

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Departamento de Medicina Social  
Curso de Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma 8**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou  
Diabetes Mellitus na UBS Ilópolis, Ilópolis/ RS**

**Jose Miguel Gomez Tamayo**

Pelotas, RS

2015

**Jose Miguel Gomez Tamayo**

**Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou  
Diabetes Mellitus na UBS Ilópolis, Ilópolis/ RS**

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

Orientadora: Fabiana Barros Marinho Maia

Pelotas, RS

2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

T153m Tamayo, José Miguel Gómez

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Ilópoli, Ilópoli/RS / José Miguel Gómez Tamayo; Fabiana Barros Marinho Maia, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

85 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Maia, Fabiana Barros Marinho, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A Deus, por sempre cuidar de mim.

## **Agradecimentos**

Quero agradecer especialmente a orientadora Fabiana por seus ensinamentos, paciência e confiança, a qual orientou a realização das minhas atividades no curso, ajudou bastante a concluir este trabalho.

## Resumo

TAMAYO José Miguel Gómez. **Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Ilópolis, Ilópolis/RS.** 2105. 85f. 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.

A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus constituem um problema de saúde diante das complicações que acompanham e os riscos para outras doenças. O presente estudo teve o objetivo de Melhorar a atenção à pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Ilópolis, Ilópolis/RS. O foco da intervenção foi escolhido depois da análise situacional em que detectamos que esta ação programática estava bastante desorganizada e com menor número de usuários cadastrados na UBS. Participaram da intervenção 466 pessoas com hipertensão e 90 com diabetes maiores de 20 anos de idade residentes no território. O cadastro foi realizado de acordo com o atendimento dos usuários durante a intervenção e com as informações disponibilizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde. Foram utilizados o protocolo do Ministério da Saúde, Caderno nº 36 de Atenção Básica, 2013 que trata da Diabetes Mellitus e Caderno nº 37 de Atenção Básica, 2013 que trata da Hipertensão Arterial Sistêmica. Os dados quantitativos foram registrados na Planilha de coleta de dados disponibilizada pela especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Os resultados mostraram que durante os três meses de intervenção a cobertura do programa de hipertensão na unidade de saúde foi 466 (74,7%), já em relação ao diabetes foi de 90(58,4%). Tivemos ótimos resultados em relação à proporção de pessoas com hipertensão e/ou diabetes com exames clínicos em dia de acordo com o protocolo, sendo 462 (99,1%) e 89 (98,9%); já em relação aos exames complementares, temos 324 (69,5%) e 90 (67,8%) respectivamente. A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia em Ilópolis foi de 100%, 466 e 90 em ambos os grupos, igualmente sobre os que participaram da orientação nutricional sobre alimentação saudável. A baixa cobertura do programa alcançada pode ser atribuída ao pouco tempo de intervenção. A realização desta intervenção foi muito importante para comunidade, pois obteve melhora no atendimento de acordo com os padrões preconizados pelo Ministério da Saúde. Quanto ao serviço houve melhora no cadastro com hipertensão e/ou diabetes e sistematização do atendimento. A equipe ganhou experiência para implantar novas intervenções, aprendeu a trabalhar em equipe, reconhecendo que cada um pode desempenhar diversas atividades para melhorar a ação programática.

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

## Lista de Figuras

Figura 1	Reunião em equipe. Ilópolis/RS, 2015.	43
Figura 2	Atividade educativa no Colégio Estadual Ilópolis. Ilópolis/RS, 2015.	46
Figura 3	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde. Ilópolis/RS, 2015.	50
Figura 4	Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde. Ilópolis/RS, 2015.	50
Figura 5	Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. Ilópolis/RS, 2015.	51
Figura 6	Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. Ilópolis/RS, 2015.	51
Figura 7	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Ilópolis/RS, 2015.	53
Figura 8	Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Ilópolis/RS, 2015.	53
Figura 9	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. Ilópolis/RS, 2015.	54
Figura 10	Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. Ilópolis/RS, 2015.	55
Figura 11	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Ilópolis/RS, 2015.	56
Figura 12	Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Ilópolis/RS, 2015.	56
Figura 13	Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento. Ilópolis/RS, 2015.	57
Figura 14	Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento. Ilópolis/RS, 2015.	58
Figura 15	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. Ilópolis/RS, 2015.	58
Figura 16	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. Ilópolis/RS, 2015.	59

Figura 17	Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. Ilópolis/RS, 2015.	60
Figura 18	Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. Ilópolis/RS, 2015.	60
Figura 19	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular. Ilópolis/RS, 2015.	61
Figura 20	Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular. Ilópolis/RS, 2015.	61
Figura 21	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. Ilópolis/RS, 2015.	62
Figura 22	Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. Ilópolis/RS, 2015.	63
Figura 23	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal. Ilópolis/RS, 2015.	64
Figura 24	Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal. Ilópolis/RS, 2015.	64



## Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

<b>ACS</b>	Agente comunitário da Saúde
<b>ASB</b>	Auxiliar de Saúde Bucal
<b>DM</b>	Diabetes Mellitus
<b>EaD</b>	Educação a distância
<b>ECG</b>	Eletrocardiograma
<b>ESB</b>	Equipe de Saúde Bucal
<b>ESF</b>	Estratégia da Saúde da Família
<b>HAS</b>	Hipertensão Arterial Sistêmica
<b>HIV</b>	Vírus da Imunodeficiência Humana
<b>NASF</b>	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
<b>OMIA</b>	Planilhas de Objetivos, Metas, Indicadores e Ações
<b>PACS</b>	Programa dos Agentes Comunitários da Saúde
<b>PSF</b>	Programa Saúde da Família
<b>SAMU</b>	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TB</b>	Tuberculose
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UFPeI</b>	Universidade Federal de Pelotas
<b>UNASUS</b>	Universidade Aberta do SUS
<b>VDRL</b>	Venereal Disease Research Laboratory

## Sumário

Apresentação .....	7
1. Análise situacional.....	8
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS em 07/08/2014 .....	8
1.2 Relatório da Análise situacional em 29/10/2014.....	9
1.3 Comparativo entre o texto inicial e o relatório da análise situacional. ....	15
2 Análise estratégica .....	15
2.1 Justificativa.....	15
2.2 Objetivos e Metas.....	18
2.2.1 Objetivo geral .....	18
2.2.2 Objetivos específicos.....	18
2.2.3 Metas.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
2.3 Metodologia .....	20
2.3.1 Detalhamento das Ações .....	20
2.3.2 Indicadores.....	30
2.3.3 Logística .....	37
2.3.4 Cronograma .....	41
3. Relatório de Intervenção .....	42
3.1 As ações previstas e desenvolvidas.....	42
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	46
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização de dados .....	47
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	47
4. Avaliação da Intervenção .....	48
4.1 Resultados .....	48
4.2 Discussão.....	64
5. Relatório da intervenção para gestores.....	68
6. Relatório da intervenção para a comunidade .....	70
7. Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem .....	71

Referências .....	73
Anexos .....	74
Anexo A Ficha Espelho .....	75
Anexo B Planilha de Coleta de Dados .....	76
Anexo C Documento do Comitê de Ética .....	77
Apêndices.....	78
Apêndice A – Materiais para ações educativas.....	79

## Apresentação

O presente volume é parte das atividades desenvolvidas no curso de especialização em Saúde da Família, modalidade de ensino a distância (EaD), pela Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UFPeI/UNASUS). Foi realizada uma intervenção cujo objetivo foi Melhorar a atenção à pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Ilópolis, Ilópolis/RS. O volume está organizado em cinco unidades de acordo com o cronograma proposto pelo curso. Inicia-se com a *análise situacional* da área de abrangência da UBS Ilópolis, que contém o relatório da análise situacional, com a descrição dos principais problemas encontrados na UBS. Em seguida, o projeto de intervenção, que corresponde à *análise estratégica* que envolve a justificativa, os objetivos e metas a serem alcançadas na intervenção, e a metodologia com o detalhamento das ações. Consta também o relatório da intervenção com a descrição de todas as ações previstas e desenvolvidas. Posteriormente, é apresentada a avaliação da intervenção. Foi elaborado um relatório para o gestor e outro para a comunidade com ênfase no trabalho desenvolvido e os benefícios que proporcionou. E por fim, fizemos uma reflexão crítica do processo de aprendizagem.

A partir da constatação de que as pessoas com hipertensão e/ou diabetes representam o grupo de menor cobertura e qualidade na assistência prestada em minha unidade de saúde, pude perceber a importância de se realizar um projeto de intervenção visando melhorar esta ação programática. As doenças cardiovasculares são as causas mais comuns de morbidade e mortalidade em todo o mundo e, entre os fatores de risco para a doença cardiovascular, encontram-se o diabetes mellitus e a hipertensão arterial. O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início em julho de 2014 e finalizou em setembro de 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

## **1. Análise situacional**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS em 07/08/2014**

O município de Ilópolis possui 4.102 habitantes, 2.207 pessoas residem na zona urbana, e 1.895 pessoas na zona rural, 1.055 homens na área urbana, 1.000 na zona rural, 1.152 mulheres na zona urbana e 895 na zona rural. A economia concentra-se na erva-mate, fumo, avicultura e milho. Tem um hospital geral de pequeno porte, com corpo clínico composto por 2 clínicos gerais 1 pediatra 1 anestesista, ainda oferece serviços de fisioterapia, psicologia, assistência social com projetos próprios. Também conta com 1 laboratório de análises clínicas, serviços de raio x, ecografia, mamografia e 1 farmácia interna. O SAMU atende as urgências e emergências do município. O município não possui um pronto atendimento de 24 horas, e trabalha com plantões médicos, e se a equipe do hospital avalia a necessidade, é chamado o médico de plantão. Para os atendimentos de psiquiatria e dependência química temos os hospitais gerais de referência nesta especialidade, sendo estes localizados em municípios distintos.

O município tem implantado a Estratégia de Saúde da Família (ESF), com 100% de abrangência, dividida em duas Equipes, que atendem na mesma Unidade, as equipes são compostas por: 2 médicos, 2 enfermeiras, 2 técnicas de enfermagem e 1 auxiliar de enfermagem e 10 agentes comunitárias de saúde; duas Equipes de Saúde Bucal, com 2 dentistas e 2 auxiliares de consultório dentário. Como equipe complementar, temos 1 médica pediatra (4 horas semanais), ginecologista (4 horas semanais) fonoaudióloga (16 horas semanais), nutricionista (4 horas semanais), duas fisioterapeutas (conveniadas à Secretaria da Saúde); farmacêutica; dois médicos clínico geral, que atendem vinte consultas diárias das duas áreas das ESFs); Vigilância Sanitária.

As duas equipes da ESF atuam na mesma Unidade, cada uma tem um cronograma de atividades em dias e horários diferentes, como grupos com hipertensos e diabéticos, gestantes, para crianças e adolescentes, os profissionais se deslocam até as escolas, visitas domiciliares, articulando as equipes nas Comunidades e na Unidade de Saúde.

Temos alguns diagnósticos como as doenças respiratórias, que prevalecem principalmente, nos meses mais frios do ano, bem como as doenças cardiovasculares, incluindo hipertensão arterial e diabetes, totalizando 654 pessoas que usam medicação para hipertensão e 92 para diabetes, sendo que os mesmos são acompanhados pela equipe, através dos grupos, sendo que toda comunidade é visitada uma vez por mês.

Ainda como diagnóstico do município, é relevante salientar as doenças relacionadas à saúde mental, onde um número significativo de pessoas é acometido por sofrimento psíquico. Pela coleta de dados realizada através das Agentes Comunitárias de Saúde em 2013, numa pesquisa proposta pela equipe a fim de levantar uso de medicações, tempo de uso e tempo de avaliação pelo médico (se consultava ou simplesmente renovava receita), um dos indicativos foi a demanda significativa de usuários em tratamento medicamentoso, poli queixosos, que apresentavam sintomatologia depressiva, porém sem avanços significativos, um grande número de pessoas usam medicamentos há vários anos, sem um diagnóstico.

Pelo fato do nosso município ser de pequeno porte, as pessoas ficam mais expostas na sua vida particular, gerando intrigas entre os moradores. É de colonização italiana e é predominantemente rural, a perspectiva moralista e religiosa também está muito presente, através de julgamentos de comportamento, fortalecendo uma postura da intolerância e preconceito. Esses são alguns fatores que acabam dificultando o trabalho na saúde preventiva e no desenvolvimento de ações com o comprometimento e envolvimento da população e rede de trabalho.

Este cenário nos mostra as necessidades da população abrangente, instigando a equipe para o planejamento de ações que possam contribuir com as necessidades locais, com intervenções mais específicas para cada situação e obter resultados mais eficazes, a médio e longo prazo, atingindo a integralidade nos serviços oferecidos.

## **1.2 Relatório da Análise situacional em 29/10/2014**

Segundo o IBGE (2014), o município Ilópolis, possui 4.102 habitantes, 2.207 residem na zona urbana, e 1.895 pessoas na zona rural. A economia concentra-se na erva-mate, fumo, avicultura e milho. Tem um hospital geral de pequeno porte

próximo à unidade de saúde. Este presta serviço de urgência e emergência à população, para casos não complexos, tem convenio com o SUS, com corpo clínico composto por 2 clínicos gerais, 1 pediatra, 1 anestesista, ainda oferece serviços de fisioterapia, psicologia, assistência social com projetos próprios. Também conta com 1 laboratório de análises clínicas, raio x, ecografia, mamografia, 1 farmácia interna. O município não possui um pronto atendimento de 24 horas, mas, trabalha com plantões médicos, e se a equipe do hospital avaliar necessidade é chamada o médico de plantão. Para os atendimentos de psiquiatria e dependência química temos os hospitais gerais de referencia nesta especialidade, sendo estes localizados em outro município vizinho. Em nosso município está implantada a estratégia de saúde da família (ESF), dividida em duas equipes.

A minha equipe é urbana e tem o modelo de atenção misto, estão compostas por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar de enfermagem, cinco agentes comunitárias de saúde, uma equipe de saúde bucal com um dentista e uma auxiliar de consultório dentário (ASB). Além destas equipes temos o privilégio de contar na unidade com uma médica pediatra, um ginecologista, um nutricionista que atendem 4 horas semanais, uma fonoaudióloga que atende 16 horas semanais. Com respeito ao NASF temos assistente social, farmacêutica, fisioterapeuta, psicóloga nutricionista e os outros especialistas que quando precisamos discutir um caso combinamos com eles. Na unidade realizam-se teste de TB, HIV, Hepatite B, Sífilis e VDRL. Tem convênios particulares com dois médicos do hospital e duas fisioterapeutas. Não existe convenio com escola particular ou outro centro. Ainda existem dificuldades com as consultas de outros especialistas como cardiologista, neurologista e ortopedista. Na secretaria se faz a marcação da consulta, só que tem que esperar e em certas ocasiões por uns dois meses. A atenção especializada é feita através dos convênios com os hospitais de Teutônia, Lajeado, Encantado, Passo Fundo e Porto Alegre.

Em relação à estrutura física da Unidade, temos por fora ao lado esquerdo uma garagem com carros para realizarmos visitas domiciliares. Neste ambiente também tem um Jardim onde os usuários ficam para esperar o horário que começa o atendimento. Nossa unidade consta de um primeiro piso tem a sala de acolhimento onde existem 20 cadeiras para as pessoas que ficam na recepção e a farmácia. No primeiro andar está a sala de sistemas, administração, sala da secretária de saúde do município, sala de triagem, sala de curativo, de vacina, uma sala para

enfermagem, uma sala para consultas ginecológicas, 4 consultórios médicos, um consultório de psicologia e de fonoaudiologia, um departamento onde realizam eletrocardiografias, uma sala de esterilização, uma sala de nebulização, cozinha, uma sala para descanso dos motoristas, um consultório de odontologia para cada equipe de saúde, uma sala de eventos e duas salas de armazenamento de medicamentos.

Em relação às atribuições das equipes em nossa unidade se realizam pequenas cirurgias e alguns procedimentos além de atendimentos de urgências. Já as emergências são encaminhadas direto ao hospital porque não temos equipamento para atender emergências. Infelizmente não temos contra referência do hospital, apenas quando o usuário informa na consulta ou em visita domiciliar. Além das consultas agendadas agora temos um aumento da demanda espontânea coisa que afeta um pouco nosso trabalho com os grupos priorizados como gestantes, idosos, diabéticos e adolescentes, já falamos para criar o Conselho Local de Saúde para levar através de um representante nossos problemas ao Conselho Municipal de Saúde.

Depois de um cadastramento feito pelos agentes comunitários de saúde, os dados das duas equipes da nossa população da área adstrita são de 4.102 habitantes com um total de 1.195 famílias cadastradas, uma população feminina de 2.063 e masculina de 2.039. O número de mulheres em idade fértil (10-49 anos) é de 1.036, mulheres entre (25-64 anos) 1.475, mulheres de (50-69 anos) 692, gestantes 25, menores de 1 ano 11, 162 menores de cinco anos, de (5-14 anos) 434, (15-59 anos) 2.450 , com 20 anos o mais 2.943, com 20 anos o mais com hipertensão 624 pessoa e com 20 anos o mas com Diabetes Mellitus (DM) 154 pessoas. Temos 10 agentes comunitários de saúde e o trabalho da equipe com a nossa população é muito bom, pois sempre fazemos o trabalho juntos. Existe boa comunicação entre todos os membros da equipe, isso faz que o trabalho do médico tenha melhores resultados dando benefícios à população e a equipe de saúde.

A demanda espontânea, antes era problema porque não tinha um médico fixo, depois que chegamos e com a melhoria na qualidade do serviço, aumentou a demanda espontânea, mas isso não dificulta o agendamento da consulta para os grupos específicos que é feito pelos médicos em planejamento para doenças crônicas não transmissíveis, pessoas idosas e grupos de risco. São agendadas 10 pessoas diariamente, pois, o excesso de demanda ocorre geralmente no horário da



tarde e atendem-se todos porque a maioria são pessoas do interior que trabalham na agricultura. Ainda temos que trabalhar muito com a educação preventiva dos usuários, no que diz respeito aos costumes e hábitos da vida, que representam fatores de risco à saúde, para controlá-los.

A atenção à saúde das crianças por meio da consulta de puericultura é realizada duas vezes na semana um dia de manhã e outro à tarde, todos participamos de maneira conjunta na atenção às crianças. Temos na área de abrangência 11 menores de um ano, sendo que 11 são acompanhadas, logo a cobertura é de 100%. Apenas 8 (73%) estão com consulta em dia para, e dessas, 2 com atraso de mais de 7 dias. Todas (100%) tiveram a triagem auditiva, o monitoramento do crescimento, desenvolvimento, vacinas em dia, aleitamento materno, avaliação bucal e orientações sobre prevenção de acidentes. Temos bem classificadas as crianças e sabemos as que são de alto risco. Também na unidade estão os controles de odontologia, vacina e existe um arquivo onde estão as pastas das crianças que fazem revisão de maneira periódica onde podemos saber quais são faltosas e visitar sua casa para saber o motivo que os levam à consulta e que tem procedimentos em atrasos. Temos algo positivo, em outros momentos na unidade não existia um grupo de planejamento, gestão e coordenação do Programa e agora temos esse grupo.

Na atenção pré-natal todas as gestantes são atendidas, 15(37%) são atendidas na unidade e 10 em consultas particulares das quais conhecemos sua evolução por meio das visitas domiciliares. As consultas do pré-natal são agendadas, realizadas por um clínico geral e se fizer necessário, são avaliadas por um ginecologista, que atende diariamente em um turno. Das 15 gestantes que iniciaram o atendimento no primeiro trimestre, apenas 9(60%) estão com consulta em dia. Solicitaram-se exames na primeira consulta, com vacina antitetânica e hepatite B, prescrição de sulfato ferroso e orientações sobre aleitamento exclusivo as 15 (100%) das gestantes. O exame ginecológico por trimestres foi realizado por 13 e avaliação de saúde bucal por 11 gestantes. Têm também a próxima consulta programada, temos todos os dados das mesmas no prontuário clínico, formulário especial do pré-natal, fichas de atendimento odontológico e atendimento nutricional.

Em relação ao Programa de Controle do Câncer de Mama e Prevenção do Câncer do Colo de Útero temos um registro onde colocamos os resultados dos exames das mulheres. A cobertura para Prevenção do câncer de colo de útero em

nosso município é de 86% (151) mulheres em acompanhamento com citologia em dia, infelizmente temos 79 (52%) com mais de 6 meses de atraso e 15 com exames alterados, 74 (49%) com avaliação de risco e amostras satisfatórias em 95%. Todas as mulheres, 151 (100%), são orientadas sobre prevenção de câncer de colo e DST. O exame de colo de útero se faz 2 dias por semana em todos os turnos, as mulheres com resultado alterado são encaminhadas aos especialistas. Fazemos 3 grupos ao mês na unidade onde tratamos com elas sobre a importância de se realizar os exames, ensinamos como se faz o autoexame de mama depois da menstruação, sendo um total de 156(37%) mulheres acompanhadas, destas 62(40%) estão com mamografia em dia, e 82(53%) com mais de 3 meses de atraso do exame. Na avaliação de risco encontramos 65% de mulheres que estão nesse grupo e 79% receberam orientações sobre prevenção. Temos o privilégio que nosso hospital é de referência para fazer mamografias. Ainda temos algumas dificuldades nas quais devemos trabalhar principalmente com as mulheres que tem atraso no exame de prevenção do câncer de colo de útero e mamografias. Precisamos também investir em educação em saúde, pois, as orientações que elas recebem ainda não são suficientes para melhorar a adesão, pois, muitas têm medo em realizar o exame.

Os dados das pessoas com hipertensão e/ou diabetes são acompanhados por meio dos prontuários eletrônicos, e fichas de atendimento odontológico. A população alvo da ação programática na área adstrita é de 1.179 usuários. Na nossa farmácia temos o controle das pessoas de acordo com os medicamentos que cada uma necessita. São 624 pessoas acompanhadas na UBS com hipertensão, logo, a cobertura é de 68%. Destas 489 (78%) tem atraso de consulta agendada por mais de 7 dias, e 197 (32%) estão com exame complementar em dia, apenas 216 (35%) teve orientação sobre a prevenção de risco cardiovascular. A avaliação de saúde bucal e orientação nutricional são também muito baixas com 27% (169) e 30% (186). Dos 154 usuários com diabetes residentes na área, 93 (60%) tem atrasos em consultas agendadas, 32%(49) com exames periódicos indicados e 32 (21%) estão com exame físico dos pés nos últimos 3 meses, palpação dos pulsos e sensibilidade solo realizados. Quanto às orientações para prática de atividade física regular temos a participação de 34% e 25% para avaliação de saúde bucal. Acredito que temos muitos problemas no acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, devemos preparar um arquivo único que seja especificamente para ter todos os documentos dos usuários com estas doenças.

Temos uma população muito envelhecida com 560 (100%) pessoas idosas em acompanhamento na UBS, destas 406(73%) possuem a caderneta do idoso e 289 já fizeram a realização de avaliação multidimensional rápida. Estão com acompanhamento em dia 39%, sendo 435 com HAS e 73 com DM. Com avaliação de risco temos 387 (69%), e 289 (52%) com avaliação da fragilização na velhice. Quanto as orientações em grupo, 321 (57%) receberam orientação nutricional, 296 (53%) sobre atividades físicas e 279 (50%) avaliação de saúde bucal. Faltam muitos para passar pela avaliação, porque estamos fazendo a marcação de consultas para poder chegar ao término do ano, infelizmente temos como problema o fato que em nossa unidade não se faz relatórios com os resultados encontrados na avaliação e monitoramento dos mesmos.

Um dos nossos maiores desafios é de minimizar os riscos para as doenças que mais acometem esta população, preferivelmente com sua alimentação e mudar da medicina curativa para a medicina preventiva, diminuindo o consumo de medicamentos antidepressivos nos mesmos, trabalhar para diminuir a demanda espontânea, como melhor recurso na solução desses desafios que a unidade básica de saúde quer trabalhar e tem vontade de oferecer uma atenção de acordo estabelecida pela carta dos direitos dos usuários. O apoio da secretaria de saúde é muito importante para obter bons resultados, ela escuta nossas inquietudes e até agora temos apoio da mesma nas soluções propostas.

Em função da aplicação dos questionários para realizar a análise situacional, muitos aspectos mudaram, por exemplo, nas comunidades falamos sobre a formação do Conselho Local de Saúde com seus integrantes, suas funções e sua dedicação ao planejamento, gestão e coordenação das ações de saúde. Mostramos a Carta dos direitos dos usuários, colocamos num painel o nome dos profissionais, nome do responsável pela UBS, número de pessoas da população da área de abrangência, os dados por sexo, por grupos etários e número de pessoas de grupos prioritários. Agora as consultas são agendadas, sempre deixando vagas para alguns casos de demanda espontânea, temos os protocolos que faltavam na unidade, formamos um grupo chamado Liga contra o Câncer com todo o apoio da secretaria e governo do município para investir em educação em saúde.

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

Acho que é evidente a diferença entre um relatório e outro, o primeiro foi feito sem uma ordem lógica, não seguia dados preenchidos no CAP, não tem a qualidade de um trabalho feito e de boa elaboração como o segundo que é uma análise situacional que mostra o trabalho da unidade de saúde, dessa forma é o espelho do que a equipe realiza. Tem uma ordem lógica para melhor compreensão da situação das ações programáticas. A percepção que eu tive da equipe a princípio mudou, pois, no caminho apareceram coisas novas para tratar e dar solução que não foram identificadas antes, e com a observação sistematizada que aprendemos no decorrer do curso, de acordo com as semanas de estudo, elaboraram uma análise situacional mais realista e isso contribuiu para entender que a Unidade tem problemas para resolver, assim vamos elaborar uma estratégia de ação com ênfase na atenção à pessoa com hipertensão e/ou diabetes, de acordo com a realidade envolvendo o trabalho em equipe e melhorando o atendimento à população.

## **2 Análise estratégica**

### **2.1 Justificativa**

O DM (Diabetes Melitus) tipo II acomete em média 7% da população adulta brasileira e sua prevalência tende a aumentar, o que mostra um caminho para ser um dos principais problemas de saúde pública, sendo responsável por cerca de 30% dos casos de internação em unidades coronarianas intensivas; é a principal causa de amputação de membros inferiores, causa de cegueira e é responsável por cerca de 30% dos que ingressam em programas de diálise. Considerando-se que as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade da população brasileira, muita atenção deve ser dada à HAS, devido à gravidade das complicações impostas por esta patologia, mas se diagnosticada precocemente, esta doença pode ser controlada, diminuindo as chances de complicações precoces. Isto reflete em maior qualidade de vida ao usuário e sua família, assim como, na redução de gastos ao sistema público de saúde (BRASIL, 2013).

Em relação à estrutura física, a UBS conta com uma garagem com carros para realizarmos visitas domiciliares, neste ambiente também tem um Jardim onde os usuários ficam para esperar o horário do atendimento. A unidade é composta por dois pisos, no primeiro tem uma sala de acolhimento com 20 cadeiras, a recepção e a farmácia. No segundo piso tem a sala da administração, sala da secretária de saúde do município, sala de triagem, sala de curativo, de vacina, uma sala para enfermagem, uma sala para consultas ginecológicas, 4 consultórios médicos, um consultório de psicologia e de fonoaudiologia, um departamento onde realizam eletrocardiografias, uma sala de esterilização, uma sala de nebulização, cozinha, uma sala para descanso dos motoristas da UBS, um consultório de odontologia para cada equipe de saúde, uma sala de eventos e duas salas de armazenamento de medicamentos. A minha equipe está composta por um cinco agentes comunitárias de saúde, uma auxiliar de enfermagem, uma auxiliar de saúde bucal (ASB), um dentista, uma enfermeira, médico, uma técnica de enfermagem. A população da área adstrita é de 4.102 habitantes, sendo que 2.207 pessoas residem na zona urbana e 1.895 na zona rural. Há 1.055 homens residindo na área urbana, 1.000 na zona rural, 1.152 mulheres na zona urbana e 895 na área rural. Em relação às pessoas com hipertensão e diabetes, a maior parte mora na zona urbana. Em relação aos homens, apresentam mais hipertensão que mulheres, ressaltam-se a subnotificação desse agravo, devido a pouca frequência do homem na USF. Por outro lado, há mais mulheres com DM.

A população alvo da ação programática na área adstrita totaliza em 1.179, que são atendidos por 2 equipes, incluindo uma adesão de 878 usuários na população alvo que são atendidos na UBS. A qualidade da atenção ainda é precária, pois, muitos parâmetros recomendados no protocolo de Diabetes e Hipertensão (BRASIL, 2013), ainda não são cumpridos. Por exemplo, ao realizar os exames complementares observamos que faltava em muitos creatinina, que não tinham eletrocardiogramas (ECG) feitos de acordo com o protocolo, existem as prescrições de medicamentos da farmácia popular, mas ainda não tem uma boa porcentagem, e precisamos alcançar 100% das pessoas. As ações de promoção de saúde que já são desenvolvidas são: controle da glicose capilar ou PA nas atividades de educação em saúde, consultas médicas ou de enfermagem; acesso a medicamentos para tratar urgências que apresentam na UBS. São desenvolvidas ações de controle dos insumos e monitoramento da adesão ao tratamento; além do

encaminhamento do usuário para consulta especializada quando necessário. Esses usuários frequentam a Unidade e atualmente temos a adesão de 77% das pessoas com hipertensão e 38% com diabetes, mas falta qualificação do serviço que será conseguido com a incorporação da ação programática.

O atendimento às pessoas com hipertensão e diabetes é realizado e toda minha equipe está envolvida no desenvolvimento desta ação programática, a equipe é unida e discute todas as atividades nas reuniões até chegarmos a um acordo para cumprir e verificar no próximo encontro. Há um interesse de ajudar no trabalho das agentes de saúde que fazem pesquisa diária das doenças crônicas para transmitir informações para os demais membros da equipe. Conhecendo os protocolos a serem seguidos, encontrei várias ações que não são cumpridas, que é a base para o atendimento de qualidade e que vamos programar em nossa Unidade. Outra dificuldade está em priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastradas na unidade de saúde, há um trabalho feito de muitos anos por médicos particulares que colocam prescrições de medicamento comercial e uma propaganda na mídia que vai contra nosso trabalho, mas continuamos dando prioridade à farmácia popular. Outra dificuldade será realizar um exame físico com todos os detalhes que requer muito tempo e também fazer as indicações de todos os exames complementares que os usuários precisarão para cumprir o programa do protocolo. Devemos fazer um trabalho mostrando resultados para tentar incorporar os profissionais médicos contratados nas ações de atenção às pessoas com hipertensão e diabetes. Os usuários faltosos coincidem sempre os mesmos, assim os ACS devem visitá-los e teremos como estratégia dar seguimento ao acompanhamento na unidade de saúde. Alguns usuários tem resistência em faltar o trabalho para ir à consulta programada. Em relação à cobertura, devemos aumentar nosso trabalho com os agentes de saúde e aproveitando à disponibilidade de transporte que o município oferece aos usuários e as próprias ACSs na busca desses faltosos. A qualidade pode ser garantida pelo exame clínico apropriado a 100% das pessoas. A avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% vai ser possível com ajuda da equipe de saúde bucal, pois agora temos um trabalho conjunto e se faz pesquisas e tratamento das doenças crônicas. Manteremos as fichas de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas na unidade de saúde, depois iremos acrescentar os casos novos. Temos aspectos que podemos melhorar

aumentando os agendamentos para pessoas com doenças crônicas, realizando um trabalho maior com aquelas que não assistem a consultas planejadas, e aumentar as pesquisas em toda consulta e visitas a escolas ou centros laborais. Assim, é importante manter o cadastro atualizado das pessoas com hipertensão e diabetes, pois, facilitará a atenção de forma mais abrangente. Elas terão suas consultas agendadas para um atendimento com mais qualidade, além disso, garantiremos a realização de exames clínicos e complementares, prescrição medicamentos da farmácia popular, atendimento odontológico e saúde nutricional.

## **2.2 Objetivos e Metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde da pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Ilópolis, Ilópolis/RS.

### **2.2.2 Objetivos específicos**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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



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

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

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

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

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de doze semanas na Unidade de Saúde Ilópolis, no Município de Ilópolis/RS. Participarão da intervenção pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus maiores de 20 anos de idade residentes no território da unidade de saúde. O cadastro será realizado de acordo com usuários atendidos durante a intervenção e com as informações disponibilizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde. Será utilizado o protocolo do Ministério da Saúde, Caderno nº 36 de Atenção Básica, 2013 que trata da Diabetes Mellitus e Caderno nº 37 de Atenção Básica, 2013 que trata da Hipertensão Arterial Sistêmica.

### **2.3.1 Detalhamento das Ações**

As ações a serem desenvolvidas durante a intervenção serão descritas conforme cada um dos eixos programáticos do curso. Espera-se envolver todas as ações relevantes para ação programática escolhida e contemplar todas as metas e indicadores propostos pelo curso.

#### **Objetivo 1. Ampliar a Cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos.**

##### **Relativas às Metas 1.1 e 1.2:**

##### **Monitoramento e Avaliação:**

O monitoramento do número de pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastradas no programa será realizado semanalmente pelo médico responsável, por meio do acompanhamento da programação prevista na UBS, revisão de

prontuários, planilha de coleta de dados e ficha espelho. Além disso, mensalmente na última sexta feira do mês, a situação será discutida na reunião com a equipe.

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

Na unidade de saúde cada pessoa tem um registro em formato digital e uma pasta de atendimento, onde cada médico, enfermeira ou dentista coloca a informação dos usuários com hipertensão e/ou diabetes. Tudo será combinado antes em uma capacitação feita com os médicos da unidade para que tenham essa informação padronizada. E toda equipe será responsável pelo acolhimento desse público. Em reunião da equipe se discutirá a necessidade de solicitar ao gestor para repor e garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde e os materiais para a realização dos testes de hemoglicoteste.

### **Engajamento Público**

Será exposta na UBS informação sobre o programa de atenção a hipertensão e diabetes, cada agente de saúde transmitirá a informação para todas as famílias nas visitas, assim como também se fará visitas ao interior do município duas vezes por semana pelos médicos de cada ESF. Cada agente de saúde será responsável por informar à população da importância de medir a tensão arterial após 18 anos para todas as famílias nas visitas, assim como nas visitas ao interior do município duas vezes por semana pelos médicos de cada ESF.

Cada agente de saúde será responsável por informar à população a da importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para todas as famílias nas visitas, assim como nas visitas ao interior do município duas vezes por semana pelos médicos de cada ESF. Também irá orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes para todas as famílias nas visitas, assim como nas visitas ao interior do município duas vezes por semana pelos médicos de cada ESF.

### **Qualificação da Prática Clínica**

A equipe de enfermagem vai orientar os ACS como fazer o cadastramento de pessoas com hipertensão e/ou diabetes de toda área de abrangência da unidade de saúde. Será feita uma capacitação pelos médicos para correta aferição da pressão

arterial e correta realização do teste da glicose, depois de constatar a pressão arterial acima 135/80mm/Hg. Participarão dessa capacitação todos os profissionais, mas haverá um treinamento com as técnicas de enfermagem.

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

### **Relativas às metas 2.1 e 2.2:**

#### **Monitoramento e Avaliação**

O monitoramento da realização de exame clínico apropriado das pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastradas no programa será realizado mensalmente por meio da revisão de prontuários, planilha de acompanhamento e ficha espelho. Além disso, mensalmente na última sexta feira do mês, a situação será discutida na reunião com a equipe.

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

A equipe de enfermagem vai fazer a triagem com tomada adequada da tensão arterial e as mensurações correspondentes; os médicos fazem exame físico, indicações de exames laboratoriais e tratamento com e sem medicamentos.

O estudo dos protocolos será de forma individual por cada médico e depois haverá o momento de discussão com toda a equipe.

Os profissionais tem uma organização de seu tempo para atualização e devem se reunir bimestralmente para discutir alguns casos que surgiram na Unidade.

Vai-se dispor de versão atualizada do protocolo impresso na unidade de saúde para a utilização de pessoal que precise fazer uso, para isso, será solicitado o protocolo a Secretaria Municipal de Saúde.

#### **Engajamento Público**

Cada agente de saúde, mediante capacitação feita pelos médicos, orientará a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente para todas as famílias nas visitas, assim como nas visitas ao interior do município duas vezes por semana pelos médicos das duas ESF.

### **Qualificação da Prática Clínica**

Será feita uma capacitação por parte dos médicos para correta aferição da pressão arterial e da glicose capilar. Participarão dessa capacitação todos os profissionais, mas haverá um treinamento com as técnicas de enfermagem.

### **Relativas às metas 2.3 e 2.4:**

#### **Monitoramento e Avaliação**

O monitoramento da realização do número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde e periodicidade recomendada será realizado mensalmente por meio da revisão de prontuários, planilha de acompanhamento e ficha espelho. Isso será feito pelo médico responsável do programa, e, além disso, mensalmente na última sexta feira do mês, a situação será discutida na reunião com a equipe.

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

O pessoal da triagem, uma enfermeira e uma técnica de enfermagem conhecerá as alterações dos exames complementares preconizados para viabilizar o trabalho com as pessoas que precisam de atendimento médico e assim serão solicitados todos esses exames.

Em reunião com gestor municipal uma vez por mês será solicitada agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

#### **Engajamento Público**

Cada agente de saúde orientará a comunidade quanto à necessidade e periodicidade de realização de exames complementares em pessoas com hipertensão e/ou diabetes. Isso será feito para todas as famílias nas visitas, assim como nas visitas ao interior do município duas vezes por semana pelos médicos de cada ESF.

### **Qualificação da Prática Clínica**

Será feita capacitação pelo médico para dar seguimento do protocolo na última sexta feira de cada mês.

### **Relativas às metas 2.5:**

#### **Monitoramento e Avaliação**

O monitoramento do acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia das pessoas cadastradas no programa será realizado mensalmente por meio da revisão de prontuários, planilha de acompanhamento e ficha espelho.

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

O controle de estoque será feitos por farmacêuticos com ajuda da vigilância sanitária da UBS.

A manutenção do registro das necessidades de medicamentos das pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastradas na unidade de saúde será de responsabilidade dos farmacêuticos da UBS.

#### **Engajamento Público**

Cada agente de saúde orientará os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso. Isso será feito para todas as famílias nas visitas, assim como nas visitas ao interior do município duas vezes por semana pelos médicos de cada ESF.

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

Será designado um médico para fazer uma atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

A equipe será capacitada para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e sobre o valor dos medicamentos genéricos.

### **Relativas às metas 2.6 e 2.7:**

#### **Monitoramento e Avaliação**

O monitoramento dos hipertensos e diabéticos quanto à necessidade de atendimento odontológico será realizado indicando ao pessoal da triagem que cada visita dos usuários hipertensos deve-se revisar se tem atendimento odontológico realizado.

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

Na triagem será avaliado se usuários hipertensos e diabéticos foram atendidos pela odontologia. Depois de revisar a pasta de atendimento odontológico na triagem, se precisar, ele será agendado para avaliação odontológica.

### **Engajamento Público**

Cada agente de saúde orientará a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos. Para todas as famílias nas visitas, assim como em cada visita ao interior do município duas vezes por semana pelos médicos de cada ESF.

### **Qualificação da Prática Clínica**

Depois de revisada a pasta de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos na triagem, se precisa será agendado para odontologia.

### **Objetivo 3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa** **Relativas às metas 3.1 e 3.2:**

#### **Monitoramento e Avaliação**

Para monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia), teremos uma agenda com planejamento das consultas e será marcada quando os usuários vierem à consulta e será revisada uma vez por mês.

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

Serão informados aos agentes de saúde os usuários faltosos para que sejam citados novamente com uma busca ativa. Os usuários das buscas domiciliares será reagendados.

#### **Engajamento Público**

Cada agente de saúde orientará a comunidade sobre a importância de realização das consultas. Para todas as famílias nas visitas, assim como em cada visita ao interior do município duas vezes por semana pelos médicos de cada ESF.

Através de agentes comunitárias de saúde, os comunitários podem dar ideias para atender em outros horários a usuários hipertensos faltosos. Buscando a forma de diminuir quantidade de hipertensos faltosos a consultas.

Cada agente de saúde orientará as pessoas com hipertensão e diabetes da comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Para todas as famílias nas visitas, assim como em cada visita ao interior do município duas vezes por semana pelos médicos de cada ESF. E depois de terminada cada consulta será marcada a consulta seguinte.

### **Qualificação da Prática Clínica**

Os ACS serão capacitados pelas enfermeiras para a orientação de pessoas hipertensas quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

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

#### **Relativas às metas 4.1 e 4.2:**

#### **Monitoramento e Avaliação**

Revisão de prontuários, planilha de acompanhamento e ficha espelho dos usuários hipertensos e diabéticos atendidos serão revisados uma vez por mês pelo médico responsável do programa.

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

As informações do SIAB serão atualizadas e revisadas uma vez por mês.

Cada pessoa com hipertensão e/ou diabetes terá sua ficha de acompanhamento feita por auxiliares de enfermagem.

Irei pactuar com a equipe o registro das informações em reunião antes de começar a intervenção.

Será definido um responsável pelo monitoramento dos registros.

Será anotado em uma agenda o controle das consultas dos hipertensos e será preenchido de forma que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar,

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

### **Engajamento Público**

Cada agente de saúde orientará os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, sendo realizado para todas as famílias nas visitas, assim como em cada visita ao interior do município duas vezes por semana pelos médicos de cada ESF.

### **Qualificação da Prática Clínica**

Será capacitada toda a equipe no preenchimento e registro adequado dos procedimentos clínicos necessário ao acompanhamento de pessoas com hipertensão e/ou diabetes. As enfermeiras capacitarão às técnicas e auxiliares.

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

#### **Relativas às metas 5.1 e 5.2:**

#### **Monitoramento e Avaliação**

O monitoramento do número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano será realizado trimestralmente por meio do acompanhamento da programação prevista na UBS, revisão de prontuários, planilha de acompanhamento e ficha espelho e agenda de programação para usuários hipertensos.

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

Sempre os usuários de alto risco serão atendidos com urgência e teremos um espaço na agenda para estes casos.

### **Engajamento Público**

Cada médico e enfermeira orientarão os usuários quanto ao seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular.

Cada agente de saúde orientará os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação) para



todas as famílias nas visitas, assim como, em cada visita ao interior do município duas vezes por semana pelos médicos de cada ESF, e também será explicado em cada consulta.

### **Qualificação da Prática Clínica**

Será capacitada a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, a importância do registro desta avaliação no manejo destas doenças crônicas e estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, que será feita por parte dos médicos da unidade.

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

### **Relativas às metas 6.1 e 6.2:**

#### **Monitoramento e avaliação**

O monitoramento e a realização de orientação nutricional aos usuários hipertensos cadastrados no programa serão realizados mensalmente por meio do acompanhamento da programação prevista na UBS, revisão de prontuários, planilha de acompanhamento e ficha espelho.

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

Em coordenação com nutricionista da UBS se organizará práticas coletivas sobre alimentação saudável.

#### **Engajamento Público**

As pessoas com hipertensão e/ou diabetes serão orientadas em cada consulta sobre a importância da alimentação saudável, e também nas visitas e palestras se abordará o tema.

### **Qualificação da Prática Clínica**

Será capacitada por parte do nutricionista a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável e por parte dos médicos sobre metodologias de educação em saúde.

### **Relativas às metas 6.3 e 6.4:**

**Monitoramento e avaliação**

O monitoramento e a realização de orientação para atividade física regular aos usuários hipertensos cadastrados no programa serão realizados mensalmente por meio do acompanhamento da programação prevista na UBS, revisão de prontuários, planilha de acompanhamento e ficha espelho.

**Organização e Gestão do Serviço**

Toda a equipe organizará práticas coletivas para orientação de atividade física. Entraremos em contato com o gestor para formarmos parcerias institucionais.

**Engajamento Público**

Os usuários com hipertensão e/ou diabetes serão orientados por todos os ACS em suas visitas as comunidades e em cada consulta sobre a importância da prática de atividade física regular.

**Qualificação da Prática Clínica**

Será capacitada a equipe de saúde da unidade por parte dos médicos sobre a promoção da prática de atividade física regular e sobre metodologias de educação em saúde.

**Relativas às metas 6.5 e 6.6:****Monitoramento e avaliação**

O monitoramento e realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa serão realizados mensalmente por meio do acompanhamento da programação prevista na UBS, revisão de prontuários, planilha de acompanhamento e ficha espelho.

**Organização e Gestão do Serviço**

Em reunião com gestor se solicitará a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

**Engajamento Público**

Nas consultas médicas será orientado cada hipertenso e diabético tabagista sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

### **Qualificação da Prática Clínica**

Será capacitada a equipe por parte dos médicos para o tratamento de usuários tabagistas e sobre metodologias de educação em saúde.

### **Relativas às metas 6.7 e 6.8:**

#### **Monitoramento e avaliação**

O monitoramento e realização de orientação sobre higiene bucal aos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados no programa serão realizados mensalmente por meio do acompanhamento da programação prevista na UBS, revisão de prontuários, planilha de acompanhamento e ficha espelho.

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

Será estimado um tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

#### **Engajamento Público**

Na consulta odontológica será orientado cada pessoa hipertensa e/ou diabética e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

### **Qualificação da Prática Clínica**

Com ajuda dos odontólogos será capacitada à equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

## **2.3.2 Indicadores**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Metas relativas ao 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.

**Metas relativas ao 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.

#### **Metas relativas ao 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.

#### **Metas relativa ao Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular**

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

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

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

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

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

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

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

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

**Metas relativas ao Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.**

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.



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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**2.3.3 Logística**

Para realizar a intervenção no Programa de Atenção à pessoa com hipertensão e diabetes serão utilizados o Caderno de Atenção Básica nº 36 e nº 37, relacionado à Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes mellitus, do Ministério da Saúde, 2013. Para registrar as ações, os profissionais: médico, enfermeira e odontólogos anotarão os dados em ficha espelho recomendada pelo curso e prontuários utilizados na UBS. Assim, faremos contato com o secretário de saúde para ele disponibilizar aproximadamente 1.197 fichas para que possamos fazer o acompanhamento das 917 pessoas com hipertensão e 262 com diabetes que participarão do programa.

Após conseguirmos os usuários em uma busca ativa realizada por todos os integrantes da equipe em especial as ACS, para participarem da intervenção, buscaremos os prontuários existentes na unidade que contenham dados sobre atendimentos que esses usuários tenham recebido na unidade ao longo do tempo, esses prontuários serão buscados pelas técnicas de enfermagem, que levarão aos médicos na primeira consulta dos usuários. E assim faremos um filtro das informações contidas nos prontuários e esses dados serão levados para a primeira consulta com os usuários os quais serão colocados na ficha espelho de cada usuário e os dados mais relevantes serão transcritos pelo médico responsável do programa.

A partir desse momento, todas as informações referentes ao usuário, como por exemplo, exames laboratoriais, consultas em atraso, participação em grupos de saúde, avaliação de risco, evolução física e psicológica, serão registrados nos

prontuários e na ficha espelho, representando dados da intervenção. Para obter a participação ativa dos usuários será necessário colocar no quadro de avisos o cronograma das ações coletivas e atendimento individual para atenção a HAS e DM. Além disso, as ACS em sua visita domiciliar informará toda a população sobre os aspectos relacionados à intervenção. Elas terão essas informações através de prévias indicações que serão impressas para elas e feitas pelo médico responsável do programa, e também em cada visita ao interior do município feita pelos médicos. Os médicos também mostrarão a importância da participação dos usuários relacionadas ao programa nos grupos que acontecem na Unidade, mesmo que não sejam grupos de HAS e DM, ele estará mostrando outros grupos, como os Idosos, Gestantes, para que esses possam transmitir a informação a alguém da família que apresente um desses dois agravos.

Nas reuniões da equipe a intervenção já foi discutida com a participação do médico, duas enfermeiras, duas técnicas de enfermagem, uma auxiliar de enfermagem, dois dentistas, dois assistente de dentista, assim como dez agentes de saúde comunitária, pois, são 2 ESF na Unidade de Saúde; as duas equipes participam juntos do nosso programa e conhece as metas relacionadas a intervenção. A equipe está fazendo um trabalho conjunto e as agentes de saúde já começaram a trazer todas as dúvidas que foram solicitadas.

Em três semanas seguidas foram realizadas reuniões com os ACSs, nas sextas-feiras para discutir a proposta da intervenção e quais ações serão realizadas para posteriormente divulgar às famílias. Os dados serão totalmente novos, pois pesquisaram toda população de sua área de abrangência buscando todos os casos para incluir no programa HAS e DM. As pessoas provenientes da busca ativa serão cadastradas e receberão informações, para que conheçam seus direitos no que diz respeito a atenção medica e odontológica, e também quanto ao uso de medicamentos de farmácia popular. Caso haja alguma dificuldade de comunicação entre a agente e o usuário, uma técnica de enfermagem capacitada irá junto à visita domiciliar para contribuir com as orientações sobre o projeto e obter a adesão dos usuários. E em cada visita nas áreas de interior do município que são realizadas duas vezes por semana, o médico explicará as ações desenvolvidas a população.

Juntamente com as buscas ativas, irão começar as consultas, que serão feitas pelos médicos na unidade de saúde ou em lugar acordado nas visitas feitas aos usuários que não podem se deslocar até a unidade, como a casa dos usuários

ou outro lugar acordado. Para as consultas, será agendado 5 vagas por dia todos os dias da semana. São 25 vagas na semana por cada médico, na tentativa de facilitar o deslocamento dos usuários até a unidade. Caso sejam necessários os médicos e a equipe básica poderá atender em horários alternativos conveniados com a necessidade do usuário. O acolhimento será feito pelas enfermeiras, pois elas já tem experiência de como devem realizar e treinou o pessoal da triagem para receber os usuários novos para incorporar ao programa, e que já ficam cadastrados e classificados por riscos. E os usuários de alto risco receberão uma senha vermelha na pasta indicando que tem prioridade de atendimento. As pessoas com pressão alta acima de 140/90mm/hg na hora da triagem serão atendidas como urgência, terão prioridade. E pessoas com glicose acima de 150mg/dl. Em triagem tem marcado esse protocolo de atendimento. Todo o material necessário para fazer medições esfigmomanômetros previamente calibrados, Estetoscópio, Glicômetros e fitas foram solicitados à gestora a pedido da equipe, além disso, foi comprado por o município 20 glicosímetros para entregar aos usuários que são insulínodépendentes que precisavam ter em casa e que são avaliados pelos médicos da unidade e com indicação prévia para o uso do aparelho. Temos agora dois esfigmomanômetros na UBS para os atendimentos.

A terceira etapa compreende os grupos de saúde, que serão organizados pelos profissionais da equipe: médicos, nutricionista, enfermeira e psicóloga. Para organizar as atividades do grupo, nos reuniremos pelo menos uma vez na semana, em uma sala na Unidade de Saúde e trataremos também do registro das atividades dos usuários no prontuário, as quais acontecerão na sexta, às 16 horas da tarde. E o médico responsável do programa revisará semanalmente os prontuários e ficha espelho dos usuários que forem atendidos nessa semana.

Os grupos acontecerão na Unidade de saúde ou em locais públicos em reunião com os grupos específicos, onde falaremos das ações educativas de promoção à saúde explicando os sinais e sintomas das patologias em questão, as formas de acolhimento ofertado e a necessidade de adesão do usuário ao tratamento, mostrando os processos realizados, os exames de rotina, a medicação fornecida, sempre utilizando materiais para ações educativas.

A equipe será responsável em estar identificando semanalmente os usuários que apresentam consultas marcadas, exames clínicos, exames laboratoriais em atraso, para depois de conhecer quem são esses usuários, a enfermeira comunicará

ao agente comunitário de saúde para fazer a busca ativa de todos os usuários faltosos. Ao fazer a busca já agendará os usuários para um horário de sua conveniência. Também será avaliado o correto uso de protocolo de atendimento para na próxima reunião de equipe possa corrigir possíveis dificuldades no cumprimento do protocolo estabelecido com toda equipe. Utilizaremos para as ações de avaliação do usuário os seguintes equipamentos: 2 esfigmomanômetros, 2 estetoscópios, 2 glicosímetros, 3 fita métrica, 2 balança, computadores, equipamentos para avaliação dos pés dos usuários com diabetes, como dopler e o monofilamento.

Quanto à estrutura para receber os usuários, a existente hoje na unidade não necessita de mudanças, pois, já comporta esta demanda. Os exames que os usuários deverão fazer como acompanhamento, foram pactuados com o gestor e já está liberada a quantidade prevista para o período da intervenção. Se precisarem de exames de alto custo ou procedimentos específicos tem convênios com cardiologistas e endocrinologistas para encaminhamento da consulta.

Semanalmente a enfermeira e médico examinarão os prontuários dos usuários identificando aqueles que estão com consultas, exames clínicos, exames laboratoriais em atraso. O agente comunitário de saúde fará busca ativa de todos os usuários em atraso, considerando atraso se ele faltar duas consultas consecutivas agendadas pra ser atendido em um período de duas semanas. Ao fazer a busca, já agendará os usuários para um horário de sua conveniência.

### 2.3.4 Cronograma

<b>Atividades</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Capacitação da equipe/protocolos de HAS e DM	X											
Capacitação da equipe para a intervenção	X	X										
Capacitação dos ACS para busca ativa dos hipertensos e diabéticos em suas visitas domiciliares, preenchimento das fichas e busca ativa.	X	X										
Cadastramento de todos os hipertensos e diabéticos com idade maior 18 anos da área de abrangência da unidade de saúde	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Atendimento clínico dos usuários do programa na UBS.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Revisão de prontuário e ficha espelho.		X		X		X		X		X		X
Monitoramento da intervenção	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas e a realização de exames por protocolo.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar ações de educação em saúde com a comunidade				X				X				X

### **3. Relatório de Intervenção**

#### **3.1 As ações previstas e desenvolvidas**

A intervenção realizada na UBS Ilópolis fortaleceu a união no trabalho em equipe. Um dos pontos positivos da equipe é que quando se tem alguma atividade para desenvolver, todos se unem e realizam da melhor forma possível. Nessa intervenção, tive o apoio de todos para obter os resultados previstos. As reuniões com a equipe foram realizadas nas sextas feiras de cada semana, onde ocorreram as capacitações para discutir os protocolos de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Os médicos e enfermeiras, antes atendiam sem seguir um protocolo, os médicos indicavam os exames que consideravam adequado a cada situação. Foi estabelecido o papel de cada profissional na ação programática, ficando bem marcado para cada membro da equipe como deveria proceder com a chegada de uma pessoa com agendamento prévio e considerada de alto risco. Por exemplo, deveria priorizar a atenção aos usuários com pressão alta na hora do atendimento, isso foi destacado como tema importante, e também para poder fazer busca ativa de toda população maior de 20 anos para doenças cardiovasculares.

A Capacitação dos ACS para fazer o rastreamento das pessoas com hipertensão em suas visitas domiciliares fez parte do trabalho das enfermeiras, técnicas de enfermagem e da Psicóloga para que as ACSs conseguissem abordar todas as informações que precisavam pesquisar nas visitas e com ajuda da psicóloga que orientou a respeito das formas de entrevistas para que os agentes de saúde não fizessem indução de sintomas. Essa parte do trabalho ficou muito interessante e ficará marcada também como minha experiência profissional.

As ações previstas na Planilha OMIA obtiveram bons resultados, pois além da equipe unida, foi dada toda ajuda necessária por parte da secretaria municipal da saúde. A gestora foi informada do projeto de intervenção que seria feito na UBS e mostrou todo interesse em apoiar e disponibilizar recursos. Para encontros com a

equipe, foi utilizada uma sala de reunião que estava sempre disponível. Todo material necessário como: ficha espelho e impressões foram garantidas e estavam sempre em quantidade necessária na UBS. Os trabalhos com os ACS foram ótimos resultando no envolvimento de todos ao projeto.



*Figura 1: Reunião em equipe. Ilópolis/RS, 2015.*

A busca ativa de faltosos funcionou muito bem e foi feita por toda a equipe. Consideramos que foi realizada desde a triagem que é feita a todos os usuários, mas também nas visitas domiciliares. Em visitas ao interior do município, as agentes comunitárias ajudam muito indicando os usuários para consultas, assim fizemos o cadastramento de todas as pessoas com hipertensão e diabetes com idade maior 20 anos da área de abrangência que procuravam o atendimento clínico na Unidade de Saúde. O cadastro era feito na própria UBS pelo médico durante atendimento clínico, mas para fazer com que os usuários viessem para a consulta foi trabalho conjunto e importante de toda a equipe.

A realização do trabalho baseado nos protocolos de atendimento foi uma das dificuldades, pois precisávamos que todos os médicos utilizassem os mesmos métodos de trabalho baseado no protocolo do Ministério da Saúde. Para tanto,



fizemos duas reuniões com os dois médicos que participaram da intervenção, fazendo troca de informação sobre o programa, onde foi explicada a importância do uso de protocolo do programa para os usuários hipertensos e diabéticos. Deixamos bem claro que todos os profissionais devem conhecer o que se preconiza no protocolo para evitar dúvidas ou esquecer algum item. Utilizamos a cópia do protocolo para que cada médico tivesse sua xerox, e usamos a estratégia de colocar em baixo do vidro da mesa de cada consultório a descrição de todos os exames preconizados para cada agravo. Nas duas primeiras semanas, as enfermeiras ajudaram os médicos a adiantar o trabalho tendo em vista que já conheciam quais exames precisavam para cada usuário e.

Em alguns momentos, enfrentamos dificuldade em realizar as visitas domiciliares devido às chuvas fortes e falta de carro na Unidade, que algumas vezes não estavam disponíveis. Por isso, alguns usuários ficavam agendados para atendimento domiciliar, todos os idosos com mais de 80 anos, mas, consideramos que isso pode ser resolvido com a recuperação dessas visitas nas semanas seguintes, não trazendo prejuízos a intervenção.

Quanto às solicitações de exames, precisamos da ajuda da gestora da saúde municipal, para indicar todos os exames preconizados no protocolo, pois, na segunda semana não tinha reativo para creatinina, mas foi resolvido na mesma semana, pois encaminhamos para o hospital; também apresentamos problemas com o papel para eletrocardiografia e com a ajuda da gestora, em duas semanas de conversa foi solucionado.

O atendimento clínico mostra um trabalho muito bem executado pelos médicos e condições ótimas para a indicação e realização de exames laboratoriais. Todos os médicos seguiam o mesmo protocolo para que pudesse haver comparação e registro uniforme de cada usuário. Infelizmente, esses atendimentos começaram a dar problemas, pois, para os usuários atendidos se indicavam os exames do protocolo e depois precisava de outra consulta para mostrar os resultados. Para isso, dedicamos um tempo depois do trabalho numa segunda-feira para programar uma estratégia diferente de atendimento e retorno. Então decidimos que nós iríamos fazer as indicações de exames aos usuários antes do atendimento para dá condições de acompanharmos um maior número de usuários e percebemos que também funciona melhor o agendamento, para essa função ficou responsável

os agentes de saúde e a gestora municipal autorizava os exames indicados todas as semanas.

Para o atendimento às pessoas idosas ou com algum problema de locomoção para chegar à UBS nós planejávamos as visitas domiciliares que eram solicitadas pelos agentes de saúde os quais fizeram a lista dos usuários acamados e que tinham a indicações de exames. Portanto, foi agendada a visita pelos médicos duas vezes por semana para dar cobertura a essa população. Para essa atividade, as duas ESF trabalham juntas para dá cobertura a toda necessidade de atendimento.

Outra dificuldade apresentada foi com a incorporação de usuários idosos ao programa Hiperdia, para isso, fizemos mais de 40 ações de educação em saúde com familiares mais jovens que pegam os medicamentos do programa ou para alguém da família, muitas destas ações realizadas por uma enfermeira que entregava os medicamentos de uso contínuo as terças-feiras, cada semana em comunidades diferentes e na sua chegada a unidade, ela reportava as ações realizadas. Infelizmente, apesar de todo trabalho de conscientização, ainda temos muitos usuários da maior idade que tomam medicação comercial e não gostam de medicação da UBS. Outro problema é o atendimento odontológico neste grupo etário que precisa uma avaliação domiciliar e é muito difícil se deslocar para o atendimento odontológico. As estratégias para tratamento com pessoas maiores de 80 anos é uma meta a melhorar em nosso município. Durante a intervenção, receberam atendimento odontológico apenas aqueles que visitaram a UBS ajudados por familiares ou que precisavam de algum exame, mas os outros ficaram sem o atendimento.

A partir dos próximos meses, teremos disponíveis as equipes de saúde bucal para se deslocar até a área e fazer as visitas domiciliares, assim começaremos com as visitas aos mais idosos e aqueles que não podem chegar a UBS. Tomando este projeto como exemplo, também pretendemos implantar o programa de atenção à saúde do idoso na UBS, pois, é um público com um percentual bastante alto de nossa população e com tendência a aumentar.

As ações educativas tiveram um ótimo apoio da comunidade, pois, quando marcávamos as pessoas estavam presentes em quantidade bem representativa e interagem conosco, sempre dando suas opiniões. Houve a disponibilização de meios de transporte e áudio visuais para as palestras em comunidades e colégio.



*Figura 2: Atividade educativa no Colégio Estadual Ilópolis. Ilópolis/RS, 2015.*

O trabalho com fatores de risco foi tratado em todos os níveis, em ações de saúde preparadas para mais de 100 estudantes, divididos em 4 turmas, do colégio estadual. Planejamos começar com os mais jovens e que podem transmitir a informação aos familiares e amigos nas comunidades. Para a comunidade, em diferentes grupos de gestantes, pessoas idosas, pessoas com hipertensão e diabetes, dialogamos na UBS e nos grupos de encontro sobre os fatores de risco, e, sempre interagindo com eles, de forma que eles podiam se expressar e dizer a opinião e sugerir melhorias ao programa, sendo um total de 10 ações educativas, totalizando 223 pessoas, A participação da comunidade é importante no compartilhamento dos conhecimentos adquiridos nesses encontros e em outras atividades realizadas pela secretaria de educação e saúde.

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

No início de nossa intervenção, a avaliação da necessidade de atendimento odontológico foi realizada pelos médicos porque a dentista não teve condições de atuar, mas no decorrer da intervenção, ela se programou e continuou fazendo essa

avaliação. Felizmente, com um trabalho em equipe bem programado, conseguimos desenvolver as ações previstas de forma que contemplasse todas as ações previstas na Planilha OMIA.

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

As coletas e sistematização de dados não representaram nenhum tipo de problema para nossa intervenção, pois, contamos com o sistema informatizado, pastas para cada usuário e ficha espelho que permitem tomar qualquer informação que se faça necessário. Os médicos durante o atendimento ficaram responsáveis por inserir todos os dados preconizados pelo programa de atenção ao usuário com hipertensão e/ou diabetes na pasta eletrônica de cada usuário no momento do atendimento, depois esses dados são transferidos para a ficha espelho para ser atualizada a planilha coleta de dados.

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

Embora algumas metas não foram cumpridas em 100%, minha equipe e eu ficamos muito felizes com as metas e resultados alcançados. Consideramos que foi feito um ótimo trabalho na comunidade e agora o que precisamos é a continuidade deste trabalho no dia a dia. Até agora os exames clínicos e laboratoriais exigidos no protocolo é algo já estabelecido na unidade. A população atualmente já tem um maior entendimento dos direitos cabíveis a ela e que precisa receber de forma gratuita os exames preconizados nos programas de Ministério da Saúde.

Dentro do programa de hipertensão e diabetes existem alguns pontos com viabilidade de continuar, por exemplo, a pesquisa de hipertensão e diabetes para usuários maiores de 20 anos; agendamento para consulta; atendimento prioritário na demanda espontânea aos usuários com pressão arterial alta e glicose elevada; trabalho sobre os fatores de risco das doenças. Agora tem outras que existem condições para dar continuidade, mas que ainda precisa de alguns ajustes como a incorporação da comunidade ao Grupo para ações educativas, melhor adesão dos usuários e médicos quanto aos medicamentos da farmácia popular, e também

quanto ao atendimento domiciliar, que tem todas as condições e ajuda por parte da gestora municipal, mas, alguns médicos também não gostam de fazer este trabalho.

As UBS em geral precisa de médicos que gostem do trabalho comunitário, eles precisam conhecer os problemas das pessoas, onde mora, o meio ambiente, como se alimentam. Dessa forma, com a equipe que tenho na minha UBS, a intervenção será incorporada a rotina do serviço. Para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção as pessoas com hipertensão e diabetes, em especial os que são classificados como de alto risco. Assim fazendo, conseguiremos incorporar maior quantidade de usuários ao programa da farmácia popular/hiperdia e daremos continuidade das ações à rotina de serviços.

#### **4. Avaliação da Intervenção**

##### **4.1 Resultados**

A intervenção buscou melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus da área de adscrição da UBS Ilópolis. As duas equipes são responsáveis por uma população de 4.102 pessoas. Destas, 2.911 são maiores de 20 anos, sendo que 624 têm hipertensão e 154 diabetes, segundo as estimativas da planilha de coleta de dados que foi utilizada como base para os cálculos dos indicadores.

Trata-se de um público volumoso e que estava precisando de melhoria da atenção, tendo em vista que, a cobertura do programa no período da análise situacional era de 77% para hipertensão e 38% para o diabetes. O resultado da intervenção apresenta dados satisfatórios em nossa área de atuação. A partir dos indicadores avaliados, obtivemos melhora progressiva ao longo das semanas. Isso demonstra o comprometimento da equipe em melhorar a cobertura do programa e o atendimento ao usuário ao longo de cada mês.

O número total na figura 3 de usuários hipertensos com 20 anos ou mais acompanhados no programa de atenção à HAS e residentes na área de abrangência da equipe, em cada mês da intervenção foi, respectivamente, 159 (25,5%), 309

(49,5%) e 466 (74,7%). Já em relação ao programa de usuários diabéticos na figura 2, o número total de acompanhados foi 34 (22,1%), 68 (44,2%) e 90 (58,4%), respectivamente.

Antes do início da intervenção, as metas de cobertura estimadas para o Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus foi 100% respectivamente. Conforme é possível observar na figura 3 e 4 essas metas não foram alcançadas.

O indicador de cobertura do programa de atenção aos usuários com hipertensão e diabetes nos permite conhecer cada pessoa, sabendo melhor como se encontra sua saúde. O trabalho em equipe bem organizado e com ajuda dos gestores e da população contribuiu para alcançar este resultado. Entretanto, não alcançamos a meta estimada em 100% da população porque a intervenção foi planejada para acontecer no período de 4 meses, e para atender a recomendação do curso, a intervenção finalizou com 12 semanas. Ressalta-se que com o ritmo de trabalho os 25% que faltavam daria para atingir a meta conveniada para a intervenção.

A maioria das pessoas com diabetes também são hipertensas, logo, foram atendidas por apresentar os dois agravos. No quarto mês estava planejado para acontecer ações educativas em saúde voltadas para os usuários que apresentavam diabetes, consultas planejadas, além da aplicação de vacina nos maiores de 60 anos de idade que chegam a UBS. Mas, como a intervenção foi incorporada à rotina da unidade, as ações planejadas continuam acontecendo na unidade de saúde, apenas não foram contabilizadas nos resultados da intervenção.

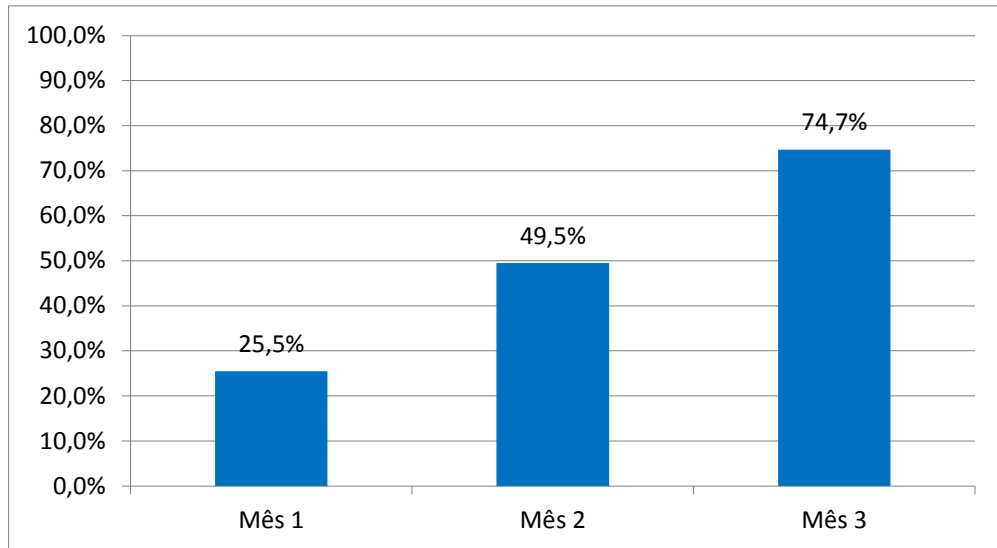


Figura 3: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde. Ilópolis/RS, 2015.

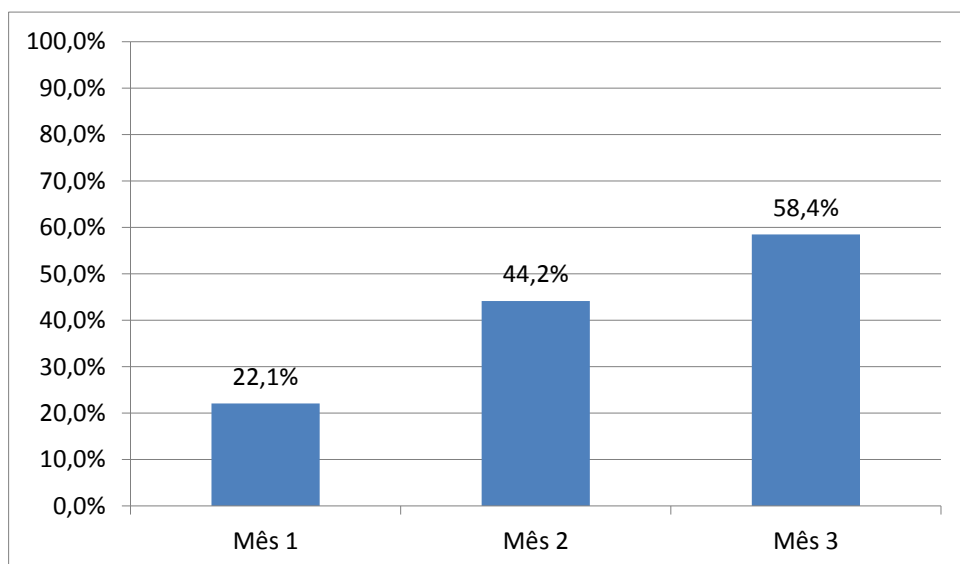


Figura 4: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde. Ilópolis/RS, 2015.

Para os indicadores de qualidade, foram estabelecidas metas de 100%. No programa de atenção à HAS a figura 5 mostra o número de usuários que realizaram exame clínico apropriado ao longo da intervenção, no primeiro, segundo e terceiro mês foi, respectivamente, 156 (98,1%), 306 (99,0%) e 462 (99,1%). No programa de atenção à diabetes, os resultados obtidos foram 34 (100%), 66 (97,1%) e 89 (98,9%), no primeiro, segundo e terceiro mês, respectivamente (Figura 6).

Foi possível uma boa porcentagem graças ao trabalho dos médicos da UBS, que estavam sempre levando o protocolo nas consultas realizadas. Esta ação não

apresentou inconveniente, pois houve cumprimento pela Secretaria Municipal de Saúde na realização dos exames clínicos apropriados e solicitados no protocolo.

No terceiro mês, atendemos 90 usuários diabéticos, desses 89 ficaram com exame em dia, representando 98,9%, pois apenas um usuário ficou com exames atrasados porque precisou sair do município para cuidar da filha. Foram possíveis os resultados com o percentual alcançado levando em conta a avaliação sistemática usada nas ações da intervenção, que priorizaram a qualidade das consultas, sendo realizado um exame físico completo como também avaliação do risco cardiovascular, fornecendo um atendimento integral, contínuo e organizado nas consultas.

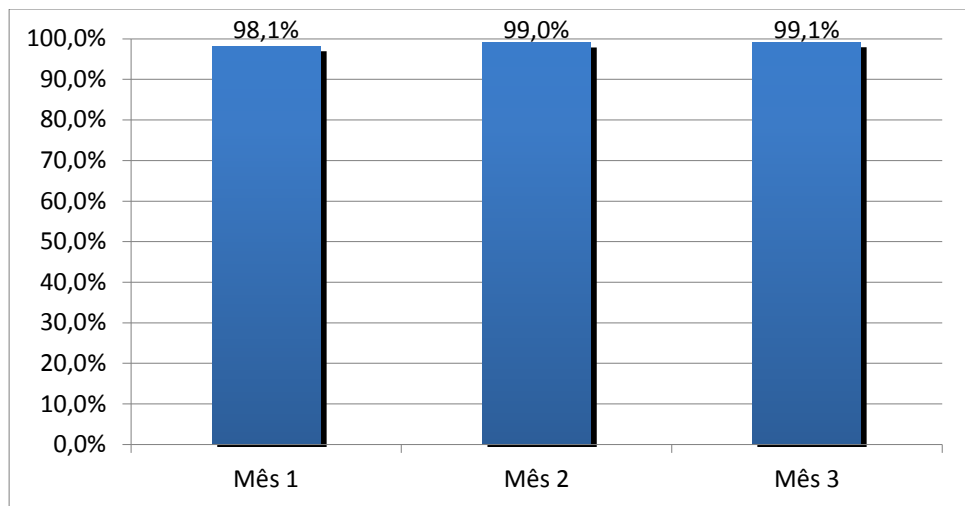


Figura 5: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. Ilópolis/RS, 2015.

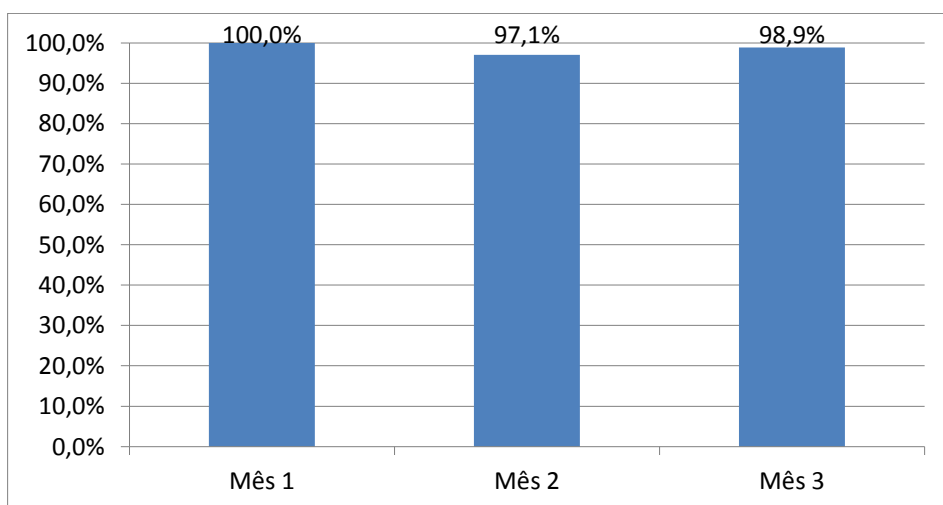


Figura 6: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. Ilópolis/RS, 2015.



A meta de garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia, de acordo com o protocolo, não foi alcançada. No primeiro mês de intervenção foram atendidos 159 usuários hipertensos e 66 ficaram com exame complementares em dia de acordo com o protocolo, com 41,5%. No mês dois foram atendidos 309, representando 62,1%; já no terceiro mês foram 324 usuários hipertensos com exame complementares em dia, que corresponde 69,5%. No primeiro mês foi menos de 50% obtido, pois, os dois médicos indicavam os exames e os usuários não voltaram com resultados, pois precisaram outra consulta, e como observamos isso, usamos a estratégia da equipe que estava cadastrando, fazer a indicação dos exames por protocolos, e também aos usuários selecionados pelas enfermeiras e entregues em visitas domiciliares como também nas visitas a UBS por outra causa, que a partir do segundo e terceiro mês melhorou o percentual de hipertensos com exames em dia, saindo de 41,5% para 69,5%. A meta não foi cumprida em 100%, mas, na continuidade do trabalho, vai começar a chegar os usuários com exames feitos, pois muitos não conseguem realizar os exames na hora (Figura 7).

No primeiro mês de intervenção foram atendidos 34 usuários diabéticos e 18 ficaram com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, com um percentual de 52,9%. Já no segundo mês, foram atendidos 68 com 64,7% de exames complementares realizados. No trimestre, foram 90 usuários diabéticos com exame em dia, representando 67,8% (Figura 8). No primeiro mês foi pouco mais de 50% obtido, os médicos indicavam os exames e os usuários não voltaram com resultados, pois precisaram outra consulta. No segundo e terceiro mês melhorou o percentual de hipertensos com exames em dia de 52,9% a 67,8%, Foi possível por uma estratégia da equipe em indicar os exames por protocolos aos usuários selecionados pelas enfermeiras, também nas visitas domiciliares e em visitas dos usuários a UBS por outras causas. A meta não foi cumprida 100% mas com a continuidade do trabalho, irão continuar chegando os usuários com exames feitos.

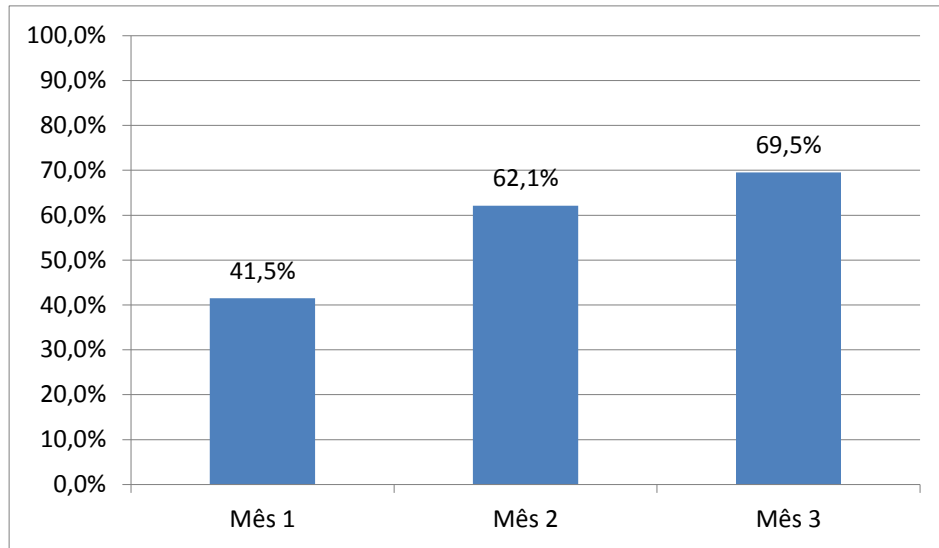


Figura 7: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Ilópolis/RS, 2015.

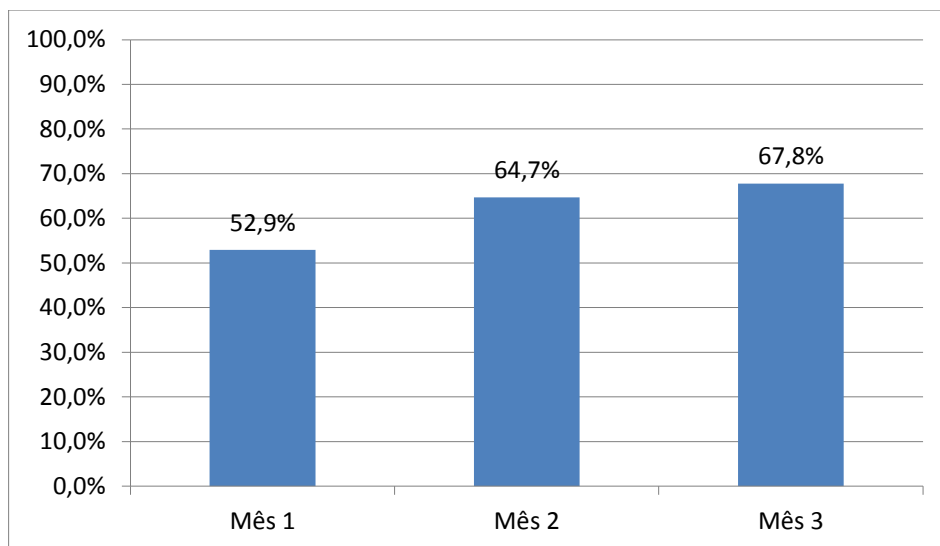


Figura 8: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Ilópolis/RS, 2015.

Quanto à prescrição de medicamentos da farmácia, no primeiro, segundo e terceiro, o número de usuários hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular foi, respectivamente, 125 (79,6%), 243 (79,4%) e 368 (79,5%), enquanto o número de usuários diabéticos foi 25 (73,5%), 41 (62,1%) e 56 (62,2%), no primeiro, segundo e terceiro mês, respectivamente (Figuras 9 e 10). Esses percentuais ficaram estáveis em boa parte da intervenção porque o uso de farmácia popular/hiperdia é um problema que deve ser resolvido em conjunto com os médicos mais experientes e antigos que trabalham no município e indicam medicamentos

não genéricos, que os usuários não podem conseguir nas farmácias popular. Também é necessário fazer um trabalho de conscientização com a comunidade, para que possa aderir principalmente os idosos, que em maior proporção, consomem medicamentos comerciais.

No primeiro mês, de 34 usuários diabéticos com prescrição de medicamentos, apenas 25 (73,5%) fizeram uso de farmácia popular/hiperdia, esse percentual declina um pouco nos meses subsequentes, mês dois e três 62,1% e 62,2%. O gráfico indica que o declínio nos dois últimos meses tem relação direta com os usuários que já tomam a medicação comercial e não são usuários novos, pois, eles já fazem uso da medicação e é muito difícil trocar em uma única consulta, entendo que leva um tempo e requer um trabalho conscientização para conseguir frutos (Figura 10).

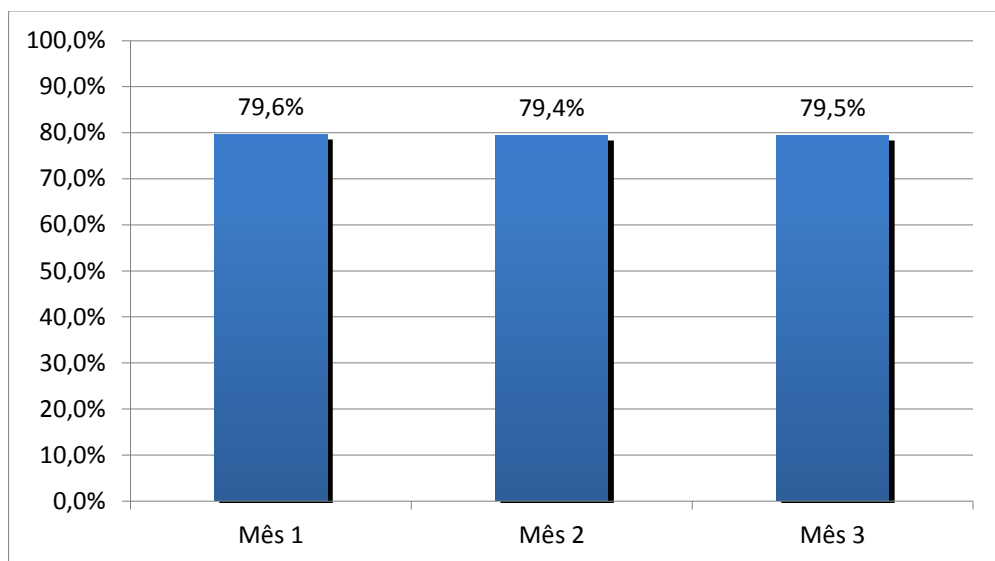


Figura 9: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. Ilópolis/RS, 2015.

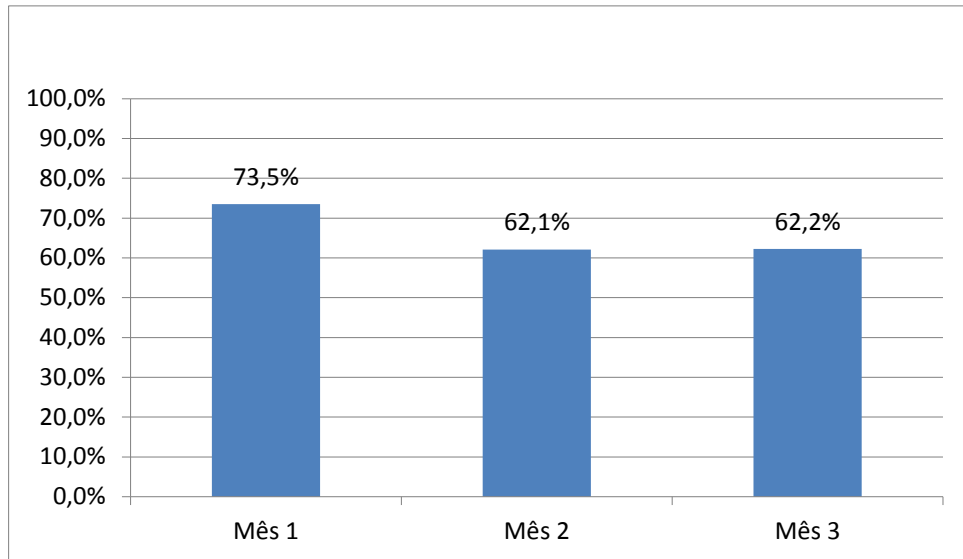


Figura 10: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. Ilópolis/RS, 2015.

A avaliação da necessidade de atendimento odontológico aos usuários hipertensos nos dois primeiros meses foi mostrado na figura 11 sendo de 96,2%(153) e 96,4% (298) respectivamente. O trimestre fechou com 466 usuários hipertensos atendidos, deles 441 com necessidade de avaliação odontológica para 94,6 %. Já para os usuários diabéticos tivemos no primeiro mês foi de 33 (97,1%) avaliações da necessidade de atendimento odontológico. No segundo mês foi 64 (94,1%) usuários diabéticos e apenas 4 não foram avaliados. O trimestre fechou com 91,1% (82) de usuários diabéticos avaliados a necessidade de atendimento odontológico (Figura 12). Apesar de não ter alcançado 100% foi uma meta que conseguimos alcançar com êxito graças a equipe de saúde bucal que tem desenvolvido um trabalho muito bom. Antes, foi combinado para que o dentista priorizasse os usuários do programa, pois, a saúde bucal na unidade tem uma carga horária de 8 horas de trabalho. Só faltaram a avaliação de pessoas mais idosas e aqueles que não podem frequentar a UBS, mas, serão implementadas visitas domiciliares com os dentistas para os casos excepcionais que não podem se deslocar para a UBS.

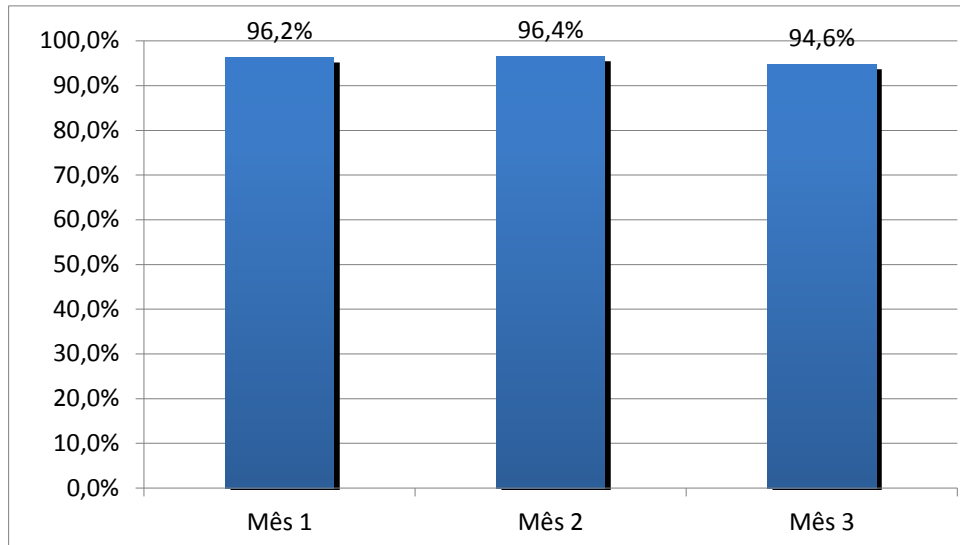


Figura 11: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Ilópolis/RS, 2015.

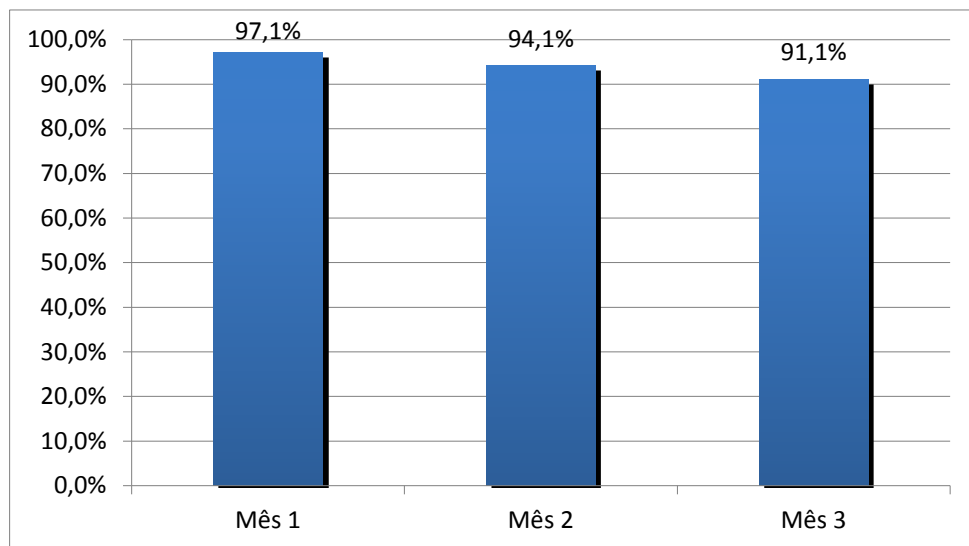


Figura 12: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Ilópolis/RS, 2015.

A proporção de hipertensos e diabéticos faltosos que tiveram as consultas com busca ativa propiciou que todos aqueles que foram acompanhados na UBS e faltaram as consultas tivessem seu atendimento garantido, pois 100% dos faltosos tiveram a busca ativa pelos ACSs. A meta de buscar 11 (100%) dos hipertensos e 3 (100%) diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada foi alcançada. O número de usuários hipertensos e diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa ficou em 100% nos três meses da intervenção. Os resultados têm a resposta em uma equipe de saúde que

trabalha fazendo honra ao nome da equipe, os ACSs são a melhor ponte de acesso entre o usuário e parte da equipe que fica na UBS.

Quanto à proporção de usuários hipertensos e diabéticos que tiveram seu registro adequado na ficha de acompanhamento foi alcançada uma boa meta. No trimestre feito registro adequado de 156 (98,1%), 306(99,0%) e 465(99,8%) respectivamente para usuários hipertensos nos três meses (Figura 13). Já nos usuários diabéticos, esse acompanhamento foi de 34(100%) no primeiro mês, 66(97,1%) no segundo e o trimestre terminou com 90(100%) (Figura 14). Alcançando resultados muito perto dos 100%. O trabalho dos médicos fazendo todas as anotações, uma enfermeira supervisionando o trabalho uma vez por semana, e o médico responsável do programa analisando todas as semanas os dados para colocar na Planilha de forma que não faltassem nenhum registro dos usuários, mas acredito que não foi possível alcançar os 100% por ter planejado para ser executado em 16 semanas de trabalho e foi feito apenas em 12 semanas.

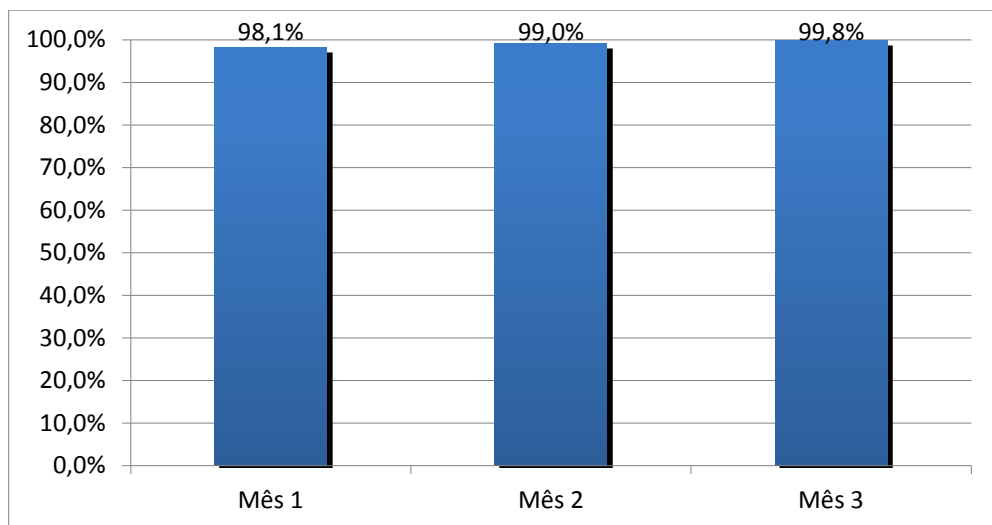


Figura 13: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento. Ilópolis/RS, 2015.

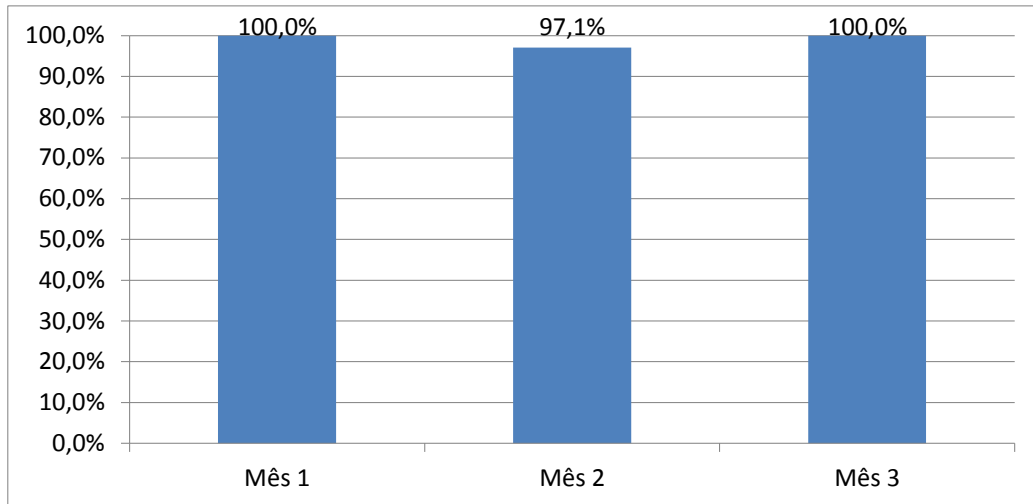


Figura 14: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento. Ilópolis/RS, 2015.

Foi necessário fazer o mapeamento da estratificação do risco cardiovascular tendo como meta 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Na prática o número de usuários hipertensos com estratificação do risco cardiovascular foi, respectivamente, 157(98,7%), 307 (99,4%) e 466 (100%), enquanto o número usuários diabéticos foi 34 (100%), 66 (97,1%) e 90 (100%), no primeiro, segundo e terceiro mês, respectivamente (Figuras 15 e 16). Em todas as consultas os médicos indicaram exames para o controle de risco cardiovascular provendo assim um atendimento integral, contínuo e organizado nas consultas, que devido ao tempo de atendimento das consultas, todos os usuários não conseguiram fazer sua estratificação de risco. Os usuários têm como costume solicitar sempre exames para controle dos riscos, já é um hábito na população de Ilópolis.

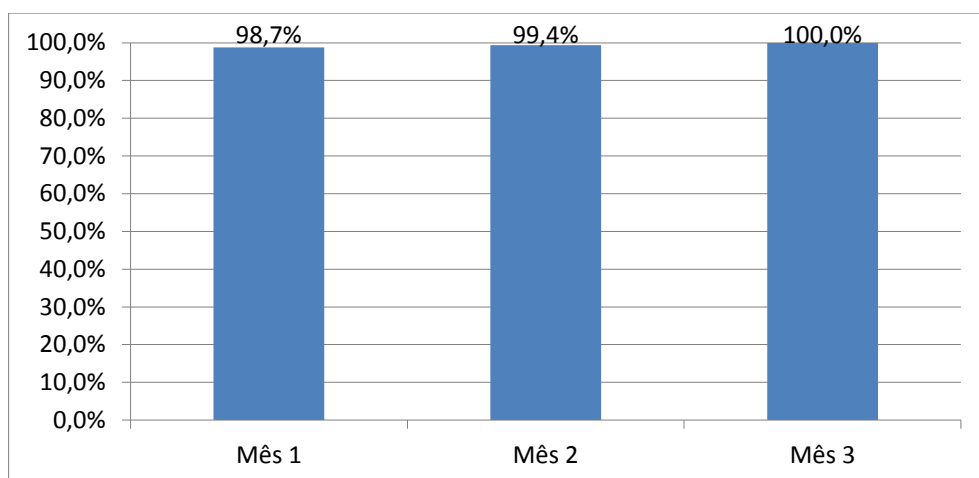


Figura 15: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. Ilópolis/RS, 2015.

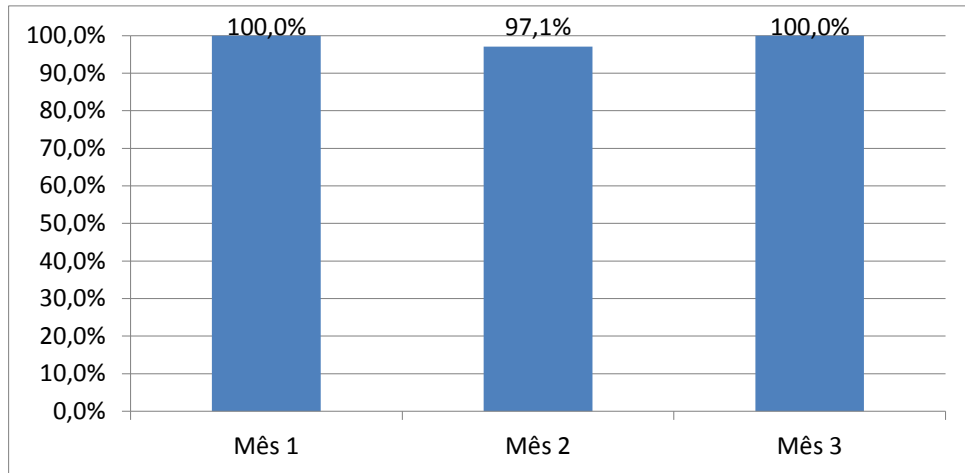


Figura 16: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. Ilópolis/RS, 2015.

Foram realizadas ações educativas com a intenção de garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos. No primeiro mês o número de usuários hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde com orientação nutricional sobre alimentação saudável foi de 157 (98,7%), já no mês foram 307 (99,4%) e no terceiro mês os 466 (100%), tiveram a orientação nutricional (Figura 17). Da mesma maneira, para os diabéticos os valores foram de 34 (100%) no primeiro mês, no mês dois foi 66 (97,1%), sendo que desse total, dois usuários ficaram sem a orientação, porque eles são bem idosos e vieram ao consultório sem um familiar que more junto para dar as orientações necessárias, pois para pessoas muito idosas ou com deficiências mentais, fica difícil que eles nos contem algumas informações com veracidade. No terceiro mês, 100%, os 90 tiveram orientação nutricional (Figura 18). Como não contamos com a ajuda de nutricionistas, os médicos e a equipe de enfermagem foram os responsáveis por garantir a comunidade orientações precisas sobre alimentação saudável, e assim, cumprir a meta.



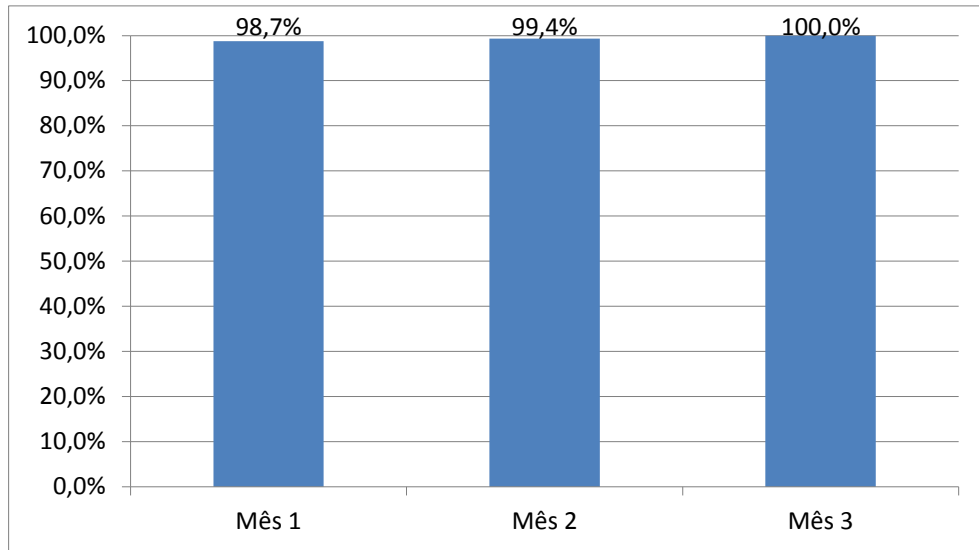


Figura 17: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. Ilópolis/RS, 2015.

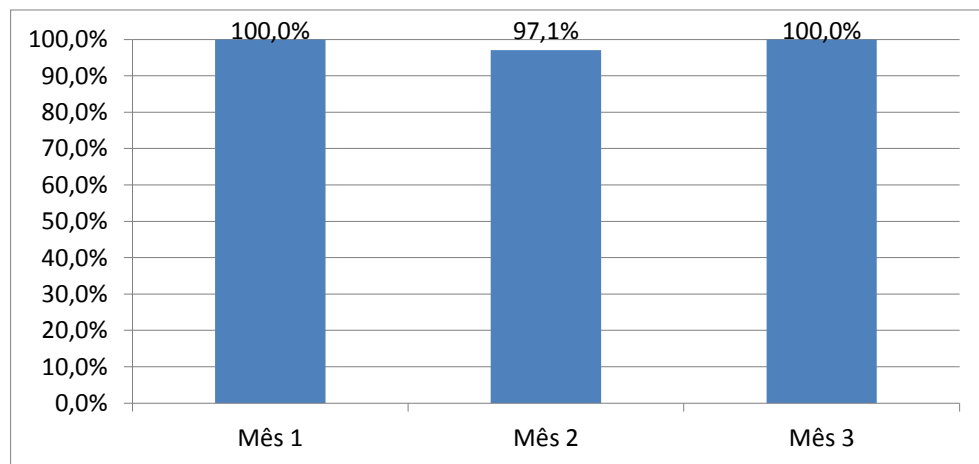


Figura 18: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. Ilópolis/RS, 2015.

Da mesma forma, também foram realizadas ações educativas com a intenção de garantir a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos orientações em relação à prática regular de atividade física. No primeiro mês, o número de usuários hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde com orientação sobre prática regular de atividade física foi de 157 (98,7%); no mês dois, 307(99,4%) faltando dois usuários hipertensos ser orientados e no terceiro mês fechou com 466 (100%). Nos usuários diabéticos, o mês 1 foi feito as orientações com 34 (100%) dos usuários, já no mês dois foi 66 (97,1%), faltando dois usuários receber a orientação e no terceiro mês, fechou com 90(100%) e todos de usuários hipertensos e

diabéticos tiveram o momento de orientação sobre prática regular de atividade física ( Figuras 19 e 20). A meta foi cumprida, sem apresentar inconvenientes, os médicos orientavam de acordo com o protocolo de atendimento para atividade física durante as atividades educativas, mostrando algumas atividades, alongamentos que podem ser realizadas até dentro de casa, pois muitos alegaram que não tinham tempo para se exercitar.

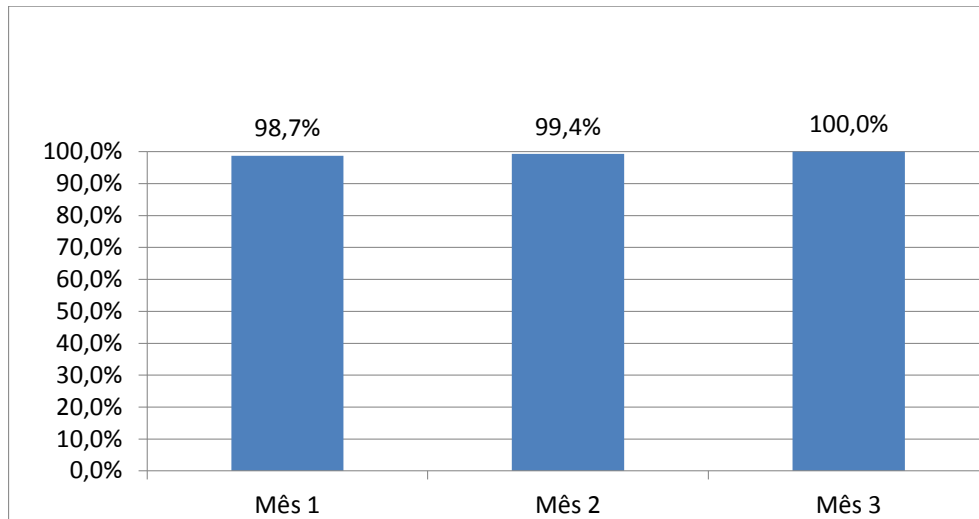


Figura 19: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular. Ilópolis/RS, 2015.

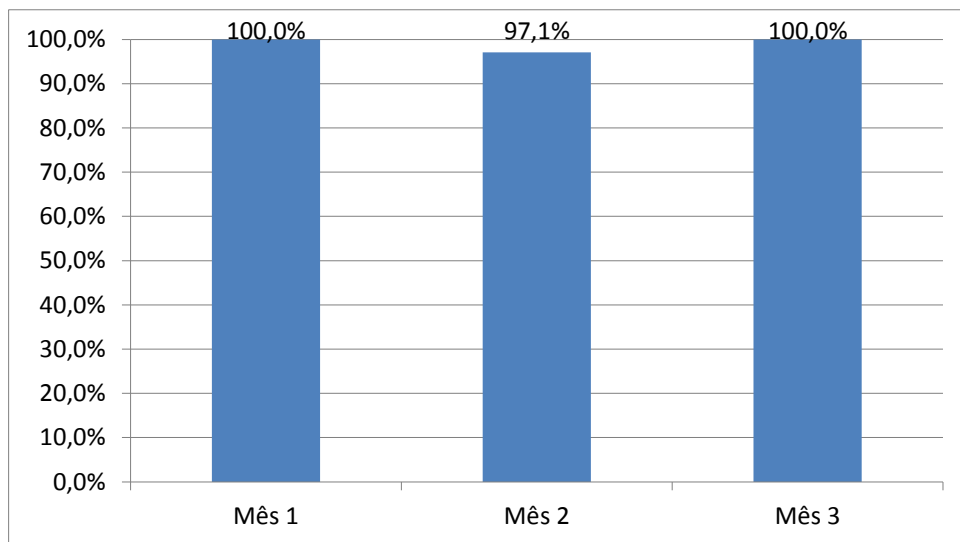


Figura 20: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular. Ilópolis/RS, 2015.

Quanto às orientações sobre os riscos do tabagismo, tivemos como meta garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos. O número total de hipertensos que participaram as ações educativas sobre os riscos do tabagismo residentes na área de abrangência da equipe, em

cada mês da intervenção foi, respectivamente, 157 (98,7%), 307 (99,4%) e 466 (100%) (Figura 21). Já em relação ao programa de diabetes, o número total de acompanhados foi respectivamente 34 (100%), 66 (97,1%) e 90 (100%), respectivamente (Figura 22). Podemos dizer que dos usuários que fazem uso do tabaco, a maioria sente vontade de largar o vício e assim eles são bem participativos nas atividades de orientação, durante as atividades procuramos sempre mostrar que existe medicamentos que auxiliam a abandonar o vício, comentamos muito os aspectos negativos e as consequências em longo prazo relativas ao vício, também as estratégias que podem ser usadas para abandonar o vício e o uso do medicamento. Essas atividades são levadas a comunidades por nutricionista, psicólogo, dentista, técnicas de enfermagem, médicos, essas orientações tanto foram realizadas em grupos na UBS, como também individualmente com os médicos durante todas as consultas.

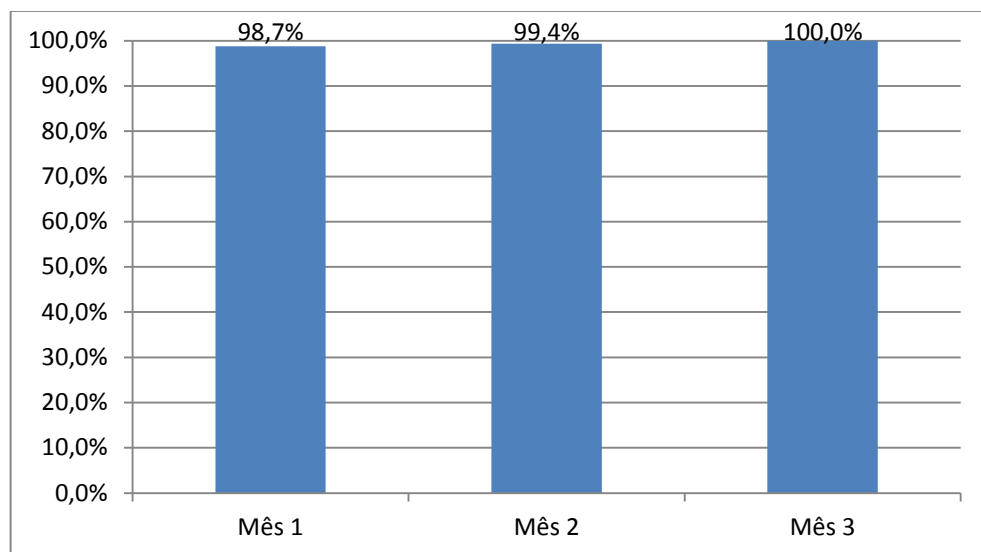


Figura 21: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. Ilópolis/RS, 2015.

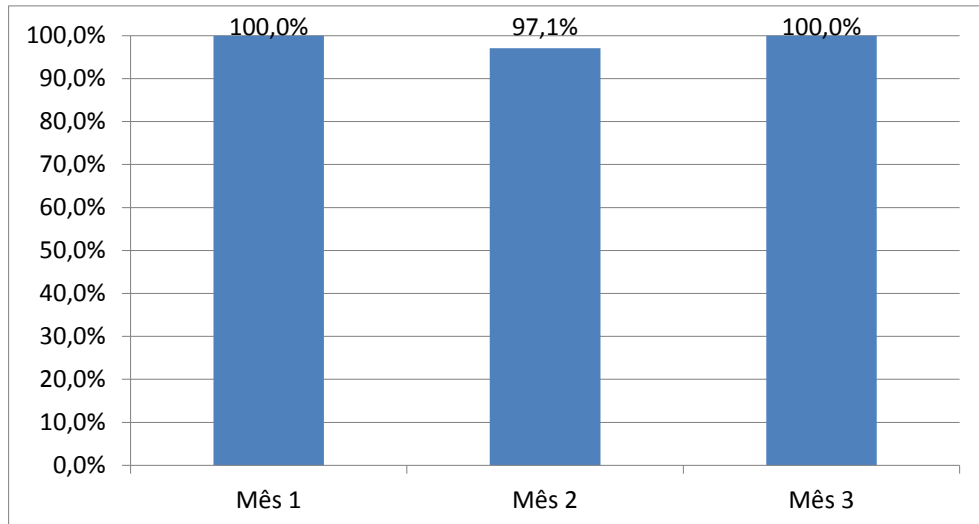


Figura 22: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. Ilópolis/RS, 2015.

Diante da importância de manter uma boa higiene bucal e que 100% dos usuários hipertensos e diabéticos precisam de orientações de como manter uma boa higiene bucal. Durante as atividades coletivas abordamos essa orientação, tendo a participação no primeiro mês de 157(98,7%) usuários hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde com orientação sobre higiene bucal, no mês dois foi de 307(99,4%) faltando dois usuários hipertensos para orientação sobre higiene bucal e no terceiro mês fechou com 466 (100%) de usuários hipertensos orientados sobre higiene bucal (Figura 23). Da mesma forma os diabéticos se fizeram presentes e no primeiro mês, o número de usuários diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde com orientação sobre higiene bucal foi de 34 (100%), no mês dois, 66(97,1%) e no terceiro mês fechou com 90(100%) de usuários diabéticos orientados sobre higiene bucal (Figura 24). A maioria das pessoas apresentaram alguma queixa sobre sua saúde bucal e assim as ações educativas tiveram um ótimo apoio da comunidade, pois, quando marcávamos as ações na UBS, as pessoas estavam presentes em quantidade bem representativa e interagiam com o dentista, tirando várias dúvidas. O dentista sempre mostrava ilustrações impactantes de algumas doenças relacionadas à boca, incentivando a comunidade a cuidar da saúde bucal, também mostrou através de macro modelos a maneira correta de fazer a escovação, os médicos falaram dos fatores de risco, a psicóloga abordou o tema de depressão e vergonha de sorrir.

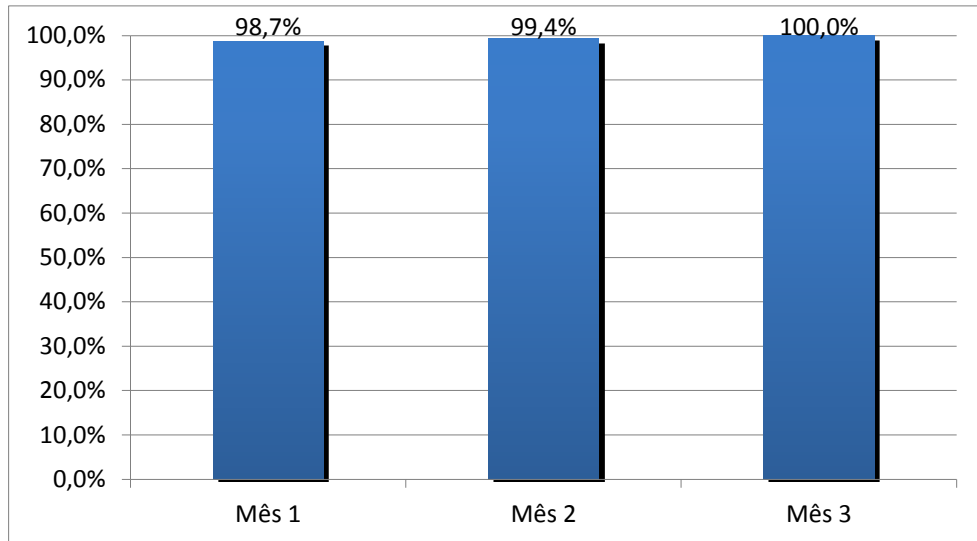


Figura 23: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal. Ilópolis/RS, 2015.

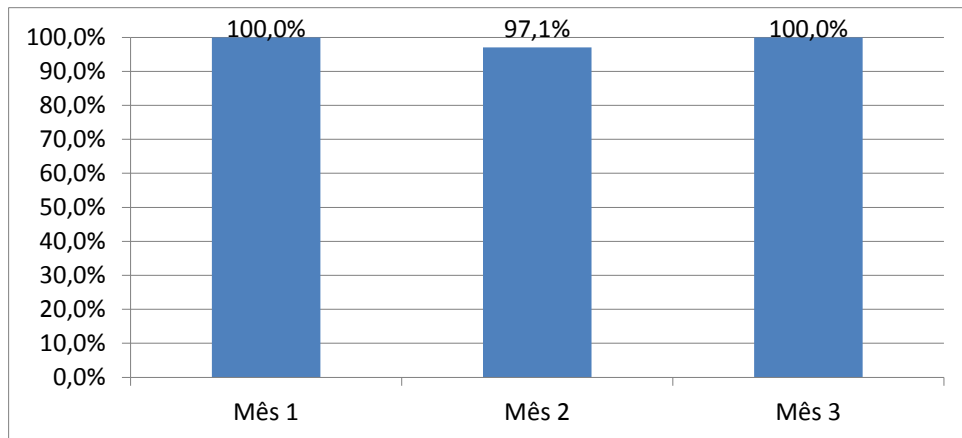


Figura 24: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal. Ilópolis/RS, 2015.

## 4.2 Discussão

A intervenção realizada com foco nas pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus, obteve resultados interessantes em relação à cobertura desta ação programática. Atingimos a meta de 40%, a partir do segundo mês de intervenção, finalizando com a cobertura da ação programática hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus de 74,7% e 58,4%, respectivamente. Alcançamos excelentes metas em relação aos exames clínicos e complementares em dia, assim como também orientação nutricional sobre alimentação saudável, orientação em relação à prática regular de atividade física, sobre os riscos do

tabagismo e sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes. Apresentamos muitos fatores positivos com a intervenção, contribuindo para a dinâmica da UBS, desde a porta de entrada, triagem e orientações. A intervenção, propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, assim como apresentou melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação dos exames dos pés dos diabéticos, laboratoriais, eletrocardiograma, a realização do teste de glicemia na hora da consulta e avaliação de risco de ambos os grupos. Apresentamos uma atenção redobrada na hora de classificar os usuários como de alto risco e aqueles com cifras de pressão e glicose alta.

A intervenção foi realizada com bastante cuidado para que toda a equipe pudesse estar envolvida no processo de trabalho, e assim, exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes, tendo que fazer uso do protocolo e estudá-lo previamente para que todos utilizassem o mesmo protocolo de atendimento. Esta atividade promoveu o trabalho em equipe dos médicos, das enfermeiras, das técnicas de enfermagem, ACSs, nutricionista, dentista e profissionais da recepção.

Os médicos foram os que tiveram maior contato com os usuários participantes da intervenção, eram eles que durante o atendimento clínico descreviam a evolução do tratamento que os usuários estavam fazendo, registrando tudo no sistema. As enfermeiras passaram por um treinamento e conhecimento do manejo das doenças do programa para poder discutir com a equipe sobre os fatores de risco destes agravos, o correto uso da ficha espelho e o próprio manejo com os usuários de alto risco que tem prioridade de atendimento. As técnicas de enfermagem em conjunto com auxiliares e ACSs foram as responsáveis por disseminar as informações através de algumas atividades coletivas que foram feitas pelos médicos, mas, como nem toda a população da área participava das ações, as ACS levavam as informações aprendidas para o restante do grupo durante as visitas domiciliares e também foram de extrema importância para fazer as buscas ativas aos faltosos. Isto acabou tendo impacto também em outras atividades do serviço, pois depois de cada avaliação do risco os usuários que precisavam de ajuda para uma dieta mais especializada foram encaminhados para a nutricionista da UBS que tinha um espaço em sua agenda para os usuários do programa, como também os

dentistas trabalharam em conjunto durante toda a intervenção, pois estavam sempre dispostos a priorizar o atendimento aqueles usuários que estavam sendo acompanhados no Programa.

A recepcionista foi responsável por organizar os usuários que estavam chegando e que precisavam passar pelo acolhimento antes de consulta médica, esse acolhimento era feito por uma enfermeira e uma técnica de enfermagem. Os usuários que não podiam chegar até a UBS por causa da idade ou dificuldade de locomoção, as ACSs marcavam as visitas domiciliares e o médico fazia a avaliação no próprio domicílio e dependendo da necessidade fazia o encaminhamento para que outro profissional da saúde viesse avaliar esse usuário, de forma a tentar ajudar ele da melhor forma.

Antes da intervenção as atividades de atenção a Hipertensão e Diabetes eram na maior parte concentradas no profissional médico; aqueles usuários mesmo que tivessem pressão arterial ou glicose muito alta, deviam esperar igualmente a qualquer outro para ser atendido pelo médico e ser medicado ou encaminhado. Os médicos faziam a visita domiciliar, alguns regressavam, outros não, e não tinha ninguém responsável por fazer a busca ativa aos faltosos. Dessa forma, a intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas, de forma que todos da equipe participam e não deixa ninguém sobrecarregado com muitas atribuições. A melhoria do registro e o agendamento das pessoas com hipertensão e diabetes viabilizaram a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. A classificação de risco tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento. Os conhecimentos adquiridos pela equipe já mostram resultados positivos e está sendo colocado em prática e usado para uma melhor organização na UBS, inclusive na atenção de outras doenças ainda não protocolizadas. Os usuários que chegam com exames laboratoriais com alguma alteração, a equipe do acolhimento já identificam e comunicam ao médico responsável pelo atendimento. A população com diabetes e hipertensão faz parte de um percentual alto na população maior de 20 anos, a maioria das famílias tem pelo menos um integrante com uma destas doenças, e assim facilita que os ACS fiquem mais perto dessas famílias cadastradas no programa.

O impacto da intervenção nas comunidades já foi bem reconhecido, o maior exemplo é nas visitas domiciliares, pois as pessoas ficam olhando que os mais idosos são visitados nas casas e em cada atividade educativa em grupos, falamos

dos fatores de risco e percebemos que eles gostam de saber mais sobre estes agravos e assim já percebem os benefícios do programa. Nosso público alvo demonstra satisfação com a prioridade no atendimento, porém a recepcionista e as agentes de saúde sempre alertam sobre importância dos agendamentos. Durante esses 3 meses, tivemos uma boa cobertura, e a cada dia a ampliação da cobertura do programa será maior.

Hoje, já com os resultados analisados, toda equipe reconhece a importância que a intervenção teve e todos tem interesse em dar continuidade. Entretanto, reconhecemos que a intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional todos tivessem se comprometido em ajudar como fizeram do meio para o fim. Também destinaria um pouco mais de tempo na elaboração do projeto, envolvendo mais a equipe, e seria mais firme nas solicitações de ajuda à secretaria de saúde, cobrando os insumos que temos direito para uma intervenção adequada. Teria sido muito mais fácil o desenvolvimento de algumas tarefas se cada um reconhecesse o que deveria ser feito, por conhecimento alcançado trabalhando nas bases dos problemas já apresentados. Hoje na UBS, a população e a equipe tem conhecimento da importância em continuar e expandir esse trabalho, apresentando condições materiais e humanas em dar continuidade, e dessa forma vamos incorporar a intervenção a rotina do serviço, e unidos teremos condições de superar algumas dificuldades encontradas.

Para que a intervenção continue na rotina do serviço devemos investir em algumas ações, tais como: dialogar com a comunidade sobre o uso de medicação da farmácia popular, pois, ainda não tem total adesão, para isso vamos trabalhar para que os médicos passem aos usuários credibilidade nos medicamentos genéricos do programa Hiperdia. Junto aos gestores, vamos solicitar melhorias quanto a disponibilidade de carros para movimentar a equipe e os dentistas para as visitas domiciliares aos usuários que não conseguem se locomover até a UBS.

A partir dos próximos meses, já contamos com a disponibilidade da equipe de saúde bucal para se deslocar conosco até a área e fazer visitas domiciliares, onde começaremos pelos mais idosos e aqueles que não conseguem se locomover até a UBS. Tomando este projeto como exemplo, já planejamos incorporar outra intervenção, só que agora nosso público alvo será os Idosos, pois, apresenta um percentual bastante elevado na nossa população e com tendência a aumentar.



Assim, podemos perceber que a intervenção foi bem aceita e tem produzidos bons frutos com os usuários que apresentam a hipertensão e/ou diabetes. Diante desses resultados positivos, temos boas intenções que nosso projeto se espalhe também a outros Municípios e que possamos ter uma melhor saúde na nossa comunidade.

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

Prezado Secretário Municipal de Saúde Rosemary Piccinini Camilotti.

Na Unidade Básica de Saúde Ilópolis foi desenvolvido um projeto de intervenção durante 12 semanas no período de fevereiro ao abril de 2015, com o objetivo de Melhorar a atenção à pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Ilópolis, Ilópolis/RS. Foi realizada por meio da especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas. A equipe escolheu o foco das doenças crônicas não transmissíveis, por ter encontrado baixa cobertura na Hipertensão e Diabetes, e não ter um programa de atendimento adequado ao acompanhamento da população e de poder avaliar seu comportamento no município.

Começamos fazendo uma análise situacional demonstrando a necessidade de seguir o protocolo preconizado a ser implantado conforme as recomendações do Ministério da Saúde em seu protocolo atualizado em 2006. Foi recomendado um conjunto de metas com prazo de cumprimento com um cronograma de execução de 12 semanas.

A equipe demonstrou união no trabalho para dar solução as dificuldades apresentadas e sempre com o mesmo objetivo de elevar a qualidade da saúde de nosso povo. No decorrer das 12 semanas, conseguimos uma adesão de 556 usuários ao programa de Hipertensão e Diabetes, todos sendo atendimentos segundo foi preconizado no protocolo para realização de exames clínicos e laboratoriais, sempre seguindo todo o protocolo. Apresentamos problemas com alguns exames por falta de reativo e eletrocardiograma que em reunião com gestora ficou resolvido e em uma semana foi solucionado, conforme reconhecimento obtido do nosso trabalho com os conselhos comunitários de saúde.

Quase todas as metas foram alcançadas, mas, a integração de um percentual maior ao programa hiperdia/farmácia popular não foi possível, além de um trabalho em conjunto da equipe, reconhecemos que faltou o envolvimento de alguns médicos do município para a não indicação de medicamentos de origem comercial e sim daqueles da farmácia popular, explicando aos usuários que não acreditam nestes medicamentos.

Atualmente conseguimos ampliar algumas metas com esses grupos e hoje contamos com uma cobertura de atenção ao usuário hipertenso de 74,7% (466) e com os usuários diabéticos 58,4% (90). Temos 99,1% (462) com exame clínico em dia e 69,5% (324) com exames complementares em dia para hipertensão e 98,9% (89) com exame clínico em dia e 67,8% (61) com exames complementares em dia para os usuários diabéticos. De todos os faltosos as consultas, 100% tiveram a busca ativa realizada e todos que foram consultados, tiveram sua estratificação de risco cardiovascular realizada. E a cada dia vamos avançando de forma a atingir um maior número de usuários.

A equipe reconhece que tem um desafio muito importante que é manter o trabalho desenvolvido até agora, tentando sempre melhorar. Aproveitamos para agradecer o apoio total da secretaria da saúde e os demais fatores comprometidos em melhorar os níveis de saúde do município. Contamos hoje com recursos humanos necessários para levar adiante nossa tarefa com ajuda de toda a equipe.

Nosso atendimento hoje é centrado no agendamento para os atendimentos pelo programa, além dos atendimentos espontâneos e urgências. Nosso maior objetivo é diminuir com cada consulta, os riscos, fazer uma saúde de forma preventiva e não curativa, já que a UBS é a porta de entrada do usuário no sistema de saúde.

Toda a equipe fica muito grata com o feedback dado pela secretaria de saúde, gestora municipal e todos os usuários que colaboram durante a intervenção nas mudanças do estilo de vida, e trazendo mais saúde para a nossa comunidade. Para o futuro, apesar de ser um desafio difícil, nossa meta é incorporar outros programas como a saúde de Idoso para levar atenção integral e especializada a outros grupos da nossa área de abrangência. Para nós, foi muito importante todas as tarefas desenvolvidas até hoje e ficamos honrados pelas mudanças positivas na atenção básica de saúde e estamos sempre disposto a trabalhar em sintonia com a gestão de saúde, visando exclusivamente a melhoria da atenção Primária.

Entretanto, para tornarmos essas atividades de promoção de saúde constantes, necessitamos do apoio, participação, reconhecimento e a cobrança de todos envolvidos frente aos gestores municipais para que tenhamos cada vez mais uma sociedade articulada e engajada nos seus direitos e para uma melhor oferta de serviços à comunidade.

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

Prezados usuários da UBS Ilópolis,

A equipe de saúde fez um trabalho de intervenção depois de conhecer os principais problemas de saúde que afetam a população de nossa área de abrangência, e resolveu trabalhar inicialmente com as pessoas com hipertensão e/ou diabetes. A ideia central foi melhorar o atendimento segundo recomendação do Ministério da Saúde. Para começar, fizemos um levantamento de todas as pessoas com hipertensão e/ou diabetes para manter os dados bem atualizados. O acolhimento foi realizado por todos os membros da equipe, que antes precisaram passar por uma capacitação sobre todas as metas estabelecidas no projeto.

O momento do atendimento foi ideal para atualizar os dados dos medicamentos que são consumidos, fazer melhor uso da farmácia popular, falar sobre fatores de risco cardiovascular, indicar os exames preconizados pelo Ministério da Saúde. Tivemos a conduta de agendar as consultas, para que eles tivessem a possibilidade de ser atendido sem muita espera, facilitando nosso relacionamento no momento da acolhida na nossa Unidade de Saúde.

Ao realizarmos estas atividades conseguimos atender em 3 meses 556 pessoas com média de mais de 46 consultas por semana. O principal objetivo foi controlar as taxas da pressão arterial e nível de açúcar no sangue, promovendo mudanças no estilo de vida. Através deste trabalho conseguimos identificar melhor as pessoas com essas doenças e fazer atividades educativas em grupos de diferentes idades para promoção e prevenção de saúde, melhoria da qualidade de vida e longevidade dos usuários.

A Unidade de saúde que hoje temos é contemplada com boa estrutura física e recursos para realização não só de atendimento médico, mas também, uma equipe

multidisciplinar para proporcionar saúde, sendo composta por nutricionista, psicólogas, dentistas, fonoaudióloga, e toda equipe de apoio que fica sempre unida para todas as tarefas, e foi neste projeto de intervenção que demonstramos nossas atividades.

As pessoas com hipertensão e/ou diabetes foram responsáveis pelos ótimos resultados obtidos, pois compareceram às consultas agendadas, tiveram maior adesão e interesse por um atendimento de melhor qualidade, e nós como equipe, ficamos felizes com a atitude de vocês.

Nossos objetivos foram alcançados e demonstraremos os resultados para a gestão municipal, com a finalidade de expandir para os demais programas recomendados pelo Ministério da Saúde. Pedimos a colaboração da comunidade na adesão dos programas realizados pelos profissionais da equipe, que sempre tem como objetivo elevar os níveis de saúde da nossa população. Em conjunto com a comunidade podemos manter várias atividades, mas, para que isso seja constante, necessitamos do apoio, participação, reconhecimento e a cobrança de todos envolvidos frente aos gestores municipais para que tenhamos cada vez mais uma sociedade articulada e engajada nos seus direitos e para uma melhor oferta de serviços à comunidade.

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

O desenvolvimento do projeto ao longo deste período me permitiu crescer como indivíduo e profissional. Ao iniciar o curso, minhas expectativas era que o acesso ao curso de especialização em saúde da família iria me ajudar muito a conhecer não somente as principais doenças e grupos de riscos presentes aqui em Ilópolis, como também todas as condições de saúde pública que o projeto de intervenção iria abordar na minha comunidade para melhorar a saúde da população.

Hoje já em fase de conclusão do projeto de intervenção sinto que minhas expectativas foram cumpridas. Consegui conhecer os principais problemas de saúde da minha área de abrangência e pude contribuir para a melhoria nos atendimentos, principalmente em relação aos exames clínicos e laboratoriais, assim como atuar

sobre os fatores de risco que afetam os usuários com hipertensão e/ou diabetes. Sinto que consegui cumprir de forma positiva a função da atenção primária em relação ao meu grupo de intervenção.

Para minha prática profissional posso dizer que o curso me ajudou primeiro a melhorar a língua portuguesa, que influencia diretamente na comunicação com os usuários e também na hora de escrever, facilitando a leitura dos protocolos preconizados pelo Ministério da Saúde do Brasil. A intervenção contribuiu com a experiência de viver um trabalho em equipe, em união, onde todos ajudam a fortalecer o trabalho. Antes trabalhávamos de forma desorganizada, mas, mediante a intervenção, aprendemos a fazer as divisões das tarefas, e assim, cada profissional fica com uma responsabilidade e juntos demostramos capacidade de trabalhar em equipe e o trabalho torna-se bem mais produtivo. Hoje conseguimos nos programar e realizar visitas domiciliares, e assim, conhecer a realidade das condições de vida das pessoas da área de abrangência, como se alimentam, onde é que moram, condições essas muito importantes para conseguir entender a situação geral em que estão inseridas, e dessa forma consigo conhecer a população que frequenta a UBS.

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

## Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

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

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Infográficos: dados gerais do município.

Disponível em:

<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=431030&search=rio-grande-do-sul%7Cilopolis%7Cinfograficos:-dados-gerais-do-municipio>.

Acessado em: 25/10/2014

## **Anexos**





## Anexo B Planilha de Coleta de Dados

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

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


L14

Indicadores HAS e DM - Mês 1															
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está cadastrado no Programa HÍPERDIA?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o o	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Farmácia	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em	O paciente realizou avaliação odontológica?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
21															
22															
23															
24															
25															
26															
27															
28															
29															
30															
31															

PRONTO

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

18:52 09/01/2015

**Anexo C 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 Srª  
Profª Ana Cláudia Gastal Fassa


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

Prezada Pesquisadora;

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

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

---




## Apêndices

## Apêndice A – Materiais para ações educativas

### FATORES DE RISCO

Fatores de risco são condições e problemas que aumentam as chances de uma pessoa desenvolver doenças cardiovasculares como, infarto e acidente vascular cerebral. Conheça-os para que uma pessoa adote hábitos saudáveis, faça visitas ao médico periodicamente.

- **Bebida alcoólica** - O consumo excessivo de álcool pode ser prejudicial à saúde do coração e está relacionado ao desenvolvimento de hipertensão, alteração no ritmo do coração e aumento de peso.
- **Cholesterol elevado** - Substâncias gordurosas são importantes para vários processos orgânicos, a produção de hormônios e de vitamina D. O problema é que o ser humano necessita apenas de uma pequena quantidade de colesterol no sangue. O excedente acaba se acumulando nas paredes das artérias, aumentando o risco de problemas cardiovasculares, como infarto do miocárdio ou acidente vascular cerebral.
- **Diabetes** - Caracterizada pela elevação do açúcar no sangue, o que acarreta prejuízos sérios ao organismo. Histórico familiar de diabetes pode aumentar significativamente o risco de desenvolver a doença. Diabetes não tratado pode levar a cegueira, doenças renais, doenças nervosas, amputações de membros e as doenças cardiovasculares.
- **Stress excessivo** - Consequência do ritmo da vida moderna, o estresse é inevitável e é preciso aprender a conviver porque também está relacionado ao aumento do risco cardíaco.



- **Hipertensão** - Pressão Alta (PA), azinha, é a principal causa de doenças do coração, dos rins, de Acidente Vascular Cerebral, de comprometimento das artérias e dos olhos, além de matar mais que doenças como câncer e até mesmo a AIDS.
- **História familiar** - Se familiares próximos, como pais e irmãos, têm ou tiveram problemas do coração, as pessoas têm mais chances de desenvolver as mesmas doenças. Este é mais um fator de risco não evitável, controlável ou tratável, mas serve de alerta para os membros da família.
- **Obesidade** - Doença crônica que engloba fatores sociais, comportamentais, ambientais, culturais, psicológicos, metabólicos e genéticos. O sobrepeso e a obesidade contribuem de forma importante para o desenvolvimento de doenças crônicas, como as cardíacas, e outras.
- **Sedentarismo** - O sedentarismo contribui para o desenvolvimento de hipertensão arterial, obesidade, diabetes, colesterol elevado e outras doenças.
- **Tabagismo** - A maior causa evitável de mortes no mundo é o tabagismo. O vício do cigarro aumenta as chances de ter infarto do miocárdio, Acidente Vascular Cerebral, conhecido como derrame, angina e outras doenças, como câncer.



Realização:



### MEDICAMENTOS...o que devo saber!

O medicamento tomado de forma incorreta pode prejudicar a sua saúde ou até levar a morte. Medicamento é bom quando necessário e com orientação médica e do farmacêutico.

#### DICAS IMPORTANTES

- Tome o medicamento sempre com água
- Pergunte ao farmacêutico se é possível tomar o medicamento junto, antes ou após as refeições ou em jejum
- Evite bebidas alcoólicas se estiver tomando algum medicamento

Proteja os seus medicamentos da luz, da umidade e do calor. O banheiro e a cozinha NÃO são locais adequados para guardá-los

- Para obter os resultados esperados é necessário que os medicamentos sejam tomados no horário correto, na dose recomendada e cumprir o período de uso determinado pelo médico
- Não retire o medicamento de sua embalagem original
- Não tome medicamento vencido
- Quando se toma o antibiótico em tempo menor que o receitado pelo médico, a bactéria a ser combatida pode tornar-se resistente. Assim, aumentam os riscos da bactéria espalhar-se por todo o organismo sem que existam muitas alternativas de cura



- Mantenha os medicamentos fora do alcance das crianças
- Para evitar que um medicamento prejudique o outro, informe sempre o médico e o farmacêutico sobre todos os medicamentos que você estiver usando
- Leve nas consultas médicas todos os medicamentos que faz uso para que o médico possa avaliar
- Evite a automedicação
- Não jogue fora as medicações inclusive as vencidas. Entregue no Posto de saúde para o descarte correto

#### Para retirar as medicações na farmácia do Posto de Saúde:

- Para retirar as medicações é OBRIGATORIO a apresentação de receita atualizada
- Para as medicações utilizadas para pressão arterial, diabetes, colesterol, é obrigatório a apresentação da cartelinha atualizada

Realização:







## PROJETO NASCENDO UM SORRISO

O projeto nascendo um sorriso foi idealizado pelas equipes de saúde bucal, e é voltado as crianças de 0 a 4 anos.

Atendimento odontológico precoce visa a manutenção e promoção da saúde, e a prevenção de cárie.

O Projeto ainda busca conscientizar os pais ou responsáveis a respeito da importância de um trabalho preventivo precoce para melhorar a Saúde Bucal e também a qualidade de vida das crianças.

Disseminando-se assim o conceito de Saúde Bucal como um direito e cidadania, com ênfase na atenção precoce (a partir do nascimento) e no autocuidado.

O projeto orientará também quanto aos tipos de traumatismos dentários, seu manejo e possibilidades de prevenção.

Devemos lembrar que crianças que iniciam o atendimento no primeiro ano de vida tem grande redução na média da prevalência da cárie, reduzindo as necessidades de tratamentos curativos.

O projeto terá início no mês de novembro e serão realizadas consultas semestrais, ou conforme a necessidade, com a dentista Suzana Roman e ASB Daiane Debona , previamente agendadas.



