

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



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção à saúde das pessoas com hipertensão arterial sistêmica  
e/ou diabetes mellitus na UBS/ESF Pedro Alves de Araújo, Porto/PI**

**Osmel Chacon Rodriguez**

**Pelotas, 2015**

**Osmel Chacon Rodriguez**

**Melhoria da atenção à saúde das pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS/ESF Pedro Alves de Araújo, Porto/PI**

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: Ligia Menezes de Freitas

Pelotas, 2015

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

R696m Rodriguez, Osmel Chacón

Melhoria da Atenção Às Pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica E/Ou Diabetes Mellitus na UBS/ESF Pedro Alves de Araujo no Municipio Porto/Pi. / Osmel Chacón Rodriguez; Ligia Menezes De Freitas, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

109 f. : il.

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

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

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

À minha namorada que, além disso, é  
minha amiga, companheira de estudo, é  
quem me dá força quando eu não consigo  
ter; à minha mãe e meu pai, por ter me  
tornado o homem que sou; a minha  
orientadora, por oferecer apoio na minha  
formação como profissional; a todos os  
membros da minha equipe e o povo  
brasileiro pela amizade oferecida.

## **Agradecimentos**

À Deus, por ter me dado a vida e a oportunidade de ajudar e levar as minhas ações de saúde às pessoas que necessitarem.

À minha namorada, por seu apoio incondicional e por sempre estar ao meu lado, por seu infinito amor e paciência.

À minha mãe, pelo amor e educação oferecida, por seus conselhos úteis.

Ao meu pai, pelo amor e educação oferecida ao longo da minha vida e pelo seu exemplo.

À minha orientadora, pela sua paciência, compreensão e apoio durante o curso.

A todos os membros da minha equipe de trabalho e os gestores de saúde que contribuíram na realização deste maravilhoso projeto.

## Resumo

RODRIGUEZ, Osmel Chacon Rodriguez. **Melhoria da atenção à saúde das pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS/ESF Pedro Alves de Araújo, Porto/PI.** 2015. 111f. 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.

No Brasil são cerca de 17 milhões de pessoas com hipertensão arterial, 35% desses estão cada vez mais precoces. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a hipertensão arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Por outro lado, está o diabetes mellitus que se configura hoje como epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para todos os sistemas de saúde de todo mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis; tais como: sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo o mundo. Nesse sentido, o objetivo deste trabalho foi melhorar a atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou com DM da UBS Pedro Alves de Araújo do município Porto, estado do Piauí. O projeto foi desenvolvido durante 12 semanas de intervenção, durante os meses de abril, maio e junho de 2015. Com a implementação do projeto de intervenção foi cadastrado 199 usuários com HAS e 82 usuários com DM, atingindo cobertura de 49% e 70,7%, respectivamente. Conseguimos melhorar a qualidade da atenção à saúde das pessoas com HAS e/ou DM em 100% da população assistida, conseguimos melhorar a adesão ao programa, o registro das informações e mapeamento do risco cardiovascular em 100% dos usuários com HAS e/ou DM cadastrados durante a intervenção e conseguimos garantir promoção em saúde em 100% dos usuários cadastrados ao longo da intervenção. Trabalhamos com os seguintes eixos pedagógicos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica e engajamento público. A intervenção propiciou o desenvolvimento de um trabalho multidisciplinar, um maior nível de conhecimento aos profissionais mediante as atividades de qualificação da prática clínica e promoveu o trabalho integrado da equipe de saúde com a comunidade, aumentando o engajamento público. Nossa equipe se manteve unida, cumpriu os compromissos firmados. Destacamos-nos com a parceria com a comunidade, usuários e gestores municipais. Hoje, temos melhor controle acerca dos medicamentos da farmácia, exames complementares e realizamos grupos educativos.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Hipertensão Arterial Sistêmica; Diabetes Mellitus; Saúde Bucal.

## Lista de Figuras

Figura 1	Fotografia da equipe da UBS Pedro Alves de Araújo. Porto, Piauí, 2015	57
Figura 2	Fotografia da reunião com os gestores e outros profissionais da saúde do município de Porto, Piauí	57
Figura 3	Fotografia dos grupos educativos com os usuários da UBS Pedro Alves de Araújo. Porto, Piauí, 2015	58
Figura 4	Fotografia dos grupos educativos com os usuários da UBS Pedro Alves de Araújo. Porto, Piauí, 2015	59
Figura 5	Fotografia do <i>folder</i> com informações sobre HAS e DM distribuídos pela Drogarocha à população. Porto, Piauí, 2015	60
Figura 6	Fotografia convênio com laboratórios Drogarocha para ampliar a possibilidade de realização de exames laboratoriais. Porto, Piauí, 2015	61
Figura 7	Pesquisa e busca ativa dos usuários com HAS e DM da área adstrita à unidade de saúde Pedro Alves de Araújo	63
Figura 8	Cobertura do programa de atenção aos usuários com HAS na unidade de saúde Pedro Alves de Araújo. Porto, Piauí, 2015.	67
Figura 9	Cobertura do programa de atenção aos usuários com DM na unidade de saúde Pedro Alves de Araújo. Porto, Piauí, 2015	69
Figura 10	Proporção de usuários com hipertensão com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Pedro Alves de Araújo. Porto, Piauí, 2015	71
Figura 11	Proporção de usuários com diabetes com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde de Pedro Alves de Araújo. Porto, Piauí, 2015	72
Figura 12	Proporção de usuários com HAS com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde Pedro Alves de Araújo. Porto, Piauí, 2015	75
Figura 13	Proporção de usuários com DM com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde Pedro Alves de Araújo. Porto, Piauí, 2015	77

## Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CAP	Caderno de Ação Programática
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégias de Saúde da Família
HIV	Do inglês, <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HiperDia	Hipertensos e Diabéticos
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VDRL	Do inglês, <i>Venereal Disease Research Laboratory</i>



## Sumário

Apresentação .....	8
1 Análise Situacional .....	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS em 21/08/2014 .....	9
1.2 Relatório da Análise Situacional em 18/12/2014 .....	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	23
2 Análise Estratégica .....	25
2.1 Justificativa .....	25
2.2 Objetivos e metas .....	27
2.2.1 Objetivo geral .....	27
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	27
2.3 Metodologia .....	29
2.3.1 Detalhamento das ações .....	29
2.3.2 Indicadores .....	45
2.3.3 Logística .....	51
2.3.4 Cronograma .....	55
3 Relatório da Intervenção .....	56
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	56
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	64
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	64
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	64
4 Avaliação da intervenção .....	66
4.1 Resultados .....	66
4.2 Discussão .....	86
5 Relatório da intervenção para gestores .....	91
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	96
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem .....	99
Referências .....	102
Anexos .....	103

## **Apresentação**

Este trabalho foi realizado com o objetivo geral de melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS/ESF Pedro Alves de Araújo, município de Porto, estado do Piauí. O presente trabalho está organizado em 07 unidades de trabalho interligadas e relacionadas entre si. Na primeira unidade, está presente a análise situacional, elaborada durante 12 semanas iniciais do curso. Na segunda parte, temos a análise estratégica em que foi construído nosso projeto de intervenção. Na terceira parte, apresentamos o relatório de intervenção em que foram colocadas todas as ações realizadas, não realizadas e as dificuldades encontradas durante a intervenção. A quarta unidade apresenta a avaliação da intervenção, com resultados, gráficos, indicadores e discussão do trabalho. A quinta unidade está constituída pelo relatório da intervenção para os gestores, refletindo ganhos e resultados positivos para o serviço da saúde oferecido pela UBS. A sexta unidade está conformada pelo relatório da intervenção para a comunidade com uma linguagem clara e fácil de compreender em relação às vantagens da intervenção e a unidade sete e última é sobre a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso. Ao final, estão os anexos. O curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) teve início em julho do ano de 2014 e finalização em agosto de 2015 com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso.

## **1 Análise Situacional**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS em 21/08/2014**

Eu trabalho numa UBS chamada Pedro Alves Cabral numa comunidade rural do Porto do Piauí. A equipe de saúde é formada por: 02 enfermeiros e 08 agentes de saúde, 01 técnicos da farmácia, uma auxiliar de vacina, um dentista, um técnico em fisioterapia, uma nutricionista, uma recepcionista e secretária, o vigia e o pessoal da limpeza.

Até agora tudo funciona muito bem, são programados os cuidados de saúde atividades e desenvolver conforme o planejado. A cada trabalhador com as obrigações de cada um dos outros, todos em tempo hábil, os fluxos de trabalho harmoniosamente, tenho boas relações de trabalho com os meus colegas da equipe de saúde da família.

O posto de saúde está bem equipado e com boa estrutura, posso dizer que é um prédio novo e está equipado com os requisitos necessários para fornecer uma assistência médica básica e preventiva de qualidade para os usuários da comunidade das Cavas, assim se chama a comunidade onde fica a minha UBS, ela tem 02 consultórios médicos, um dentista, sala de enfermagem, sala de vacinação, farmácia, salão de curativos, além do conforto em cada um deles.

Esta comunidade é muito pobre e de poucos recursos, se dedicam ao cultivo do arroz e à pesca, nesta comunidade tem alta incidência do embarço precoce, as enfermidades diarreicas e parasitárias, além disso, os povoadores tem muito baixo nível cultural. Tendo estes problemas bem identificados às ações de saúde de agora em diante tem que estar dirigidas a melhorar, o mudar estilos de vida, trabalhando sempre como uma equipe bem constituída com o único propósito de levar a assistência medica a toda a comunidade, e por isso também são feitas visitas aos lares e são agendadas outras consultas em quanto vamos pesquisando mais

usuários. A Carta de Ottawa #07 define promoção de saúde como sendo o processo de capacitação da comunidade para que ela mesma possa construir sua qualidade de vida. No início do século passado, o termo promoção de saúde foi utilizado por Winslow e tinha relação com organização comunitária na busca por melhores condições de vida. A promoção de saúde é efetiva na solução de problemas de saúde.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional em 18/12/2014**

A cidade de Porto, localizada ao norte do estado do Piauí, tem população total de 12.188 habitantes, segundo as estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) e distante 183 km da capital do estado Teresina.

Porto conta com 04 Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Estratégia Saúde da Família (ESF). Nestas, trabalham 6 equipes: 4 equipes trabalham todos os dias da semana e 02 equipes trabalham somente 1 dia na semana. Há no município um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), para somente 1 dia na semana. Não há Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) em Porto. Contamos com a disponibilidade dos serviços dos seguintes especialistas: psiquiatra, psicólogo, nutricionista, pediatra, fisioterapeuta e assistente social, estes são os profissionais que compõem e trabalham no NASF, mas não todos eles coincidem no mesmo local para fazer funcionar o núcleo de apoio à saúde da família (NASF) de forma integral e regular, ou seja, o psiquiatra, psicólogo e assistente social trabalham todas quartas feiras na unidade de saúde Nossa Senhora de Fátima, o pediatra trabalha todas terças feiras nessa mesma unidade, o fisioterapeuta no hospital e a nutricionista de segunda a quinta rotando por cada unidade e o hospital.

Contamos com o Hospital Dr. Roosevelt Bastos, de complexidade baixa, constituída somente pelos serviços de um médico plantonista que oferece pronto socorro e hospitaliza doenças leves. Não oferece outros serviços como: clínica médica ou infantil, nem cirurgias ou UTI. O médico plantonista oferece atendimento de urgências e emergências; o hospital tem serviço de ambulância e disponibilidade de realização de exames complementares, tais quais: hemograma completo, VDRL, HIV, grupo sanguíneo e RH, de fezes e urina e o teste de gravidez, apenas. A secretaria municipal de saúde dispõe de meios de transporte para levar aos usuários para realização de exames ou para encaminhamentos de outras especialidades. O hospital está bem equipado, mas tem pouco uso das suas possibilidades e de seus recursos. Ou seja, o serviço médico prestado é irregular, pois, deve trabalhar só um médico

plantonista por noite, mas muitas vezes isso não acontece. Durante o dia não tem médico até as dezenove horas que começa o plantão.

Trabalho na UBS Pedro Alves de Araújo localizada na periferia do município e está em funcionamento há apenas 2 anos. Está localizada na zona urbana, no entanto, sua área de abrangência é mais da metade do tipo rural. Assim, temos 2.022 habitantes na área rural e 2.010 habitantes na área urbana. Nossa unidade tem vínculo com o Sistema Único de Saúde (SUS) pela prefeitura municipal e não há vínculo com instituições de ensino superior. Nosso modelo de atenção é a Estratégia Saúde da Família (ESF) e temos 2 equipes de saúde na unidade: uma delas é a minha e trabalhamos todos os dias da semana, atendendo a população rural. A outra equipe trabalha só um dia na semana, atendendo a população mais urbana perto da própria unidade. Esta é composta por 5 agentes comunitários de saúde (ACSs), uma enfermeira, um médico e uma técnica de enfermagem. Minha equipe está composta por 5 ACSs, um dentista, uma enfermeira, um médico, uma técnica de enfermagem, uma técnica de farmácia, a recepcionista e o vigia. Ressalto que, a técnica em farmácia, a recepcionista e o dentista são compartilhados pelas duas equipes.

Em relação à estrutura física, nossa UBS tem uma grande sala de espera, localizada no centro da edificação, ela tem larga porta e conta com bancos com capacidade para 24 pessoas. A sala de espera é bem iluminada e arejada, a recepção está localizada ao lado. A unidade possui 4 consultórios clínicos: ginecologia, médico saúde da família, sala do dentista e a sala da enfermagem. Os consultórios estão bem equipados. No entanto, um consultório clínico está sem porta. A unidade possui, também, sala de curativos, sala de vacinas, farmácia, sala de esterilização (sem uso), sala de reuniões (capacidade para 40 pessoas), cozinha, almoxarifado, sala para material de limpeza, 4 banheiros (2 para deficientes físicos). Também, temos uma sala mista em um local pequeno: curativos, sutura e nebulização. Não entanto, esses procedimentos não são prestados. Mas, muitas vezes, tomo a iniciativa de fazer alguns procedimentos de caráter imediato. A unidade de saúde conta com rampas de acesso e cadeiras de rodas suficientes. Temos um mural de informações colocado na fachada da unidade com informações sobre horários, profissionais, atividade, etc. No interior do serviço, há outros murais com informações sobre vacinação, trabalhos das equipes e materiais de prevenção enviados pelo Ministério da Saúde (MS), como cartazes e *folders*. Porém, ainda tem muitas limitações e necessidades que limitam o fluxo normal do atendimento médico, odontológico e de enfermagem. Por exemplo,

para realizar educação em saúde é preciso ter no salão de reunião um quadro para escrever com giz, projetor, computador, mesa, cadeiras, dentre outros. No meu local de consulta, não há balança, pia, negatoscópio e, também, não tem banheiro. Não existe negatoscópio em nenhum local. Um grande inconveniente é que os banheiros dos usuários e trabalhadores (total de 2) estão sem porta. É necessário melhorar o serviço de manutenção, já apodreceram três portas e duas delas são dos banheiros. É muito ruim usar um banheiro sem porta. A sala de consulta onde eu faço os atendimentos também está sem porta, o que motivou a me mudar a consulta. Não temos sinais para pessoas com deficiências visuais e auditivas e não há corrimão interno. O compressor está perto da parede do local onde é prestado o serviço odontológico, o que se torna um perigo potencial de acidente grave, tanto para os profissionais quanto os usuários. Além do barulho muito forte que incomoda os usuários e profissionais que estão trabalhando. O lixo comum não tem abrigo adequado, sendo jogado para o quintal e depois queimado perto da unidade de saúde. Quando não é possível a queima, fica ali em contato com os vetores como ratos, moscas e baratas.

Ressalto que não tenho autoridade administrativa para provocar grandes mudanças estruturais, mas posso influir para que sejam pedidos formalmente pelas vias legais e administrativas, não vou ficar cansado de fazer isso. Quanto às coisas que nós podemos mudar como as ações de educação em saúde, promoção em saúde e prevenção de doenças, nós buscaremos um método alternativo e efetivo, pois, precisamos alcançar nosso objetivo que é o bem comum. Até agora, o atendimento aos usuários está certo e continuará assim, se depender da nossa equipe vamos fazer ciência com os recursos que estão disponíveis e perto das nossas mãos. Nossa equipe tem planejado realizar reuniões com os membros da outra equipe de saúde, fazer convites para os gestores da secretaria municipal de saúde e líderes da comunidade para propor soluções conjuntas para os problemas identificados.

Sobre as atribuições dos profissionais de saúde tenho pouco que criticar, pois é impressionante o quanto trabalhamos, mesmo com os poucos recursos que existem na nossa unidade de saúde, ainda oferecemos o melhor para um atendimento de qualidade e equitativo para toda comunidade. Os aspectos positivos das atribuições dos profissionais são os seguintes: a enfermeira realiza e cumpre com suas obrigações em dia, faz atendimento ao pré-natal, puericultura e ao programa de

hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), realiza visitas domiciliares, os monitoramentos das ações de saúde e dos programas especiais.

As técnicas em enfermagem realizam os procedimentos de enfermagem, como verificar os sinais vitais e acompanhamentos e organização aos usuários para o fluxo adequado às consultas. Participam das atividades coletivas realizadas pela equipe de saúde e garantam o fluxo das informações da unidade para a secretaria de saúde. Os ACSs conhecem muito bem sua população e garantem que as demandas dos usuários sejam cobertas, mantêm os cadastros atualizados e participam das atividades programadas pela equipe. Eles fazem seu trabalho a pé não e não contam com transporte para isso. A técnica em farmácia se ocupa da organização, custódia e despachos dos medicamentos. Além disso, explica mais uma vez aos usuários, como fazer o tratamento com os fármacos.

O médico realiza consultas todos os dias, atende segundo o programado pela equipe, à demanda espontânea, as doenças agudas, urgências e emergências. Realiza visitas em acompanhamento da toda equipe, realiza o monitoramento das ações de saúde e revisão dos programas especiais e faz o resumo estatístico do trabalho do mês. O que mais preocupa agora em nossa unidade para alcançar um atendimento ótimo e bem resolutivo, é realizar todos os procedimentos de enfermagem, médicos e cirúrgicos que poderiam ser realizados na UBS. Por exemplo, retirada de pontos, drenar abscesso, medicação intramuscular e endovenosa em usuários que necessitem. Assim, o hospital do município não continuaria sendo o único responsável por fazer esses procedimentos e não seria mais preciso transferir os usuários para o hospital. Em nossa unidade de saúde só realizamos vacinas, atendimento ao usuário na consulta médica e de enfermagem com uso dos medicamentos de forma muito limitada. A equipe de saúde sabe bem quais são suas atribuições, em geral e em particular de cada membro, as limitações e deficiências não dependem da vontade da equipe, mas de forças externas. No entanto, ainda assim, a equipe luta contra as adversidades e consegue prestar bom serviço.

Os serviços de internação hospitalar são bastante limitados, devido à irregularidade dos serviços médicos e, comumente, os usuários são transferidos para outros municípios próximos, o que faz mais difícil o acompanhamento ao usuário na hospitalização. Se pudesse mudar essa situação o faria imediatamente, pois, gera muitas queixas da população que são muito carentes e custa muito dinheiro se deslocar de um lugar para outro e é ruim quando eles estão doentes. Ou seja, muitas

vezes na hora em que o usuário precisa do transporte imediato, não aparece e ele ou sua família têm que arcar com os gastos. Se a doença que sofre o usuário precisa de outros exames especiais ou procedimentos que o SUS não cobre, os usuários e seus familiares têm que arcar com esses gastos, tratando-se de uma população muito pobre e carente. O que é pouco dinheiro para muitos, para os pobres é muito.

O número de habitantes da área adstrita da minha unidade é de 2.022 habitantes: 1.013 do sexo masculino e 1.009 do sexo feminino. Quanto ao tamanho da população, creio que seja fácil de manejar em relação a quantidade, mas é difícil seu manejo geograficamente. Mesmo assim, os 2.022 habitantes da nossa ESF são da área rural e estão cadastrados e acompanhados pelos ACSs.

Em relação a atenção à demanda espontânea, o atendimento inicial é realizado pela recepcionista e técnica de enfermagem: uma busca nos arquivos, enquanto a outra recolhe os dados do usuário. Não transcorrem nem cinco minutos para ser atendido. Em todo este processo os usuários são escutados e, segundo sua necessidade, é transferido para um serviço ou outro, inclusive se só vem para pegar seus medicamentos controlados. A demanda é organizada segundo avaliação de risco e vulnerabilidade para estabelecer prioridades de atendimentos aos usuários. A maior parte do nosso trabalho é precisamente para acolher (escutar) à demanda espontânea. O acolhimento é feito na sala de recepção, todos os usuários são escutados e nenhum deles é rechaçado por ser de outra área ou não estar agendado, simplesmente é bem atendido. Os usuários de outra área vêm por demanda espontânea e não por outro programa, pois eles têm seus atendimentos agendados e planejados pela sua ESF. O enfermeiro, os técnicos em enfermagem e os médicos oferecem acolhimento todos os dias e todos os turnos de maneira equitativa.

Todos têm conhecimento para priorização de um caso de emergência ou urgência médica, bem seja para tratar ou para encaminhar para outra disciplina médica. É costume sempre buscar o médico para caso de urgência ou emergência.

A equipe sempre procura encontrar uma alternativa para satisfazer a demanda dos usuários, orientando da melhor maneira para buscar soluções mais práticas e econômicas. Acredito não ter excesso de demanda espontânea, o atendimento flui de maneira organizada e dinâmica, sem deixar de fazer um bom atendimento ao usuário. Lido bem, até agora, com todo o trabalho desempenhado, com as demandas espontâneas, com as urgências e emergências, graças ao trabalho em equipe.



Em relação à atenção à saúde das crianças, contamos com 198 crianças de 0 a 72 meses e 28 crianças menores de um ano com 93% de cobertura, de acordo com o Caderno de Ações Programáticas (CAP). Os aspectos positivos relativos à cobertura da atenção à saúde da criança é que contamos com o cadastro total e identificação das crianças, todas com cadernetas e prontuários atualizados. Os aspectos negativos são os seguintes: a geografia da nossa área de abrangência, muitos usuários nem sabem que existe médico na unidade e ficam surpresos quando estamos fazendo visitas. Moram muito distantes da unidade de saúde, muitas vezes não temos transporte disponível. Graças à vontade da nossa equipe, o cadastro desta população foi feito antes de chegar a unidade e as dificuldades que agora existem, existiam antes também.

Os transportes são alugados e quando existe esta disponibilidade nós aproveitamos e fazemos as visitas, mas não sempre contamos com esta sorte, pois existem dificuldades com o financiamento dos motoristas. De acordo com os poucos indicadores de qualidade presentes no CAP, temos: 25 crianças com consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde (89%); conseguimos diminuir o atraso das consultas agendadas em mais de sete dias até 07 crianças (25%); conseguimos realizar as primeiras consultas de puericultura nos primeiros sete dias de vida a 18 crianças (64%). Monitoramento do crescimento e do desenvolvimento realizados na última consulta em 100% das crianças. Todas as crianças estão com vacinas em dia. Também, conseguimos realizar orientações sobre aleitamento materno exclusivo até seis meses a todas as mães das crianças atendidas e, também, realizar orientações para prevenção de acidentes.

Em relação aos outros indicadores de qualidade ainda estamos bem baixo, por exemplo, crianças com teste do pezinho até sete dias somente 12 crianças (43%) e avaliação de saúde bucal a 11 crianças (39%). Mas, esperamos conseguir melhorá-los com o trabalho de toda equipe. Realizamos, também, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, prevenção de anemia, prevenção de violência, promoção de hábitos alimentares saudáveis e promoção de saúde bucal. A situação mais difícil é conseguir mudar o fato de que os usuários só levam suas crianças quando estão doentes para atendimento à demanda espontânea. Mas, percebi que, quando as mães conhecem coisas novas sobre suas crianças, aprendem sobre o desenvolvimento deles, a importância e objetivo da vacinação, como é que suas crianças têm que ganhar em crescimento corporal e dental, assim como a alimentação

das crianças até o primeiro ano de vida, etc. elas ficam muito interessadas em aprender ainda mais sobre suas crianças e tiram todas suas dúvidas. Isso faz que elas voltem sem falta à próxima consulta agendada, conseguindo uma primeira consulta, conseguimos chamar sua atenção definitivamente.

Temos planejado fazer atendimento à saúde da criança só um dia da semana e pela manhã. Não existem crianças fora da área de cobertura. Trabalham a enfermeira, a técnica em enfermagem e o médico, com a ajuda dos ACSs e a recepcionista para a organização e cumprimento desta atividade. Todas as crianças saem com a próxima consulta agendada. Sempre solicitamos a caderneta de saúde da criança e preenchemos os dados necessários para fazer melhor avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança, além de escrever nos prontuários e cartões de vacinação.

Contamos com o protocolo de puericultura produzido pelo MS, ano de 2013, e com o protocolo do serviço municipal de saúde para regular o acesso das crianças a outros serviços, como: encaminhamento para atendimento nas especialidades, para internação hospitalar, para serviços de pronto atendimento e para atendimento em pronto socorro. Todas estas ações são registradas nos prontuários clínicos, nas cadernetas das crianças e adolescentes e registro de vacinação, com monitoramento regular destes registros e das ações para melhor controle. O monitoramento das ações é realizado. Todas as semanas fazemos reuniões para este propósito, revisamos e monitoramos os registros. A adesão da população às ações propostas é boa, eles compreendem a importância destas ações e ficam agradecidos e comprazidos pela nossa atenção.

Em relação ao pré-natal, o número de gestantes residentes na área adstrita é de 21 gestantes, o que corresponde a 69% de acordo com o CAP. A atenção pré-natal de baixo risco é uma das ações de saúde mais importantes do trabalho do médico da saúde da família. Seria ótimo que todas as gestantes da minha área fossem de baixo risco. Comecei a trabalhar com um cadastro de 09 gestantes: 05 com baixo risco e 04 com risco. Mas, agora, temos 21 gestantes: 14 com baixo risco e 07 com algum risco. Considero que ainda é pouco e que podemos conseguir cadastrar todas as gestantes desconhecidas na nossa área de abrangência. Conseguimos iniciar o pré-natal no primeiro trimestre com 15 gestantes (71%); consultas em dia de acordo com calendário do MS com 12 (57%); com solicitação na primeira consulta dos exames laboratoriais preconizados a 21 gestantes (100%); vacina antitetânica conforme

protocolo para 11 (52%) gestantes; vacina contra hepatite B conforme protocolo para 9 (43%); prescrição de suplementação de sulfato ferroso conforme protocolo para 21 (100%); exame ginecológico por trimestre em 11 (52%); avaliação de saúde bucal em 15 gestantes (71%) e conseguimos dar orientações para aleitamento materno exclusivo para 21 gestantes (100%).

Em relação ao pré-natal, os profissionais que trabalham neste programa são: a nutricionista, a enfermeira, a dentista, a técnica em enfermagem e o médico; os ACSs garantem que as gestantes estejam em dia com os controles, pois eles fazem busca ativa das gestantes para a realização do atendimento pré-natal precocemente e os exames; desta forma, todas as segundas-feiras são realizados o atendimento ao pré-natal e todas as gestantes saem com suas próximas consultas agendadas e todos os atendimentos são registrados nos prontuários clínicos, cartão de gestantes e, em caso de ser a primeira consulta, no Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL). Utilizamos fichas de atendimentos também, a equipe revisa semanalmente os registros para manter-nos atualizados, além disso, estes registros e ações também são monitorados por meu supervisor brasileiro e pela a equipe sistematicamente. Utilizamos o protocolo realizado pelo MS no ano 2013. Quando as gestantes têm riscos são encaminhadas para o especialista em obstetrícia em Barras ou Teresina.

Em relação à prevenção do câncer de colo de útero, em nossa área adstrita contamos com 466 mulheres entre 25 e 64 anos, assim, 95% de cobertura de acordo com o indicador de cobertura do CAP. Em nossa unidade, não realizamos o exame citopatológico para detecção precoce de câncer do colo de útero. O CAP foi preenchido com os dados que nossa equipe conseguiu de diferentes maneiras, principalmente por meio dos ACSs que foram até as mulheres e elas, também, foram até a unidade de saúde para recuperar o número de 212 mulheres (45%) e fizemos um registro para termos algum controle sobre este programa. Desta forma, os indicadores de qualidade são resultado desses resultados de exames recuperado com essas mulheres: 212 (45%) mulheres com exame citopatológico para câncer de colo do útero em dia, todas com amostras satisfatórias e nenhum resultado com a descrição de células representativas da junção escamo-colunar. São, ainda, 23 mulheres (5%) com exame citopatológico para câncer do colo de útero com mais de seis meses de atraso, este dado não é muito confiável, pois, é baseado no anterior que já é bem pouco; 20 (4%) mulheres com exame para câncer do colo de útero

alterado, neste caso, também, temos dificuldade, pois muitas das mulheres conseguem se consultar com outros médicos e não ficam registradas na unidade. Para avaliação de risco para câncer do colo de útero em 201 (43%) mulheres; conseguimos dar orientação sobre prevenção do câncer do colo de útero a 257 mulheres (55%); conseguimos dar orientação sobre as doenças sexualmente transmissíveis a 247 mulheres (53%). O método oportunista, até agora, é o único jeito de recuperar o tempo perdido, pois quero conseguir que esses controles sejam agendados. Estamos trabalhando para que as mulheres façam o exame na UBS para melhor controle e prevenir estádios avançados da doença.

Realizamos promoção e educação em saúde, palestras, conversamos com as usuárias sobre os fatores de risco, o uso de preservativo, sobre imunização para as adolescentes, sobre ficar atentas aos sinais e sintomas precoces, evitar tabagismo e alcoolismo, risco acerca dos múltiplos parceiros sexuais, importância de realizar exame citopatológico.

Para melhorar ou fazer mudanças nessa situação é preciso realizar um programa muito profundo e amplo de intervenção educativa para a população de mulheres entre 25 e 64 anos, com ou sem riscos, inclusive se já forem doentes de câncer de colo de útero. Um programa educativo com materiais bibliográficos, vídeos, palestras e tudo o que seja preciso para ensinar os novos conhecimentos sobre a importância do exame citopatológico de forma fácil e clara para nossa comunidade. Nós sempre acolhemos essas mulheres no momento que elas vêm procurando este tipo de atendimento, mas temos que encaminhá-las para o hospital, à unidade de saúde Nossa Senhora de Fátima ou para Barras que é um município perto do Porto, sempre respeitando a escolha da usuária; nas duas primeiras cidades mencionadas, os exames citopatológicos são realizados pelo médico geral ou enfermeiro. Uma vez realizada a coleta da amostra, os resultados são recolhidos em aproximadamente 20 dias e entregues às mulheres em envelope fechado. Esses resultados são avaliados primeiramente por nós, se a conduta a seguir está em nosso alcance, iniciamos o tratamento. Senão encaminhamos para o ginecologista em Barras, e ele reavalia o resultado para iniciar tratamento ou o que precisar. É precisamente graças aos ACSs que nossa equipe tem recuperado essas mulheres com seus exames citopatológicos e, dessa maneira, termos registro organizado e mais controle.

Em relação ao controle do câncer de mama, temos em nossa área adstrita 137 mulheres entre 50 e 69 anos, assim, 91% de cobertura de acordo com o indicador

de cobertura do Caderno de Ações Programáticas. Quanto aos poucos indicadores de qualidade do CAP, contamos com mamografia em dia para 34 mulheres (25%); mamografia com mais de seis meses de atraso em 15 (11%); avaliação de risco para câncer de mama em 87 mulheres (64%); a equipe conseguiu dar orientações sobre a prevenção do câncer de mama para 89 mulheres (65%). As mamografias são realizadas em Teresina por um mastologista e, no mesmo lugar e na mesma hora, com os resultados da mamografia, faz avaliação e inicia tratamento se tiver algum problema. Às vezes, não conseguimos monitorar mais essas mulheres, é por isso que os ACSs vão até elas para recuperá-las e, dessa maneira, saber se fizeram os exames e se foram avaliadas pelo especialista, depois os ACSs retornam com os dados da usuária para ser registrado.

Em relação a promoção à saúde, nossa equipe trabalha muito, faz ações de educação em saúde, promovem a importância de fazer o autoexame de mama sistematicamente, evitar o tabagismo, a obesidade, promover a importância do aleitamento materno. Orientamos quais são os sinais e sintomas precoces da doença. De acordo com o material do curso da UFPel e questionário preenchido, os aspectos do processo de trabalho que podem ser melhorados com vistas a maior qualidade da atenção ao controle e prevenção do câncer de mama, são as seguintes: incluir este tema no nosso projeto e fazer um grande programa de intervenção educativa para mudar os conhecimentos, pouco a pouco, sobre como prevenir estas doenças: como prevenir seus estádios mais avançados, promover estilos de vidas mais saudáveis, etc.

É necessário melhorar o transporte dos usuários para a realização dos exames (mamografia, ultrassonografia ginecológica); diminuir as demoras dos resultados e agendamentos das consultas pelo SUS, pois ocasiona desconforto aos usuários e perdemos o controle e seguimento destes. Os registros utilizados são o prontuário clínico e o sistema de informação de atenção da Secretaria Municipal de Saúde. Utilizamos os protocolos do MS, ano 2013, para fazer o atendimento ao programa de prevenção do câncer de mama, contamos com registros das usuárias que temos recuperado, mas não temos arquivos para esta população, pois, só contamos com dois arquivos multiuso.

Em relação a atenção às pessoas com hipertensão arterial sistêmica (HAS), a estimativa é de 406 pessoas, de acordo com a estimativa do CAP. Mas, nossa realidade atual é que somente temos 121 pessoas com HAS cadastradas e

acompanhadas na unidade, ou seja, cobertura de 30%. Os indicadores de qualidade refletem as ações e resultados de nosso trabalho em equipe e acredito que estão satisfatórios, desta maneira, conseguimos aumentar a realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico em 118 (98%) usuários; conseguimos diminuir até 10 (8%) usuários com atraso das consultas agendadas em mais de sete dias; usuários com exames complementares em dia têm 92 (76%); temos conseguido dar orientações sobre práticas de atividades físicas regulares aos 121 (100%) hipertensos; conseguimos dar orientações nutricionais para a alimentação saudável aos 121 (100%) usuários com hipertensão; e temos conseguido fazer avaliação de saúde bucal em dia em 114 (94%) usuários.

De acordo com o material da UFPEL e questionário preenchido, os aspectos do processo de trabalho que podem ser melhorados com vistas à qualidade da atenção das pessoas com hipertensão em nossa unidade são: oferecer outros serviços de outras especialidades médicas e não médicas necessárias para seguimento e controle dos usuários com HAS, tais como: educador físico, psicólogo e nutricionista. Dar os meios necessários para facilitar as pesquisas da população maior de 20 anos, como, aparelhos para aferir pressão, pois, só contamos com um para usar nas consultas, aumentar a variedade e quantidades dos medicamentos necessários para a população.

Em relação a atenção as pessoas com diabetes mellitus (DM), temos em nossa área adstrita 31 usuários, assim, 27% de cobertura de acordo com o indicador de cobertura do CAP que aponta que temos 116 usuários com DM. Os poucos indicadores de qualidades do CAP que vamos mostrar são os resultados de nossas ações de saúde: temos conseguido a realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico nós 31 usuários com diabetes (100%); conseguimos diminuir o atraso das consultas agendadas em mais de sete dias até 5 usuários (16%); 30 (97%) usuários com diabetes com exames complementares periódicos em dia; 31 (100%) com exames físico dos pés nos últimos três meses. Todos os usuários 31 (100%) estão com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos três meses, com medida da sensibilidade dos pés nos últimos três meses, com orientações sobre prática de atividades física regulares, com orientações nutricionais para alimentação saudável. Para avaliação da saúde bucal temos 27 (87%) usuários com avaliação em dia. Nossa equipe tem um dia e um turno na semana para atendimento de preferência pela manhã aos usuários com DM e HAS. Também, são atendidas,

eventualmente, as urgências e emergências. A enfermeira, a técnica em enfermagem, os ACSs e eu conhecemos e aplicamos os protocolos do MS para o seguimento e controle da HAS e do DM.

Os aspectos do processo de trabalho que podem ser melhorados com vistas a maior qualidade da atenção à diabetes mellitus em nossa unidade de saúde são: oferecer serviços de outras especialidades necessárias para o atendimento aos usuários com DM, tais como: educador físico, endocrinologista, nutricionista, psicólogo, etc. Dar os meios necessários para pesquisa de diabetes, pelo menos um glicosímetro, melhorar a resolutividade do nosso hospital municipal, pois está muito carente de recursos mínimos para um bom atendimento, aumentar a quantidade e variabilidade dos medicamentos necessários para esta doença e suas complicações. Seria muito bom, também, criar programas educativos para produzir mudanças nos conhecimentos populares com respeito à hipertensão e ao diabetes mellitus para aumentar a qualidade de vida de nossos usuários e conseguirem um impacto maior na saúde comunitária.

Realizamos o cadastro de HiperDia aos usuários de recente diagnóstico, preenchemos os prontuários clínicos e arquivamos de forma organizada, monitoramos esses registros semanalmente e os ACSs procuram os usuários com DM e HAS, se achar alguns deles com atraso nas consultas são enviados para controle.

Em relação à saúde das pessoas idosas nossa UBS tem 238 usuários idosos e a estimativa do caderno foi de 214 idosos para 100% dessa população. São dos usuários que mais frequentam nossa UBS, por diferentes causas, não só por doenças físicas ou mentais. Além disso, os ACSs mantêm o cadastro deste público atualizado. Os poucos indicadores de qualidades são o reflexo das nossas ações e resultados de trabalho da equipe de saúde. Posso avaliar bem, pois estamos fazendo o trabalho até onde seja possível, temos mudado alguns desses indicadores para melhor. Não temos um dia fixo na semana para fazer atendimento aos idosos, eles vêm à consulta pela razão que seja e atendemos de maneira integral para não ficar atrasados nos controles dos idosos. Não temos caderneta de saúde da pessoa idosa, mas estamos conversando em equipe sobre a importância do uso das cadernetas dos idosos e seu preenchimento nas nossas reuniões semanais. Temos 120 idosos (56%) com avaliação multidimensional rápida; 200 (93%) idosos estão com o acompanhamento em dia. Temos 59 (28%) idosos com HAS e 16 (7%) idosos com DM. Temos 145 (68%) idosos com avaliação de risco para morbimortalidade e temos conseguido dar

orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e atividade física regular aos 100% dos idosos. Para avaliação da saúde bucal, 113 (53%) idosos estão com a avaliação em dia. Com investigação de indicadores de fragilização na velhice não temos realizado. Baseado no questionário preenchido no curso posso argumentar que as técnicas em enfermagem, a enfermeira, a recepcionista, os agentes comunitários de saúde, o dentista e o médico, trabalham como um só e usamos os protocolos do ministério de saúde para guiar nossos passos. Oferecemos palestras aos idosos sobre os temas destacados no questionário, fazemos dois grupos cada quinze dias com uma participação entre um 70 e 79% deles.

É realmente, uma pena não contar com os serviços de outros especialistas muito necessários para um atendimento de maior qualidade para os idosos da minha área de trabalho. É muito frequente o atendimento à demanda espontânea dos usuários idosos, eles vão à consulta muitas vezes por razões simples, como: dores articulares, micoses, gripe, verminoses, crises agudas da hipertensão arterial ou da diabetes mellitus. Rapidamente, são atendidos ou encaminhados se for necessário. Até agora, não considero ter um excesso dos atendimentos aos idosos por essas causas, não constitui nenhum problema fazer os atendimentos diários aos idosos, foi desse jeito que conseguimos mudar os poucos indicadores de qualidades do caderno das ações programáticas. Os prontuários médicos, registro de vacinação, prontuários odontológicos são preenchidos na hora que o usuário é atendido e assim ficam em dia. Gostaria de melhorar ainda mais os serviços prestados aos idosos se fossem oferecidos atendimentos de outras especialidades necessárias para a avaliação e seguimento aos usuários idosos. Melhorar a diversidade e quantidade dos medicamentos dispensados para eles, melhorar o transporte e disponibilidade dos diferentes tipos de exames. Muitas vezes ficam decepcionados e os médicos frustrados. Os poucos indicadores de qualidade antes de ser completada nossa equipe de saúde com meus modestos serviços, quase não existiam, agora conseguimos uma mudança, a qual está refletida nos modestos valores absolutos e percentuais deste texto; graças ao modesto trabalho humano da nossa equipe.

Finalmente, gostaria muito de mudar algumas questões no meu contexto de trabalho, que são de vital importância para o exercício da medicina preventiva e a saúde comunitária.

O meu principal desafio é conseguir, junto com minha equipe de saúde, o controle absoluto do programa de prevenção de câncer do colo de útero. Quero o



cadastro total e a confiança de todas as gestantes da comunidade do meu contexto, quero melhorar a reputação do programa humanitário mais médicos, ainda mais, quero ser útil a este povo que já é meu também. Os melhores recursos são a organização e confecção dos protocolos médicos do Brasil. Os recursos materiais disponíveis em algumas instituições de ótima qualidade.

As ações programáticas que surpreenderam foram às estimativas do caderno das ações programáticas. Foram calculadas com muita precisão, pois foi de muita surpresa para mim a certeza dos números relacionados com nossa realidade, isso fala muito bem da confiança e credibilidade do sistema de saúde brasileiro. Os aspectos que mudaram foram à aplicação dos protocolos de maneira adequada, fortalecimento do trabalho da equipe, mais adesão da população as ações propostas pela equipe de saúde.

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

Primeiro, percebi que não sabia quase nada de português, agora posso escrever e falar muito melhor com conhecimento em medicina, graças a vocês.

Agora é que vejo a realidade do meu contexto, que naquele tempo ainda não olhava do jeito de agora. Neste momento, percebo que tudo estão bem organizados e planejados nos protocolos, mas, na realidade é bem distinta para muitas regiões. Eu adoro os protocolos, sua estrutura e nível científico, mas adoraria ainda mais se funcionasse em todas as áreas da mesma maneira. Percebo que é muito difícil reconhecer e entender que coisas como estas acontecem, apesar dos esforços do governo. Percebo uma diferença enorme entre uma região e outra do mesmo país. Percebo que os gestores regionais não valorizam estes esforços do governo. Percebo uma resistência e intolerância enorme às respostas negativas em relação aos programas, elas existem, como: não há, acabou não tem transporte, não tem pagamento, não tem comprado sulfato ferroso, não tem médico no hospital, etc. Percebo desejo e vontade enorme de trabalhar, mas pouco apoio por parte dos gestores. Percebo menos resistência ao Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB) e mais aceitação.

A Atenção Primária à Saúde (APS) na ESF naqueles dias iniciais ainda não funcionavam, mas agora achou que vai por bom caminho e, em parte, graças a vocês, que mostraram no dia a dia o caminho correto.

Importante colocar que, no texto inicial, não teve a mesma organização do relatório de análise situacional. Não foram analisadas nossas coberturas, nem estimativas dos nossos programas. Não havia observado os indicadores de qualidade como vimos no relatório completo. O relatório nos proporcionou sistematização das informações e analisar, detalhadamente, todas as ações realizadas pela equipe. Observar e analisar sobre nosso processo de trabalho.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

No Brasil, são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial sistêmica, 35% da população de 40 anos e mais, e esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras (BRASIL, 2013a). A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a hipertensão arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Por outro lado, está o diabetes mellitus, configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para todos os sistemas de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo o mundo. No Brasil, eram cerca de seis milhões de portadores, em anos passados, e se esperava que alcançasse no ano 2010 os 10 milhões; um aspecto importante é que a morbimortalidade da doença atinge pessoas ainda em plena vida produtiva, ou seja, onera a previdência social e contribui para a continuidade do ciclo vicioso da pobreza e da exclusão social (BRASIL, 2013b).

Nossa UBS, Pedro Alves de Araújo, tem uma edificação nova e ampla, conta com uma ampla sala de espera junto à recepção, sala de consultas médicas, de enfermagem e odontológica, salas de vacinas, curativos e farmácia. Conta, também, com sala de reuniões, copa, esterilização, almoxarifado e quatro banheiros, dois deles são para deficientes, todos com boa ventilação e iluminação. Nossa equipe está formada 5 ACSs, um dentista, uma enfermeira, um médico, uma técnica de enfermagem, uma técnica de farmácia, a recepcionista. Nossa população tem 2.022 pessoas, 1.013 do sexo masculino e 1.009 habitantes do sexo feminino. A população

de 20 anos em diante é de 1.239 pessoas, assim, constitui mais da metade da população geral da unidade de saúde.

Em relação a população da nossa área adstrita, posso dizer que contamos com 1.239 pessoas de 20 anos ou mais. Ainda, há 619 do sexo masculino e 620 do sexo feminino. Das 1.239 pessoas, há 1.001 pessoas entre 20 e 59 anos e 238 pessoas com 60 anos ou mais. Sobre a adesão da população alvo atendida, atualmente, os usuários com HAS faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada é de 10 (8%) usuários com HAS; e usuários com DM faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada é de 5 (16%) usuários com DM. A nossa cobertura da população alvo é de 31 (27%) usuários com diabetes e de 121 (30%) usuários com hipertensão. A equipe ainda está com um atraso das consultas agendadas em mais de sete dias em 10 (8%) usuários com HAS e em cinco (16%) com DM. Mas, temos garantido a realização de exame clínico apropriado em 100% dos usuários; a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo em 92 (76%) pessoas com HAS e em 30 (97%) pessoas com DM. Não existe farmácia popular no município e só podemos garantir alguns dos medicamentos do SUS. Em relação à avaliação da necessidade de atendimento odontológico, posso dizer que temos 114 (94%) usuários com HAS com avaliação de saúde bucal em dia e 27 (87%) pessoas com DM. Em relação à promoção, nossa equipe tem conseguido garantir orientação sobre alimentação saudável, em relação a prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal em 100% dos usuários com HAS e DM.

Até o momento, creio ser possível a implementação desta ação programática, pois, infelizmente existe mais elementos que já foram explicados anteriormente que são favoráveis dos que os não são favoráveis. O aspecto mais preocupante é o fato de não ter farmácia popular e o abastecimento pobre e pouco variado dos medicamentos para os usuários. Também, espectro muito estreito da disponibilidade de realização dos exames complementares na nossa área; mas, alguns destes fatores podem ser atenuados com outras estratégias, como levar os usuários para outro município para realização de exames e conseguir os medicamentos em outras farmácias populares. Mas, existem outros aspectos que viabilizam a intervenção como uma equipe de saúde completa e pronta para o trabalho, um local adequado para as atividades da intervenção e o apoio previamente combinado dos gestores de saúde do município. No âmbito da nossa unidade de saúde vai ser necessário desenvolver

uma intervenção sobre esta ação programática, pois, por meio dela a unidade de saúde oferecerá um atendimento de melhor qualidade as pessoas com HAS e DM, sem descuidar dos outros programas, o que vai nos levar num aumento da qualidade de vida da população; diminuindo a morbimortalidade das pessoas, diminuindo as complicações dessas doenças e suas hospitalizações, diminuindo também as crises familiares por agravamentos destas doenças. Enfim, conseguir mudanças nos indicadores negativos e torná-los positivos.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus da UBS/ESF Pedro Alves de Araújo, Porto/PI

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

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

**Meta 1.1:** Cadastrar 70% 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 70% 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 os registros 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 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Pedro Alves de Araújo, no município de Porto, estado do Piauí. Participarão da intervenção os usuários com HAS e/ou DM pertencentes a área de abrangência da unidade de saúde.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura dos usuários com HAS e DM

Meta 1.1: Cadastrar 70% dos usuários com HAS da área de abrangência no programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus da unidade de saúde

Meta 1.2: Cadastrar 70% dos usuários com HAS e DM da área de abrangência no programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus da unidade de saúde

Ações:

#### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Monitorar o número de diabéticos cadastrados no programa de atenção à hipertensão Arterial e à diabetes mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: Vamos monitorar e avaliar o número dos de usuários com HAS e DM cadastrados na intervenção todas as semanas. Conseguiremos monitorar a partir dos registros utilizados, ficha de cadastro, ficha espelho e pela planilha de coleta de dados. A cada semana, em reuniões agendadas, as técnicas de enfermagem e a recepcionista farão checagem dos usuários do programa. Desta forma, será verificada a data da próxima consulta, exame clínico e laboratoriais e comunicação aos ACSs nas reuniões de equipe realizadas na semana e, assim, ficarão em dia os usuários encontrados na semana e os consultados na semana também.

#### **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa. Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS. Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica)

na unidade de saúde. Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa. Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de diabetes. Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde

Detalhamento: Já combinamos com o secretário de saúde a entrega de outro arquivo e materiais de escritório antes do início da intervenção para garantir todos os registros e cadastros nos novos usuários do programa. O acolhimento desses usuários será priorizado nessas 16 semanas, além de aumentar mais um turno de consultas para evitar os excessos de demandas por outras razões e para não afetar o acolhimento dos outros usuários. A equipe acostuma usar o acolhimento pela equipe de referência do usuário, esta modelagem é desenvolvida da seguinte maneira: mais de um profissional está simultaneamente realizando a primeira escuta dos usuários (a recepcionista e uma técnica em enfermagem), organizando o acesso dos usuários num determinado momento, posteriormente assumindo suas demais atribuições, a enfermeira e eu, tomamos conta da retaguarda. Acrescentaremos mais um turno de consultas e visitas domiciliares para oferecer mais atendimento aos usuários da intervenção. A equipe já faz atendimento segunda-feira pela manhã, e irá fazer também terça-feira pela manhã. Se o usuário não puder comparecer nos dias do programa, poderemos agendar para outro dia seja acessível para equipe e usuário. Até o momento, conseguimos um glicosímetro e mais 3 esfigmomanômetros para melhorar a busca ativa de usuários. Para garantir a checagem do material, eu mesmo ficarei responsável de coordenador com os gestores municipais. Assim, farei checagem do material todas as semanas e solicitares outros novos para reposição, se necessário.

## ENGAJAMENTO PÚBLICO

Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente. Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Nossa ESF tem planejado oferecer diferentes informações relativas ao programa de atenção à hipertensão e à diabetes mellitus no salão de reuniões da unidade. Já temos pronto os temas e os profissionais que vão realizar



esta atividade, todas quintas-feiras pela manhã. Assim, a comunidade será avisada por meio de cartazes que já estão prontos e serão colocados nos quadros informativos da UBS e da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Também, vamos espalhar a notícia do início do projeto através dos líderes comunitários. Cada membro da equipe já está divulgando o começo da intervenção de maneira individual com cada usuário que é atendido na UBS ou nas visitas domiciliares. A notícia a ser divulgada consiste em explicar de forma muito breve de que se trata o trabalho, quem serão os participantes, quando e onde se realizará. Será esclarecido sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente. Esclarecido, também, sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg e fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. Este esclarecimento será realizado por meio das visitas domiciliares realizadas pelos ACSs, técnica em enfermagem, enfermeira, médico e cartazes na unidade, escola, igreja e, também, realizado em todas as consultas/atendimentos realizado por toda equipe. Serão utilizados também textos educativos e distribuídos na comunidade durante as visitas domiciliares. Esse esclarecimento será realizado, também, nos grupos educativos realizados na unidade de saúde. Nas reuniões realizadas com as pessoas da comunidade, líderes comunitários, serão discutidos esses temas a fim de esclarecer e para captação precoce, prevenção de intercorrências pelas doenças em questão.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde. Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito. Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde. Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: Os ACSs serão capacitados para o cadastramento dos usuários com HAS e DM de toda área de abrangência da unidade de saúde, os profissionais conhecem muito bem sua população e cada localidade e agora contamos com mais organização no trabalho. Nossa capacitação será realizada de forma gradual e progressiva nas duas primeiras semanas da intervenção. Utilizaremos os protocolos no ministério da saúde, ano 2013. Eu e a enfermeira conduziremos as

capacitações, mas todos os profissionais também irão ler os protocolos para termos um bom diálogo durante as capacitações realizadas com a equipe.

**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

Indicador: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo

Ações:

### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: Faremos o monitoramento da realização do exame clínico apropriado e avaliação mensal dos fatores de riscos encontrados nos exames clínicos realizado por meio do monitoramento e revisão dos arquivos desses usuários. Nesse sentido, a enfermeira e eu com ajuda dos outros membros da equipe vamos fazer monitoramento dessas questões, tomando um dia fixo de cada mês, de preferência ao final, para complementar as informações da produtividade mensal, por meio de checagem dos registros utilizados para o atendimento e cadastro dos usuários com HAS e DM.

### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários com HAS e DM. Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais. Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: Definiremos as atribuições de cada membro da equipe na realização do exame clínico. Por exemplo, para evitar a longa espera, na sala de espera e reduzir o tempo de consulta sem afetar a qualidade dela, depois que o usuário diabético ou hipertenso for acolhido pela recepcionista, uma técnica em enfermagem irá aferir a pressão, realizará mensuração de peso e altura, medirá circunferência abdominal e do quadril e realizará o hemoglicoteste. Desta maneira, a enfermeira e eu daremos cumprimento à consulta rapidamente e mantendo a qualidade do atendimento e com mais tempo de consulta para as outras demandas

dos usuários. Todas as sextas-feiras à tarde a equipe fará reuniões para capacitação dos profissionais membros da equipe e estabelecerá periodicidade para atualização dos profissionais. Nós temos a versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Serão realizados grupos no salão de reuniões, todas as quintas-feiras pela manhã. Assim, a comunidade será avisada por meio de cartazes que já estão prontos e serão colocados nos quadros informativos da UBS e da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Também, vamos espalhar a notícia do projeto através dos líderes comunitários. Este esclarecimento será realizado por meio das visitas domiciliares realizadas pelos ACSs, técnica em enfermagem, enfermeira, médico e cartazes na unidade, escola, igreja e, também, realizado em todas as consultas/atendimentos realizado por toda equipe. Serão utilizados também textos educativos e distribuídos na comunidade durante as visitas domiciliares. Esse esclarecimento será realizado, também, nos grupos educativos realizados na unidade de saúde. Nas reuniões realizadas com as pessoas da comunidade, líderes comunitários, serão discutidos os temas das ações citadas.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado, particularmente como aferir adequadamente a PA, como verificar os pulsos periféricos, como achar o IMC, razão circunferência abdominal/quadril e cuidado dos pés dos diabéticos. Nesse sentido, a enfermeira e eu vamos realizar uma revisão profunda desses temas e, na primeira semana de intervenção, vamos dar a capacitação da equipe toda na última hora ao final do expediente de cada dia dessa semana.

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

Ações:

### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar o número de usuários com HAS e DM com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde. Monitorar o número de usuários com HAS e DM com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: Mediante a coleta e checagem dos arquivos dos usuários com HAS e DM com solicitação dos exames laboratoriais, temos previsto o espaço das reuniões semanais da equipe e os balanços mensais. Além disso, todo mundo vai estar capacitado previamente sobre os exames solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde para ajudar ainda mais. Já pensamos em fazer uma listagem desses exames e entregar para cada membro da equipe para se orientar. Logo após de ter certeza dos usuários com as solicitações requeridas pelo protocolo, então vamos procurar levar aos usuários com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde para atendimento e avaliação.

### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Garantir a solicitação dos exames complementares. Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: Para realizar essa ação a equipe vai fazer um levantamento mediante a checagem dos prontuários clínicos destes usuários e determinar quem precisa de solicitação e quem não. Uma vez localizado o usuário que precisa de solicitações de exames complementares, a enfermeira e eu temos que garantir a entrega deles e negociar com os usuários e/ou familiares para eles se realizarem esses exames. A principal estratégia neste sentido é mostrar aos usuários a grande importância de ter todos os exames complementares realizados e em dia, para conseguir uma melhor avaliação da sua condição médica. Os ACSs também vão contribuir nesta tarefa de um jeito simples, só perguntando aos usuários: há quanto tempo você fez exame complementar? Ou, quando foi a última vez que fez exames? As respostas aos questionamentos vão ser trazidas pelos ACSs até nós com os nomes dos usuários e nós vamos determinar quem precisa da solicitação e também de forma mais individual nós vamos garantir estas solicitações em cada consulta feita

pela enfermeira ou por mim. Sobre garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares vamos dificuldades, pois o município não conta muitas vezes com transporte adequado, nem na hora certa. Mas, já combinamos para garantir o combustível, pelo menos. Em relação ao estabelecimento de sistemas de alerta dos exames complementares, combinamos com os ACSs para detectar alterações nos resultados dos exames complementares, por meio da busca ativa e priorizar agendamento e atendimento em consulta aos usuários com exames alterados.

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

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

Ações:

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HiperDia.

Detalhamento: Vamos realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. Mensalmente, bem pertinho da data de submissão dos medicamentos pela SMS a enfermeira vai checar o estoque e vai solicitar medicamentos segundo a nossa necessidade. Para monitorar o acesso aos medicamentos pelo SUS da secretaria de saúde municipal/HiperDia, mediante a checagem do registro de entrega de medicamentos que existe na SMS e faremos isso semanalmente. Cada unidade de saúde conta com registro de entrega de medicamento, dessa forma tomamos controle de quem recebe o medicamento e quem não através da checagem do nosso próprio registro na UBS. No caso de não ser registrada essa entrega, a estratégia será ver de maneira individual se foi colocado “entregue” na própria receita ou no cartão para controle desses medicamentos.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar 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.

Detalhamento: Serão realizados grupos no salão de reuniões, todas as quintas-feiras pela manhã. Assim, a comunidade será avisada por meio de cartazes

que já estão prontos e serão colocados nos quadros informativos da UBS e da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Também, vamos espalhar a notícia através dos líderes comunitários. Este esclarecimento será realizado por meio das visitas domiciliares realizadas pelos ACSs, técnica em enfermagem, enfermeira, médico e cartazes na unidade, escola, igreja e, também, realizado em todas as consultas/atendimentos realizado por toda equipe. Serão utilizados também textos educativos e distribuídos na comunidade durante as visitas domiciliares. Esse esclarecimento será realizado, também, nos grupos educativos realizados na unidade de saúde. Nas reuniões realizadas com as pessoas da comunidade, líderes comunitários, serão discutidos os temas das ações citadas.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão. Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HiperDia.

Detalhamento: Nesse sentido, a enfermeira e eu vamos realizar uma revisão profunda desses temas, nas primeiras semanas de intervenção, vamos dar a capacitação da equipe toda na última hora ao final do expediente de cada dia dessa semana.

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

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.

Ações:

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar os usuários com HAS e DM que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: A técnica de enfermagem ficará responsável por verificar nos registros se os usuários com HAS e DM estão sendo avaliados quanto a necessidade de atendimento odontológico. Os ACS, em vista, também investigarão essa necessidade. As informações serão repassadas para o médico e dentista para agendamento, se necessário.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários com HAS e DM. Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos usuários com HAS e DM provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: Já combinamos com a dentista para organizarmos a ação e ela irá atender aos usuários de HAS e DM a cada 15 dias para que todos sejam assistidos pela dentista.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Serão realizados grupos no salão de reuniões, todas as quintas-feiras pela manhã. Assim, a comunidade será avisada por meio de cartazes que já estão prontos e serão colocados nos quadros informativos da UBS e da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Também, vamos espalhar a notícia através dos líderes comunitários. Este esclarecimento será realizado por meio das visitas domiciliares realizadas pelos ACSs, técnica em enfermagem, enfermeira, médico e cartazes na unidade, escola, igreja e, também, realizado em todas as consultas/atendimentos realizado por toda equipe. Serão utilizados também textos educativos e distribuídos na comunidade durante as visitas domiciliares. Esse esclarecimento será realizado, também, nos grupos educativos realizados na unidade de saúde. Nas reuniões realizadas com as pessoas da comunidade, líderes comunitários, serão discutidos os temas das ações citadas.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: A enfermeira e eu vamos realizar uma revisão profunda desses temas, nas primeiras semanas de intervenção, vamos dar a capacitação da equipe toda na última hora ao final do expediente de cada dia dessa semana.

**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.

Ações:

### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: As técnicas em enfermagem, por meio de checagem dos registros de atendimentos, prontuário clínico e cadastros, vão verificar se estão cumprindo o atendimento aos usuários segundo a periodicidade das consultas previstas no protocolo e seu próximo agendamento, isso será feito semanalmente e será informado nas reuniões da semana para equipe.

### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: A equipe acostumava fazer as visitas todas quartas-feiras pela manhã, mas agora vamos fazer visitas pela tarde também, pois, nesse momento a outra equipe estará fazendo atendimento médico na unidade e não ficará afetado o atendimento às outras demandas dos usuários. A recepcionista e técnica de enfermagem ficarão responsáveis por organizar a agenda para acolher todos os usuários que vierem das visitas domiciliares.

### ENGAJAMENTO PÚBLICO

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas. Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos usuários com HAS e DM (se houver número excessivo de faltosos). Esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Nossa ESF tem planejado brindar diferentes informações relativas ao programa de atenção à hipertensão e ao diabetes mellitus, no salão de reuniões da unidade, eu e a enfermeira conduziremos junto a equipe, durante as 2 primeiras semanas de intervenção.

### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: Essa capacitação deve ser feita na primeira semana de intervenção, na última hora ao final do expediente e todos os dias dessa semana e, assim, toda equipe ficará pronta para abordar a intervenção. A enfermeira e eu vamos



fazer uma revisão dos temas necessários para realizar as atividades e aulas dirigidas aos demais membros da equipe.

#### **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.

Ações:

#### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

Monitorar a qualidade dos registros de usuários com HAS e DM acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: As técnicas em enfermagem, por meio de checagem dos registros de atendimentos, prontuário clínico e cadastros, vão verificar se estão registrando adequadamente as informações, isso será feito semanalmente e será informado nas reuniões da semana para equipe.

#### **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

Manter as informações do SIAB atualizadas. Implantar a ficha de acompanhamento. Pactuar com a equipe o registro das informações. Definir responsável pelo monitoramento dos registros. Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: A enfermeira e eu somos os responsáveis por manter as informações do SIAB atualizadas. Implantar a ficha de acompanhamento, neste ponto nós estamos procurando com os gestores obter as fichas, pois ainda não temos, mas foram feitas as coordenações necessárias para conseguirmos. Pactuar com a equipe o registro das informações, ficando desse jeito, os ACSs intensificam a busca ativa e trazem os usuários, então, a recepcionista faz uma ficha e preenchem os dados e depois é dirigido à consulta onde o usuário será atendido segundo os protocolos para atendimento aos programas de hipertensão e diabetes. Definir responsável pelo monitoramento dos registros, a recepcionista e a técnica em enfermagem fazem esta atividade. Para organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta

quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença: terei um registro diário, um caderno com os usuários com hipertensão e diabetes, com o objetivo de verificar de forma mais organizada numa tabela confeccionada no caderno com todos os elementos anteriores como variáveis e que a técnica em enfermagem terá como responsabilidade checar semanalmente.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Nossa ESF tem planejado brindar diferentes informações relativas ao programa de atenção à hipertensão e ao diabetes mellitus, no salão de reuniões da unidade, eu e a enfermeira conduziremos junto a equipe, durante as 2 primeiras semanas de intervenção.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos usuários com HAS e com DM. Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: Essa capacitação deve ser feita na primeira semana ou segunda de intervenção, na última hora ao final do expediente e todos os dias dessa semana e, assim, toda equipe ficará pronta para abordar a intervenção. A enfermeira e eu vamos fazer uma revisão dos temas necessários para realizar as atividades e aulas dirigidas aos demais membros da equipe.

**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.

Ações:

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: As técnicas em enfermagem e a recepcionista, por meio de checagem dos registros de atendimentos, prontuário clínico e cadastros, vão verificar se estão registrando adequadamente as informações, isso será feito semanalmente e será informado nas reuniões da semana para equipe.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco. Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Vamos priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e organizar a agenda para o atendimento semanal desta demanda, pois, assim, ficou estabelecido pela equipe o atendimento dessa demanda. Em relação a essa priorização, posso dizer que eles vão ser atendidos todas terças e sextas feiras no primeiro turno, ou seja, pela manhã. Nas terças-feiras, serão atendidos os usuários com HAS e DM faltosos e com consultas agendadas e nas sextas-feiras atenderemos os casos novos com HAS e DM. Assim, não vamos ter excesso de demanda e não se afetará a qualidade do atendimento, os casos novos encontrados em toda a semana vão ser atendidos, avaliados e com a próxima consulta agendada.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular. Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: Nossa ESF tem planejado brindar diferentes informações relativas ao programa de atenção à hipertensão e ao diabetes mellitus, no salão de reuniões da unidade, eu e a enfermeira conduziremos junto a equipe, durante as 2 primeiras semanas de intervenção.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: Essa capacitação deve ser feita na primeira semana ou segunda de intervenção, na última hora ao final do expediente e todos os dias dessa semana e, assim, toda equipe ficará pronta para abordar a intervenção. A enfermeira

e eu vamos fazer uma revisão dos temas necessários para realizar as atividades e aulas dirigidas aos demais membros da equipe.

**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.

Ações:

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar a realização de orientação nutricional aos usuários com HAS e com DM.

Detalhamento: Eu mesmo ficarei responsável por monitorar, todas as semanas, a realização dessas orientações.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável. Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento: Nós contamos com um espaço especial para organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável um dia fixo na semana, horário das 8h00 às 9h00, quintas-feiras, com profissional pronto para dar essa atividade.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar os usuários com HAS e com DM e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: Nossa ESF tem planejado brindar diferentes informações relativas ao programa de atenção à hipertensão e ao diabetes mellitus, no salão de reuniões da unidade, eu e a enfermeira conduziremos junto a equipe durante as semanas de intervenção.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Essa capacitação deve ser feita na primeira semana ou segunda de intervenção, na última hora ao final do expediente e todos os dias dessa semana e, assim, toda equipe ficará pronta para abordar a intervenção. A enfermeira

e eu vamos fazer uma revisão dos temas necessários para realizar as atividades e aulas dirigidas aos demais membros da equipe.

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

Ações:

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos usuários com HAS e com DM.

Detalhamento: Eu mesmo ficarei responsável por monitorar todas as semanas a realização dessas orientações.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física. Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: Nós contamos com um espaço especial para organizar práticas coletivas sobre atividade física. Faremos contato com os educadores físicos da escola de nossa área para nos ajudar com as orientações.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar usuários com HAS e com DM e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento: Nossa ESF tem planejado brindar diferentes informações relativas a atividade física, no salão de reuniões da unidade, eu e a enfermeira conduziremos junto a equipe. Faremos contato com os educadores físicos da escola de nossa área para nos ajudar com as orientações.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Essa capacitação deve ser feita na primeira semana ou segunda de intervenção, na última hora ao final do expediente e todos os dias dessa

semana e, assim, toda equipe ficará pronta para abordar a intervenção. A enfermeira e eu vamos fazer uma revisão dos temas necessários para realizar as atividades e aulas dirigidas aos demais membros da equipe.

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

Ações:

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos usuários com HÁ e DM.

Detalhamento: Eu mesmo ficarei responsável por monitorar todas as semanas a realização dessas orientações.

**ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

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

Detalhamento: Nos reuniremos com o gestor municipal para solicitar a compra de medicamentos para o abandono ao tabagismo.

**ENGAJAMENTO PÚBLICO**

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

Detalhamento: Nossa ESF tem planejado brindar diferentes informações relativas ao abandono ao tabagismo, no salão de reuniões da unidade, eu e a enfermeira conduziremos junto a equipe.

**QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde

Detalhamento: Essa capacitação deve ser feita na primeira semana ou segunda de intervenção, na última hora ao final do expediente e todos os dias dessa semana e, assim, toda equipe ficará pronta para abordar a intervenção. A enfermeira e eu vamos fazer uma revisão dos temas necessários para realizar as atividades e aulas dirigidas aos demais membros da equipe.

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

Ações:

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos usuários com HAS e DM.

Detalhamento: Eu mesmo ficarei responsável por monitorar todas as semanas a realização dessas orientações.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: Já nos organizamos com a equipe sobre melhor acolhimento realizado pela técnica de enfermagem para que tenhamos mais tempo em consulta.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar os usuários com HAS e DM e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: Nossa ESF tem planejado brindar diferentes informações relativas a higiene bucal, no salão de reuniões da unidade, eu e a enfermeira conduziremos junto a equipe. A dentista nos ajudará, também.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: Essa capacitação deve ser feita na primeira semana ou segunda de intervenção, na última hora ao final do expediente e todos os dias dessa semana e, assim, toda equipe ficará pronta para abordar a intervenção. A enfermeira e eu vamos fazer uma revisão dos temas necessários para realizar as atividades e aulas dirigidas aos demais membros da equipe. A dentista nos ajudará com a capacitação.

### 2.3.2 Indicadores

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

Meta 1.1: Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

Indicador: 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 70% dos Diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

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

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

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

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

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

Indicador: 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: 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: 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: 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: 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: 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: 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: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador: 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: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

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

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

Indicador: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

Indicador: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

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

Indicador: 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: 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: 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: 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: 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: 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: 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 diabéticos.

Indicador: 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 hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, vamos adotar o Manual Técnico de Hipertensão e Diabetes do Ministério da Saúde, ano 2013. Utilizaremos a ficha de cadastro do HiperDia e a ficha espelho fornecida pelo curso de especialização da UFPel. Assim, para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção a equipe irá utilizar a ficha espelho elaborada pelo nosso curso da UFPel.

Estimamos alcançar com a intervenção 70% de cobertura de atendimento aos usuários com HAS e/ou DM de uma estimativa de 406 e 116 usuários respectivamente, segundo o Caderno de Ações Programáticas (CAP). Faremos contato com o gestor municipal para dispor das 365 fichas espelho dos usuários com HAS e/ou DM necessários, que serão anexadas às fichas de cadastro e acompanhamento de HiperDia. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os usuários com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus que vierem ao serviço para consulta nos últimos três meses. A profissional localizará os prontuários desses usuários e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha de cadastro de HiperDia e a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma

anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso e avaliação de saúde bucal.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção foram discutidas com a equipe da UBS e foi combinado que a enfermeira e eu vamos liderar as capacitações. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o manual técnico de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos usuários com HAS e DM. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isso será reservada 2 horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe. Assim, as capacitações serão realizadas ao longo das primeiras duas semanas.

A estruturação do acolhimento aos usuários com hipertensão e diabetes nesta UBS estará detalhada da seguinte maneira: a equipe, há muito tempo, tem um dia na semana para o atendimento de HiperDia (terça-feira pela manhã), neste turno só vamos fazer atendimento aos usuários do HiperDia conhecidos e as outras demandas do dia, com a organização acostuada. A recepcionista toma e preenche os dados, a técnica em enfermagem afere a PA, a glicemia capilar, altura, peso, circunferência abdominal e quadril, e o resto do exame físico vai ser feito pela enfermeira e pelo médico, na consulta, cada usuário sairá com a próxima consulta agendada. O outro dia que foi combinado acrescentar para cobrir o atendimento dos novos usuários de HiperDia será na sexta-feira pela manhã. Este dia será somente para os casos novos encontrados pelos ACSs na semana de segunda a quarta-feira, nesse dia se verificará os exames complementares, os exames físicos apropriados com avaliação de saúde bucal pela dentista. Para alcançar a quantidade total definida, temos planejado atender uma média aproximada de 18 usuários com HAS e 7 com DM por semana.

Ressaltam-se que as intercorrências agudas sempre têm sido priorizadas pela equipe de saúde, todos os dias de atendimento pela manhã e pela tarde, e sempre será priorizada, mesmo durante a intervenção, isso é fato na nossa rotina de trabalho. É por isso que os usuários com hipertensão e diabetes irão ser atendidos nas primeiras horas do expediente. Também, quando o usuário for acolhido, nessa mesma hora será priorizado seu atendimento integral, sem afetar o atendimento das outras demandas. Haverá sempre nos dias de atendimento aos usuários com HAS e DM uma técnica em enfermagem menos ocupada para garantir o fluxo rápido das

consultas, ela vai aferir PA, peso, altura, circunferência abdominal e quadril antes dos usuários entrarem para consulta. A enfermeira e eu vamos oferecer consultas em salas diferentes e no mesmo turno, desta forma não vamos ficar com excesso de demanda e o atendimento será de qualidade.

Para sensibilizar a comunidade, faremos contato com a associação de moradores do bairro e com os representantes da comunidade. Na escola da área de abrangência, apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da realização dos controles de HiperDia. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação de usuários com HAS e DM e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorizarmos o atendimento desse grupo populacional, oferecendo informações necessárias sobre as doenças, seus fatores de riscos e suas complicações mais frequentes e temidas por toda a população, com o objetivo de sensibilizar ainda mais a comunidade. Essas reuniões serão realizadas, semanalmente, no dia que a equipe combinou, ou seja, pela tarde, na escola da área de abrangência e já está designado quem irá cada dia planejado. Para a realização dos grupos com os usuários serão necessárias folhas brancas, lápis, material audiovisual e um projetor.

Para monitoramento da ação programática, semanalmente, a técnica em enfermagem e a recepcionista examinarão as fichas de cadastro de HiperDia, a ficha de acompanhamento disponível no município e as fichas espelhos identificando aqueles que estão com consultas, exames clínicos e exames laboratoriais em atraso. As impressões serão realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) em quantidade estimada e suficiente. Eu e a enfermeira estaremos alerta quanto à necessidade de novos impressos a serem solicitados. Os ACSs farão busca ativa de todos os usuários com HAS e DM em atraso, estima-se 04 para usuários com hipertensão e 1 usuário com diabetes mellitus, por semana, totalizando 20 por mês. Ao fazer a busca ativa já agendarão os usuários para o dia de atendimento combinado. Então, a enfermeira examinará este trabalho desenvolvido para reunir a equipe e planejar as atividades da semana. Ao final de cada semana, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas da planilha eletrônica. Mensalmente, a enfermeira e eu juntaremos a produção de toda a equipe, e um de nós levará para o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) da SMS.

Para garantir material adequado para realização do hemoglicoteste, e para aferição de PA, a enfermeira solicitou, pessoalmente, na SMS e já conseguimos um

glicosímetro e mais um esfigmomanômetro. Ainda estamos precisando de mais um glicosímetro e mais um esfigmomanômetro, a enfermeira e eu seremos responsáveis pela checagem semanal dos materiais, como fita métrica, balança para adultos e de exigir na secretaria a troca ou manutenção deles ou o que for necessário, pois assim foi pactuado com os gestores.

Para garantir solicitação de exames complementares, será combinado com a SMS e serei o responsável dessa ação, assegurar que sejam levados os usuários um dia fixos na semana para realização dos exames. Para o controle de estoque dos medicamentos, serei o responsável, também, desta atividade. Planejei visitar a farmácia da SMS um dia antes de fazer seu pedido dos medicamentos e um dia depois da chegada dos medicamentos. Além disso, eu mesmo farei o pedido de medicamentos da nossa unidade de saúde.

Para garantir a realização das atividades de saúde bucal e a prática de exercícios físicos, a enfermeira e eu somos responsáveis de coordenar com a dentista da unidade de saúde e um educador físico da escola da área de abrangência para concretizar estas atividades ao longo da intervenção e para que fiquem como rotina de nosso trabalho na unidade.



## 2.3.4 Cronograma

Mês da Intervenção	Primeiro Mês				Segundo Mês				Terceiro Mês				Quarto Mês			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
<b>Ações Propostas</b>																
<b>Cadastramento de novos usuários</b>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
<b>Visita domiciliar pelos ACS</b>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
<b>Atendimento à população alvo</b>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
<b>Reuniões para capacitação da equipe</b>	x	x														
<b>Registro das informações na planilha eletrônica</b>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
<b>Monitoramento dos indicadores e avaliação da intervenção</b>				x				x				x				x
<b>Checagem de material de apoio</b>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
<b>Busca ativa dos usuários</b>	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
<b>Grupos educativos</b>			x				x				x				x	

1 - As visitas domiciliares realizadas pelo médico, enfermeira e técnico de enfermagem serão agendadas conforme a necessidade.

### **3 Relatório da Intervenção**

A intervenção foi, inicialmente, planejada para ser realizada durante 16 semanas. No entanto, por determinação do curso de especialização da UFPel, a intervenção foi reduzida para 12 semanas. Nestas 12 semanas da intervenção, realizadas entre os meses abril e junho de 2015, a equipe desenvolveu um conjunto de atividades com os objetivos fundamentais de aumentar a cobertura dos usuários com HAS e DM. Também, de melhorar a qualidade de atenção aos usuários. Para que isso fosse possível, foram desenvolvidas nas primeiras duas semanas, as capacitações da equipe e acredito que, sem elas, não chegaríamos até fim da intervenção.

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

Durante a intervenção na UBS Pedro Alves de Araújo, a equipe e a população participaram de forma muito presente.

Para poder implementar o projeto de intervenção a primeira coisa a ser feita foi trabalhar realizando as capacitações dos ACSs. Assim, as ações de capacitação foram realizadas nas duas primeiras semanas da intervenção e aconteceram nos dias programados com a equipe e sem afetar o atendimento aos usuários. Além disso, foram precisos os locais e outros materiais como: projetor, computador, pastas e materiais impressos que foram garantidos pela SMS em relação a nossos pedidos. Ao final de cada atividade os responsáveis sempre deixavam o diálogo aberto para tirar as dúvidas e oferecíamos a nossa disposição em qualquer outro momento e lugar para esclarecer qualquer questionamento. Nestas primeiras duas semanas, foi preciso o estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática, que ia se desenvolver na nossa intervenção; aqui também não tivemos dificuldades para o desenvolvimento desta atividade; pois cada um de nós sabia o que fazer, como fazer e quando fazer as ações.



Figura 1 – Equipe da UBS Pedro Alves de Araújo. Porto, Piauí, 2015. Fonte: arquivo próprio

Para começar a implementação do nosso projeto foram necessárias as ações de engajamento público para informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Essas ações, também, foram garantidas nas primeiras duas semanas e mais outras vezes no decorrer da intervenção. O contato com líderes comunitários para falar sobre a importância da ação programática de atenção ao programa de HAS e DM, solicitando apoio para a captação dos novos usuários e para as demais estratégias que foram implementadas. Essa ação foi desenvolvida com um pouco de demora, por causa de que não conseguimos reunir, na hora combinada, todo o pessoal convidado à reunião, mas como eu já disse foi demorado, mas deu certo ao final.



Figura 2 – Reunião com os gestores e outros profissionais da saúde do município de Porto, Piauí. Fonte: arquivo próprio

Para garantir ainda mais o engajamento público, realizamos grupos de usuários com hipertensão e diabetes para desenvolver o tema da existência do programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus da unidade de saúde

e para desenvolver os temas já colocados em nosso detalhamento das ações. Estas atividades de grupo foram desenvolvidas com alguns graus de dificuldades, a principal foi reunir uma quantidade representativa de usuários para cumprir nosso objetivo e a outra dificuldade foi levá-los até o local da atividade de grupo. Mas, ao final deu certo, com a ajuda e apoio dos gestores e dos agentes comunitários da própria equipe. Nas ações de promoção em saúde, a equipe organizou práticas coletivas sobre alimentação saudável da qual existem provas fotográficas, a nutricionista foi envolvida no nosso projeto, pois ela fez avaliação nutricional dos usuários com HAS e DM e atividades de orientação sobre alimentação saudável; a equipe organizou práticas coletivas para orientação de atividade física e por último, mas, com certeza foi a atividade mais desenvolvida de garantir orientações em nível individual.



Figura 3 – Grupos educativos com os usuários da UBS Pedro Alves de Araújo. Porto, Piauí, 2015. Fonte: arquivo próprio.



Figura 4 – Grupos educativos com os usuários da UBS Pedro Alves de Araújo. Porto, Piauí, 2015. Fonte: arquivo próprio.

Outra ação de vital importância que, também, foi preciso garantir desde o início, foi a organização e gestão do serviço. Garantir o registro dos usuários com HAS cadastrados no programa, melhor o acolhimento e garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde. Neste ponto precisamos realizar a capacitação da equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos usuários com HAS e DM e para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Na primeira semana e mais outras vezes no trajeto da intervenção, foram realizadas as reuniões com os gestores, para garantir a realização dos exames complementares, dos impressos, das medicações e outros materiais como, fita adesiva, esfigmomanômetro e glicosímetro. Além de comunicar para eles o desenvolvimento da nossa intervenção na comunidade adstrita à unidade de saúde.



Figura 5 – Folder com informações sobre HAS e DM distribuídos pela Drogarocha à população. Porto, Piauí, 2015. Fonte: arquivo próprio

E, para manter sob controle, o desenvolvimento e realização de todas as atividades a ação a desempenhar foi o monitoramento e avaliação, além disso, para checar periodicamente o número de usuários cadastrados no programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus da unidade de saúde. A checagem sistemática das atividades desenvolvidas garantiu o cumprimento das mesmas, pois foi graças ao monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas que conseguimos maior responsabilidade e comprometimento com o projeto. Uma das atividades de maior importância no programa de intervenção comunitária são os monitoramentos, pois graças aos monitoramentos a gente pode avaliar os resultados e a evolução da intervenção, e perceber as fraquezas e fortalezas ao longo do desenvolvimento das ações programáticas. Até agora, temos feito monitoramento e avaliação dos usuários cadastrados no programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus da unidade de saúde, semanalmente, sem dificuldades. Cada membro da equipe colocou muito empenho no desenvolvimento da intervenção, o monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo era feito semanalmente.

Foram garantidas as solicitações dos exames complementares para todos os usuários cadastrados e acompanhados e foram estabelecidos sistemas de alerta nos exames complementares preconizados, capacitando a equipe sobre quando estejam alterados ou não.



Figura 6 - Convênio com laboratórios Drogarocha para ampliar a possibilidade de realização de exames laboratoriais. Porto, Piauí, 2015. Fonte: arquivo próprio

O controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos era feito semanalmente, junto com registro das necessidades de medicamentos dos usuários com HAS e DM cadastrados na unidade de saúde. Esta ação era realizada por mim.

Foi garantida a avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários com HAS e DM, pois conseguimos organizar a agenda de saúde bucal da dentista para a realização da consulta odontológica de todos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

E, para ajudar ainda mais com a organização e gestão do serviço, foi falado em muitas oportunidades para os líderes da comunidade e outras pessoas não líderes, sobre a importância das consultas com a periodicidade segundo o protocolo para o atendimento aos usuários com HAS e DM para garantir um impacto maior.

A equipe no início e ao longo da intervenção fez a organização e gestão do serviço e, assim, conseguimos organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos e organizar a agenda para acolher os usuários com HAS e DM provenientes das buscas domiciliares. Mas, os ACSs fizeram tão bom trabalho, que esse indicador foi mantido em zero.

O registro adequado foi garantido ao longo destas doze semanas de intervenção, além do atendimento clínico dos usuários portadores de hipertensão arterial e o cadastramento de todos os usuários com HAS e DM da área adstrita no diabetes mellitus; também, foi garantido o registro adequado destas informações, para arquivar na unidade de saúde e para alimentar o SIAB. O engajamento público foi dirigido neste ponto para orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em



relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, e foi feito em cada encontro com os líderes da comunidade e pessoas não líderes.

A enfermeira e eu éramos os responsáveis de manter as informações do SIAB atualizadas, também implantamos a ficha de acompanhamento, pactuamos com a equipe o registro adequado das informações e combinamos ficar como responsáveis pelo monitoramento dos registros. Foi organizado um sistema de registro que viabilizou 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.

Foi pactuado desde o começo e enfatizado outras vezes, com o fim de organizar a gestão do serviço a priorização do atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e foi organizada a agenda para o atendimento desta demanda.

Embora, de forma geral, a intervenção tenha sido um sucesso, nem tudo foi fácil de conseguir ou realizar, pois, algumas atividades foram demoradas em se realizar por diferentes causas, principalmente: pouca representação dos usuários, confusão na hora de selecionar o local para os grupos, ar condicionado e energia elétrica quebrados no local selecionado, responsável da atividade fora da área por causa do congresso de atenção primária. Enfim, todas essas razões impediram num momento a realização ou desenvolvimento das atividades com grupos de hipertensos e diabéticos, mas ao final graças a deus as coisas saíram bem e foram realizadas.

A busca ativa dos usuários com HAS e DM faltosos às consultas, também daqueles com suspeita de estarem com essas doenças, se realizaram tendo dificuldades somente algumas vezes na disponibilização do combustível. Mas, mesmo assim, os agentes comunitários de saúde realizaram as visitas, sempre preocupados e atenciosos para alcançar a meta planejada.





Figura 7 - Pesquisa e busca ativa dos usuários com HAS e DM da área adstrita à unidade de saúde Pedro Alves de Araújo. Porto, Piauí, 2015. Fonte: arquivo próprio

A checagem dos estoques de medicamentos tem sido realizada pela enfermeira e por mim e temos encontrado dificuldades no abastecimento de forma insuficiente dos medicamentos, que ainda continua sendo um problema muito sério, não só para nossa unidade de saúde, mas para o município inteiro. Só para falar de um exemplo, embora fosse demandada ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo", nunca foi resolvido.

Apesar de algumas dificuldades no caminho da intervenção, acredito que a mesma teve sucesso de forma geral, pois a equipe realizou todas as ações programadas, algumas com alguns graus de dificuldades, mas foram feitas, ou seja, sempre foram precisados mecanismos de adaptação antes diferentes situações. Por exemplo: sempre ficaram pontos fracos ou situações sem ser resolvidas, como: o abastecimento insuficiente de medicamentos, não somente os medicamentos de Hipertensão, mas, de forma geral. O abastecimento é realmente muito pobre e com certeza sabemos a causa do problema. Segundo os gestores, eles têm disponibilizado uma quantidade insuficiente, também, de dinheiro para conseguir os medicamentos. Segundo a nossa experiência, eles não estão fazendo um pedido de medicamentos certo, existem muitos medicamentos desnecessários na SMS, que ainda não têm como sair deles, ou seja, é preciso fazer um pedido bem criterioso, baseado nas principais incidências e prevalências da região. A sorte dos usuários foi que eles compreenderam a importância do tratamento contínuo para suas próprias saúdes e bem-estar e decidiram resolver comprando os medicamentos nas farmácias privadas.

Outra situação fraca ou sem resolver, é a questão do transporte, muitas vezes temos que procurar alternativas (de moto) para resolver ou levar o atendimento médico até os usuários. Para as visitas, a enfermeira sempre oferecia seu carro, mas isso não é permanente, nem obrigatório, pois entendi se um dia ela não quiser mais colaborar.

E, temos ainda mais um ponto fraco e é sobre os exames complementares, pois, no município só fazem hemograma completo, fezes, urina, HIV e VDRL. Com esses exames não dá para fazer uma boa avaliação de um usuário com HAS ou DM, mas, mais uma vez os usuários conseguiram entender o risco da sua doença e pelo mesmo bem próprio, decidiram fazer os exames nos laboratórios privados; na realidade eu acho que a intervenção fez seu trabalho. Embora fosse falado muitas vezes com os gestores municipais sobre a agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo, muitas vezes, era o próprio usuário preocupado pela sua saúde quem dava um jeito para resolver.

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

Todas as ações foram desenvolvidas, com exceção de que a equipe teve muitas oportunidades para falar com a secretária de educação do município, oportunidades bem aproveitadas, mas nunca conseguimos parcerias institucionais para envolver educadores físicos nas atividades de promoção à saúde.

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

Nessas doze semanas, com o material impresso não teve dificuldades, as fichas espelhos, as fichas de atendimento, os prontuários e as planilhas da produção mensal, ou seja, tudo sem problema. Agora, estamos preenchendo de forma certa as planilhas, sobre todos os números certos. Isso mudou graças à minha orientadora, posso dizer que não tivemos nenhuma dificuldade na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculo dos indicadores até o fim da intervenção.

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

Já faz tempo que a equipe tem incorporado as atividades da intervenção à rotina do trabalho. Posso dizer que quase todos os dias são de HiperDia enquanto a

intervenção esteve se desenvolvendo, mas o desafio ainda maior é levar toda essa rotina às outras ações programáticas.

Também, são parte da rotina as atividades de monitoramento, dos exames clínicos apropriado dos usuários com HAS e DM e avaliação mensal dos fatores de riscos encontrados nos exames clínicos realizados, por meio da revisão dos arquivos, o acesso aos medicamentos pelo SUS da secretaria de saúde municipal/HiperDia, o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) e seu próximo agendamento. A qualidade dos registros dos usuários acompanhados na unidade de saúde, todos usuários com HAS e DM com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano e o monitoramento da realização de orientação nutricional, para atividade física regular, sobre riscos do tabagismo e sobre higiene bucal aos usuários com HAS e DM.

Também, já é parte da rotina do nosso trabalho o contato com a comunidade e os usuários, a equipe teve a ideia de fazer grupos de usuários em outra ação programática, é claro que depois da intervenção. Também já é rotina a checagem do estoque dos medicamentos e outros materiais necessários.

Ao longo destes três meses de intervenção a equipe tem atingido as metas programadas, se não, acho que bem pertinho. As dificuldades mais frequentes ao longo da intervenção foram a realização dos exames complementares, o abastecimento dos medicamentos de forma suficiente e o transporte. Destes três probleminhas, só ficará sem resolver aquele do abastecimento insuficiente dos medicamentos, os outros sempre damos um jeito.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

Durante as 12 semanas de intervenção, a equipe desenvolveu um conjunto de atividades com os objetivos fundamentais de melhorar a atenção à saúde de usuários com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus na Unidade Básica de Saúde Pedro Alves de Araújo, ampliar a cobertura da população alvo, melhorar a qualidade da atenção à saúde, melhorar a adesão ao programa, melhorar o registro das informações, mapear usuários com HAS e DM com risco para doença cardiovascular e promover a saúde das pessoas com HAS e DM.

Nossa UBS tem população total de 2.032, a população da nossa área adstrita é de 1.239 pessoas de 20 anos ou mais, destas há 619 do sexo masculino e 620 do sexo feminino. Também, destas 1.239 pessoas, há 1.001 pessoas entre 20 e 59 anos e 238 pessoas de 60 anos ou mais. Pode-se observar que a população é predominantemente jovem.

Antes de apresentarmos os resultados, cabe destacar que utilizamos aqui as estimativas apresentadas no CAP. Assim, tanto na análise situacional, quanto aqui nos resultados, utilizamos o mesmo denominador. Ou seja, estamos aqui utilizando a estimativa do CAP. Lembramos que o CAP estima que tenhamos 406 usuários com HAS em nossa área e 116 usuários com DM.

Importante colocar que, foram cadastradas e acompanhadas 199 (49%) usuários com HAS e 82 (70,7%) usuários com DM, sendo que 33 usuários são acometidos pelas duas doenças. Mas, acreditamos que vamos conseguir 100% com a continuação do trabalho. Ressalta-se que, antes da intervenção, tínhamos uma cobertura de 121 (30%) pessoas com HAS e 31 (27%) com DM. Ressalta-se que foi utilizado neste trabalho a estimativa do CAP. Infelizmente, não foi possível a outra equipe da nossa unidade de saúde trabalhar, também, com a intervenção.

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

**Meta 1.1:** Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

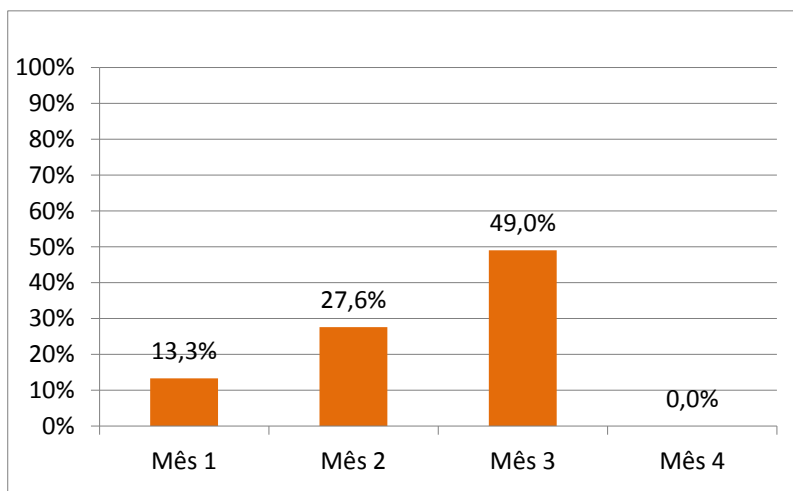


Figura 8 – Cobertura do programa de atenção aos usuários com HAS na unidade de saúde Pedro Alves de Araújo. Porto, Piauí, 2015. Fonte: arquivo próprio.

O programa de melhoria de atenção aos usuários com HAS e/ou DM deveria ter alcançado uma cobertura de 70% ao final da intervenção, conforme meta estudada durante o projeto de intervenção. Considerando que a intervenção foi reduzida, por determinação do curso, de 16 semanas para 12 semanas, a meta ao final cadastramos e acompanhamos 199 (49,0%) usuários. O fato deve-se que o tempo de intervenção foi reduzido e os usuários que poderíamos ter acompanhado e cadastrados no mês que foi reduzido, diminuiu numericamente a meta programada pela equipe. Como podemos observar na figura 8, no primeiro mês, foram acompanhados 54 (13,3%) usuários com HAS; no segundo mês, foram cadastrados e acompanhados 112 (27,6%) e, ao final do terceiro mês, foram acompanhados 199 (49,0%).

Nas primeiras duas semanas da intervenção foi necessário trabalhar nas capacitações da equipe, nos contatos com a comunidade e as reuniões com os gestores de saúde do município para aprontar o projeto a ser implementado e a equipe que iria desenvolver o projeto. Este tempo necessário influenciou, diretamente, no resultado final do primeiro mês que foi o menor número de captações de usuários hipertensos 54 (13,3%) e, logicamente, influenciou, também, no resultado final.

Mas, senão fossem realizadas as capacitações dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para o cadastramento dos usuários com HAS de toda área de

abrangência da unidade de saúde, a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, a capacitação da equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos usuários e, para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas e a capacitação dos ACSs para a realização de busca ativa de usuários faltosos, e aqueles com suspeita de serem portadores dessas doenças; não teríamos conseguido aumentar no segundo mês o número de usuários com HAS cadastrados e acompanhados até 112 (27,6%).

Ao longo da intervenção foram garantidos outros aspectos que contribuíram na melhoria do projeto, como o fato de garantir todo o material impresso para o acolhimento, cadastro e registro dos usuários captados e aqueles já cadastrados no programa. Também, foi garantido o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde. Além disso, a equipe informou a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde para pactuar a prioridade do atendimento destes usuários e foi aceito, sem problemas, o que melhorou, ainda mais, o acolhimento para os usuários com HAS. Os resultados do terceiro mês 199 (49,0%) refletem, com certeza, todo esse trabalho desenvolvido nesses três meses.

Mas, a nova rotina de trabalho não acabou ainda, a equipe durante a intervenção em várias oportunidades informou a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, orientou a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e orientou a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão arterial só para garantir a conquista dos 100% dos usuários com HAS acompanhados e cadastrados em futuro próximo.

Uma das ações de maior importância desenvolvida, em relação ao objetivo de ampliar a cobertura dos usuários com HAS e DM foi o monitoramento do número de usuários cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

**Meta 1.2:** Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

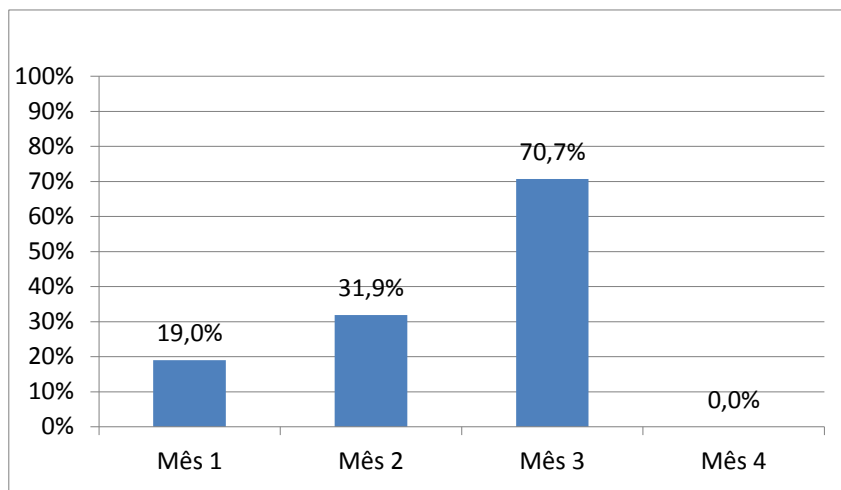


Figura 9 – Cobertura do programa de atenção aos usuários com DM na unidade de saúde Pedro Alves de Araújo. Porto, Piauí, 2015. Fonte: arquivo próprio.

O programa de melhoria de atenção aos usuários com HAS e/ou DM deveria ter alcançado uma cobertura de 70% ao final da intervenção, conforme meta estudada durante o projeto de intervenção e atingimos uma meta de 82 (70,7%). O maior peso do trabalho para que a equipe conseguisse alcançar tal cobertura foi pela parte dos agentes comunitários de saúde, eles fizeram a maior busca ativa que já vi, mas cada um de nós deu o nosso melhor. Também, esse valor com certeza foi favorecido pela comorbidade de doenças (HAS/DM). O número de pessoas com DM que já existia 31 (26,7%) e pelas manifestações clínicas da própria diabetes mellitus que são mais chamativas. Assim, por isso a diminuição do tempo total da intervenção não afetou as captações dos diabéticos.

Como podemos observar na figura 9, acima, no primeiro mês, conseguimos acompanhar 22 (19,0%) usuários com diabetes; no segundo mês, atingimos a quantidade de 37 (31,9%) e já para o terceiro mês de intervenção conseguimos cadastrar o total de 82 (70,7%) de usuários com DM.

Para conseguir esses resultados foi preciso desenvolver um conjunto de atividades envolvendo a equipe inteira e outras pessoas fora da equipe, para assim conseguir os resultados com a qualidade programada pela equipe de saúde da unidade, estas atividades foram às seguintes: capacitação da equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos diabéticos, e para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas; capacitação dos agentes comunitários de saúde para realização de busca ativa de diabéticos faltosos, e aqueles com suspeita de serem portadores desta doença.

No decorrer da intervenção, foram realizadas reuniões com os gestores para garantir a realização dos exames complementares, dos impressos, das medicações e outros materiais como, fita métrica, esfigmomanômetro e glicosímetro; além de comunicar para eles o desenvolvimento da nossa intervenção na comunidade adstrita à unidade de saúde.

Também, foi necessário o contato com líderes comunitários para falar sobre a importância da ação programática de atenção ao programa de hipertensão e diabetes, solicitando apoio para a captação dos novos usuários e para as demais estratégias que foram implementadas; esta ação foi desenvolvida com um pouco de demora, por causa de que não conseguimos reunir, na hora combinada todo o pessoal convidado à reunião, foi demorado, mas deu certo ao final.

O seguinte grande desafio foi garantir a qualidade do nosso atendimento a todos os usuários baseado, logicamente, nos indicadores de qualidade da intervenção.

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

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

A equipe de saúde trabalhou com um número crescente de usuários ao longo da intervenção e, mesmo assim, foram garantidos a todos os usuários acompanhados (199) o exame clínico em dia de acordo com o protocolo nos três meses da intervenção. No início da intervenção, só contávamos com um número pequeno de usuários (54), mas no trajeto da intervenção esse número foi crescendo até conseguir o atual número 199 (49,0%). A pequena quantidade, no início, facilitou a realização do exame clínico adequado a todos eles, só tivemos que manter esse mesmo empenho no trabalho posterior, mas com uma quantidade maior.

A enfermeira, a técnica em enfermagem, a dentista e eu fomos os principais protagonistas nesta tarefa de maneira muito criteriosa e baseada nos protocolos atualizados do MS e, assim, foi garantido os 100% da qualidade neste indicador.

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

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



A intervenção foi desenvolvida com um número crescente de usuários com DM e mesmo assim foram garantidos exame clínico em dia de acordo com o protocolo nos três meses da intervenção para todos os usuários cadastrados (82 usuários, 100%) e acompanhados.

Foi a pequena quantidade no início que facilitou a realização do exame clínico adequado em todos antes de começar a intervenção, depois, só tivemos que manter esse mesmo empenho no trabalho, mas com uma quantidade maior.

A enfermeira, a técnica em enfermagem, a dentista e eu fomos os principais protagonistas nesta tarefa de maneira muito criteriosas e baseadas nos protocolos atualizados do MS e, assim, foi garantido a todos os usuários.

Tivemos dificuldades no princípio, pois, não estava dando certo a questão do transporte para garantir a realização dos exames complementares em dia de acordo com o protocolo, apesar de que foi combinado direitinho com os gestores da secretaria de saúde.

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

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

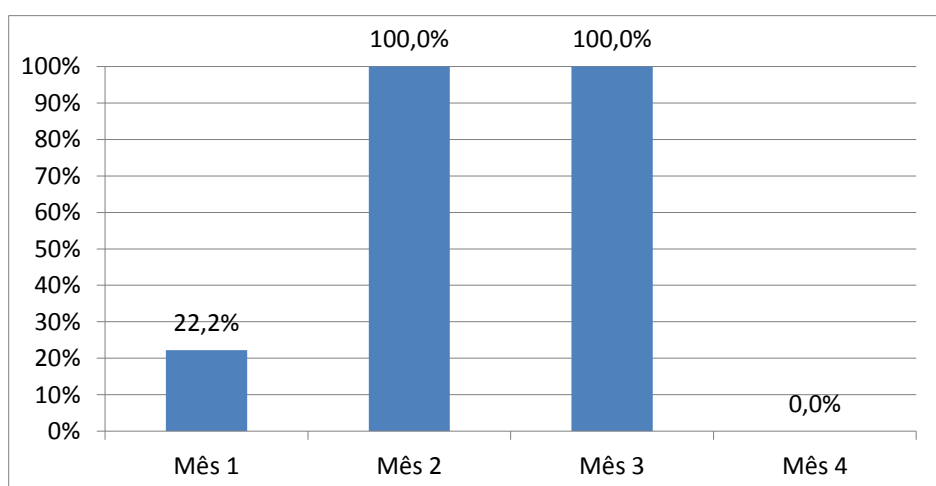


Figura 10 - Proporção de usuários com hipertensão com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Pedro Alves de Araújo. Porto, Piauí, 2015. Fonte: arquivo próprio.

A proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, no primeiro mês, foi de 12 (22,2%) para os usuários com HAS. Nos outros dois meses, foram garantidos os 100% (112 e 199, no segundo e

terceiro mês, respectivamente) apesar de que o número deles era cada vez maior, conforme pode-se observar no gráfico da figura 10.

Antes da intervenção, o pequeno grupo de hipertensos (121) tinha realizado os exames complementares em dia de acordo com o protocolo em 92 (76%) das pessoas com HAS. Nesta época, a queixa era a mesma sobre o transporte e a impossibilidade da realização de alguns dos exames complementares no município, é por isso que precisam ir para outro município para resolver essa questão.

Foram realizadas reuniões com os gestores para garantir a realização dos exames complementares. Mesmo assim, apresentamos dificuldades só no primeiro mês da intervenção, nos seguintes dois meses esse problema foi corrigido pontualmente. Neste ponto a façanha foi liderada pelos próprios gestores de saúde do município e, em parte, graças à persistência dos nossos pedidos.

E, por último, mas não menos importante, foi útil a realização do grupo de usuários com hipertensão para desenvolver os temas sobre a necessidade de realização de exames e a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

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

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

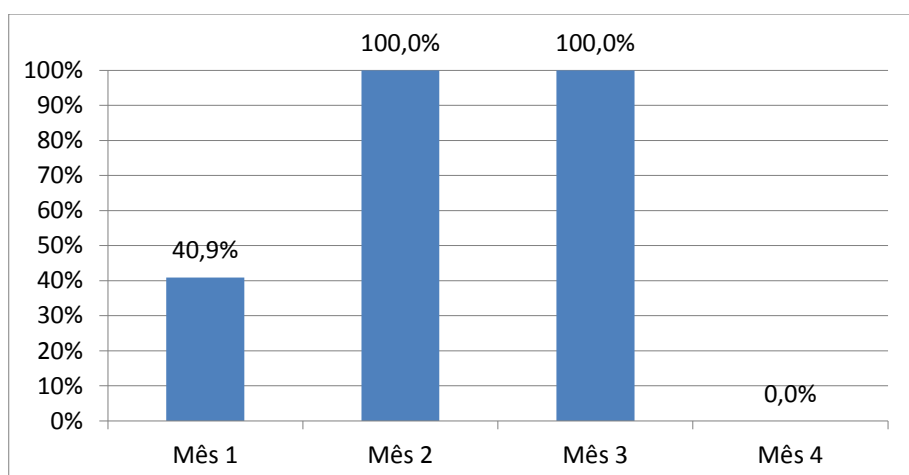


Figura 11 - Proporção de usuários com diabetes com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde de Pedro Alves de Araújo. Porto, Piauí, 2015. Fonte: arquivo próprio.

A proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, no primeiro mês, foi de 09 (40,9%) usuários com DM, nos outros dois

meses foram garantidos os 100% respectivamente, apesar de que o número deles era cada vez maior, assim pode se observar no gráfico da figura 11. Assim, foram assistidos 37 (100%) no segundo mês e 82 (100%) usuários no terceiro mês de intervenção.

No início da intervenção, o pequeno grupo de 30 usuários com DM contava com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, a queixa principal sempre foi a mesma: sobre o transporte e a impossibilidade da realização de alguns dos exames complementares no próprio município, por isso precisam se deslocar para outro município.

Foram realizadas reuniões com os gestores para garantir a realização dos exames complementares. Mesmo assim, apresentamos dificuldades só no primeiro mês da intervenção, nos seguintes dois meses esse problema foi corrigido. Neste ponto os próprios gestores de saúde do município ajudaram muito e graças à persistência dos nossos pedidos. Neste momento, contamos com um convenio para a realização de eletrocardiograma no município e ultrassonografia. Estamos lutando, persistentemente, para conseguir raios-X e exames bioquímicos. E, por último, dizer que foi muito importante a realização dos grupos de usuários com diabetes mellitus para desenvolver os temas sobre a necessidade de realização dos exames complementares em quanto à periodicidade com que devem ser realizados.

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

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

Em nosso município não contamos com a existência de farmácia popular, mas contamos com uma farmácia muito pequena e insuficiente na SMS. Mesmo assim, a enfermeira e eu temos procurado sempre a prescrição dos medicamentos que mais são fornecidos em quantidade e frequência de maneira suficiente. Mas, mesmo assim não dá para satisfazer os 199 usuários com HAS e os 82 com DM da área adstrita à unidade básica de saúde. A equipe conseguiu manejar a situação, anteriormente explicada, de maneira favorável para todos e garantiu a todos usuários com HAS a prescrição de medicamentos da farmácia popular/HiperDia priorizada durante os três meses de intervenção.

A equipe sempre fez uso razoável dos medicamentos da farmácia da própria unidade básica de saúde para poder cobrir as demandas dos usuários e complementar essas demandas ainda mais com os medicamentos da secretaria de saúde. Conseguimos complementar ainda mais com as nossas ações preventivas, educativas e de promoção em saúde para aumentar o nível de consciência nos usuários com hipertensão arterial sistêmica para que compreendessem a importância de manter o tratamento contínuo, embora possa ser obtido nas farmácias privadas.

Nesse ponto, sempre achamos que tínhamos um nó, mas a equipe toda se empenhou para mudar a situação, dando a importância que merece a saúde e o bem-estar dos usuários. A partir dos esforços do nosso trabalho, os usuários escolheram a saúde, fazendo um uso razoável dos medicamentos, evitando uso múltiplo de medicamentos e usando aqueles de melhor ou mais fácil acesso para os usuários. Foi dessa maneira que conseguimos os 100% neste indicador. Assim, assistimos 54 (100%) usuários no primeiro mês; 112 (100%) usuários no segundo mês e 199 (100%) no terceiro mês de intervenção.

Também, sempre estávamos muito atentos ao acesso aos medicamentos pelo SUS da SMS municipal/HiperDia e as checagens dos estoques de medicamentos, achando dificuldades no abastecimento de forma insuficiente que ainda continua sendo um problema muito sério. Não só para nossa unidade de saúde, mas para o município inteiro.

Sempre ficaram pontos fracos ou situações sem ser resolvidas, como: o abastecimento insuficiente de medicamentos, não somente os medicamentos de HiperDia, mas de forma geral. Consideremos que a gestão poderia fazer melhor gestão dos medicamentos comprados pela SMS, ou seja, existem muitos medicamentos desnecessários na secretaria. A sorte para os usuários foi que eles compreenderam a importância do tratamento contínuo para suas próprias saúdes e bem-estar e decidiram resolver comprando alguns dos medicamentos nas farmácias privadas.

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

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

A equipe conseguiu manejar a situação fraca que tínhamos neste aspecto e tornou-se favorável para todos e garantindo os 100% da proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/HiperDia priorizada durante os três meses de intervenção. Assim, assistimos 22 (100%) usuários no primeiro mês; 37 (100%) usuários no segundo mês e 82 (100%) no terceiro mês de intervenção. A equipe sempre fez uso razoável dos medicamentos da farmácia da própria unidade básica de saúde para poder cobrir as demandas dos usuários e complementar essas demandas ainda mais com os medicamentos da secretaria de saúde. Mas, o que complementou ainda mais foram as nossas ações preventivas, educativas e de promoção em saúde para aumentar o nível de consciência dos usuários com DM para que compreendessem a importância de manter o tratamento contínuo, embora possa ser obtido nas farmácias privadas.

A equipe toda colocou o seu empenho para estimular a população a fazer uso consciente dos medicamentos e cuidar da saúde. Também, sempre estávamos muito atentos ao acesso aos medicamentos pelo SUS da secretaria de saúde municipal/HiperDia e as checagens dos estoques de medicamentos, achando dificuldades no abastecimento de forma insuficiente dos medicamentos, como já foi dito.

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

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

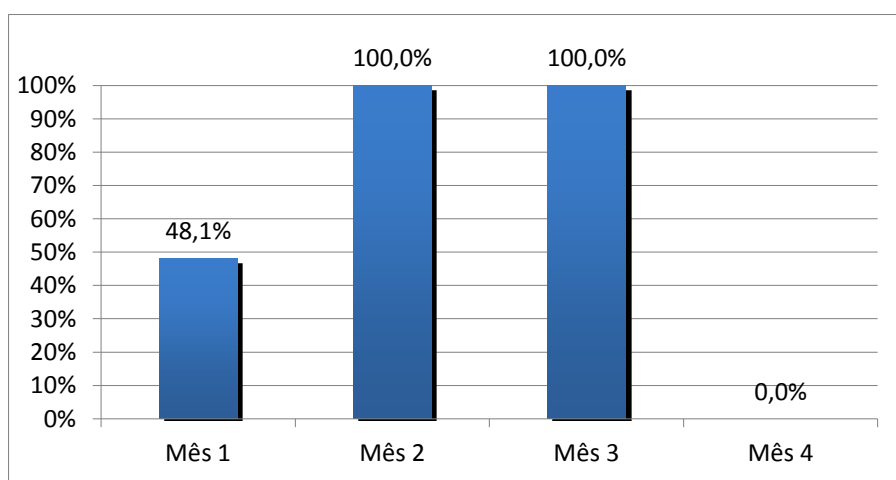


Figura 12 - Proporção de usuários com HAS com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde Pedro Alves de Araújo. Porto, Piauí, 2015. Fonte: arquivo próprio

Nossa unidade de saúde conta com um consultório odontológico e com uma dentista. Além do seu trabalho que já é bastante, pois sempre tem muita demanda, a dentista também compartilhou da nossa intervenção, fez parte da equipe e trabalhou com um número crescente de usuários com HAS e DM que foram atendidos ao longo da intervenção. No primeiro mês, foi um pouco difícil convencer os usuários da necessidade de serem avaliados, mas nos outros dois meses ficaram bem certinhos.

No primeiro mês, conseguimos com algumas dificuldades obter 26 (48,1%) usuários com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. No primeiro mês, estávamos nos adaptando a intervenção. Para os seguintes dois meses foram garantidos os 100% dos usuários com esta avaliação, pois assim podemos observar no gráfico da figura 12. Ou seja, assistimos 112 (100%) usuários no segundo mês e 199 (100%) usuários no terceiro mês de intervenção.

Antes da intervenção, nenhum usuário tinha avaliação de necessidade de atendimento odontológico. Foi graças à intervenção que a nossa unidade de saúde conseguiu a proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico de 100% nos dois últimos meses da intervenção.

Também, foi de grande ajuda não só para os usuários e a comunidade, mas para a própria equipe de trabalho a realização da atividade com grupo de usuários com hipertensão para desenvolver os temas sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal. Foram feitas atividades de orientação sobre o tema saúde bucal, não só para os usuários com HAS, mas para a comunidade, muitas vezes a equipe aproveitava a oportunidade de um grande grupo reunido na sala de espera e oferecíamos as orientações de saúde bucal e outros temas.

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

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

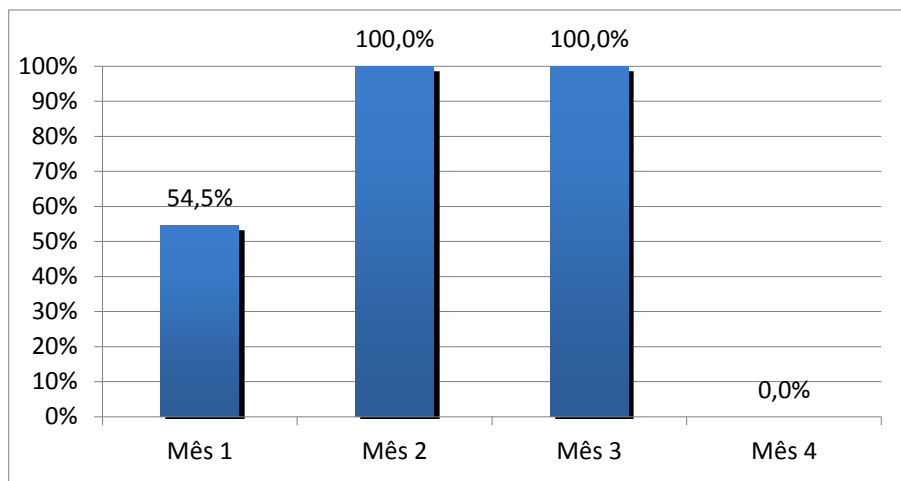


Figura 13 - Proporção de usuários com DM com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde Pedro Alves de Araújo. Porto, Piauí, 2015. Fonte: arquivo próprio

No primeiro mês conseguimos com algumas dificuldades obter 12 (54,5%) dos usuários com DM com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Como já dito, estávamos nos adaptando a intervenção. Para os seguintes dois meses foram garantidos os 100% dos usuários com esta avaliação, pois assim podemos observar no gráfico da figura 13. Antes, não existia esta avaliação da necessidade de atendimento odontológico, começamos do zero. Foi graças à intervenção que a nossa unidade de saúde conseguiu a proporção de usuários com HAS e DM com avaliação da necessidade de atendimento odontológico de 100% nos dois últimos meses da intervenção.

Também, foi de grande ajuda para os usuários a realização das atividades com grupos de usuários com diabetes para desenvolver os temas sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal. Foram feitas atividades de orientação sobre o tema saúde bucal. Não só para os usuários com DM senão para a comunidade, muitas vezes foram feitas na sala de espera onde oferecíamos as orientações de saúde bucal e outros temas.

**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.

Importante colocar que não tivemos usuários faltosos em nossas consultas. O fato de a equipe ser gentil, amável, preocupada com a saúde dos usuários, atenciosos

nas consultas e nas visitas, preocupados com o real uso medicamentos, estar sempre disponível para qualquer questionamento ou dúvida, explicar sempre carinhosamente, enfim, tudo para que os usuários se sintam confortáveis. Assim, acreditamos que foi a partir desse vínculo construído que os usuários não faltavam às consultas.

Antes da intervenção, os poucos usuários com HAS que existiam estavam bem identificados e sob controle quanto às consultas em dia. Sempre percebemos que os usuários gostavam de serem atendidos na unidade e nunca faltavam às consultas agendadas pela enfermeira, pelo ACSs ou por mim. É simples, as pessoas demonstram gratidão depois de serem bem atendidos e cumprem nossas orientações.

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

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

Não tivemos usuários com DM faltosos às nossas consultas. Tal como foi dito anteriormente, os usuários sempre foram muito bem acolhidos em nossa UBS. Sempre os tratamos de forma muito carinhosa. Assim, todo esse tratamento especial os fez serem mais atentos a própria saúde e contribuiu para que não faltassem às nossas consultas.

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

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

Todos os usuários com HAS cadastrados e assistidos durante nossa intervenção tiveram a ficha de acompanhamento em ordem de registros. Para esta tarefa foi preciso muito material impresso, o qual foi garantido na hora certa e na quantidade suficiente pelos gestores de saúde do município, foi assim que conseguimos uma proporção de 100% nos três meses da intervenção com registros adequados nas fichas de acompanhamentos. Assim, assistimos 54 (100%) usuários no primeiro mês; 112 (100%) usuários no segundo mês e 199 (100%) no terceiro mês de intervenção.



Para começar com a intervenção foi preciso dar informações aos usuários e à comunidade. Por essa razão, a equipe desenvolveu atividades com grupos de usuários com hipertensão e diabetes falar sobre o Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde e também sobre a importância de conhecer seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via, se necessário. A capacitação da equipe para o preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos usuários e para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas foi de vital importância para o adequado desenvolvimento da intervenção.

Além disso, o cadastramento de todos os usuários da área adstrita que vieram à consulta foi garantido ao longo da intervenção, o que contribuiu com o registro adequado destas informações para arquivar na unidade de saúde e para alimentar o SIAB.

Enfim, a equipe toda trabalhou duro para conseguir manter em ordem os registros de todos os usuários, acredito que isso pode contribuir em investigações futuras, o registro claro e confiável das informações.

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

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

Todos os usuários com DM cadastrados e acompanhados durante nossa intervenção tiveram os registros mantidos de forma adequada durante todo os meses. Assim, assistimos 22 (100%) usuários no primeiro mês; 37 (100%) usuários no segundo mês e 82 (100%) no terceiro mês de intervenção. Para esta tarefa foi preciso muito material impresso, o qual foi garantido na hora certa e na quantidade suficiente pelos gestores de saúde do município. Como já dito, a equipe desenvolveu atividades com grupos de usuários para falar sobre nosso programa e também sobre a importância de conhecer seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

A capacitação da equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos usuários e para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas foi de vital importância para o adequado desenvolvimento da intervenção.

Além disso, o cadastramento de todos os usuários foi garantido ao longo da intervenção, o que contribuiu com o registro adequado destas informações, para arquivar na unidade de saúde e para alimentar o SIAB.

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

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

Neste indicador conseguimos obter, sem nenhum problema, os 100% na proporção de usuários com HAS com estratificação de risco cardiovascular. Todos os usuários assistidos durante a intervenção tiveram realizada a estratificação. Assim, assistimos 54 (100%) usuários no primeiro mês; 112 (100%) usuários no segundo mês e 199 (100%) no terceiro mês de intervenção.

O trabalho preventivo é a nossa ferramenta fundamental. A medicina comunitária necessita de ações de saúde para prevenir complicações de doenças crônicas como a HAS e a DM, e outras doenças; por isso, considero muito importante a estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. Desta maneira, a equipe de saúde pode atuar antes que aconteçam complicações médicas graves.

Para a meta 5.1, nunca tivemos dificuldades para desenvolvê-la, sempre contávamos com os recursos necessários para conseguir a meta desejada, nunca faltaram os esfigmomanômetro, as fitas métricas, os hemoglicoteste, nem o pessoal capacitado para a ação.

No início, foi necessário, para atingir os resultados que hoje mostramos, realizar a capacitação da equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo. Também, falar sobre a importância do registro desta avaliação e da estratégia para o controle de fatores de risco modificáveis.

Realizamos o grupo de usuários com HAS para desenvolver os temas sobre a importância de conhecer seu nível de risco, do acompanhamento regular e à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação, obesidade e sedentarismo). Também, realizamos grupo de usuários com HAS para falar sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão.

É importante destacar que nenhuma das atividades foram realizadas sem o apoio da equipe, por isso, fizemos o monitoramento da realização de exame clínico apropriado aos usuários com HAS e avaliação mensal dos fatores de riscos encontrados nos exames clínicos realizados. Por meio do monitoramento e revisão dos arquivos destes usuários, monitoramos também a qualidade dos registros dos usuários acompanhados na unidade de saúde com realização de, pelo menos, uma verificação da estratificação de risco por ano.

A checagem dos materiais adequados para a aferição da pressão arterial, do perímetro abdominal, quadril, peso e altura e glicemia capilar foram realizadas periodicamente para garantia.

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

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

Conseguimos garantir realizar estratificação de risco cardiovascular para todos (100%) os usuários com DM cadastrados e acompanhados durante nossa intervenção. Assim, assistimos 22 (100%) usuários no primeiro mês; 37 (100%) usuários no segundo mês e 82 (100%) no terceiro mês de intervenção.

Conforme exposto para a meta anterior, para conseguir sucesso nessa meta, fizemos a capacitação da equipe

No início, realizamos a capacitação da equipe para realizar estratificação de risco segundo o score de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, falamos da importância do registro desta avaliação e da estratégia para o controle de fatores de risco modificáveis.

Todas as atividades foram realizadas com o apoio da equipe, por isso, fizemos monitoramento da realização de exame clínico apropriado dos usuários com diabetes e avaliação mensal dos fatores de riscos encontrados nos exames clínicos realizados.

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

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

Conseguimos garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a todos os usuários com HAS (199 usuários, 100%) cadastrados e acompanhados durante a intervenção.

O trabalho da intervenção foi desenvolvido com população alvo de pessoas com 20 anos e mais, com predomínio de pessoas jovens, o que facilitou em muitas oportunidades o deslocamento para realização das atividades de promoção à saúde, mas acho que não só a população alvo ficou beneficiada com as orientações sobre os temas de saúde, foram muito mais pessoas.

Desde o princípio até o fim da intervenção, a equipe sempre procurou uma forma, uma oportunidade, um local na hora certa, para poder realizar ou dar estas orientações. Algumas vezes foi de maneira individual, outras foram para pequenos grupos e outras para grandes grupos de usuários com HAS ou não. Foi tudo para atingir todos os usuários.

Foi importante a capacitação da equipe sobre as práticas de alimentação saudável e sobre metodologias de educação em saúde. A equipe conseguiu oferecer aos 199 (100%) usuários com HAS todas as orientações durante os três meses que durou a intervenção.

Uma das oportunidades que a equipe utilizou para levar as orientações de um jeito diferente e fácil de compreender para os usuários foi a atividade de grupo realizada com os usuários.

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

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

Durante os três meses de intervenção, foram garantidas orientações nutricionais a todos os usuários com DM cadastrados e acompanhados da unidade de saúde. A equipe se empenhou muito para dar todas as orientações de forma acessível a todos os usuários. Procurou sempre oportunidades e locais propícios para que sempre fossem oferecidas orientações a todos os usuários. Os grupos foram realizadas e foram importantes. A população sempre gostou muito. Mas, inicialmente, foi necessário oferecer capacitação sobre nutrição adequada e alimentação saudável para todos equipe.

A equipe conseguiu dar aos 82 (100%) diabéticos todas estas orientações, durante os três meses que durou a intervenção, com a possibilidade de mudar de agora em diante seus modos e estilos de vidas, pois conhecem a informação certa oferecida pela equipe ao longo da intervenção.

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

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

Durante os três meses de intervenção, foram garantidas orientações em relação à prática regular de atividade física a todos os usuários com HAS cadastrados e acompanhados durante a intervenção. Assim, assistimos 54 (100%) usuários no primeiro mês; 112 (100%) usuários no segundo mês e 199 (100%) no terceiro mês de intervenção.

Inicialmente, fizemos capacitação da equipe sobre metodologias de educação em saúde e promoção da prática de atividade física regular. A equipe conseguiu oferecer aos 199 (100%) usuários com HAS todas essas orientações, durante os três meses que durou a intervenção, com a possibilidade de mudar de agora em diante seus modos e estilos de vidas, pois conhecem a informação certa para poder melhorar a própria saúde. Realizamos grupos com os usuários com DM e sempre gostaram muito.

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

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

Durante os três meses de intervenção, foram garantidas orientações em relação à prática regular de atividade física a todos os usuários com DM cadastrados e acompanhados durante a intervenção. Assim, assistimos 22 (100%) usuários no primeiro mês; 37 (100%) usuários no segundo mês e 82 (100%) no terceiro mês de intervenção.

Como foi dito realizamos grupos de usuários, com participação da equipe. Inicialmente, fizemos capacitação da equipe sobre metodologias de educação em saúde e promoção da prática de atividade física regular. A equipe conseguiu oferecer

a todos os usuários com DM todas essas orientações, durante os três meses que durou a intervenção, com a possibilidade de mudar de agora em diante seus modos e estilos de vidas, pois conhecem a informação certa para poder melhorar a própria saúde. Realizamos grupos com os usuários com DM e sempre gostaram muito.

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

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

Foram garantidas, durante os 3 meses de intervenção, todas as orientações em relação aos riscos do tabagismo a todos os usuários com HAS cadastrados e acompanhados durante a intervenção. Assim, assistimos 54 (100%) usuários no primeiro mês; 112 (100%) usuários no segundo mês e 199 (100%) no terceiro mês de intervenção.

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

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

Durante todos os meses de intervenção, foram garantidas orientações sobre os riscos do tabagismo a todos os usuários com DM cadastrados e acompanhados durante a intervenção. Fizemos capacitação da equipe sobre metodologias de educação em saúde e sobre os riscos do tabagismo. A equipe conseguiu oferecer aos 100% de usuários com DM todas as orientações sobre o fumo, durante os três meses que durou a intervenção, com a possibilidade de mudar de agora em diante seus modos e estilos de vidas, pois conhecem a informação certa para poder melhorar a própria saúde. Realizamos grupos com os usuários com DM e sempre gostaram muito. Assim, assistimos 22 (100%) usuários no primeiro mês; 37 (100%) usuários no segundo mês e 82 (100%) no terceiro mês de intervenção.

Uma das oportunidades que a equipe utilizou para levar estas orientações de um jeito diferente e mais fácil de compreender para os usuários foi a atividade de grupo com os usuários para desenvolver os temas sobre a importância da existência de um tratamento para abandonar o tabagismo e seus riscos.

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

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

Durante todos os três meses de intervenção, todos os 199 (100%) usuários com HAS receberam orientações sobre higiene bucal. Assim, assistimos 54 (100%) usuários no primeiro mês; 112 (100%) usuários no segundo mês e 199 (100%) no terceiro mês de intervenção.

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

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

Todos os usuários 82 (100%) receberam orientações sobre higiene bucal. Para isso, fizemos as capacitações sobre higiene bucal com toda equipe. Assim, assistimos 22 (100%) usuários no primeiro mês; 37 (100%) usuários no segundo mês e 82 (100%) no terceiro mês de intervenção.

A equipe aproveitava todos os momentos e espaços para oferecer informações aos usuários. Fazíamos de forma individual e, também, em grupos educativos com os usuários.

E, para avaliar a intervenção no seu trajeto foi necessário o monitoramento do cumprimento de todas as atividades programadas pela equipe de saúde, em particular as atividades de orientação destes temas de saúde sobre orientação nutricional, sobre atividade física regular, sobre riscos do tabagismo e sobre higiene bucal aos usuários com HAS e DM.

Nestes últimos indicadores, a equipe não só trabalhou com a população alvo, como eu já disse, mas ofereceram todas essas orientações quase à comunidade toda, utilizando sempre novas alternativas para poder levar até o maior interessado, que é o usuário com HAS e DM, os novos conhecimentos sobre os temas de saúde bucal, prática regular de atividade física, alimentação saudável e os riscos do tabagismo.

Agora, o desafio é manter essa nova rotina de trabalho no nosso contexto e, também, espalhar a nossa experiência vivida durante três meses de trabalho comprometido com saúde. Não somente dos usuários com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, mas com a saúde e bem-estar da comunidade inteira, provocando

mudanças nos modos e estilos de vidas pouco saudáveis da população, para no futuro diminuir a morbimortalidade por essas doenças crônicas.

## **4.2 Discussão**

A intervenção, em nossa unidade de saúde, propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos usuários com HAS e DM graças ao trabalho em equipe. Particularmente, ao trabalho da busca ativa da população alvo. Nossa UBS conseguiu alcançar a meta total de 199 usuários com HAS, para 49% de cobertura, e 82 usuários com DM, para 70,7% de cobertura, de acordo com as estimativas do CAP. Sabemos que aumentar a cobertura não é tudo em nossa intervenção, mas melhorar o acesso das pessoas a nossa unidade de saúde é muito importante.

A equipe desenvolveu um conjunto de atividades e conseguiu melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS, melhorou a qualidade da atenção, a adesão desses usuários ao programa, o registro das informações. Conseguimos mapear todos os usuários com hipertensão e diabetes com risco para doenças cardiovasculares e promovermos a saúde dos usuários. Conseguimos a qualificação da atenção com destaque para a ampliação do exame dos pés dos usuários com diabetes e para a classificação de risco de ambos os grupos.

A equipe de saúde trabalhou com um número crescente de usuários com HAS e DM ao longo da intervenção e, mesmo assim, foram garantidos 100% da proporção de usuários com HAS e DM com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

A proporção de usuários com hipertensão e diabetes com os exames complementares em dia de acordo com protocolo foi crescendo rapidamente, pois, a unidade de saúde conseguiu, nos últimos dois meses, garantir 100%. Ainda que o número de usuários fosse cada vez maior.

A equipe conseguiu 100% com prescrição de medicamentos da farmácia popular/HiperDia priorizada. Avaliação da necessidade de atendimento odontológico cresceu, rapidamente, ao longo da intervenção e conseguimos atingir todos os usuários cadastrados durante a intervenção. Graças ao trabalho da equipe, não tivemos faltosos durante os meses de intervenção. Todos nossos usuários cadastrados e acompanhados durante a intervenção tiveram os registros adequados nas fichas de acompanhamento. Conseguimos, também, que todos usuários tivessem a estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.



Outras metas que alcançamos foram: realizar ou dar as orientações de promoção à saúde; algumas vezes foram de maneira individual, outras para pequenos grupos e mais outras para grandes grupos de usuários com HAS e DM e, também, para a comunidade. Assim, conseguimos garantir para todos os usuários orientações sobre alimentação saudável, sobre os riscos do tabagismo, sobre higiene bucal e sobre a prática de atividade física regular. Ou seja, os 199 usuários com hipertensão, mais os 82 com diabetes, seus vizinhos e familiares, também, receberam as orientações, o que é ainda melhor.

Ressalta-se que a intervenção 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. Esta atividade promoveu o trabalho integrado do médico, da enfermeira, da técnica de enfermagem, da dentista, dos agentes comunitários de saúde e da recepção; além da preparação própria de cada membro relativa aos protocolos do Ministério da Saúde em todos os temas que foram desenvolvidos ao longo da intervenção.

Ficou ainda mais claro qual é o papel de cada um, no trabalho diário, desde o acolhimento dos usuários até o agendamento da próxima consulta. Se não fosse dessa maneira não seria possível chegar até o fim do nosso projeto. A coordenação geral da equipe tem sido levada pela enfermeira há muito tempo, inclusive antes da minha chegada na unidade. O trabalho funcionava, mas faltava um pouco de organização e mais qualidade no serviço, que foi levada com este projeto e foi discutido, acolhido e aceito pela equipe toda. Assim, foi implementado na data combinada e assim foi concluído satisfatoriamente. A intervenção teve grande impacto, por exemplo, nas atividades de visitas dos agentes comunitários de saúde. Nós temos comprovado que estes continuam realizando atividades de orientações sobre os temas de alimentação saudável, saúde bucal, riscos do tabagismo e a prática de exercícios físicos de maneira regular.

Graças à intervenção o abastecimento dos medicamentos continuará sendo feito, baseado em um pedido criterioso sobre as principais incidências e prevalências das doenças da região. Também, se tornou rotina a aferição da pressão arterial dos usuários de 20 anos e/ou mais. Antes, eram aferidas somente se solicitado e dos usuários com alguns dos fatores de riscos visíveis como: obesidade, fumantes e hipertensão arterial. A técnica de enfermagem já faz glicemia capilar, antes do usuário entrar à consulta.

Os contatos com os líderes comunitários e os não líderes chegaram com a intervenção e ficaram, pois, até os próprios líderes solicitam e planejam estas atividades agora, também, em outras ações programáticas como o pré-natal, saúde da criança, sobre gravidez precoce e prevenção de câncer do colo de útero.

Antes da intervenção, as atividades de atenção aos usuários com HAS e DM eram concentradas na enfermeira e no médico. Agora, cada membro da equipe tem papel importante no atendimento dos usuários e pode se tornar líder no desenvolvimento de uma atividade programada pela equipe, isso faz com que nosso trabalho flua adequadamente e os usuários não fiquem incomodados, mas, sim, sintam-se bem assistidos. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas com maior qualidade do atendimento, assim, o serviço que oferecemos melhorou e o melhor medidor disso é a grande satisfação da comunidade conosco.

A melhoria do registro e cadastro dos usuários com hipertensão e diabetes é fato e a prova disso é a maior quantidade deles que conseguimos coletar nos nossos arquivos e registro. O agendamento viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. A classificação de risco dos usuários com hipertensão e diabetes tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos e para que eles se tornem mais conscientes sobre sua própria condição de saúde. Conseguindo, portanto, maior colaboração e compreensão sobre sua própria saúde e gratidão quanto ao nosso trabalho. Também, as atividades de educação em saúde sobre os temas referidos na intervenção mudaram a qualidade dos atendimentos. O impacto da intervenção ainda é pouco percebido por toda comunidade, mas foi bem percebido pelos usuários com hipertensão, diabetes e familiares. Nós achamos isso bom começo para produzir mudanças na comunidade. Os usuários demonstram satisfação com a prioridade no atendimento e nunca gerou insatisfação na sala de espera entre os outros membros da comunidade, mesmo naqueles que desconhecem o motivo desta priorização.

Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos muitos usuários sem cobertura, mas o trabalho vai continuar até atingir os 100% da cobertura e oferecer os 100% da qualidade do nosso atendimento.

A intervenção foi importante para a comunidade, pois, com ela, conseguimos oferecer a todos os usuários com HAS e DM o exame clínico em dia de acordo com o protocolo e ficou como exemplo para toda comunidade a importância desta atividade,

tanto que se tornaram mais conscientes e responsáveis da sua própria saúde e bem-estar.

Foi importante, também, a realização dos exames complementares em dia de acordo com o protocolo em todos usuários da intervenção, pois, com a nossa preocupação e interesse sobre esta atividade, ficou demonstrado a importância para correta avaliação clínica dos usuários. Assim, por meio do nosso trabalho foi compreendida a necessidade da realização dos exames complementares.

A comunidade, também, ganhou consciência enquanto ao uso da medicação de forma contínua. Graças à intervenção, agora, os pedidos são realizados de maneira criteriosa e, assim, pode cobrir as necessidades dos nossos usuários quanto à prescrição de medicamentos da farmácia popular/HiperDia priorizada.

A comunidade, também, ficou beneficiada com os 100% da proporção de usuários com HAS e DM com avaliação da necessidade de atendimento odontológico que, anteriormente, não era realizada em todos e nem com a qualidade atual. Conseguimos manter no zero a proporção de usuários faltosos às consultas, neste ponto a comunidade contribuiu muito, pois, compreendeu a importância dos controles com a periodicidade segundo os protocolos estabelecidos pelo MS. Em relação à proporção de usuários com HAS e DM com registro adequado na ficha de acompanhamento, posso dizer que esse direito dos usuários foi levado muito a sério e com certeza foi uma conquista importante para a comunidade.

O trabalho preventivo é dos principais objetivos da atenção primária e o fato de obter que todos os usuários tenham estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia garante a possibilidade de descobrir complicações antes do início da etapa aguda da doença. Permitirá, também, o diagnóstico precoce dessas doenças e, porque não, prevenção em usuários não portadores de hipertensão e diabetes. É parte importante do trabalho preventivo as ações de promoção e educação em saúde, pois, a unidade de saúde consegue transmitir novos saberes sobre saúde comunitária e novos conhecimentos podem produzir mudanças nos modos e estilos de vidas pouco saudáveis da comunidade de nossa realidade. Nos indicadores de promoção a equipe não só trabalhou com a população alvo, como já foi dito, mas todas essas orientações a boa parcela da comunidade. Utilizando sempre novas alternativas para poder levar até o maior interessado novos conhecimentos sobre os temas de saúde bucal, prática regular de atividade física, alimentação saudável e os riscos do tabagismo. A intervenção poderia ter sido mais longa, na verdade, tudo foi feito em

tempo muito curto, pois, algumas atividades precisavam ser mais e melhor preparadas, como por exemplo: as capacitações da equipe de saúde e as atividades de grupos de usuários portadores de hipertensão e diabetes, cujo objetivo, na primeira atividade, foi aumentar e melhorar as informações e conhecimentos dos temas desenvolvidos para melhorar a qualidade da assistência ao usuário. A segunda atividade tinha como objetivo o mesmo fim, mas para usuários com HAS e DM para que se tornassem melhor preparados para manejar sua própria doença e ajudassem seus respectivos familiares.

Além disso, maior quantidade de tempo serviria para aumentar ainda mais nosso primeiro objetivo proposto na intervenção (aumentar a cobertura). Também, faltou melhor articulação com a comunidade, mas os contatos que tivemos deram para explicitar os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de programar, todo mundo ficou conforme e, além disso, colaboraram com a intervenção. Agora, que estamos no fim da nossa intervenção, percebo que a equipe está integrada e já ficou combinada a incorporação e manutenção da intervenção a nova rotina do serviço. Com certeza, já estamos superando algumas condições adversas encontradas ao longo da intervenção como: a questão dos medicamentos, os exames complementares e o transporte.

A intervenção será incorporada a rotina do serviço, para isto será necessário realizar mais atividades com grupos de usuários para desenvolver os temas de saúde utilizados com maior aprofundamento. Necessitamos, também, realizar com maior aprofundamento as capacitações da equipe e, com certeza, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial, os de alto risco.

As fichas utilizadas na intervenção, em minha opinião, estavam completas e permitiram o fácil preenchimento, coleta e monitoramento adequado de todos os indicadores do atendimento aos hipertensos e diabéticos que tínhamos previsto no projeto.

A partir deste momento em diante, vamos continuar com a busca ativa de mais usuários portadores de HAS e DM até conseguir o 100% da cobertura deles e trabalharemos, ainda mais, na melhoria da qualidade do atendimento clínico integral aos usuários. Tomando este projeto como exemplo, também pretendemos implementar o programa de pré-natal na UBS.

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

Prezado Secretário Municipal de Saúde,

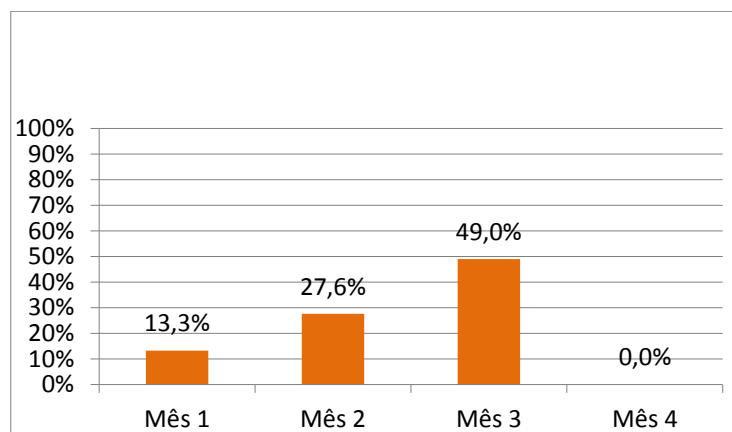
Durante 12 semanas foi realizado um trabalho de intervenção na implementação do programa de atenção aos usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes da nossa área adstrita à UBS. Essa intervenção faz parte do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da Especialização em Saúde da Família que venho fazendo como membro do Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB), realizado pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel) em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS). Vale ressaltar que essas 12 semanas foram precedidas de outros nove meses de atividades do curso de especialização. Os profissionais da equipe da UBS Pedro Alves de Araújo direcionaram a atenção ao programa de acompanhamento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes sem deixar de realizar outras atividades que compõem nosso trabalho comunitário que, em essência, é a atenção básica em saúde da família. Com nosso trabalho obtivemos resultados positivos, pois, mesmo ficando distante de nossas expectativas, acredito que este trabalho valeu o esforço de todos envolvidos.

O projeto permitiu a capacitação da equipe da unidade na prevenção de doenças crônicas como a hipertensão arterial e diabetes mellitus alvos de nosso projeto. Esse facilitou a inter-relação com outras disciplinas necessárias para o bom desenvolvimento da atenção da saúde da família, melhorou a integralidade nas visitas domiciliares, possibilitou realizar intervenções junto às famílias e comunidade, além de melhorar a qualidade de vida da população alvo e do restante da comunidade.

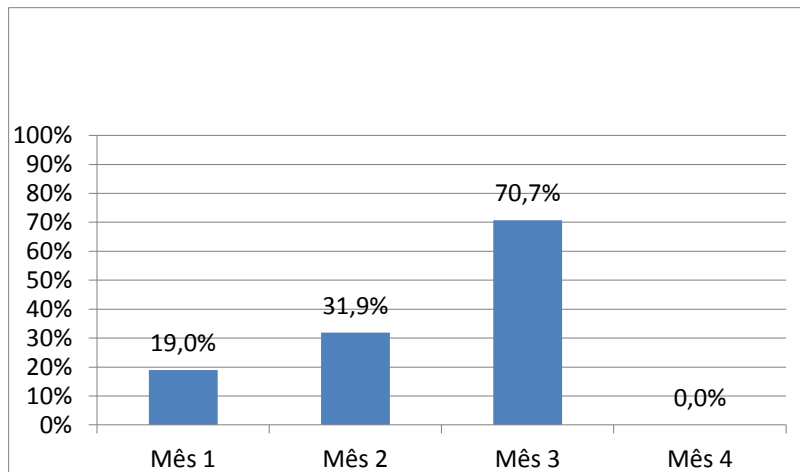
A divulgação do projeto serviu como motivador para a incorporação das atividades previstas no processo de trabalho da equipe de saúde. Além disso, durante

a implementação do projeto de intervenção na comunidade, a equipe e a população em geral participaram ativamente de todas as atividades planejadas.

Ressalta-se que conseguimos aumentar a cobertura durante três meses de intervenção até 49,0% no programa de atenção aos usuários com hipertensão e até 70,7% no programa de atenção ao usuário com diabetes na UBS, conforme podemos ver nos gráficos abaixo.



Cobertura do programa de atenção aos usuários com HAS na unidade de saúde Pedro Alves de Araújo. Porto, Piauí, 2015. Fonte: arquivo próprio



Cobertura do programa de atenção aos usuários com DM na unidade de saúde Pedro Alves de Araújo. Porto, Piauí, 2015. Fonte: arquivo próprio

Assim, conseguimos levar o programa até 199 pessoas com HAS e 82 pessoas com DM. Antes da nossa intervenção, tínhamos cobertura de 30% para hipertensão e 27% para diabetes. Sabemos que aumentar a cobertura não é tudo em nossa intervenção, mas melhorar o acesso das pessoas a nossa unidade de saúde é muito importante.

Queridos gestores através da intervenção, conseguimos esclarecer as atribuições de cada profissional e cada um deles tornou-se um profissional mais preparado em temas de saúde, graças às capacitações oferecidas pelo médico e a enfermeira, e assim todos os profissionais ficaram melhores preparados para enfrentar as dificuldades da equipe e buscar soluções viáveis para o correto desenvolvimento das atividades planejadas; e desta maneira conseguir maior qualidade no atendimento dos usuários. Por exemplo: Dentre das atividades que foram desenvolvidas pela equipe em um período de 12 semanas para aumentar a qualidade da atenção, foram: a realização de exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos, garantir a realização dos exames complementares em dia em todos os hipertensos e diabéticos cadastrados, a priorização da prescrição dos medicamentos da farmácia popular em 100% deles e a realização da avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com HAS e/ou DM. Nestas metas propostas e desenvolvidas foram alcançados 100% dos resultados previstos durante a intervenção. Pode-se destacar que foi alcançado os 100% das consultas em dia dos usuários portadores de HAS e/ou DM já cadastrados. Além disso, o registro destes usuários foi garantido de forma organizada e sistemática, facilitadas também pelas fichas espelho fornecidas pelo curso. Também, melhorou o acolhimento realizado pelos profissionais da unidade de saúde.

Além disso, queridos gestores, é importante destacar os ganhos no serviço oferecido que ficaram como rotina de trabalho os quais se referem à melhoria significativa do fluxo do serviço diário em quanto acolhimento, triagem, etc. atenção a maior número de usuários, atendimento integral e otimização da agenda para a atenção a demanda espontânea.

Nosso trabalho obteve um ótimo engajamento com os líderes comunitários e a população em geral, facilitando o desenvolvimento das ações do projeto. A organização proporcionada nos atendimentos médicos e os agendamentos de consultas foi um aspecto positivo da intervenção, na qual a equipe demonstrou uma grande responsabilidade para desenvolver estas e outras atividades no âmbito da área de abrangência.

Embora tenhamos vários aspectos positivos que foram oferecidos durante a implantação da intervenção, a equipe enfrentou dificuldades pelas mudanças sofridas na gestão, onde os resultados poderiam ter sido mais animadores. Poderíamos ter contado com melhor apoio ao fornecimento de exames complementares e

medicamentos na farmácia popular e transporte para nossas visitas domiciliares. Mesmo assim, a comunidade e todos os membros da equipe ofereceram total apoio para o desenvolvimento do trabalho, a coesão e união foram vitais para que as atividades e ações planejadas se desenvolvam com maior qualidade. Por isso, o apoio logístico forma parte de um degrau que leva a desenvolver com qualidade qualquer ação programática, por exemplo, o deslocamento da equipe para a atenção domiciliar foi garantido pela enfermeira, o que mostrou o grau de comprometimento com a nossa intervenção.

O fornecimento pelos gestores de cópias, impressos, canetas e folhas foi de grande ajuda para manter um maior controle e sistematização nos registros já criados na UBS. O apoio logístico dos gestores nas atividades de grupo garantiu a realização das atividades de promoção e educação em saúde na comunidade, para assim evitar riscos de complicações destas doenças crônicas. A promoção de alimentação saudável, práticas de bons estilos de vida, reduzir as sequelas que possam deixar qualquer doença crônica que, futuramente, podem gerar gastos maiores, assim como sofrimento ao usuário e familiares.

Com a continuação da aplicação da nova rotina de trabalho podemos aumentar a cobertura do atendimento a 100% (406) dos usuários com HAS e/ou DM em um período de mais 4 meses. Seria reduzido o número de encaminhamentos para os centros de atenção secundária se pudéssemos manter as atividades de promoção, prevenção e educação em saúde, assim como a criação de parcerias com especialistas que compõem o NASF.

Todo o apoio oferecido pelos gestores ameniza o trabalho da equipe no desenvolvimento das ações programadas e aumenta a qualidade dos atendimentos oferecidos aos usuários, pois, hoje a gestão ficou tão motivada que de fato já existem vários projetos liderados por eles como, por exemplo: aumentar a disponibilidade de realização de mais variedades de exames laboratoriais, já que nós contamos com a realização de eletrocardiogramas e ultrassonografias semanais e o hospital municipal vai ser reformado. A equipe está preparada para desenvolver qualquer atividade e disposta a seguir melhorando a saúde da população. Em relação ao planejamento dos medicamentos, que era feito pela gestão não baseado nas principais incidências e prevalências das doenças da nossa região, isso também foi mudado graças à intervenção.



A equipe tem adquirido maior conhecimento e organização no trabalho, permitindo adequar e tornar rotina as atividades planejadas como agendamento de consultas, visitas domiciliares, reuniões de grupos específicos e da equipe de saúde entre outras. Podemos destacar que temos ganhado confiança da comunidade pela participação que estes têm nas atividades da equipe, já que sugerimos dar mais espaço para os membros da população na hora da tomada de decisões pela gestão, pois, a comunidade tem sido uma das protagonistas dos resultados obtidos no trabalho.

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

Querida população,

Nossa UBS Pedro Alves de Araújo desenvolveu um projeto de intervenção onde a equipe trabalhou no objetivo principal de melhorar a atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM da área da nossa unidade. Mas, para conseguir o sucesso desse objetivo geral foi necessário trabalhar no desenvolvimento de mais outros objetivos, ainda mais específicos, como foi à ampliação da quantidade de pessoas com hipertensão e diabetes do programa de hipertensão e diabetes, melhorar a qualidade da atenção, diminuir os usuários faltosos e com consultas em atraso ao programa, melhorar o registro das informações, classificar os usuários com hipertensão e diabetes com risco de sofrer doenças do coração, dos rins e do cérebro (AVC e/ou derrame); e realizar atividades de orientação e educação sobre diferentes temas em relação à hipertensão e diabetes (promoção à saúde), não só para a população alvo mas para toda comunidade.

Vocês tiveram uma grande vantagem em relação à melhoria da qualidade no atendimento, prioridades para os usuários com HAS e/ou DM, avaliação regular nas consultas programadas, maior equidade nos tratamentos oferecidos, maior frequência de agendamento para consultas nos casos de maior risco.

Para isso, foi preciso organizar todo o trabalho da UBS e conhecer as dificuldades e facilidades identificadas a partir da checagem geral realizada na primeira etapa do projeto (análise da situação de saúde), atuando sobre os fatores de riscos junto à criação dos grupos de apoio de vocês que ajudaram na divulgação do programa de saúde.

Na realização do trabalho estavam incluídos todos os usuários com HAS e DM da área de abrangência, sendo voluntária sua participação e esclarecido o objetivo da intervenção. A avaliação integral foi realizada através de cada consulta com vários

profissionais, determinando tratamentos necessários para concertar todos os problemas encontrados em cada pessoa. Com a intervenção vocês poderão perceber grandes mudanças, as quais foram: poder participar ativamente da resolução dos problemas de saúde que estavam afetando diretamente a vocês, da discussão junto com a equipe de saúde. Foram negociados os termos da intervenção através do engajamento público e o envolvimento cada vez maior de vocês nas atividades planejadas pela equipe.

Embora todos nossos empenhos durante a intervenção encontramos dificuldades, mas elas não afetaram o desenvolvimento adequado do projeto.

Em relação às atividades que vocês têm participado, podemos destacar as relacionadas com as atividades dos grupos de usuários com hipertensão e diabetes, as reuniões com líderes comunitários, as atividades de orientações sobre temas de hipertensão e diabetes (promoção em saúde) oferecidas e, sobretudo, o apoio logístico oferecido pelos membros da comunidade.

Através da intervenção, a comunidade pôde adquirir conhecimento para uma melhor qualidade de vida, cumprindo com as indicações do médico e a enfermeira em relação à necessidade de fazer tratamento continuado, evitando dessa forma, complicações e futuras deficiências. Além das vantagens mencionadas, devem ter claro que a especialização foi e é uma ferramenta, é chave para continuar o trabalho junto à equipe. Com o apoio de vocês continuaremos melhorando a qualidade do atendimento clínico, como a saúde à pessoa idosa, à criança, a atenção às gestantes, mulheres que tenham parido recentemente e às mulheres com câncer do colo de útero e mama. Tudo isso foi possível devido à união e à ajuda de todos vocês como comunidade, à equipe como promotora do trabalho de intervenção disponibilizado pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel).

A comunidade sabe e deve participar ativamente na tomada de decisões das atividades propostas pela equipe, mas devem ser escolhidos os promotores de saúde entre os membros da população, não como cargo público, mas sim como membro ativo de saúde para apoiar as ações e agilizar o contato com os grupos.

A intervenção será incorporada à rotina do serviço. E, para isso, vamos continuar utilizando os recursos e estratégias utilizadas na intervenção para que seja possível melhor avaliação dos grupos prioritários e de toda população. As atividades de promoção à saúde serão desenvolvidas na unidade básica de saúde e na comunidade em parceria com outros setores e instituições religiosas, utilizando

espaços privilegiados para a disseminação e divulgação das experiências deste trabalho.

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

O projeto de intervenção sobre a melhoria da atenção aos usuários com HAS e DM implementado na UBS Pedro Alves de Araújo tem cumprido a maioria das metas planejadas. Também, tem superado algumas dificuldades que surgiram no trajeto do trabalho, mostrando a grande capacidade dos membros para enfrentar as adversidades. O curso de Especialização em Saúde da Família da UFPel permitiu a nossa equipe consolidar e estabelecer o modelo de estratégia de saúde da família na comunidade, cumprindo com os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e reafirmando que a atenção primária à saúde é a primeira e mais acessível atenção oferecida aos cidadãos.

O trabalho em equipe permitiu a diminuição de doenças infecciosas e contagiosas por meio de ações de promoção, prevenção e educação em saúde, e propagação de doenças gastrointestinais, parasitárias, respiratórias, além de complicações maiores das doenças crônicas como a hipertensão arterial e diabetes mellitus, dentre outras. Com certeza, o desenvolvimento do trabalho de intervenção aumentou o nível de conhecimento de cada um dos membros da nossa equipe, constituindo um dos passos mais importantes para as aplicações das ações previstas ao longo do projeto e tornando cada um dos nossos profissionais em um gestor em saúde. A equipe demonstrou, além das suas funções, grau de amadurecimento na busca de soluções aos problemas enfrentados para a realização das atividades planejadas, superando as minhas expectativas e permitindo o engajamento da população incentivado pelos membros da equipe. Isto possibilitou uma melhor interação entre os membros da equipe, a comunidade e os gestores municipal da saúde.

O curso de especialização tem sido um guia muito importante, pois trouxe vivências inesquecíveis para a equipe e comunidade, já que consolidou e aumentou

os conhecimentos científicos e práticos na saúde da família, fundamentalmente no manejo dos protocolos oferecidos pelo Ministério da Saúde e recomendado pela UFPel. Ademais, o curso tem deixado uma marca positiva na formação de cada um dos profissionais, pois elevou consideravelmente o conhecimento científico de todos os participantes, inclusive da comunidade, que demonstrou receptividade e interesse durante todas as ações realizadas.

A liderança mostrada pelos membros da equipe serviu como exemplo para que os gestores municipais mudassem sua concepção em relação à atenção primária à saúde, que estava um pouco desorganizada, mas, atualmente, sabem que as atividades direcionadas ao setor comunitário são à base do planejamento administrativo para melhorar o estado de saúde da população em geral.

A possibilidade de interagir virtualmente no curso foi um destaque, onde tivemos a vantagem de conhecer situações reais das áreas de saúde dos colegas, assim como adquirir experiências ao compartilhar mediante fóruns, diferentes casos, tanto nos serviços, como na comunidade, servindo como padrão para possíveis mudanças em nossas áreas.

Os casos interativos e os testes de qualificação cognitiva ajudaram à minha superação como profissional, melhorando e aperfeiçoando sistematicamente a prática clínica na comunidade. Do mesmo modo, durante o curso, contamos com uma orientadora que constituiu nosso braço direito como guia e condução do trabalho de conclusão do curso (TCC), na qual tiramos dúvidas, interagimos e recebemos orientações para aperfeiçoar nossas práticas no trabalho na comunidade.

O engajamento público dos usuários e a comunidade em geral, além do trabalho estruturado, planejado e direcionado, permitiu melhorar o estado organizativo e o conhecimento científico de todos os envolvidos. O maior sucesso foi e, continua sendo, a interação direta com a comunidade, onde já contamos com o grande prazer de ouvir os usuários agradecer no instante da saída pela porta de suas casas. É mesmo muito gratificante escutar um “obrigado por ter vindo me visitar”, receber a recompensa de um “estou bem melhor com o tratamento e as indicações que vocês me deram”, escutar pessoas se expressando que nunca tinham visto um médico; isso é o maior sucesso que possa ter qualquer profissional.

A minha expectativa com o curso sempre foi positiva, mas ao desenvolver a intervenção fiquei mais rico como profissional e como pessoa, pois percebi o quanto poderia fazer pela equipe e pela comunidade se usasse bem as ferramentas

disponibilizadas pela especialização para melhorar a qualidade dos serviços, conforme tem sido preconizado pelo Ministério da Saúde.

De forma geral, o curso tem sido de grande ajuda para minha formação como profissional, fundamentalmente porque disponibilizou materiais e protocolos que passaram a ser utilizados como guia para a minha prática profissional. Ademais, o curso me permitiu melhor desempenho no que se refere ao uso dos cursos *online*, onde adquiri o conhecimento de como manusear os *links* que oferecem um grande volume de informação para o estudo individual e mais prático para o estudo e auto superação.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

IBGE. Censo demográfico 2010. Brasil, 2010. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=432240>>. Acesso em: 27 ago. 2015.



## **Anexos**

## Anexo A - Documento do comitê de ética



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

---

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

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

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

Prezada Pesquisadora;

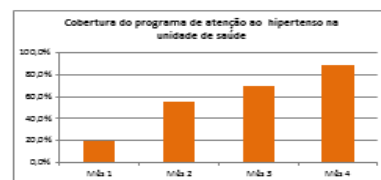
Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

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



## INDICADORES

		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
1.1	<b>Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde</b>	19,8%	55,2%	69,7%	88,6%
	Numerador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS	95	237	299	380
	Denominador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de saúde	429	429	429	429



		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
1.2	<b>Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde</b>	27,4%	80,2%	99,1%	100,0%
	Numerador: Número total de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS	29	85	105	106
	Denominador: Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de saúde	106	106	106	106



		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
2.1	<b>Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo</b>	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Numerador: Número de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo	95	237	299	380
	Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS	95	237	299	380



		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
2.2	<b>Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo</b>	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Numerador: Número de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo	29	85	105	106
	Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS	29	85	105	106



		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
2.3	<b>Proporção de hipertensos com o exame complementar em dia de acordo com o protocolo</b>	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Numerador: Número de hipertensos com exames complementares periódicos em dia	95	237	299	380
	Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS	95	237	299	380



		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
2.4	<b>Proporção de diabéticos com o exame complementar em dia de acordo com o protocolo</b>	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Numerador: Número de diabéticos com exames complementares periódicos em dia	29	85	105	106
	Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS	29	85	105	106







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

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

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

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

\_\_\_\_\_

Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

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

Eu, \_\_\_\_\_,

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

\_\_\_\_\_

Assinatura do declarante