAS e DM com 20 anos ou mais de nossa ESF. As ações realizadas na intervenção serão baseadas no Caderno de Atenção Básica 36 e 37 de Hipertensão e Diabetes (BRASIL, 2013). Portanto, para alcançar os objetivos propostos foram estabelecidas metas e ações a serem realizadas, o cadastro dos usuários hipertensos e diabéticos na planilha de coleta de dados (Anexo B) será feito no momento da consulta, para o registro das atividades serão utilizados o prontuário clínico individual e a ficha-espelho (Anexo C), os dados obtidos destes registros serão preenchidos na planilha de coleta de dados para monitoramento e acompanhamento das metas e indicadores.

### **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 ESF VI Westphalen.

#### **Monitoramento e avaliação:**

##### **Ações:**

- Monitorar a cobertura dos usuários hipertensos e diabéticos periodicamente (pelo menos mensalmente).
- Avaliar a cobertura dos pacientes hipertensos e diabéticos.

#### **Detalhamento:**

Será monitorada a cobertura dos usuários hipertensos e diabéticos periodicamente, pelo menos mensalmente através da planilha eletrônica de coleta de dados. Realizar levantamento de dados do SIAB a fim de fazer um levantamento do número de usuários efetivamente cadastrados. Monitorar o número de hipertensos da área de abrangência (frequentadores e ausentes) através da revisão

dos prontuários realizando nesse momento, o levantamento dos usuários cadastrados, não cadastrados, bem como, aqueles que apresentam cadastros desatualizados e que estão efetivamente sendo e ou deviam estar sendo acompanhados pela ESF VI Westphalen a fim de que com essa ação se possa ter uma dimensão real de usuários assistidos e desassistidos e se possa promover uma intervenção efetiva melhorando as metas de cobertura, tais ações serão desenvolvidas através dos registros dos pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados e fazem parte da área de abrangência da Unidade. Através desse monitoramento conseguiremos confirmar o número de hipertensos e diabéticos que estão realizando as consultas na ESF.

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

#### **Ações:**

- Acolher aos hipertensos e diabéticos.
- Cadastrar todos os hipertensos e diabéticos da área de cobertura da unidade de saúde.
- Acolher todos os hipertensos e diabéticos da área de abrangência.

#### **Detalhamento:**

Para isso as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) irão fazer busca ativa dos hipertensos e diabéticos que não estão realizando as consultas em nenhum serviço, e irão encaminhá-los à Unidade de saúde para fazer os exames necessários e cadastrá-los. As agentes de saúde irão agendar o atendimento por telefone quando não puderem vir a unidade, sendo que receberam atenção prioritária. Na recepção, a técnica de enfermagem fará o acolhimento dos hipertensos e diabéticos. Os hipertensos e diabéticos sairão da unidade com a próxima consulta agendada por mim e se atenderão outras demandas. Sendo que as ACS irão fazer busca ativa dos hipertensos e diabéticos que nunca assistiram a consulta e vão encaminhá-los à Unidade de saúde para fazer os exames necessários e cadastrá-los, eles terão atendimento prioritário e serão acolhidos na recepção que os irão encaminhar para atendimento com os profissionais da unidade (enfermagem e médico da equipe).

**Engajamento público:****Ações:**

- Esclarecer a comunidade sobre a importância da realização do rastreamento, do acompanhamento e da adesão ao tratamento individualmente, (nas consultas) e coletivamente (realização de palestras) e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde.

**Detalhamento:**

É necessário que toda a comunidade conheça a importância do nosso projeto. Como é uma iniciativa nova é necessária a divulgação, para explicar com clareza os diversos benefícios que trarão para toda a comunidade. Através dos agentes comunitários de saúde, conseguiremos realizar essa divulgação, por meio das visitas domiciliares. Além disso, podem aproveitar o vínculo que tem com cada família para dialogar sobre o programa de hipertensão e diabético oferecido na nossa ESF. Podemos também utilizar a rádio comunitária da cidade, onde o Secretário Municipal de Saúde tem oportunidade de falar sobre os projetos, pode aproveitar para comentar sobre esse assunto. Também utilizaremos o mês de Novembro Azul, onde faremos tendas informativas com essas questões, para que assim a comunidade fique ciente da necessidade de realizar as consultas de hipertensão, diabético e exames de próstata, acompanhamento odontológico.

**Qualificação da prática clínica:****Ações:**

- Capacitar a equipe no acolhimento dos hipertensos e diabéticos.
- Capacitar os ACS na busca daqueles que não estão realizando consultas de diabético e hipertensão em nenhum serviço.
- Capacitar a equipe para orientar os hipertensos e diabéticos, sobre a importância da realização das consultas agendadas e do período que a mesma deve ser feita.



### **Detalhamento:**

Nessa etapa faremos a capacitação da equipe, para que todos saibam a melhor forma de acolher aos diabéticos e hipertensos. Através de reuniões da equipe, iremos falar sobre o acolhimento, atendimento do hipertenso e diabético, sobre a forma que devemos tratar cada um. Toda a equipe deve saber recepcionar aos usuários da melhor maneira possível e divulgar à população os benefícios desse projeto para ter melhor adesão às consultas de hipertenso e diabético, consultas odontológicas.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da assistência aos Hipertensos e Diabéticos.

-**Meta 2.1:** Realizar o exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos

-**Meta 2.2:** Realizar o 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.

### **Monitoramento e avaliação**

#### **Ações:**

- Monitorar periodicamente o ingresso dos pacientes hipertensos e diabéticos.

-Monitorar a realização de pelo menos um eletrocardiograma cada 6 meses.

-Monitorar a realização de pelo menos um exame de próstata num ano.

- Monitorar a solicitação dos exames laboratoriais previstos no protocolo para os hipertensos e diabéticos.

- Monitorar a prescrição de medicamentos das farmácias populares.
- Monitorar a vacinação em dia para os diabéticos e hipertensos.
- Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico dos hipertensos e diabéticos.
- Avaliar a realização da primeira consulta odontológica.
- Avaliar aos hipertensos e diabéticos que tiveram avaliação do seu estado psíquico durante a consulta com psiquiatra.
- Avaliar aos hipertensos e diabéticos que tiveram avaliação de intercorrências durante a consulta.

### **Detalhamento:**

Para monitorar e avaliar a qualidade da atenção na consulta faremos um acompanhamento mais efetivo de ações específicas, avaliando se, para cada paciente foi realizado: pelo menos um Rx de tórax como mínimo 1 vez no ano; solicitação de exames laboratoriais previstos no protocolo; prescrição de remédios da farmácia popular; vacinação antitetânica e contra a hepatite B; avaliação da necessidade de tratamento odontológico, de consultas subsequentes, bem como a conclusão do tratamento dentário. Também será avaliado o número de hipertensos e diabéticos com primeira consulta odontológica, para dar início ao tratamento odontológico conforme necessidade.

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

#### **Ações:**

- Acolher aos hipertensos com cifras maiores que 135/80 mmHg.
- Acolher aos diabéticos com cifras de HGT maior que 100 g/d.
- Garantir com o gestor a disponibilização do esfigmomanômetro e glucômetro na ESF.
- Cadastrar todas os hipertensos e diabéticos da área de cobertura da ESF.
- Estabelecer sistemas de alerta para fazer toma da pressão nos pacientes.
- Estabelecer sistemas de alerta para fazer o exame de HGT.
- Estabelecer sistemas de alerta para a solicitação de exames de acordo com o protocolo.
- Garantir acesso facilitado aos remédios na farmácia popular.
- Estabelecer sistemas de alerta para a realização da vacina antitetânica.

- Realizar controle de estoque e vencimento das vacinas.
- Realizar controle da cadeia de frio.
- Organizar acolhimento dos hipertensos e diabéticos.
- Cadastrar na unidade de saúde hipertensos e diabéticos da área de abrangência.
- Oferecer atendimento prioritário aos hipertensos e diabéticos.
- Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos hipertensos e diabéticos.
- Organizar a agenda para garantir a primeira consulta odontológica
- Garantir com o gestor o fornecimento do material necessário para o atendimento odontológico.
- Garantir junto ao gestor o oferecimento de serviços diagnósticos.
- Solicitar que a recepcionista da Unidade separe a ficha de acompanhamento dos hipertensos e diabéticos que serão atendidos no dia, pois a mesma servirá de "roteiro " para a consulta
- Organizar a dispensação mensal de anti-hipertensivos e hipoglicemiantes na Unidade.

**Detalhamento:**

Iremos contar com a ajuda dos agentes comunitários de saúde, para que nenhum hipertenso ou diabético deixe comparecer para realização das consultas, atendimento odontológico. Com a ajuda dos agentes conseguiremos ter contato com todos os usuários que fazem parte da área de abrangência. Para cumprir as ações deste item precisamos garantir que tenhamos disponíveis os materiais necessários como os medicamentos, vacinas e materiais odontológicos, faremos uma reunião com o Secretário Municipal de Saúde, para explicar todo projeto de intervenção e a necessidade de termos acesso a esses materiais. Também pediremos com que sejam fornecidas para a equipe as fichas impressas para o preenchimento correto das mesmas, para que assim tenhamos um cadastro correto e atualizado.

## **Engajamento público**

### **Ações:**

- Esclarecer a comunidade sobre a importância de iniciar as consultas de hipertensos e diabéticos imediatamente após o diagnóstico da sua doença
- Divulgar para a comunidade a disponibilidade fazer teste de HGT na ESF para pacientes com hiperglicemia.
- Esclarecer a comunidade sobre a necessidade de realizar o exame de próstata aos homens maiores de 40 anos.
- Esclarecer à comunidade sobre a importância da realização dos exames complementares de acordo com o protocolo.
- Esclarecer a comunidade sobre a importância da suplementação de ferro/ácido fólico para aqueles pacientes que tenham hemoglobina baixa.
- Esclarecer aos hipertensos a importância da realização da vacinação completa.
- Esclarecer aos diabéticos a importância da realização da vacinação completa.
- Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal.
- Esclarecer a comunidade sobre a importância de realizar a consulta com o (a) dentista.
- Explicar para a comunidade que é necessário fazer um bom exame físico para chegar a um diagnóstico certo e tratamento oportuno da sua doença.
- Explicar para a comunidade que é necessário avaliar o estado psíquico dos pacientes hipertensos e diabéticos.
- Explicar para a comunidade as intercorrências mais frequentes no período de adaptação ao tratamento e a necessidade de avaliação das mesmas pelos profissionais da ESF.

### **Detalhamento:**

É necessário que toda a equipe esteja consciente que precisamos passar as corretas informações aos usuários. Toda a equipe irá informar sobre a necessidade de retornar às consultas, a necessidade de comparecer a primeira consulta odontológica programada e concluir o tratamento dentário. Para isso iremos contar com toda a equipe, com os agentes comunitários de saúde e com o Secretário Municipal de Saúde para que essas informações sejam passadas através da rádio

da cidade, através de folders, para que essa informação chegue a todos e que a comunidade seja esclarecida de todos os benefícios do projeto.

### **Qualificação da prática clínica**

#### **Ações:**

- Capacitar a equipe no acolhimento aos pacientes com cifras elevadas de PA e HGT.
- Capacitar a equipe na realização e interpretação do teste rápido de HGT.
- Capacitar a equipe para realizar toma da PA nos pacientes.
- Capacitar a equipe para solicitar os exames de acordo com o protocolo.
- Capacitar a equipe para a prescrição de sulfato ferroso e ácido fólico para pacientes com anemia.
- Capacitar a equipe sobre a realização de vacinas.
- Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico.
- Capacitar os profissionais da unidade de saúde de acordo com os Cadernos de Atenção Básica do Ministério.
- Treinar a equipe para realizar diagnósticos das principais doenças bucais nos pacientes hipertensos e diabéticos, como a cárie e as doenças periodontais.
- Capacitar a equipe de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde para realizar as consultas.
- Capacitar a equipe de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde para realizar a consulta de hipertensão y diabetes
- Capacitar a equipe nas orientações de anti-hipertensivos e hipoglicemiantes orais e revisar com a equipe médica os anti-hipertensivos e hipoglicemiantes orais disponíveis na rede pública, bem como suas indicações.

#### **Detalhamento:**

É necessária a capacitação de toda a equipe, e para isso faremos reunião para dialogar, esclarecer dúvidas e ideias. Essas reuniões serão feitas periodicamente nas quartas-feiras depois da reunião de equipe, para que assim, conforme as dúvidas surgirem, a equipe consiga solucionar. Teremos que contar com toda a equipe, pois cada um irá contribuir de acordo com a sua atribuição.

**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.

### **Monitoramento e avaliação**

#### **Ações:**

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de hipertensão e diabetes adotado pela ESF.
- Monitorar e avaliar periodicamente o número de hipertensos e diabéticos que faltaram a consulta planejada.

#### **Detalhamento:**

- No intuito de melhorar a adesão as consultas de hipertensos e diabéticos, avaliaremos se estão sendo cumpridas as consultas previstas, conforme a periodicidade, segundo o protocolo adotado pela unidade de saúde, e com o apoio dos agentes comunitários de saúde, realizaremos a busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos e faltosas.

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

#### **Ações:**

- Organizar visitas domiciliares para busca dos hipertensos e diabéticos faltosos e faltosas.
- Organizar a agenda para acolher a demanda dos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas.

#### **Detalhamento:**

- Sempre que verificarmos a existência de hipertensos e diabéticos faltosos ou faltosas, os agentes comunitários de saúde farão as visitas domiciliares para realizar a busca ativa. Cada agente comunitário de saúde tem usuários que fazem parte de sua área de abrangência, eles realizaram as visitas para conversar, verificar os reais motivos das faltas para que o problema seja resolvido e agendar novamente a consulta.

Iremos contar com a ajuda dos agentes comunitários de saúde, para que nenhum hipertenso ou diabético deixe de comparecer para realização das consultas

médicas, consulta odontológica. Com a ajuda dos agentes conseguiremos ter contato com todos os usuários que fazem parte da área de abrangência.

Com a equipe, iremos realizar reuniões para saber como estão os resultados e o que é preciso melhorar, para que assim todos fiquem cientes das dificuldades encontradas e os aspectos que serão necessários serem ajustados e melhorados.

### **Engajamento público**

#### **Ações:**

- Informar a comunidade sobre a importância das consultas médicas aos hipertensos e diabéticos.

- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos hipertensos e diabéticos do programa.

- Orientar a comunidade sobre a importância da realização da consulta de hipertensão e diabetes.

- Buscar com a comunidade estratégias para evitar a evasão destes pacientes às consultas.

#### **Detalhamento:**

- Faremos reuniões com a comunidade para apresentar o projeto. Além disso, a equipe deve divulgar diariamente na ESF as ações das consultas médicas, para que toda comunidade saiba dos benefícios que tem para todos. Com a ajuda de autoridades municipais como o Secretário Municipal de Saúde, passaremos essas informações também na rádio comunitária da cidade.

### **Qualificação da prática clínica**

#### **Ações:**

- Treinar os técnicos para abordar a importância da realização da toma de PA e HGT.

- Treinar a equipe para abordar a importância da realização das consultas de hipertensos e diabéticos.

#### **Detalhamento:**

- Faremos reuniões com a comunidade para apresentar o projeto. Além disso, a equipe deve divulgar diariamente na ESF as ações das consultas médicas, para

que toda comunidade saiba dos benefícios que tem para todos. Com a ajuda de autoridades municipais como o Secretário Municipal de Saúde, passaremos essas informações também na rádio comunitária da cidade.

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

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

### **Monitoramento e avaliação**

#### **Ações:**

- Monitorar o registro de todos os acompanhamentos dos pacientes hipertensos e diabéticos.

- Avaliar número de hipertensos e diabéticos com ficha de acompanhamento/espelho atualizada (pressão arterial, vacinas, medicamentos, orientações e exames laboratoriais).

- Monitorar e avaliar periodicamente o registro de todos os hipertensos e diabéticos.

#### **Detalhamento:**

- Para realizar esse acompanhamento de modo efetivo, será fundamental a avaliação do número de hipertensos e diabéticos com ficha espelho atualizadas (pressão arterial, vacinas, medicamentos e exames laboratoriais), bem como o monitoramento dos registros, os quais serão acompanhados periodicamente, analisando se todas as fichas estão atualizadas e preenchidas corretamente.

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

#### **Ações:**

- Preencher ficha de acompanhamento.

- Implantar ficha-espelho ou ficha de acompanhamento.

- Organizar local específico para armazenar as fichas de acompanhamento/espelho.

- Implantar ficha de acompanhamento para hipertensos e diabéticos.

- Ter local específico e de fácil acesso para armazenar as fichas de acompanhamento.



- Definir as pessoas responsáveis pelo monitoramento a avaliação do programa, bem como aquelas que manusearão a planilha de coleta de dados.
- Definir a periodicidade do monitoramento e da avaliação do programa.

**Detalhamento:**

- Faremos reuniões com a equipe para definirmos essas ações. Estas ações serão realizadas nas segundas-feiras à tarde depois das atividades de grupo dos hipertensos e diabéticos (atividades de HIPERDIA).

**Engajamento público**

**Ações:**

- Esclarecer aos hipertensos e diabéticos sobre o seu direito de manutenção dos registros de saúde no serviço inclusive sobre a possibilidade de solicitação de segunda via se fosse necessário.
- Esclarecer a comunidade sobre o direito de manutenção dos registros de saúde no serviço inclusive sobre a possibilidade de solicitação de segunda via se fosse necessário.

**Detalhamento:**

- A comunidade precisa saber da necessidade de manutenção de todos os registros de forma correta, para isso toda a equipe irá esclarecer sobre isso, mediante os atendimentos.

**Qualificação da prática clínica**

**Ações:**

- Treinar o preenchimento da ficha de acompanhamento/espelho.
- Apresentar a ficha espelho para a equipe e treinar o seu preenchimento.
- Apresentar a Planilha de Coleta de Dados e treinar os responsáveis para seu preenchimento.

**Detalhamento:**

- Para a realização dessa capacitação, toda a equipe fará presente em reuniões onde todas as dúvidas serão esclarecidas, e se novas dúvidas surgirem

serão sanadas. As reuniões em equipe serão realizadas periodicamente nas quartas-feiras à tarde para esses fins.

**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.

**Monitoramento e avaliação:**

**Ações:**

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

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

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

**Detalhamento:**

-Será realizado o monitoramento da avaliação de risco cardiovascular, será verificado o registro na ficha-espelho do risco cardiovascular. Faremos o monitoramento do número de encaminhamentos para o alto risco. Toda a equipe saberá a real necessidade de avaliar o risco do paciente hipertenso e diabético.

**Organização e gestão do serviço:**

**Ações:**

-Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco. Organizar a agenda para o atendimento desta demanda, a fim de minimizar riscos e complicações.

-Garantir vínculo e acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar.

-Estabelecer o papel de cada membro da equipe nas questões de promoção a saúde; fazer reuniões com a equipe para pensar estratégias de orientação sobre planejamento familiar para a comunidade.

-Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco. Organizar a agenda para o atendimento desta demanda, a fim de, minimizar riscos e complicações.

**Detalhamento:**

- Todo usuário hipertenso ou diabético que for considerado de alto risco cardiovascular será identificado na Ficha Espelho correspondente. Serão realizados os devidos encaminhamentos para o serviço especializado em Porto Alegre, Passo Fundo, assim como já está sendo feito nos dias atuais. Toda equipe recebe todo apoio da Secretaria Municipal de Saúde para realizar os devidos encaminhamentos e para dar total suporte aos atendimentos que necessitam serem prestados. Toda equipe já está capacitada para isso. Na primeira semana da intervenção na reunião da equipe o coordenador da intervenção estabeleceu o papel de cada membro da equipe nas questões de promoção à saúde.

**Engajamento público:**

**Ações:**

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

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

**Detalhamento:**

- Toda a comunidade será comunicada da importância de acontecer os devidos encaminhamentos dos pacientes hipertensos e diabéticos de risco e que a Secretaria Municipal de Saúde é responsável por isso.

- Nas consultas e nos grupos de educação em saúde, a comunidade será orientada sobre os cuidados com os pacientes diabéticos, evitar feridas nos membros inferiores, dieta baixa em açúcar, boa higiene pessoal.

- Nas consultas e nos grupos de educação em saúde, a comunidade será orientada sobre os cuidados com os pacientes hipertensos, evitar comidas gordurosas, comidas salgadas evitar refrigerantes, café cigarro, álcool.

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular. Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à

importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

### **Qualificação da prática clínica:**

#### **Ações:**

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

- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

- Revisar com a equipe as formas de tratamento hipotensor e hipoglicemiante disponibilizados pela rede do SUS.

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

#### **Detalhamento:**

- Todo o profissional que realiza as consultas de pacientes hipertensos e diabéticos será capacitado para ficar atentos aos pacientes que tenham alto risco, cardiovascular para que desde o momento que isso for detectado o paciente seja devidamente diagnosticado, atendido ou encaminhado.

**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.

### **Monitoramento e avaliação:**

#### **Ações:**

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.
- Avaliar o IMC dos hipertensos na primeira consulta.
- Monitorando usuários com sobrepeso e obesidade através de revisão dos prontuários dos usuários cadastrados e não cadastrados atendidos na unidade de saúde.
- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos que conseguiram parar de fumar.
- Monitorar as orientações sobre os riscos do tabagismo e do consumo de álcool e drogas recebidas durante as consultas.
- Monitorar as atividades educativas individuais.
- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos e comunidade em geral, através de revisão dos prontuários dos diabéticos fumantes assistidos na Unidade de Saúde estimulando-os a abandonar o fumo.
- Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos com o dentista.

### **Detalhamento:**

Com vista à promoção da saúde nas consultas de hipertensão e diabetes nosso monitoramento será baseado na realização de orientações em saúde. Realizaremos o acompanhamento de orientações relacionadas à nutrição, os riscos e controle do tabagismo e do consumo de álcool e drogas; ao cumprimento do uso de medicamentos da farmácia popular; e aos cuidados com a higiene bucal dos pacientes diabéticos e hipertensos. O monitoramento destes quesitos ocorrerá

através do acompanhamento das fichas que estarão sempre atualizadas e preenchidas de modo adequado.

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

#### **Ações:**

-Estabelecer o papel da equipe na promoção da saúde orientando os diabéticos sobre os riscos do tabagismo estimulando-os a abandonar o hábito de fumar, por meio de aconselhamento e da adoção de medidas terapêuticas de suporte.

- Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso.

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

- Estabelecer o papel da equipe na promoção da alimentação saudável para os pacientes hipertensos e diabéticos.

- Propiciar o encontro dos pacientes hipertensos, diabéticos junto com as nutrizes para conversar sobre facilidades e dificuldades de uma dieta saudável.

- Propiciar a observação da melhoria de outros pacientes que cumprem com as orientações indicadas na consulta médica.

- Estabelecer o papel da equipe na realização de orientações sobre os cuidados com o paciente diabético.

- Estabelecer o papel da equipe em relação ao combate ao tabagismo.

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

- Organizar a agenda da atenção à saúde bucal, de forma a possibilitar a atenção ao diabético. Estabelecer prioridades de atendimento, considerando a classificação do risco odontológico.

- Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes usuários.

#### **Detalhamento:**

Através de reuniões com a equipe, conversaremos sobre a importância de toda a equipe saber explicar, mostrar e dizer aos pacientes hipertensos e diabéticos como devem ser os cuidados com suas doenças. Os cuidados que os diabéticos

devem ter durante toda sua vida. Toda a equipe será capacitada para isso, assim todos estarão aptos para essas devidas atividades, de forma correta.

### **Engajamento público**

#### **Ações:**

- Orientar a comunidade, em especial, diabéticos sobre os riscos do tabagismo revelando o efeito hipertensivo transitório do fumo através de reuniões/palestras feitas pela equipe, bem como, sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

- Compartilhar com a comunidade e com os pacientes hipertensos e diabéticos orientações sobre alimentação saudável.

- Conversar com a comunidade, pacientes com hipertensão, diabetes e seus familiares sobre o que eles pensam em relação a uma dieta saudável.

- Desmistificar a ideia de que a pessoa "gorda" é saudável.

- Construir rede social de apoio às nutrizes.

- Orientar a comunidade em especial aos hipertensos e diabéticos junto com seus familiares sobre os cuidados da sua enfermidade.

- Orientar a comunidade, em especial aos hipertensos e diabéticos junto com seus familiares, sobre os riscos do tabagismo e do consumo de álcool e drogas.

- Orientar aos pacientes hipertensos e diabéticos sobre a importância da prevenção e detecção precoce da cárie dentária e dos principais problemas de saúde bucal.

- Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção à saúde.

- Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde. Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.

#### **Detalhamento:**

Toda equipe precisa primeiramente estar apta a passar e saber das devidas orientações, como as consequências do uso de álcool e tabaco, entre outras orientações. Para isso reuniões serão realizadas para troca de ideia, dúvidas e trocas de conhecimento por parte de todos integrantes da equipe. Após isso sempre

será salientado aos usuários todas essas instruções, para que os pacientes estejam conscientes de todas as orientações necessárias.

### **Qualificação da prática clínica**

#### **Ações:**

- Capacitar a equipe para fazer orientação nutricional dos pacientes hipertensos e diabéticos.
- Capacitar a equipe para fazer promoção de saúde.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários do serviço em relação aos cuidados com o paciente diabético.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários do serviço em relação ao uso de medicamentos da farmácia popular.
- Capacitar a equipe para apoiar aos pacientes que quiserem parar de fumar encaminhando-os à consulta antitabagismo.
- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.
- Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do usuário diabético.
- O médico e a enfermeira vão orientar o restante da equipe para apoiar os diabéticos que quiserem parar de fumar.
- Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal dos usuários hipertensos.

#### **Detalhamento:**

Toda equipe precisará saber das devidas orientações dos pacientes diabéticos e hipertensos, para isso faremos a capacitação através de encontros e reuniões com todos integrantes da equipe para que qualquer dúvida seja sanada. E que nada passe despercebido durante as consultas e assim todos os usuários tenham as mesmas orientações e informações que serão necessárias para a promoção de saúde.



### **2.3.2 Indicadores**

**Objetivo 1.** Ampliar a cobertura à 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** Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

**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 com o foco na Hipertensão Arterial e Diabetes, vamos adotar os cadernos de atenção básica: Caderno de Atenção Básica número 36 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica - Diabetes Mellitus (BRASIL, 2013) e Caderno de Atenção Básica número 15 - Hipertensão Arterial Sistêmica (BRASIL, 2006). Estimamos alcançar com a intervenção todos os usuários com hipertensão e diabetes da área de abrangência. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados disponibilizada pelo curso. A enfermeira revisará o livro de registro

da ação programática antes da intervenção, identificando todos os diabéticos e hipertensos que vieram ao serviço para consulta nos últimos três meses. Localizará os prontuários, ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso.

Os ACS serão orientados sobre o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da ESF que será feito durante o atendimento clínico; e para identificar a necessidade de solicitação de exames complementares. Esta capacitação ocorrerá na própria ESF, para isto será reservada duas horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte dos cadernos básicos de atenção aos usuários diabéticos e hipertensos e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe. Também serão treinados para medir a pressão arterial e fazer determinações de glicemia, aproveitando-se dos mesmos espaços das reuniões das equipes. Será importante monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde para atender a tal ação, o médico irá realizar uma resenha semanal de todos os registros para avaliar a qualidade e organização do trabalho, bem como o trabalho que está sendo desenvolvido.

Para monitorar o acesso aos medicamentos serão garantidas 100% dos medicamentos na própria ESF, eles receberão os medicamentos a cada mês e a comunicação com a farmácia comunitária será estabelecida para conhecer a disponibilidade de medicamentos que não estão disponíveis na ESF. Cada usuário terá um cartão de controle de medicamentos que serão analisadas todos os meses pelos ACS, médico e enfermeiro.

Pensamos em aproveitar a rádio local para divulgar a intervenção e receber perguntas por telefone durante a programação. Ainda não definimos data, pois isso depende do tempo da rádio. Irá participar a enfermeira e o médico da Unidade nesse programa. Será muito importante a participação da comunidade para obter os objetivos propostos, faremos contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade nas igrejas e nos centros de tradições gaúchos da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da prevenção e tratamento da Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação da população e de

esclarecer a comunidade sobre a necessidade de um controle correto da pressão arterial e a glicemia.

Todos os membros de equipe têm a responsabilidade de realizar as atividades de prevenção e promoção de saúde aos grupos de HAS e DM sobre a importância do exercício físico regular para sua reabilitação e alimentação saudável, além dos riscos do tabagismo, para ter mudança do estilo de vida e uma melhor qualidade de vida. Semanalmente, a enfermeira examinará as fichas-espelho dos usuários identificando aqueles que estão com consultas, exames clínicos ou laboratoriais em atraso. Os ACS farão busca ativa de todos os usuários em atraso. Ao fazer a busca já agendará a consulta. Ao final de cada semana, as informações coletadas na ficha-espelho serão consolidadas na planilha eletrônica pelo médico. O médico realizará as consultas clínicas e estratificação de risco para HAS e DM.







### **3 Relatório da Intervenção**

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

Esta intervenção inicialmente foi planejada para ser desenvolvida em 16 semanas. Na semana 8 recebi uma orientação de minha orientadora onde eu tinha que mudar o prazo desta intervenção de 16 semanas para 12 semanas em vista de adequar o prazo ao cronograma da Turma 8 da especialização, sendo uma decisão da coordenação do curso. Durante as semanas da intervenção as atividades planejadas no cronograma foram realizadas com bons resultados, graças ao apoio dos profissionais da ESF, líderes da comunidade, gestor do município e participação ativa dos usuários com hipertensão e diabetes da comunidade.

Realizamos monitoramento do número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, garantindo os registros dos mesmos, esta atividade é realizada mediante o acordo firmado anteriormente em reuniões de equipe. Não tivemos dificuldade no cadastramento das pessoas, pois todas as fichas, canetas, materiais em geral, a secretaria de saúde garantiu e a equipe pôde realizar esta tarefa comotinha planejado.

Melhoramos o acolhimento as pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, com a organização feita no atendimento por agendamento deixando sempre vagas para algumas emergências que pudessem ocorrer. A secretaria de saúde garantiu os materiais adequados para que fosse medida a pressão arterial e do HGT com os seguintes materiais: esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica, glucômetro, fitas reativas, algodão, álcool, com estes insumos não tivemos dificuldade durante nossa intervenção.

No primeiro mês da intervenção informamos as comunidades da nossa área sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, que queríamos implantar e pedimos o consentimento deles para participar destes primeiros contatos que tivemos nas comunidades, como também, nas consultas, informamos as comunidades e os usuários sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos anualmente. Com esta atividade não tivemos dificuldade para sua realização, também foi orientado às comunidades e usuários sobre a importância do rastreamento da DM em usuários jovens adultos e adultos com pressão arterial

sustentada maior que 135/80 mmHg, neste primeiro mês também orientamos às comunidades sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus para que aqueles usuários que são saudáveis não adoeçam destas doenças crônicas não transmissíveis.

Destaca-se que essas atividades foram feitas durante as visitas domiciliares, consultas médicas e atividades de grupo pela equipe, nesta etapa, capacitamos aos ACS para o cadastramento correto de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde. A enfermeira e o médico preencheram uma ficha, a qual foi mostrada para os ACS de forma prática de como se realiza esta atividade e depois demos uma dica para cada um, para preencher sendo nós neste caso, o usuário que veio na unidade procurando consulta, desta forma didática serviu para perder o medo de errar e como foi feito entre nós foi um ambiente familiar e de harmonia, uma vez, feito isto cada ACS já ficava com conhecimentos para quando chegar o primeiro usuário. Tudo acontecerá rápido, organizado com qualidade e profissionalismo melhorando assim o acolhimento do usuário e contribuindo com fluidez das consultas.

Realizamos a capacitação da equipe da unidade de saúde (profissionais habilitados) para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, nessa atividade mostrei de forma prática como se realiza corretamente a verificação da pressão arterial explicando que sempre antes de verificar a pressão o usuário tem que estar em repouso meia hora, ele não pode ter roupa justa como casacos, camisas apertadas, não deve ter fumado, comido nada, deve deixar o braço direito ao mesmo nível do coração e deve colocar o manguito do esfigmomanômetro desinflado completamente, colocando dois dedos acima da articulação do cotovelo ajustando ao braço e após deverá começar a inflar até deixar de palpar o pulso da artéria radial ou cubital e depois colocar neste lugar o estetoscópio e começar a desinflar lentamente até auscultar o primeiro batimento considerando este como a pressão máxima e seguir descendendo até deixar de auscultar o pulso sendo este a pressão mínima. Não tivemos problemas nesta atividade, pois os esfigmomanômetros estavam disponíveis e os técnicos são profissionais que dominam bem este procedimento só fizemos um treinamento para relembrar seus conhecimentos de forma prática, isto irá garantir a fidelidade dos valores da PA dos usuários na triagem. Fizemos a mesma coisa com o glicosímetro para a verificação correta de HGT, o usuário deverá estar em jejum, fazer

prévia assepsia do lugar da punção sendo geralmente a face lateral dos dedos das mãos, todos estes equipamentos e recursos a secretaria de saúde já havia garantido para o adequado desenvolvimento destas atividades na ESF.

Nesta primeira etapa das consultas de hipertensos e diabéticos, encaminhávamos a consulta do nosso odontólogo para que ele avaliasse os usuários e determinasse qual deles necessitava de atendimento odontológico, tudo isto, respeitando a agenda de trabalho do odontólogo já que ele também desenvolve outras atividades na ESF e nas escolas como parte de seu trabalho.

No primeiro e segundo mês não tivemos problemas com esta atividade atingindo 100% dos casos de hipertensos e diabéticos, mas no terceiro mês não foi possível o atendimento de 100% dos usuários porque neste mês soube que o curso passava de 16 semanas para 12 semanas e nas consultas médicas eu pude garantir o atendimento de 100%, mas a capacidade de atendimento de uma consulta odontológica não permitia ver com qualidade essa quantidade de usuários e decidimos então, manter a qualidade do serviço e ver com qualidade até onde fosse possível. Como dificuldade tivemos o tempo que foi pouco e lamentavelmente não deu tempo suficiente para avaliar todos no tempo que tivemos para o trabalho, mas seguiremos avaliando eles nas consultas odontológicas até chegar a 100% dos hipertensos e diabéticos que faltaram.

Orientamos os usuários das comunidades na consulta médica, consulta de enfermagem, consulta odontológica na sala de vacinas e na sala de espera sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos, fizemos com que toda nossa equipe se envolvesse e se comprometesse com este trabalho onde cada um ajudou na melhora da qualidade do atendimento. O usuário que chegava a recepção automaticamente se ofertava a consulta para avaliação pelo dentista, consulta para avaliação pelo médico e enviava aos técnicos da sala de vacinas para ver como estava sua carteira de vacinação e assim, se desenvolvia o trabalho em equipe.

Nas quartas-feiras à tarde na reunião de equipes sempre conversamos sobre como está se desenvolvendo o trabalho, avaliamos a qualidade das atividades, pedíamos opinião dos demais integrantes da equipe para ver como estava o andamento do trabalho e como eles achavam que poderia fazer para melhorar, controlávamos a assistência às consultas para saber dos usuários faltosos e fizemos o atendimento a domicílio. Na parte odontológica, se precisava ir até a unidade para

avaliação e utilização dos aparelhos necessários para a conduta odontológica fazendo uma avaliação de qualidade. A seguir apresentamos uma fotografia da visita domiciliar realizada por mim e pela enfermeira, onde morava uma idosa hipertensa que faltou a duas consultas marcadas por isso decidimos fazer a visita.



Figura 1: Fotografia na casa de uma hipertensa fazendo visita domiciliar planejada.

Sempre em cada reunião de grupo explicamos a importância da realização das consultas previstas para cada usuário para desta forma garantir um maior atendimento para todos, uma melhor qualidade de vida aos usuários e controlar melhor suas doenças. Nós como estratégia sempre priorizamos as pessoas com hipertensão e diabetes de nossa comunidade, explicávamos nas reuniões de equipe aos ACS que são uma valiosa ferramenta para o cumprimento visto que eles realizam visitas domiciliares nas comunidades, conhecem melhor sua população

adstrita e tem vínculo de confiança com os usuários pelo seu conhecimento de bastante tempo. Este é um dado importante que no princípio incidiu no meu caso específico, pois sou médico do Programa Mais Médico do Ministério da Saúde do Brasil. Sou estrangeiro e no princípio tinha um pouco de medo da receptividade dos usuários, até que aos poucos conquistei a confiança deles com meu trabalho e hoje os usuários me olham como um amigo, muitos como um brasileiro a mais, pois como profissional que venho para melhorar a saúde e ajudar para que a saúde brasileira melhore cada dia mais.

Semanalmente nas reuniões de equipe avaliamos a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde, a enfermeira que conhece melhor o SIAB é a encarregada de manter sempre as informações do SIAB atualizadas e implantou a ficha de acompanhamento dos hipertensos e diabéticos. Como estratégia aproveitei aquilo que cada integrante de nossa equipe tivesse de melhor e distribuimos as tarefas para que cada um tivesse uma responsabilidade determinada e assim melhoramos a qualidade o cumprimento e controle das atividades, foi orientado aos hipertensos e diabéticos das comunidades sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se fosse necessário, capacitamos aos integrantes de nossa equipe de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Tivemos dificuldade no terceiro mês, pela crise econômica que afeta a todos nós, na realização dos exames laboratoriais à diabéticos e hipertensos que não foram possíveis de serem realizados, além da vontade do nosso secretário de saúde que lamentavelmente estes exames não puderam ser realizados, pois geram um custo elevado, no qual a secretaria não tem condições de cobrir para 100% dos casos. Mas, sempre garantiu mais da metade dos casos previstos em cada mês, exemplo disso que, no segundo mês quase se realizou 100% dos casos só faltando 05 hipertensos e no terceiro mês foi realizado 100% dos casos dos diabéticos, no qual me senti realizado por alcançar a meta de 100% dos exames laboratoriais a 100% dos usuários, sei que isto depende do compromisso assinado que tem cada município que não só é para exames laboratoriais, como também para consultas especializadas, entre outras atividades.

Obtivemos 100% da realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco e todos os usuários avaliados como de alto risco tiveram prioridade na investigação, cada encontro que tivemos com os usuários se explicou

para eles de forma que entenderam a importância do conhecimento de risco e à importância do acompanhamento regular e o benefício que vão ter.

Nas atividades de grupo se explicou aos usuários sobre a importância que tem o adequado hábito alimentício para a prevenção de doenças e o controle como na hipertensão e diabetes. Também nossa equipe organizou uma viagem à escola de técnicos agrônomos perto de nossa cidade onde uma engenheira agrônoma explicou a importância dos vegetais e verduras na dieta dos usuários, além de ensinar aos usuários e profissionais de saúde muitas plantas medicinais e seus benefícios para a saúde, a mesma capacitou a equipe quanto as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, alcoolismo, tabagismo, uso de drogas mediante as consultas com especialistas e uso de remédio, em cada consulta sempre como parte do tratamento das pessoas com hipertensão e diabetes.



Figura 2: Fotografia da equipe de saúde, usuários em uma horta junto a uma engenheira agrônoma numa atividade de grupo que fizemos de plantas medicinais e alimentação saudável.



Nas ações coletivas conversamos sobre a importância da dieta e, no caso dos hipertensos, a importância de comer com pouco sal, não ingerir bebidas alcoólicas, uso de café, alimentos gordurosos, evitando comer muitos alimentos feitos com farinha de trigo. Quanto às pessoas com hipertensão, a importância de ter um regime adequado de desjejum, lanche e almoço, lanche, janta e lanche para ter sua glicemia estável explicando que os lanches entre as refeições podem ser frutas. Além disso, conversamos sobre a importância de evitar alimentos muito doces, uso drogas e o antitabagismo. O município conta com duas nutricionistas que realizam atendimento pelo SUS aos usuários que nós encaminhamos para que recebam orientação nutricional e acompanhamento de forma correta, tentamos realizar atividades físicas com o grupo, mas como teríamos que ter um educador físico e não contávamos com esse profissional tivemos não realizamos esta atividade sendo essa uma deficiência que temos em nossa unidade e uma necessidade que teremos que suprir.

Orientamos 100% dos hipertensos e diabéticos das comunidades sobre a importância da prática de atividade física regular para um melhor controle destas doenças e ter uma melhor qualidade de vida lutando assim com fatores de risco como a obesidade e o sedentarismo. O tempo de cada consulta foi diferenciado dependendo da sua doença e capacidade de compreensão, nas consultas médicas como odontólogo. Orientou-se aos hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal para evitar cáries, câncer bucal, câncer de língua entre outras doenças, todos os profissionais trabalharam com empenho para realizar as atividades da intervenção.

A equipe vai seguir trabalhando com qualidade melhorando os atendimentos prestados pela unidade, assim contribuindo para melhorar a qualidade de vida dos usuários de nossa área. A equipe está contente também porque recebemos um aparelho de eletrocardiograma que vai nos ajudar na realização de exames aos usuários que em geral são diabéticos e hipertensos, além de realizar melhor diagnóstico nas doenças coronárias de forma imediata permitindo uma economia considerável de dinheiro ao município e também aos usuários que, muitas vezes pagavam, e enfrentavam longas filas para fazer este exame.

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

Todas as ações previstas foram desenvolvidas.

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

A coleta e sistematização dos dados relativos à intervenção foi feita sem dificuldades. O fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculo dos indicadores também foi realizado sem dificuldades. Sempre existiu a preocupação em checar os nomes dos hipertensos e diabéticos para verificar se não havia nomes repetidos. A inserção dos nomes na planilha era feita semanalmente, às quintas-feiras à tarde, depois de terminar os atendimentos clínicos. As informações preenchidas e os indicadores gerados eram compartilhados e discutidos entre a equipe nas quartas-feiras à tarde depois da reunião de equipe.

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

As ações desenvolvidas na ESF durante a intervenção foram incorporadas à rotina do serviço porque aumentaram a qualidade de vida dos hipertensos e diabéticos da unidade. Uma das ações que foi incorporada na rotina foi o grupo de hipertensos e diabéticos que há tempo não se realizava porque os hipertensos e diabéticos não tinham conhecimento e outros não tinham motivação para participar. Para conseguir adesão a equipe realizou um convite para as nutricionistas do município para desenvolver conversas com os hipertensos e diabéticos sobre as dicas de uma alimentação saudável com dinâmicas de grupo muito interessantes e proveitosas. Durante estas atividades os diabéticos e hipertensos aprenderem muito além de trocar experiências com os outros usuários e profissionais da equipe.

Consideramos viável continuar com as ações desenvolvidas na atenção ao hipertenso e diabético como rotina do serviço porque os atendimentos são mais integrais. Os profissionais da equipe vão continuar trabalhando para manter os bons resultados alcançados até o momento durante a intervenção, por meio dos atendimentos de qualidade e assim melhorar os indicadores do programa ao hipertenso e diabético do município.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A intervenção foi muito boa porque se cumpriram todos os objetivos, metas e as ações planejadas. Os profissionais da equipe se envolveram na realização das atividades. A intervenção foi realizada de acordo com o cronograma onde realizamos capacitação dos profissionais, cadastramento dos usuários da área adstrita, mediante os atendimentos clínicos, contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da intervenção e solicitar apoio, atendimento clínico destes usuários, atividades de grupo, busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas, capacitação dos ACS para busca ativa dos faltosos, avaliação de risco destes usuários, priorizou-se a prescrição de medicamentos da farmácia popular e fez-se agendamento para o atendimento odontológico.

Tivemos resultados muito bons durante a intervenção porque cumprimos quase 100% todas as metas. A equipe conseguiu aumentar o percentual de participação dos hipertensos e diabéticos nas atividades de grupo. As lideranças de a comunidade participaram ativamente durante a intervenção e ofereceram apoio para desenvolver todas as atividades. Foi muito importante o apoio dos agentes comunitários de saúde para realizar a busca ativa dos faltosos às consultas e recuperá-los posteriormente. Os atendimentos odontológicos foram agendados e realizados com sucesso e os usuários expressaram seu agradecimento por ter este tipo de atendimento na ESF.

A equipe está feliz com os resultados da intervenção porque aumentamos os atendimentos de hipertensos e diabéticos na unidade, além disso, realizamos atividades de grupo para promoção e prevenção de saúde neste programa tão importante para a atenção básica à saúde que não estava sendo realizados sistematicamente. Após concluir as 12 semanas da intervenção os resultados são bons porque foram cumpridos os objetivos e metas planejados, foram acompanhadas 417 pessoas com hipertensão e 84 com diabetes. A estimativa da planilha de coleta de dados era de 586 pessoas com hipertensão. No primeiro mês da intervenção na ESF cadastrou-se 42 hipertensos, o que representa 7,2%, no segundo mês cadastrou-se 107 hipertensos, o que representa 18,3%, no terceiro mês cadastrou-se 417 hipertensos, o que representa 71,2%, como pode ser observado na figura a seguir.

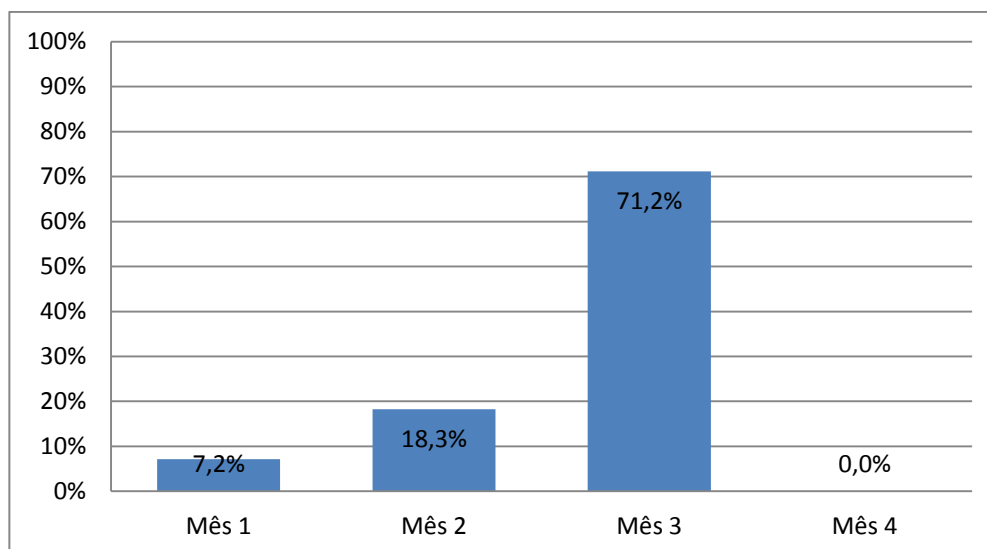


Figura 3: Gráfico da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde. Palmeira das Missões/RS, 2015.

A equipe alcançou este resultado, graças ao trabalho de todos os trabalhadores. No primeiro mês da intervenção cadastrou-se 20 diabéticos, o que representa 13,9%, no segundo mês cadastrou-se mais 10 diabéticos, o que representa 20,8%, já que 30 estavam em acompanhamento na unidade no terceiro mês cadastrou-se mais 54 diabéticos, o que representa 58,3%, com a finalização de 84 usuários cadastrados na intervenção.

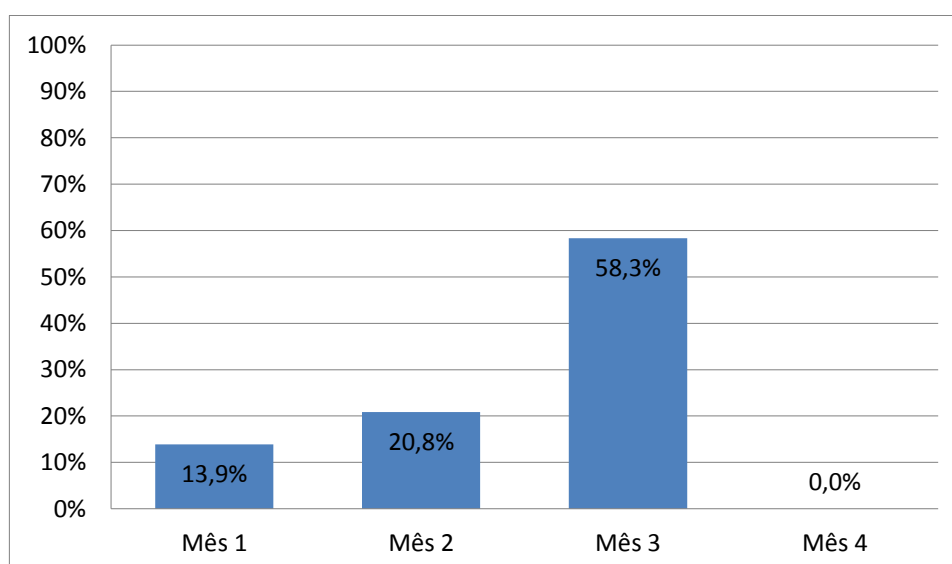


Figura 4. Gráfico da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde. Palmeira das Missões/RS, 2015.

Nossa equipe cadastrou 84 diabéticos graças ao trabalho em equipe desenvolvido pelos integrantes. A busca ativa realizada pelos agentes comunitários de saúde durante suas visitas domiciliares foi fundamental. Durante o primeiro mês a equipe realizou os exames clínicos a todos os 42 hipertensos cadastrados o que representa 100%, no segundo mês realizou-se os exames clínicos a todos os 107 hipertensos cadastrados o que representa também 100% e no terceiro mês realizou exames clínicos a mais 310 hipertensos, totalizando os 417 hipertensos cadastrados o que representa 100%, graças à boa planificação feita pela enfermeira e médico da unidade.

Durante o primeiro mês a equipe realizou os exames clínicos a todos os 20 diabéticos cadastrados, o que representa 100%, no segundo mês realizou-se os exames clínicos a mais 10 diabéticos cadastrados, alcançando 30, o que representa 100% e no terceiro mês a equipe realizou os exames clínicos a mais 54 diabéticos cadastrados naquele momento, o que representa 84(100%) diabéticos, graças ao bom planejamento realizado pela enfermeira e médico da unidade. A seguir é apresentada a figura 5 na qual observa-se o processo de atendimento e cadastramento de uma usuária da unidade.

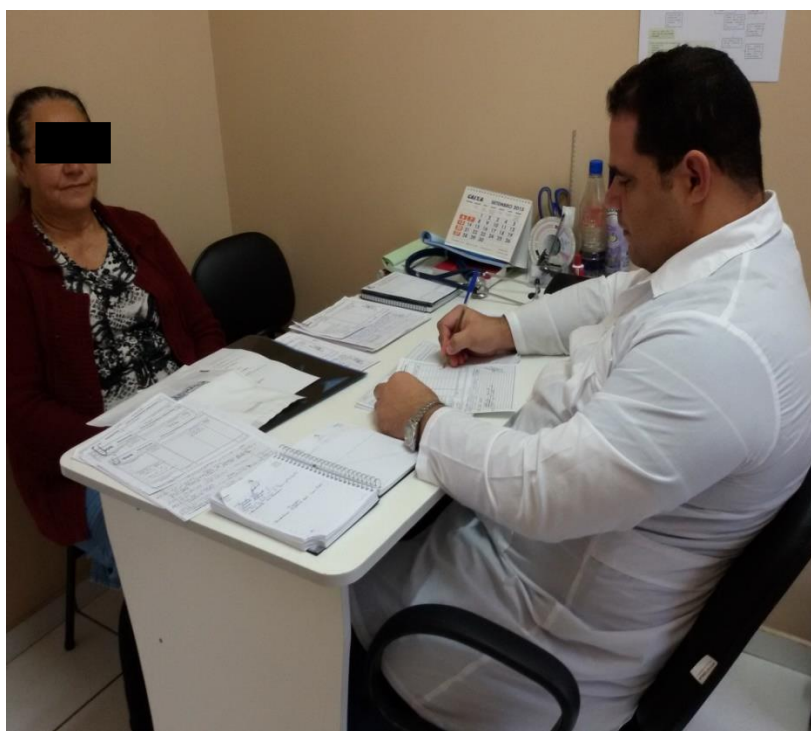


Figura 5: Fotografia da consulta à uma usuária com diabetes. Palmeira das Missões/RS, 2015.

Durante o primeiro mês a equipe realizou os exames complementares a 28 dos 42 usuários hipertensos cadastrados, o que representa 66,7%, no segundo mês realizou os exames complementares a 88 dos 107 hipertensos cadastrados que representa um percentual de 82,2% e no terceiro mês a equipe realizou os exames complementares a 311 dos 417 hipertensos cadastrados o que representa um percentual de 74,6%.

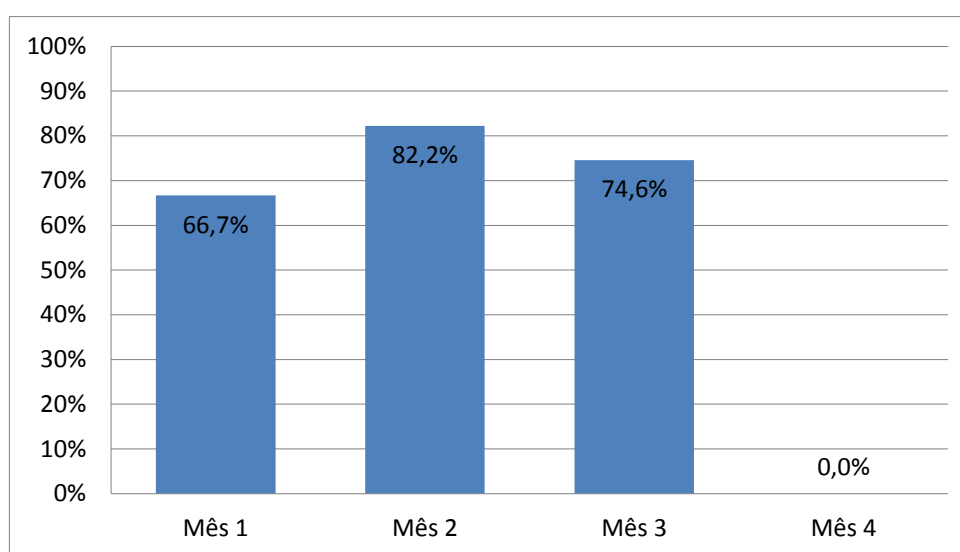


Figura 6: Gráfico da proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Palmeira das Missões/RS, 2015.

Não atingimos 100% porque dependia de financiamento municipal destinado à saúde para cada mês. O município recebe fundo para pagar consultas especializadas, exames laboratoriais e a secretaria aprova e disponibiliza os exames para o usuário fazer, dando prioridade às urgências, grávidas, e quando esse dinheiro acaba, os demais usuários ficam aguardando para o próximo mês, for necessário algum exame de urgência eles garantem, mas, se for periódico, tem que esperar que o município receba o financiamento. Destacamos que o município tem recebido menos dinheiro do estado devido a crise econômica.

Durante o primeiro mês a equipe realizou os exames complementares a 12 dos 20 diabéticos cadastrados, o que representa um percentual de 60%, no segundo mês realizou-se os exames complementares a mais 06 dos 10 diabéticos que

havia sido cadastrados, dessa forma tínhamos 18 usuários de 30 cadastrados, o que representa também 60% e no terceiro mês a equipe realizou os exames complementares a 72 dos 84 diabéticos cadastrados, o que representa 85,7%.

Não foi possível atingir 100% porque dependia dos fundos municipais destinados à saúde para cada mês.

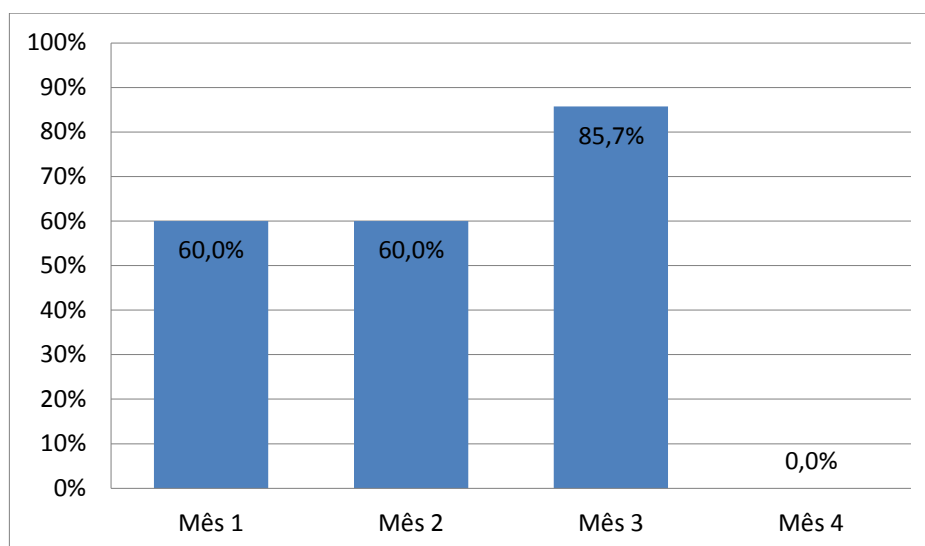


Figura 7: Gráfico da proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Palmeira das Missões/RS, 2015.

Quanto à proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/HIPERDIA, todos (100%) os hipertensos de nossa ESF nestas 12 semanas tem prescrição de medicamentos de acordo com a sua doença, destaca-se que eles podem pegar essas medicações na farmácia da ESF ou na Farmácia Popular de nosso município. Observa-se que o indicador teve a seguinte evolução ao longo dos meses: no primeiro mês foram 42 usuários com prescrição da farmácia popular, no segundo mês foram 107 e por fim, no terceiro mês, foram 417 usuários com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA. Logo, foi 100% em todos os meses da intervenção.

Quanto aos usuários com diabetes de nossa ESF, nestas 12 semanas, têm prescritos os medicamentos para sua doença que podem pegar na farmácia da ESF ou na Farmácia Popular de nosso município. O indicador se comportou da seguinte forma durante os três meses de intervenção: primeiro mês 20 usuários, segundo mês 30 usuários e quarto mês 84 usuários, todos com prescrição de medicamentos

da Farmácia Popular/HIPERDIA. Logo, este indicador alcançou 100% em todos os meses da intervenção.

Durante o primeiro mês o odontólogo atendeu 42 de 42 hipertensos, o que representa 100%, no segundo mês atendeu a 107 de 107 hipertensos que representa 100%, no terceiro mês o odontólogo atendeu a 364 de 417 hipertensos, o que representa 82,3%. No primeiro e segundo mês cumpriu-se em 100%, mas no terceiro mês não foi possível realizar 100% do total de casos novos atendidos pela quantidade de pessoas que se teve no terceiro mês e principalmente pela redução do tempo previsto para realização da intervenção, por parte do curso, de 16 para 12 semanas.

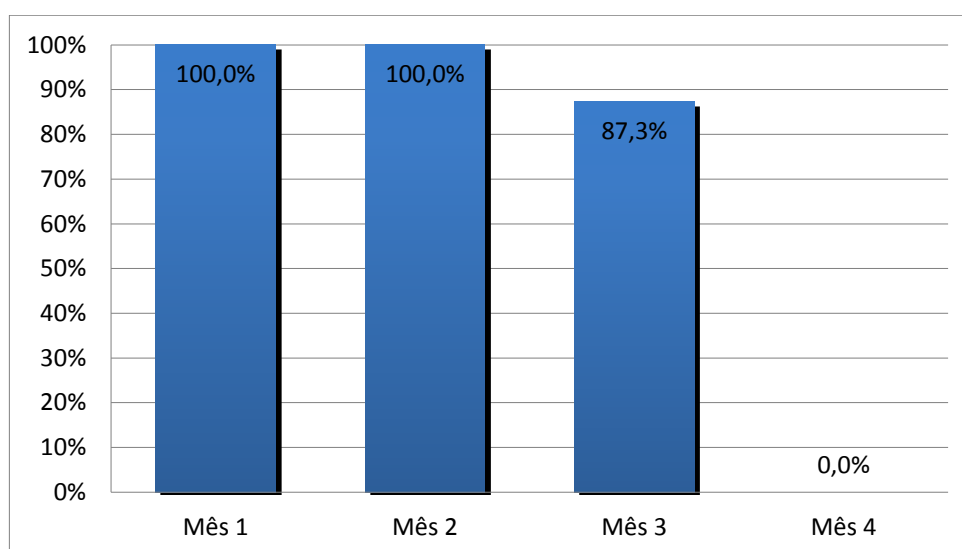


Figura 8: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Palmeira das Missões/RS, 2015.

Já para os diabéticos, todos os 84 (100%) usuários de nossa ESF, nestas 12 semanas, foram avaliados pelo odontólogo. O indicador comportou-se da seguinte maneira: mês 1 foram 20 diabéticos, mês 2 foram 30 e no mês 3 foram 84 avaliados quanto a necessidade de atendimento odontológico.

Com relação aos usuários faltosos, tivemos apenas 08 hipertensos que foram procurados pelas agentes comunitárias de saúde e os 08 receberam a consulta programada, o que representa 100% dos usuários, isso aconteceu apenas no primeiro mês, não ocasionando mais durante a intervenção.



Já para os usuários diabéticos tivemos 14 faltosos e foram buscados pelas agentes comunitárias de saúde e os 14 receberam a consulta programada, o que representa 100% dos usuários, assim como para os hipertensos, nos diabéticos isso também só ocorreu no primeiro mês da intervenção não acontecendo nos demais e mantendo-se em 100% de busca. A seguir, na figura 9, apresenta-se o médico em visita domiciliar na residência de uma usuária hipertensa.



Figura 9. Fotografia em visita domiciliar a uma usuária com hipertensão.

Para o indicador proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento atingimos 100%, dessa forma todos os 417 hipertensos atendidos receberam as fichas que foram preenchidas adequadamente nestas 12 semanas de intervenção. O indicador manteve-se em 100% durante os três meses, sendo que 42 foram no primeiro mês, 107 foram no segundo mês e 417 no terceiro mês.

Já com relação aos diabéticos todos os 84 que foram atendidos foram preenchidas adequadamente sua ficha de acompanhamento nestas 12 semanas de intervenção representando 100% dos usuários. Destaca-se que o indicador se manteve em 100% durante os três meses de intervenção, sendo 20 no primeiro mês, 30 no segundo e 84 no terceiro mês de intervenção.

Para o indicador de avaliação da estratificação de risco cardiovascular, todos os 417 hipertensos receberam essa avaliação por exame clínico durante estas 12 semanas de intervenção, representando 100% dos usuários. Assim como para os indicadores apresentados anteriormente esse se manteve em 100% durante todos os três meses de intervenção, sendo que no primeiro mês foram avaliados 42 hipertensos, no segundo mês foram 107 e no terceiro mês foram 417 usuários hipertensos.

Levando em consideração os dados dos diabéticos destaca-se que todos os 84 diabéticos foram avaliados com relação à estratificação de risco cardiovascular por exame clínico durante estas 12 semanas de intervenção representando 100% dos usuários. Da mesma forma que para os hipertensos o indicador comportou-se em 100% em todos os meses, sendo 20 avaliados no primeiro mês, 30 no segundo e 84 no terceiro mês da intervenção.

Para o indicador relacionado à promoção da alimentação saudável tivemos todos os 417 hipertensos com orientação. Foi explicado para eles sobre a importância de uma alimentação saudável, dos benefícios que tem para a saúde. Isto se fez mediante as atividades de grupo feitas nestas 12 semanas. As atividades foram planejadas pela enfermeira e pelo médico da ESF representando nos meses de intervenção 100% para esse indicador. Ressalva-se que foram 42 hipertensos orientados no primeiro mês, 107 no segundo e 417 no terceiro mês da intervenção.

Ainda foram realizadas atividades de educação voltadas ao estímulo da prática de atividade física, neste caso todos os 417 hipertensos que assistiram as atividades de grupo ou consultas nestas 12 semanas foram orientados sobre a importância da prática sistemática de atividade física regular pelos grandes benefícios que tem para a saúde representando 100%, graças às atividades planejadas pela enfermeira e médico da ESF é que tudo deu certo. Para esse indicador tivemos 42 usuários no primeiro mês, 107 no segundo e 417 no terceiro mês.

Com relação aos diabéticos, da mesma forma todos os 84 que assistiram as atividades de grupo ou consultas nestas 12 semanas foram orientados sobre a importância da prática sistemática de atividade física regular pelos grandes benefícios que tem para a saúde representando 100% dos usuários cadastrados, graças às atividades planejadas pela enfermeira e médico da ESF. Assim como na

cobertura, foram orientados 20 no primeiro mês, 30 no segundo e 84 no terceiro mês.

Sobre as atividades para evitar o uso do tabaco, neste caso também, todos os 417 hipertensos que assistiram as atividades de grupo nestas 12 semanas foram orientados sobre o risco do tabagismo para a saúde das pessoas fumantes ativos como também fumantes passivos que moram perto deles, os grandes e irreversíveis danos que produz para a saúde, explicamos que hoje contamos com consultas especializadas multidisciplinares para aconselhamento se desejar parar de fumar, sendo que tivemos 100% de participação. Tendo em vista que 42 hipertensos foram orientados no primeiro mês, 107 no segundo e 417 no último mês.

Para os diabéticos, também foram realizadas ações voltadas a redução do uso do tabaco, sendo que todos os 84 diabéticos que assistiram as atividades de grupo nestas 12 semanas foram orientados sobre o risco do tabagismo para a saúde das pessoas fumantes ativos como também fumantes passivos que moram perto deles, os grandes e irreversíveis danos que produz para a saúde, explicamos também que hoje contamos com consultas especializadas multidisciplinares para aconselhamento para deixar de fumar, representando 100% de participação por parte deles. Já que no primeiro mês foram orientados os 20 diabéticos cadastrados, no segundo 30 e no terceiro mês os 84 diabéticos cadastrados.

Com relação às atividades de educação em saúde com vistas a saúde bucal, todos os 417 hipertensos que assistiram as atividades de grupo ou consultas feitas pelo odontólogo ou por mim nestas 12 semanas foram orientados sobre a importância de uma boa higiene bucal para prevenir câncer bucal, cáries e outras doenças representando 100% de participação. Levando em consideração que no primeiro mês foram orientados 42 usuários hipertensos, 107 no segundo mês e 417 no terceiro mês.

Para os diabéticos todos os 84 que assistiram nas atividades de grupo ou consultas feitas pelo dentista ou por mim nestas 12 semanas foram também orientados sobre a importância de uma boa higiene bucal para prevenir câncer bucal, cáries e outras doenças representando 100% de participação.

A ESF está muito contente com os resultados obtidos durante as 12 semanas da intervenção no programa para usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na unidade graças aos profissionais da equipe que participaram ativamente, aos gestores de saúde do município aos hipertensos e diabéticos que

participaram nestas atividades, aos líderes da comunidade que sempre ofereceram seu apoio para realizar todas as atividades planejadas. Com esses resultados a unidade melhorou a qualidade dos atendimentos neste programa tão importante na atenção básica.

## **4.2 Discussão**

A intervenção em minha ESF propiciou a ampliação da cobertura da atenção dos hipertensos e diabéticos, se avaliaram os 417 (71,2) hipertensos e os 84 (58,3%) diabéticos da área de abrangência. A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério de Saúde relativas ao rastreamento e monitoramento dos usuários com HAS e DM. Esta atividade promoveu o trabalho integrado de toda a equipe principalmente a enfermeira, técnicas de enfermagem, médico, odontólogo, auxiliar de odontologia e agentes comunitários de saúde. Isto acabou tendo impacto também em outras atividades, no serviço como o sistema de acolhimento, NASF e odontologia todos com o objetivo de melhorar a qualidade dos atendimentos e acompanhamentos dos hipertensos e diabéticos.

Antes da intervenção geralmente os hipertensos e diabéticos apenas frequentavam as consultas agendadas e buscavam tratamento das doenças, hoje isto mudou, porque eles agora assistem as atividades de grupo, agora eles entenderam a importância das atividades de promoção e prevenção que realizam os profissionais da unidade durante esses encontros, além disso, interatuam com outros hipertensos e diabéticos falando de suas doenças de sua vida diária, isso ajuda no estado emocional deles.

A intervenção reviu as atribuições viabilizando a atenção a um maior número de pessoas. A melhoria dos registros e o agendamento dos hipertensos e diabéticos, viabilizou a otimização para a atenção a demanda espontânea.

O impacto da intervenção é percebido pela comunidade, os usuários com HAS e DM estão muito satisfeitos pela priorização no atendimento, mas algumas pessoas ainda não entendem a importância da classificação de risco destes usuários, gerando as vezes insatisfação na recepção por outros membros da comunidade que desconhecem o motivo da priorização, mas afortunadamente a grande maioria dos usuários ficam de acordo que eles tenham prioridade já que a

maioria destes usuários são mulheres ou homens de idade avançada. Além da ampliação da cobertura temos que continuar trabalhando para melhorar a qualidade dos atendimentos. A intervenção será incorporada à rotina do serviço. Os profissionais da equipe vão ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização dos hipertensos e diabéticos.

Na ESF continuam as reuniões com todos os profissionais da equipe de saúde e lideranças da comunidade para explicar a importância desta intervenção. Continuaremos com as atividades de grupo dos hipertensos, diabéticos, gestantes, idosos, todas elas encaminhadas a ampliar a cobertura. Os agentes comunitários de saúde vão organizar mais visitas domiciliares aos hipertensos e diabéticos que pela sua saúde não possam assistir a consulta na ESF. Continuaremos com o sistema de acolhimento com medições de estatura, peso, IMC, PA e testagem do HGT em pacientes diabéticos, assim como todas as ações propostas na intervenção. Vamos adequar as fichas destes usuários para evitar dificuldades na coleta de dados e para que as consultas tenham maior qualidade. A partir dos próximos meses devemos aumentar os atendimentos e visitas domiciliares, criar estruturas e planejamento de ações para aumentar indicadores de qualidade e satisfação na população. Iremos continuar desenvolvendo as ações para aumentar a cobertura do programa de hipertensão e diabetes. Também podemos pegar este projeto como exemplo para outras ações programáticas, por exemplo, com idosos, pré-natal e puerpério.

## 5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado Gestor,

Nossa intervenção teve como objetivo principal melhorar a cobertura da atenção ao usuário hipertenso e diabético na ESF VI: Alfredo Westphalendo município de Palmeiras das Missões/RS, pois antes da intervenção os valores de cobertura dos usuários hipertensos era de 48% e para os usuários diabéticos era de 34%, após 12 semanas de trabalho forte em equipe, com a ajuda da comunidade, com o apoio de vocês, pactuamos ações nos quatro eixos de atenção (organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica, engajamento público e monitoramento e avaliação). Foi possível pelo cumprimento do cronograma, feito para dar seguimento e ordem lógica, como também poder dar cumprimento a este projeto e com o trabalho do dia-a-dia de todos os integrantes da equipe.

Na intervenção participaram todos os usuários hipertensos e diabéticos da nossa área. A intervenção melhorou o controle destas pessoas, permitiu reajustar a dose de medicamentos, em alguns casos trocar medicamentos, permitiu fazer o exame clínico e fazer exames laboratoriais em mais de 60% dos usuários diabéticos e mais de 66,7% nos hipertensos, a cobertura odontológica ficou em 100% nos usuários diabéticos e 82,9% em usuários hipertensos, apesar de não ter atingido o indicador em 100%, temos a certeza que é um indicador elevado para a nossa realidade. Solicitamos o apoio de vocês para fazer exames laboratoriais a 100% dos usuários pela importância que tem esse indicador, sendo uma dificuldade achada durante a intervenção.

Com esta intervenção conseguimos melhorar a qualidade do diagnóstico, controle e tratamento destas doenças. No início definimos todas as atribuições dos profissionais que trabalham em nossa equipe, fizemos capacitações com os integrantes da equipe e discussões em reuniões de equipe todas as quartas-feiras avaliando como estavam sendo desenvolvidas as atividades e escutando critérios de como melhorar, também melhoramos o sistema de acolhimento destes usuários com o registro de algumas medidas que ajudaram a melhorar os atendimentos e acompanhamento como as consultas agendadas, sendo assim, mais rápido o atendimento e mais organizado.

Foram feitas outras ações como monitoramento, cadastramento de todos os usuários hipertensos e diabéticos de nossa área adstrita, fizemos várias atividades de grupo com essa parcela populacional com a participação de outros profissionais. Foi realizada a busca ativa de 08 usuários faltosos às consultas planejadas, realizamos a capacitação dos quatro ACSs para fazer a busca ativa dessas pessoas faltosas, realizamos avaliação de risco destes usuários, priorizamos a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, organizamos o agendamento odontológico sendo possível acompanhar 100% dos usuários diabéticos e 82,9% dos usuários hipertensos, isso porque o cronograma diminuiu de 16 para 12 semanas e tivemos que reajustar os agendamentos, priorizando a qualidade do serviço.

Esta intervenção permitiu unir mais a equipe para poder alcançar os resultados esperados, foi necessário reorganizar as reuniões da equipe, tendo uma pauta sempre a discutir (o cumprimento do projeto segundo o cronograma previsto). Sempre contamos com o apoio dos gestores, desde que foi elaborado o cronograma. Nossa equipe acredita que é possível fazer mais ações de divulgação por meio de conversas com a comunidade, seja nos grupos, nas visitas domiciliares com o objetivo de promover ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, temos vontade de seguir melhorando cada dia mais os atendimentos aos usuários idosos, gestantes, puérperas, lactantes, por isso esperamos sempre poder contar com a ajuda da gestão.

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

Prezada Comunidade,

No período de três meses, em nossa ESF VI Alfredo Westphalen, Palmeira das Missões/RS, foi realizada uma intervenção com o objetivo de melhorar o atendimento às pessoas com hipertensão e diabetes residentes na nossa área de abrangência. Nossa equipe organizou o trabalho para melhorar a qualidade dos acompanhamentos destes usuários, realizamos busca a 8 pessoas que faltaram às consultas agendadas, consideramos que a realização da busca ativa melhorou o compromisso de todos, pois orientamos sobre a importância de não faltar, muitos deles desconheciam a importância do diagnóstico precoce, tratamento oportuno para evitar futuras complicações, a importância do acompanhamento regular e de informações para melhoria da qualidade de vida, assim como o controle destas doenças, a importância de realizar atendimentos odontológicos, vacinação em dia e atividades de grupo planejadas pela equipe.

Acompanhamos 417 usuários hipertensos e 84 usuários diabéticos, possibilitando um impacto da intervenção na comunidade perceptível, já conhecem o motivo de não abandonar o tratamento, conhecem a importância de comparecer sempre às consultas planejadas, modificar o estilo de vida para melhorar sua saúde fazendo uma dieta mais saudável, também muito importante oferecer tratamentos utilizando a farmácia popular, diminuindo o abandono do tratamento, também tivemos alguns usuários que ficaram incomodados pelo atendimento priorizado de usuários com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, mas ninguém ficou desatendido, consideramos e demonstramos que o acolhimento foi melhorado, assim como a priorização dos atendimentos clínicos.

Melhoramos diversas ações de acordo com o que é previsto pelo Ministério da Saúde, reorganizamos uma série de processos como o registro dos atendimentos com as fichas-espelhos, prontuário médico, no próprio atendimento com a realização da avaliação multidimensional rápida, o exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés nos usuários diabéticos pela insuficiência venosa, a solicitação de exames complementares periódicos, realizamos atividades educativas, atividades de grupo, acolhimento, classificação de risco, entre outras ações, foram atribuições compartilhadas e organizadas entre toda a equipe, os ACS



fizeram um excelente trabalho na busca ativa daqueles usuários que não tinham iniciado acompanhamento regular, garantimos orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis com atividades de grupo contando com o nutricionista, fizemos orientações sobre higiene bucal tanto nos atendimentos, quanto nos grupos.

A equipe organizou ações com a comunidade que ajudaram nos atendimentos como conversas, também na recepção e no acolhimento dos idosos, assim como com os grupos de caminhadas de idosos que são realizadas todas as semanas junto com as psicólogas, nutricionista e demais profissionais. A comunidade pode nos ajudar a melhorar as ações para o serviço, pois vocês são o motivo para melhorar a qualidade do serviço cada dia, nossa equipe gostaria de ter contato no mínimo mensalmente com os líderes da comunidade para discutir ações de promoção e prevenção, como alimentação saudável para todos os usuários, como evitar ou erradicar o tabagismo, álcool e as drogas, porque existe vulnerabilidade a estas atividades ilícitas (drogas).

Além disso, pensamos em continuar fazendo nos grupos a divulgação sobre temas de orientação nutricional, saúde bucal, assim como prevenção de acidentes e junto com os gestores buscar soluções para melhorar os serviços de saúde levando em conta a realidade e as necessidades das pessoas, contamos com a participação de todos vocês.

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

Durante o curso tive a oportunidade de enriquecer meus conhecimentos em saúde da família, porque a gente tem outra visão da saúde primária ou atenção básica. Aqui no Brasil aprendi, tive a oportunidade de ver doenças que só via nos livros quando me formei como médico, doenças que faz muito tempo que foram erradicadas em Cuba, pude estudar com profundidade. Gostei muito dos casos clínicos, as revisões bibliográficas porque são instrutivos, didáticos e são casos da vida real, também tive a oportunidade de trabalhar pela segunda vez com comunidades diferentes, ou seja, costumes e ideologias.

Com relação ao idioma penso que para mim não foi uma barreira, uma experiência positiva que eu ganhei aqui no Brasil, também as questões relacionadas à saúde pública porque a realidade da atenção básica é diferente, pelas condições socioeconômicas das comunidades, diferentes culturas, crenças, além de diferentes climas, tendo influência direta na saúde da população, o curso também me possibilitou uma mútua troca de experiências através dos fóruns de saúde coletiva e de prática clínica que foram fornecidos, já que todos os profissionais trabalham em diferentes comunidades onde as doenças têm diferente incidência e comportamento. Isso nos ajudou muito para aprender cada dia mais e estar atualizados sempre, com trocas de ideias.

Enfrentei algumas dificuldades no curso, mas, sempre conversava com a minha orientadora. No início demorei a conseguir acessar o curso, as vezes não podia acessar o curso, trancava a página, também tive dificuldade para escrever nos fóruns, meu notebook estava em espanhol e não consegui configurar o teclado para português, dessa forma escrevia as palavras com acentos inadequados. Mas, com certeza a gente tem mais experiências positivas que negativas, estou adaptando-me às ferramentas tecnológicas do Brasil que são diferentes das existentes em meu país (Cuba). Através da realização do curso tive a oportunidade de acesso às ferramentas que proporcionam melhorar os indicadores de minha ESF, no final possibilitando uma melhora na qualidade de vida da população brasileira que recebe os serviços de nossa ESF.

## Referências

BAHIA, L. R. et al. The costsof type 2 diabetes mellitus outpatient care in the Brazilian public health system. *Value Health*, [S. l.], v. 14, n. 5, Suppl. 1, p. S137–140, 2011. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, 2009.

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.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58 p.

FERREIRA, Celma Lúcia Rocha Alves; FERREIRA, Márcia Gonçalves. **Secretaria de Vigilância em Saúde**. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel-Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília, 2012.

ROSA, R. S. Diabetes mellitus: magnitude das hospitalizações na rede pública do Brasil, 1999–2001. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 17, n. 2, p. 131–134, 2008.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, London, 9 Maio 2011. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60135-9

## **Anexos**

## Anexo A - Documento do comitê de ética



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

---

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

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

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

Prezada Pesquisadora;

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

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





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

Eu, (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.

\_\_\_\_\_