

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



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica  
e/ou Diabetes Mellitus na USF Dr. Francisco Nazareno, Mossoró/RN**

**YAMILA MARTINEZ LAMAR**

**Pelotas, 2015**

**YAMILA MARTINEZ LAMAR**

**Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica  
e/ou Diabetes Mellitus na USF Dr. Francisco Nazareno, Mossoró/RN**

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

Orientador: Luciane Soares Seixas

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

L215m Lamar, Yamila Martínez

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na USF Dr. Francisco Nazareno, Mossoró/RN / Yamila Martínez Lamar; Luciane Soares Seixas, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

90 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. Seixas, Luciane Soares, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371



Dedico este trabalho à Universidade Federal de Pelotas (Ufpel) e seu corpo docente, em especial a minha orientadora, Luciane Soares Seixas e Talita Helena Monteiro de Moura, à coordenação que oportunizou a janela que hoje vislumbro um horizonte superior, eivado pela confiança no mérito e ética aqui presentes. Obrigada.

## **Agradecimentos**

Agradeço a minha orientadora, Luciane Soares Seixas e também Talita Helena Monteiro de Moura, pelo apoio, confiança, carinho e empenho dedicado a elaboração deste trabalho. Agradeço a todos os professores por me proporcionarem o conhecimento não apenas racional, mas a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo de formação profissional, portanto que se dedicaram a mim, não somente por terem me ensinado, mas por terem me feito aprender. A palavra mestre, nunca fará justiça aos professores dedicados aos quais sem nominar terão os meus eternos agradecimentos.

## Resumo

LAMAR, Yamila Martinez. **Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na USF Dr. Francisco Nazareno, Mossoró, RN.** 2015.82f. 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.

Sabe-se da importância da atenção à saúde de usuários hipertensos e diabéticos, principalmente quando se observa o quanto essas patologias têm afetado a população. Antes da intervenção as ações programáticas apresentavam dificuldades já que as medidas de promoção de saúde e de prevenção de doenças não eram realizadas adequadamente, devido que ficava uma equipe incompleta, além disso, falta de capacitação destas, impedindo assim, a melhoria da qualidade de atendimento, a redução da morbidade e da mortalidade, a diminuição do número de consultas por descontrole das mesmas e a racionalização dos recursos médicos. O presente trabalho teve o objetivo de melhorar a atenção à saúde de usuários hipertensos e diabéticos, cadastrados na USF Dr. Francisco Nazareno, além de alcançar objetivos mais específicos como ampliar a cobertura da atenção aos usuários com essas patologias, melhorar a qualidade da atenção, melhorar a adesão ao programa, melhorar o registro das informações, mapear usuários hipertensos e diabéticos de risco para doenças cardiovascular, promover a saúde de hipertensos e diabéticos. Se realizarão exames clínicos apropriados em dia de acordo com um protocolo em 100% dos usuários, se realizarão exames complementários apropriados em dia de acordo com um protocolo em 100% dos usuários, se priorizarão a prescrição de medicamentos da farmácia para 100% dos usuários e se realizarão avaliação das necessidades de atendimento odontológico em 100% dos usuários alcançando-se o 100% das mesmas. A intervenção foi desenvolvida em um período de quatro meses na área de abrangência da unidade e realizada de acordo com os quatro eixos pedagógicos: monitoramento e avaliação, qualificação da prática clínica, engajamento público, organização e gestão do serviço. A unidade apresentava um número de hipertensos e diabéticos cadastrados, mais como o 50 % é de área descoberta, se concordou trabalhar com a estimativa de hipertensos (207) e diabéticos (51) de acordo com base da estimativa no território. Realizou-se o registro dos usuários nos prontuários clínicos e fichas espelhos, além de utilizar uma

Planilha de Coleta de Dados eletrônica (anexo B), para monitoramento e acompanhamento das metas e indicadores propostos, para os hipertensos e diabéticos. As ações realizadas foram baseadas dos cadernos de atenção básica nos 36 e 37. Estratégias para o cuidado da pessoa com doenças crônicas: hipertensão arterial e diabetes Mellitus (Brasil 2013). Ao final da intervenção, houve 112 (54,1%) hipertensos e 45 (88,2%) diabéticos cadastrados. As metas trazidas pela equipe foram com o objetivo de ampliar a cobertura de hipertensos a 80% e diabéticos a 80%, meta que foi atingida para Diabetes Mellitus, mais não se conseguiu alcançar a 80% para Hipertensão Arterial más foi um sucesso já que se atingiu aumentar o número de hipertensos cadastrados.

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



## Lista de Figuras:

Figura 1	Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao usuário hipertenso na USF. Dr. Francisco Nazareno/RN, 2015.	55
Figura 2	Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao usuário diabético na USF. Dr. Francisco Nazareno/RN, 2015.	56
Figura 3	Gráfico indicativo á proporção hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na USF. Dr. Francisco Nazareno/RN, 2015.	60
Figura 4	Gráfico indicativo á proporção diabéticos faltosos às consultas com busca ativa na USF. Dr. Francisco Nazareno/RN, 2015.	61
Figura 5	Gráfico indicativo da reunião dos profissionais de saúde da USF.	77
Figura 6	Gráfico indicativo da reunião da médica para a capacitação dos agentes comunitários de saúde.	78
Figura 7	Gráfico indicativo do Contato com lideranças comunitárias.	79
Figura 8	Gráfico indicativo da reunião de grupo de hipertensos e diabéticos.	80
Figura 9	Gráfico indicativo da festa de aniversária surpresa.	81
Figura 10	Gráfico indicativo da volta depois das férias da médica.	82
Figura 11	Gráfico indicativo da volta depois das férias da médica.	82
Figura 12	Gráfico indicativo da reunião da equipe de saúde e Núcleo de Apoio Saúde da Família (NASF).	83
Figura 13	Gráfico indicativo da reunião de grupo de hipertensos e diabéticos.	84

## Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

ACS	Agente Comunitário da Saúde
AVD	Atividades de Vida Diária
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DM	Diabetes Mellitus
EAD	Educação à Distância
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
NASF	Núcleo de Apoio Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários da Saúde
PMM	Programa Mais Médicos
RN	Rio Grande do Norte
UFPEL	Universidade de Pelotas
UNP	Universidade Potiguar
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade Saúde da Família

## Sumário

<b>Apresentação</b> .....	<b>10</b>
<b>1 Análise Situacional</b> .....	<b>12</b>
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	12
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	14
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	27
<b>2 Análise Estratégica</b> .....	<b>27</b>
2.1 Justificativa.....	27
2.2 Objetivos e metas .....	30
2.2.1 Objetivo geral .....	30
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	30
2.3 Metodologia.....	32
2.3.1 Detalhamento das ações .....	32
2.3.2 Indicadores.....	41
2.3.3 Logística.....	46
2.3.4 Cronograma .....	48
<b>3 Relatório da Intervenção</b> .....	<b>50</b>
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	50
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	52
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	53
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	53
<b>4 Avaliação da intervenção</b> .....	<b>54</b>
4.1 Resultados .....	54
4.2 Discussão.....	65
<b>5 Relatório da intervenção para gestores</b> .....	<b>68</b>
<b>6 Relatório da Intervenção para a comunidade</b> .....	<b>71</b>
<b>7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem</b> .....	<b>73</b>
<b>Referências</b> .....	<b>75</b>
<b>Apêndices</b> .....	<b>77</b>
<b>Anexos</b> .....	<b>85</b>

## **Apresentação:**

O presente volume se apresenta como Trabalho de Conclusão de Curso de pós-graduação em Saúde da Família, modalidade de Ensino à Distância (Ead), pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UNASUS) por meio do Programa Mais Médicos (PMM). O trabalho tem o objetivo de melhorar a atenção aos usuários cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da Unidade Saúde da Família (USF) Dr. Francisco Nazareno, Mossoró, Rio Grande do Norte (RN). O volume trata do acolhimento e atendimento dos usuários na área de abrangência da USF atuante, foi desenvolvido no período de 16 semanas de intervenção, baseados em quatro eixos: organização e gestão dos serviços, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica, para assim atingir as metas e objetivos trazidos pela equipe de saúde. Realizando ações centralizadas em melhorar as condições de saúde e a qualidade de vida da população, incorporar estas ações à rotina dos serviços, com a participação ativa entre a comunidade, os gestores e a equipe. Encara todo um processo de trabalho e experiências, vinculadas na prática médica em ações concretas de gestão, com a participação da comunidade e as redes de apoio à atenção básica.

Inicia-se com uma Análise Situacional, em seguida o Projeto ou Análise Estratégica, Relatório da Intervenção, e finalmente a Avaliação da Intervenção. A intervenção foi realizada no período de quatro meses, após o término da mesma, houve a avaliação dos resultados, e discussão sobre a sua importância.

Na Análise Situacional, encontramos uma breve caracterização do município onde foi desenvolvida a intervenção, assim como da USF envolvida na mesma, com as suas características e as dificuldades encontradas com a finalidade de se estabelecer as principais ações programáticas.

Na Análise Estratégica, encontramos a justificativa do trabalho realizado, com a metodologia, detalhamento das ações em todos os eixos pedagógicos do curso, assim como a logística estabelecida.

No Relatório da Intervenção, explicam-se todas as atividades desenvolvidas e as que não puderam ser desenvolvidas nesse período, assim como a viabilidade da sua incorporação à rotina do serviço.

Na Avaliação da intervenção, encontramos os resultados alcançados ao final do trabalho, assim como a sua discussão.

As referencias utilizadas para as ações realizadas foram baseadas dos cadernos de atenção básica nos 36 e 37. Estratégias para o cuidado da pessoa com doenças crônicas: hipertensão arterial e diabetes Mellitus (Brasil 2013). Os apêndices foram obtidos durante toda a intervenção, imagem que foram tiradas pelos celulares da gente, mostrando-se assim todo o trabalho desenvolvido pela equipe. Utilizaram-se os anexos: OF15/12 Comitê De Ética Em Pesquisa (anexo A); Planilha de coleta de dados (anexo B) para monitoramento e acompanhamento das metas e indicadores propostos ao longo dos quatro meses da intervenção; as Fichas de Espelhos (anexo C) para registro e processamento das informações das consultas clínicas, coleta informações importantes da avaliação dos usuários e para as condutas clinicas,arquiva a data de retorno da próxima consulta sendo muito importante para monitorar usuários faltosos ou com consulta em atraso e Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias (anexo D).

## **1 Análise Situacional:**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS:**

Mossoró município no qual estou inserida faz parte do estado do Rio Grande do Norte, atualmente com 266.758 habitantes, segunda maior cidade do estado.

Na atualidade, compondo a rede de atenção básica a saúde existe 45 unidades básicas de saúde da família que abrigam 64 equipes da Estratégia da família (ESF), 04 Equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e 61 Equipes de Saúde Bucal. A cobertura populacional é 85,80% da população pela ESF, 15,20% do NASF e 02 CEO (Centro de Especialidade Odontológica) implantados.

A USF à qual estou alocada se chama USF Dr. Francisco Nazareno, e está no bairro Bom Pastor, possui área urbana e rural, as chuvas na região são bem escassas, é assim um território muito quente, na USF que faço parte, trabalhamos em conjunto para um atendimento integral, mais completo e melhor possível, a equipe é formada por duas médicas, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, um odontólogo, uma auxiliar de saúde bucal, quatro agentes comunitários de saúde, além do atendimento proporcionado pelos profissionais do Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF). Procuramos assim um trabalho em conjunto, com um psicólogo, uma nutricionista, uma fisioterapeuta, um bioquímico e uma Assistente Social.

Fazem parte de nosso território, 340 famílias, com um número de habitantes de 1.360 pessoas, 50 crianças com até dois anos, 15 gestantes, 30 pessoas com Diabetes Mellitus, 52 pessoas com Hipertensão, uma pessoa com Hanseníase e três casos de tuberculose com alta médica. O problema mais freqüente de saúde são as doenças crônicas como hipertensão e diabetes Mellitus, as infectocontagiosas também são muito freqüentes como as respiratórias agudas, diarreias, as sexualmente transmissíveis e as parasitárias. Muitas dessas doenças estão relacionadas com o baixo nível econômico e educacional nesta população.

Estamos nos esforçando em realizar um trabalho em conjunto para possibilitar o controle dessas doenças, através de palestras com a comunidade, trabalho em grupo, conversas educativas com as famílias, com os adolescentes, realizando atividades de promoção da saúde na Unidade, nas casas dos usuários quando realizamos visitas domiciliares. Possibilitamos um trabalho educativo, para que os usuários reconheçam e evitem ou eliminem os diferentes fatores de risco,

poderíamos prevenir as doenças e assim promover um estilo de vida mais saudável e desfrutar a vida com mais e melhor saúde.

Além disso, contamos com uma academia onde as pessoas podem realizar exercícios físicos de segunda à sexta-feira, para assim melhorar as funções do organismo, já que o exercício físico possibilita uma melhor função cardiovascular. É importante levar o trabalho em conjunto de prevenção e promoção à saúde, para educar os adolescentes e as crianças sobre as diferentes esferas de saúde, seja como ter uma dieta saudável, a importância de tratar a água de beber, a importância dos hábitos de higiene pessoal e também do ambiente, entre outras. Além disso, o ciclo de chuva é muito escasso, a temperatura é muito alta, as pessoas precisam proteger a pele usando creme de proteção solar e outros métodos de proteção, e se deve educar a população sobre um uso racional da água já que tem períodos freqüentes de seca.

Além disso, a situação da coleta de lixo possui grandes dificuldades, há a necessidade de colocar o lixo em locais adequados, bem tapados para evitar a multiplicação e propagação de vetores e com estes, doenças muito prejudiciais para os indivíduos. Outro problema do bairro é o transporte público que é muito ruim e o acesso às outras instituições de saúde como a Unidade de Pronto Atendimento e os Hospitais que estão muito longe e com difícil acesso, acredito que temos que melhorar o acesso a esses centros mais especializados. Podemos promover um trabalho unido a outras organizações políticas, jurídicas e governo, para trazer soluções a estes problemas e conseguiremos então, baixar o índice das doenças, pois devemos trabalhar unidos com responsabilidade para eliminar os fatores de risco e a comunidade desfrutarem de melhor saúde.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional:**

Mossoró município no qual estou inserida faz parte do estado do Rio Grande do Norte, atualmente com 266.758 habitantes, segunda maior cidade do estado. Na atualidade, na rede de atenção básica a saúde existe 45 Unidades Básicas de Saúde da Família que abrigam 64 equipes da Estratégia da família.

A Unidade de Saúde Francisco Nazareno Pereira Gurgel, está localizada na cidade de Mossoró RN, situada na zona urbana, sendo uma equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF), possui assistência duma Equipe de Núcleo de Apoio Saúde

da Família (NASF). Tem parceria com a Universidade Potiguar (UNP) onde os alunos desenvolvem ações em conjunto com a equipe. A maior dificuldade da equipe é o baixo número de ACS (Agentes Comunitários de Saúde), pois há apenas quatro, impossibilitando assim um diagnóstico preciso da área e as ações a serem planejadas ficam prejudicadas. Com base nos dados obtidos pelos ACS (ainda em fase de término) temos como cobertura populacional estimada em torno de 600 famílias, sabendo que quase 50% da área é descoberta por esses profissionais.

O trabalho na Unidade Dr. Francisco Nazareno se dá nas populações urbana e rural, temos pouco ciclo de chuva, é um território muito quente, na unidade trabalhamos em conjunto para um atendimento integral, interdisciplinar; a equipe está formada por: uma médica, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, um odontólogo, um auxiliar de saúde bucal e quatro agentes comunitários de saúde, temos assistência também de outros profissionais como assistente social e o Núcleo de Apoio Saúde da Família (NASF) onde contamos com um psicólogo, uma nutricionista, um fisioterapeuta, um bioquímico, e uma Assistente Social. Procuramos sempre uma maior integração entre os profissionais.

Trabalhamos com 340 famílias cadastradas, com um número de habitantes de 1360 pessoas, com um atendimento da equipe de saúde de segunda feira até sexta feira, com um alto fluxo de pessoas procurando nosso atendimento e apresenta excesso de demanda espontânea de doenças que precisam de um pronto atendimento Agendam-se consulta nas sextas feiras para doenças e situações de problema de saúde que não precisam de acolhimento imediato como as consultas de controle das crianças, gestantes, atendimento para o seguimento das doenças crônicas (Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, entre outras), mas todos os dias são escutados e acolhidos às necessidades de saúde que chegam a nosso posto de trabalho, dando atendimento imediato no dia as doenças agudas que precisam de um pronto atendimento (como os usuários com crise de Asma Bronquial, crise Hipertensiva, dor no peito ou qualquer tipo de dor que a pessoa não pode suportar febre, desidratação, dificuldade respiratória, convulsão entre outras doenças agudas que precisam de um atendimento urgente), o qual é adaptado à realidade ou situação que acontece na USF, não se faz de uma forma estreita, ou seja, se faz de maneira em que acontece o problema de saúde, avaliando-se os riscos e vulnerabilidades. É feito pela médica, enfermeira, técnico de enfermagem e odontólogo (os casos odontológicos). Nesta unidade ainda não foi realizado completamente o processo de cadastramento da população de abrangência e



tampouco está terminado o mapeamento da comunidade porque precisamos de mais agentes de saúde para ser feito em menos tempo. Observando-se na estatística, o total de famílias e pessoas que recebem atendimento nesta USF não se corresponde com as quantidades estimadas, ou seja, que a distribuição da população por sexo e faixa etária, não está de acordo com base na distribuição brasileira com nossas realidades, por exemplo, contamos com 340 famílias cadastradas para um estimado de 600 famílias, das mulheres em idade fértil de 10 a 59 anos apenas temos cadastradas, 283 mulheres para um estimado de 448 mulheres, as crianças menores de um ano têm 12 para um estimado de 20 crianças, menores de cinco anos temos 38 crianças para um estimado de 40, de 5 a 14 anos temos 222 pessoas para um estimado de 236, de 15 a 59 anos temos 865 para um estimado de 876, maiores de 60 anos temos 146 pessoas para um estimado de 147, usuários de 20 anos e mais com Hipertensão arterial temos 52 para um estimado de 282, usuários de 20 anos e mais com Diabetes Mellitus temos 30 para um estimado de 81.

Além a unidade apresenta também casos de usuários com tuberculoses (três pessoas) e Hanseníase (só uma pessoa), apesar de que o problema mais freqüente de saúde nesta população são as doenças crônicas como hipertensão e Diabetes Mellitus, mas também existem outras doenças infectocontagiosas muito freqüentes como as Doenças Respiratórias Agudas, Diarréicas, Doenças de Transição sexual e Parasitárias, causa do baixo nível econômico e educacional nesta população; estamos fazendo um trabalho em conjunto para tentar baixar os níveis de doenças, através de palestras com a comunidade, trabalho em grupo, conversas educativas com as famílias, com as adolescentes, realizando atividades de promoção e prevenção no posto de trabalho, na casa dos usuários quando realizamos visitas domiciliárias. Estamos nos esforçando em promover educação em saúde e auxiliar as pessoas a reconhecer e evitar ou eliminar os diferentes fatores de risco que poderia prevenir as doenças e assim promover estilo de vida mais saudável e desfrutar a vida com melhor saúde.

No território da unidade contamos com uma academia onde as pessoas podem exercitar-se de segunda-feira até sexta-feira, para assim melhorar a função do organismo, já que o exercício físico facilita uma melhor função cardiovascular. O único problema é que a academia é particular então nem todos têm condições econômicas de freqüentá-la, mesmo que o custo dela não seja tão elevado.

Notamos a importância de realizar um trabalho em conjunto para promover um uso racional da água já que o município apresenta período freqüentes de secas, como também dar um adequado tratamento da mesma. Além do ciclo de chuva ser muito escasso a temperatura é muito alto (quente), as pessoas precisam proteger a pele usando creme de proteção solar e outros métodos de proteção como sombrinhas. Também, há a necessidade de colocar o lixo em locais adequados bem fechados para evitar a multiplicação e propagação de vetores para assim evitar doenças que prejudicam a saúde dos indivíduos. Pois há problemas no município, relacionados ao transporte público de lixo como o transporte coletivo, prejudicando o acesso às outras instituições de saúde como Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Hospitais e atendimentos especializados, é muito longe dificultando assim o acesso disto.

Quando falamos sobre a saúde da criança (faixa etária de 0 a 72 meses) a puericultura tem muita importância, pois para um desenvolvimento adequado, é preciso uma captação precoce do recém-nascido na primeira semana de vida, onde vamos orientar a mãe e a família dos cuidados do mesmo, para um melhor crescimento e um ótimo desenvolvimento neuropsicomotor, através do acompanhamento integral pela equipe de saúde, e com a participação ativa da família.

Pelo Caderno de Ações Programáticas temos uma estimativa de 20 crianças menores de um ano, na realidade na unidade contamos com 12 crianças menores de um ano representando 60% do total estimado. As consultas são programadas uma vez por semana, mas se oferecem atendimentos às demandas espontâneas por doenças agudas todos os dias, com um acolhimento pronto e com qualidade seguem as necessidades de saúde que apresentam as crianças. Realizam-se visitas domiciliares para avaliação e identificação dos riscos (como abandono de amamentação e febre). Os indicadores de qualidade foram atingidos: se realizou a primeira consulta puericultura nos primeiros setes dias de vidas aos 100% das crianças cadastrada (12 crianças), se realizou a triagem auditiva aos 100% das crianças cadastradas (12 crianças), em todas as consultas de seguimento se realizou avaliação do crescimento e desenvolvimentos aos 100% das crianças cadastradas (12 crianças), as vacinas em dia com as doses de vacinas de acordo com o calendário de vacinas do Ministério da Saúde foram atingidos para aos 100% das crianças cadastradas (12 crianças), se realizou o exame bucal aos 100% das crianças cadastradas (12 crianças), se realizou orientação sobre aleitamento

materno exclusivo até seis meses de vida da criança e orientação para prevenção de acidente às mães dos 100% das crianças cadastradas (12 crianças).

A equipe de saúde oferece um seguimento direito às crianças responsabilizando-se por dar cumprimento às quantidades de consultas de acordo com o protocolo do Ministério de Saúde, cumprindo com os Programas do Ministério da saúde como o Programa Bolsa da Família, que tem muita importância já que ajuda na economia familiar daquela família que tem uma baixa entrada econômica, e com os outros programas que são muito importantes, o Programa de Saúde na Escola.

Temos cadastradas 283 mulheres em idade fértil de 10 a 59 anos para um estimado de 448 mulheres, pelo Caderno de Ações Programáticas temos uma estimativa de 20,4 gestantes, mas contamos com 15 gestantes cadastradas representando 74% do total de grávidas estimadas. A cobertura do Pré-natal e Puerpério na unidade de saúde são boas até agora aos 100% das gestantes tem acesso a todas as ações de saúde oferecidas pela USF e o Ministério de Saúde Pública para o atendimento humanizado e integral com a realização de exames complementares por trimestre, vacinação (antitetânica e hepatites B), suplementação de sulfato ferroso conforme protocolo para as gestantes com 20 e mais semanas de gestação e as menores de 20 semanas de gestação com exame de hemoglobina menor de 11mg/dl, avaliação ginecológica, odontológica, e psicológicas nos casos que os precise, com uma assistência às consultas programadas de forma contínua e com um número de consultas adequadas ao estabelecido, seguindo protocolo para a Atenção ao Pré-natal, ditos indicadores de qualidade foram atingidos aos 100% das gestantes cadastradas (15 gestantes). Realizou-se os cadastros depois de confirmada sua gravidez, através da ficha de cadastramento dos Sis-Pré-Natal, ficando elas com seu cartão de gestante onde se escreve todas as ações de acompanhamento realizado com a gestante durante todo o período gestacional, contém todas as informações das consultas programadas, sendo essas, realizadas mensalmente até as 28 semanas, depois quinzenalmente até as 36 semanas e sendo semanalmente no termo. Nas consultas se realizou orientação sobre o parto normal e como identificar os sinais de alarme para assim reconhecer o trabalho do parto como também se orientou a maternidade de referência onde tinham que dirigir-se para ter seu bebe, se orientou sobre a dieta adequada, se orientou sobre a importância de evitar o uso dos hábitos tóxicos e de medicamentos durante a gestação.

O número de partos estimados nos últimos 12 meses foi de 20 partos, correspondendo à realidade de partos obtidos na USF neste período, representando a 100% do total de partos estimados pelo Caderno de Ações Programáticas. Atingiu-se a 100% dos indicadores de qualidades: foram as puérperas todas consultadas e avaliadas antes dos 42 dias pós-parto, se realizou o exame das mamas, o exame abdominal, ginecológico e psicológico, além se realizou visitas domiciliares para avaliar o estado de saúde das puérperas e dos recém-nascidos, identificando risco como abandono da amamentação e febre, se orientou sobre o cuidado do recém-nascido, sobre o planejamento familiar e sobre o aleitamento materno exclusivo.

O câncer de mama é o segundo tipo mais freqüente de câncer no mundo, e o mais comum entre as mulheres. Ele é seguido pelo câncer de colo de útero, o segundo que mais aparece na população feminina, e que constitui a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil.

É importante o acolhimento precoce de todas as mulheres entre 25 e 64 anos da área de abrangência para assim garantir um acompanhamento e atendimento adequado, orientando como prevenir o câncer de colo de útero e mama, fazendo e insistindo na importância do exame de mama, a mamografia e a citologia, os quais são ótimos para a detecção do câncer e para seu tratamento em tempo preciso.

A equipe de saúde realiza um importante trabalho de levar a todas as mulheres as informações de prevenção do câncer, educando-as como evitar os fatores de risco e adotar estilo de vida mais saudáveis.

Pelo Caderno de Ações Programáticas temos uma estimativa de 341 mulheres entre 25 a 64 anos de idade e contamos com 210 mulheres cadastradas na unidade, representando 62% do total estimado. A equipe deve esforçar-se ainda mais para tentar cadastrar a 100% de mulheres compreendidas nestas idades (25 e 64 anos) para assim garantir o diagnóstico precoce e um atendimento em tempo oportuno e uma cura satisfatória. A cobertura das usuárias, com relação aos exames preventivos para o diagnóstico precoce do câncer mediante o exame citopatológico foi feita para 100% das usuárias entre 25 e 64 anos, as amostras coletadas foram adequadas, possibilitando uma ótima conclusão diagnóstica, foram avaliados os riscos de câncer do colo uterino e se realizou orientação sobre a prevenção da mesma e também se realizou prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, enfatizando a importância do uso de preservativo nas relações sexuais.

Presentarão exame citopatológico alterados 21 usuárias, as quais foram acompanhadas pelos especialistas (ginecologista e psicologista) e nas consultas de controle feitas na unidade pela equipe.

Pelo Caderno de Ações Programáticas temos uma estimativa de 102 mulheres entre 50 a 64 anos de idade e contamos com 98 mulheres cadastradas na unidade, representando 96% do total estimado. Os indicadores de qualidades foram realizados aos 100% das usuárias compreendidas nestas idades. Realizou-se mamografia em dia, se avaliou o risco para câncer de mama e se orientou sobre a prevenção das mesmas, as quais foram realizadas a todas as mulheres entre 50 e 64 anos de idades cadastradas.

A Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus são doenças muito freqüentes na comunidade, o agente de saúde centraliza seu esforço na pesquisa ativa a população de 18 anos e mais para um diagnóstico precoce e um tratamento em tempo oportuno porque são doenças responsáveis de muitas complicações, já que seu diagnóstico e tratamento tardio provocam sérios danos em órgãos alvos. Por isso é preciso fazer ações de promoção e prevenção para um maior controle destas doenças crônicas não transmissíveis. Verificar a pressão arterial para assim também fazer diagnóstico a usuários assintomáticos e o exame de rotina de glicose para diagnosticar os possíveis usuários diabéticos.

Na Unidade estão cadastrados 54 usuários hipertensos com idade de 20 anos ou mais, para uma estimativa de 282, obtendo assim uma cobertura de apenas 19%, contamos com 30 usuários diabéticos com idade de 20 anos ou mais para um estimado de 81, perfazendo assim uma cobertura de apenas 37%. Ainda temos um grande trabalho para fazer a fim de cadastrar 100% dos usuários com hipertensão e diabetes para assim garantir o diagnóstico precoce e um atendimento em tempo oportuno e controle satisfatório destas doenças.

As consultas são programadas uma vez por semana, além se oferecem atendimentos às demandas espontâneas por doenças agudas ou quadros clínicos de descontrole destas, todos os dias, com um acolhimento pronto e com qualidade seguem as necessidades de saúde.

Os usuários comparecem às consultas de seguimento e também cumprem com o tratamento destas doenças crônicas. Foram realizados os exames complementários em dia e avaliação de saúde bucal em dia a 100% disto usuários, se realizou orientação sobre a prática de atividade física regular e nutricional. Além disso, eles possuem consultas com a nutricionista, o psicólogo e o odontólogo, para

assim avaliar, acompanhar e promover conselhos educativos, e também são encaminhados a consultas de cardiologia e endocrinologia para avaliar os riscos ou problemas cardiovasculares e problemas endócrinos. Os usuários diabéticos foram realizados exame físico dos pés, explorando a sensibilidade dos mesmos, com avaliação dos pulsos tibiais posteriores e pedioso nós últimos três meses.

Realizam-se visitas domiciliares para avaliação do estado de saúde e identificar risco, para assim mudar estilos de vida enquanto á dieta (baixa em sal, açúcar e gordura), hábitos higiênicos sanitários pessoais e ambientais, o bom cuidado oral e de seu corpo em geral.

As pessoas com antecedentes familiares e com sinais e sintomas característicos de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus são seguidos pela equipe de forma direta para assim descartar, diagnosticar e tratar estas patologias.

Pelo Caderno de Ações Programáticas temos uma estimativa de 147 idosos maiores de 60 anos e contamos com 146 idosos maiores de 60 anos cadastradas na unidade, representando 99% do total estimado; isto significa que nosso cadastro na área de saúde do idoso está conforme o esperado. Sabe-se da importância de possibilitar um atendimento integral e com qualidade, realizar atividades de educação em saúde e promoção de saúde, incentivar a importância do atendimento ao adulto maior e seu acompanhamento contínuo.

Os idosos acolhidos na USF recebem atendimento pela equipe de saúde de forma contínua, de maneira humanizada e integral, além quantificar as capacidades e os problemas de saúde, psicossociais e funcionais do idoso. Realizam-se seu cadastro através da ficha de cadastramento, prontuário onde se escreve todas as ações de acompanhamento, contêm todas as informações de suas consultas programadas, informação da anamnese, exame físico e exames complementares e vacinas.

Deve-se fazer uma ampla avaliação dos antecedentes diagnósticos, com ênfase nas doenças crônicas devido à prevalência destas, tem que ser sempre investigadas, para que sejam descartadas: as afecções cardiovasculares, em especial doença hipertensiva; o diabetes e suas complicações; os déficits sensoriais (auditivo e visual); as afecções ósseas articulares; os déficits cognitivos; devemos educar ao idoso sobre o uso de polifármacos e que não devem automedicar-se, perguntar sobre todos os sistemas e incluir questões que abordem mudanças no estado funcional, alterações de peso não intencionais, fadiga, mal estar inespecífico, quedas, transtornos do sono, alterações cardiovasculares, alterações miccionais ou

intestinais, presença de incontinência, afecções ósseas articulares, dor e problemas sexuais, devemos verificar sempre a circulação periférica, devido à alta prevalência da insuficiência venosa, causa comum de edema em membros inferiores, a presença de doença arterial periférica é um marcador de aterosclerose com maior risco de lesões coronarianas e cerebrais.

É importante avaliar o estado nutricional do idoso através do índice de massa corporal. Em relação à alimentação da pessoa idosa, é importante ficar atento para alguns aspectos como a perda da autonomia para comprar os alimentos, inclusive financeira; perda da capacidade e autonomia para preparar os alimentos e para alimentar-se; perda de apetite e diminuição da sensação de sede e da percepção da temperatura dos alimentos; perda parcial ou total da visão que dificulte a seleção, o preparo e consumo dos alimentos; perda ou redução da capacidade olfativa, interferindo no seu apetite; algum motivo que faça restringir determinados tipos de alimentos, como dietas para perda de peso, diabetes, hipertensão, hipercolesterolemias; alterações de peso recentes; dificuldade de mastigação por lesão oral, o uso de prótese dentária ou problemas digestivos.

O processo natural de envelhecimento associa-se a uma redução da acuidade visual devido às alterações fisiológicas das lentes oculares, déficit de campo visual e doenças de retina, uma grande parte das pessoas idosas necessita do uso de lentes corretivas para enxergar adequadamente. Ao avaliar essa função, ver se o usuário sente dificuldade ao ler, assistir televisão, dirigir ou para executar, qualquer outra atividade da vida cotidiana, se apresenta alguma dificuldade, devem ser avaliados por um oftalmologista. Avaliar o grau na acuidade auditiva como a presbiacusia, perda progressiva da capacidade de diferenciar os sons de alta frequência é uma das causas mais comuns. A presença de incontinência urinária deve ser avaliada já que pode ser por causas reversíveis, pode ser causa de problemas emocionais ou sociais como delírio, restrição de mobilidade, retenção urinária, infecção e efeito medicamentoso entre outras. Orientar e educar ao idoso sobre a sexualidade que muitas vezes apresentam disfunção sexual e as causas podem ser por problemas psicológicos, fisiológicos ou pela presença de patologias como artrites, diabetes, fadiga, medo de infarto, efeitos colaterais de fármacos e álcool. A vacinação do idoso é muito importante, se deve tomar vacina regularmente, uma dose anual contra a influenza no outono; idosos com mais de 60 anos devem também receber ao menos uma dose de vacina antipneumocócica durante a vida. A vacina dupla adulta (dT- contra difteria e tétano) deve ser administrada a cada dez

anos e registrar-se na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, facilitando o acompanhamento da realização da mesma.

O desempenho físico e social do idoso depende da integridade de suas funções cognitivas pelo que é preciso avaliar a função cognitiva já que o idoso vai perdendo a memória recente por causa do processo do envelhecimento, podemos explorar através do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) que é uma das escalas mais comuns para avaliar o estado cognitivo, por sua rapidez e facilidade de aplicação. Devemos diagnosticar e tratar a presença de depressão entre as pessoas idosas, diferenciar a tristeza da depressão. É importante a avaliação da mobilidade e equilíbrio do idoso já que a instabilidade postural e a perda do equilíbrio provocam com frequência as quedas no adulto associadas a elevados índices de morbimortalidade. É muito importante a avaliação funcional do idoso, já que é a maneira de medir se uma pessoa é ou não capaz de desempenhar as atividades necessárias para cuidar de si mesmas; se utiliza a avaliação no desempenho das atividades cotidianas ou atividades de vida diária. Estas se podem avaliar-se através das Atividades de Vida Diária (AVD) que são as relacionadas ao autocuidado e que, no caso de limitação de desempenho, normalmente requerem a presença de um cuidador para auxiliar a pessoa idosa a desempenhá-las, são: alimentar-se, banhar-se, vestir-se, mobilizar-se, deambular, ir ao banheiro, manter controle sobre suas necessidades fisiológicas; atividades Instrumentais da Vida Diária que são as relacionadas à participação do idoso em seu entorno social e indicam a capacidade dum indivíduo em levar uma vida independente dentro da comunidade, são: utilizar meios de transporte, manipular medicamentos, realizar compras, realizar tarefas domésticas leves e pesadas, utilizar o telefone, preparar refeições, cuidar das próprias finanças.

Todas estas avaliações são muito importantes para diagnosticar se o idoso tem autonomia, se é independente ou se é dependente, para assim fazer um atendimento ótimo.

Os usuários adultos na USF onde atuo possuem consultas programadas uma vez por semana, mas se oferecem atendimentos às demandas espontâneas por doenças agudas todos os dias, com um acolhimento pronto e com qualidade seguem as necessidades de saúde. Oferecemos práticas educativas através de atividade em grupo, se realizam atividades de promoção e prevenção sobre os diferentes fatores de riscos e a prevenção de doenças, se realizam visitas domiciliares para um melhor acompanhamento e seguimento do estado de saúde do



idoso. Na USF a cobertura de exames complementares é ótima já que todos os usuários têm realizados em tempo adequado os exames seguindo o protocolo e as consultas especializadas também apresentam boa cobertura.

O atendimento odontológico na USF também é bom porque tem uma cobertura ampla para todos os usuários, com recursos odontológicos adequados para cada proceder bucal; além de dar atendimento á comunidade abrangente, também se realiza acompanhamento ás escolas. É muito importante planejar á atenção da saúde bucal já que cria a possibilidade de conhecer os principais problemas e necessidades da população. Permite uma análise desses problemas, como busca elaborar propostas capazes de solucioná-los, resultando em um plano de ação, viabiliza por meio de ações estratégicas, onde se estabelece metas, a implementação dum sistema de acompanhamento e avaliação destas operações. O êxito do planejamento depende da implicação de profissionais, lideranças e/ou representantes da comunidade.

A rotina de trabalho da Equipe Saúde da Família inclui processos de conhecimento do território e da população. Trabalha-se no mapeamento da área de abrangência com identificação das áreas de risco e vulnerabilidade; o cadastro das famílias e a atualização constante das informações; a identificação de pessoas e famílias em situação de risco e vulnerabilidade; a análise situacional da área de abrangência; acompanhamento mensal das famílias, a partir de visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde e equipe (quando necessário), bem como análise de informações e indicadores de saúde da área de abrangência; interlocução com conselho local ou municipal de saúde; desenvolvimento de mecanismos de escuta da comunidade; planejar é uma necessidade cotidiana, um processo permanente, capaz de fazer, a cada dia, uma releitura da realidade, garantindo direcionalidade às ações desenvolvidas, corrigindo rumos, enfrentando imprevistos e caminhando em direção aos objetivos propostos; isto evita que o planejamento seja transformado em um plano estático, que depois de elaborado em um determinado momento, não é mais atualizado ou reorientado.

Sistema de Informação em Saúde como o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) para tomada de decisões e formação dos sujeitos envolvidos nos processos é “um conjunto de mecanismos de coleta, processamento e armazenamento de dados, visando à produção e à transmissão de informações para a tomada de decisões sobre as ações a serem realizadas, avaliando os resultados

da sua execução e o impacto provocado na situação de saúde”. Estes sistemas têm papel fundamental na avaliação e monitoramento das equipes de saúde e devem servir como ferramenta de intervenção nos planejamentos locais. É um sistema utilizado em todos os níveis de gestão, constituindo-se em importante instrumento de informação sobre a rede de serviços e os procedimentos realizados pelas Unidades de Saúde da Família; a produção deve ser lançada mensalmente; o SIA/SUS permite a verificação da produção em até três meses após a sua realização. O Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) é um sistema de informação da Estratégia Saúde da Família que permite o conhecimento da realidade da população acompanhada, é alimentado apenas pelas Equipes Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família, realizando-se procedimentos coletivos, atividade educativa em grupo e visitas domiciliares.

O Acolhimento constitui-se como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço, não devendo limitar-se ao recebimento da demanda espontânea para identificação de risco ou definição de urgências. Desse modo é que o diferenciamos de triagem. Triagem refere-se a uma filtragem de quem pode e quem não pode ser atendido, baseada no que o serviço tem para oferecer, sem considerar as necessidades dos usuários. Acolher é receber bem, com atenção e disponibilidade para escutar, valorizar as particularidades de cada caso, buscar uma forma de compreendê-lo e solidarizar-se com ele. Em geral, as ações educativas coletivas devem abordar: as principais doenças bucais, como se manifestam e como se previnem; a importância do autocuidado, da higiene bucal, da escovação com dentífrico fluoretado e o uso do fio dental; os cuidados a serem tomados para evitar a fluorose; as orientações gerais sobre dieta; a orientação para autoexame da boca; os cuidados imediatos após traumatismo dentário; a prevenção à exposição ao sol sem proteção; e, a prevenção ao uso de álcool e fumo.

Penso que o trabalho em equipe é bom, se fazem um conjunto de atividades para a promoção e proteção da saúde da população que atendemos e de uma forma integral, só acho que a comunidade deve ter mais participação nestas atividades de saúde, mas a equipe de saúde deve ter mais interação, mais contato, mais inter-relação com a comunidade, as visitas domiciliares deve ser com mais freqüências para assim a população se sinta bem atendida por nossos serviços de saúde, só poderemos mudar isto com um atendimento humanizado, integral e com responsabilidade e procurando sempre a participação social. É importante estimular a responsabilidade do usuário também no cuidado de sua saúde, das pessoas e

coletividades, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação, assim como na participação nas ações de prevenção e promoção.

Nas funções de atenção de saúde é importante o cuidado integral e direcionado as necessidades de saúde da população, cumprindo sua função de ser base com o mais alto grau de descentralização e capilaridade de atenção e de serviço de saúde, de ser resolutiva identificando risco, necessidade e demandas de saúde, coordenar o cuidado elaborando, acompanhando, e gerindo projetos terapêuticos, além de acompanhar e organizar o fluxo de usuários entre os pontos de atenção das Redes de Atenção de Saúde possibilitando uma comunicação entre os diversos pontos de atenção, com responsabilidade do cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, continua e integrada, com gestão compartilhada da atenção integral com participação das outras redes de saúde e Intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais; de ordenar as redes reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários.

Todas as esferas de governo cumprem com suas funções e diretrizes assinalados para a reorientação do modelo de atenção de saúde da comunidade, para assim garantindo a infraestrutura necessária ao funcionamento da USF e de acordo a suas responsabilidades.

A unidade está cadastrada no Sistema de Cadastro Nacional de acordo as normas vigentes e cumpre com a infraestrutura do Departamento de Atenção Básica e também os profissionais e equipe participam em todas as atividades como no processo de territorialização e mapeamento da área de atuação, identificando grupo, família, e individuo expostos a risco e vulnerabilidades, no cuidado de saúde, manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos, na promoção e prevenção de saúde, na busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação entre outras.

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

O trabalho da USF ao início foi bom porque apesar das dificuldades apresentadas se levou o atendimento de todos os usuários cadastrados, possibilitando a avaliação clínica, a avaliação pelos especialistas, a realização dos exames complementários e prescrição dos medicamentos, já que a cobertura dos mesmos é adequada. Mas foi um pouco difícil o desenvolvimento do trabalho na USF, pois sabemos que para um bom trabalho na comunidade é necessário que a equipe esteja completa, apesar disso a experiência obtida na intervenção possibilitou mais domínio de trabalho organizado atingindo resultados de saúde positivos. Em comparação com o atendimento e o trabalho da equipe antes com a atenção atual foi melhor, porque agora a equipe de saúde e a comunidade tem mais participação nas atividades de saúde, facilitando as ações desenvolvidas pela equipe e com esta, melhor resultado da saúde da população.

Iniciei meu trabalho no município de Mossoró em maio, mesmo período do início do curso; as atividades que fui respondendo foram sempre baseadas nas minhas observações e indagações aos funcionários da unidade. No decorrer da minha permanência na equipe foi aumentando a integração com os profissionais e o conhecimento da população e área de abrangência. Pode ser observado neste relatório incompatibilidade de dados e informações se compararmos com o início dos trabalhos e os últimos desenvolvidos. Hoje reconheço que a minha visão do trabalho desenvolvido com a comunidade está bem melhor e mais abrangente, pois pude contar com a integração de um trabalho multiprofissional enriquecendo assim meus conhecimentos.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa:**

Atualmente os hábitos de vida fazem com que a população muitas vezes não se preocupe com fatores de risco que podem prejudicar sua saúde e influenciar de maneira a trazer consigo doenças como Hipertensão e Diabetes. Em decorrência desse fator, torna-se primordial no preocuparmos com essa população em nossa

Unidade. Por se tratar de doenças crônicas, a hipertensão arterial e diabetes possuem repercussões globais como mortes prematuras, perda da qualidade de vida, impacto econômico para famílias e sociedade, e individuais, como a frustração de planos de vida. Assim é importante adotar medidas para o gerenciamento da condição crônica e de suas repercussões na vida das pessoas como a implementação das Linhas de Cuidado e Clínica Ampliada (BRASIL, 2006).

A USF onde atuo apresenta uma estrutura adequada, a qual tem recepção, arquivo de prontuários, sala de administração e gerência, sala de espera que tem cobertura mais ou menos para 35 a 45 pessoas, sala de reunião e educação em saúde, sala de almoxarifado, consultórios com sanitários, sala de vacina, de nebulização, farmácia, sala de odontologia, área de compressor, sanitário para funcionários, usuário e deficientes, este último adaptado à cadeira de roda, sala de copa e cozinha, depósitos de materiais de limpeza, sala de recepção lavagem e descontaminação, sala de esterilização, de utilidades, abrigos de resíduos sólidos, depósitos de lixo, sala para ACS com ventilação, iluminação, pisos, paredes, cobertura, porta, janelas adequadas para este tipo de instalação, toda sua estrutura física condicionada a um acesso de pessoas deficientes e com limitações, rampas, presença de corrimão, não tem degraus, nem calçadas inadequadas para o deslocamento das pessoas. Apresenta só uma equipe de saúde incompleta, onde faltam assistentes administrativos (não tem digitador, nem agente de farmácia), agente comunitário só quatro quando se precisa mais, técnica de enfermagem apenas uma, além disso, precisamos demais de uma equipe de saúde. A equipe concorda em realizar esforços para alcançar nos quatro meses da intervenção a meta de cobertura de atendimento de um total de 80% para HAS e para DM um total de 80%. As consultas são programadas uma vez por semana, mas iremos aumentar estas a três vezes por semana.

Sabemos que temos muitas dificuldades já que a equipe de saúde está incompleta e, além disso, precisamos de outra equipe, que o total da população não está cadastrado, tampouco está terminado o mapeamento da comunidade porque precisamos de mais agentes de saúde para que seja feito, observando-se na estatística onde o total de família e pessoas que recebem atendimento nesta USF não se corresponde com o estimado, ou seja, que a distribuição da população por sexo e faixa etária, não está de acordo com base na distribuição brasileira com nossas realidades. A equipe de saúde está de acordo em centralizar seu esforço para possibilitar mudanças ótimas e positivas nestes indicadores facilitando um

aumento de cadastramento dos usuários destas patologias, aumentando assim a cobertura de atendimento e a qualidade de vida deles.

Mas contamos com uma equipe que trabalha unida e com responsabilidade para possibilitar um atendimento humanizado, integral e com qualidade com o objetivo de mudar estilos de vida da comunidade em especial aos usuários diabéticos e hipertensos demonstrando assim, a importância da intervenção com esse foco na Unidade de Saúde.

## **2.2 Objetivos e metas**

### 2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde da pessoa com Hipertensão Arterial sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na USF Dr. Francisco Nazareno, Mossoró, RN.

### 2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

**Meta 1.1:** Cadastrar 80% dos usuários hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Meta 1.2:** Cadastrar 80% dos usuários 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 usuários hipertensos.

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

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

**Meta 2.4:** Manter a 100% dos usuários 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 usuários hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Meta 5.1:** Manter a estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

## **2.3 Metodologia:**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Dr. Francisco Nazareno, no Município de Mossoró, Rio Grande do Norte. Onde se vai trabalhar com a estimativa de usuários com hipertensão e diabetes residentes na área adstrita à USF. O cadastro será realizado de acordo com as planilhas de coletas de dados (anexo B) e preenchimento da ficha espelho para os usuários hipertensos e diabéticos. As ações realizadas serão baseadas nos cadernos de atenção básica números 36 e 37: Estratégias para o cuidado da pessoa com doenças crônicas: hipertensão arterial e diabetes Mellitus (Brasil 2013).

### **2.3.1 Detalhamento das ações:**

**Objetivo 1:** ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos.

**Meta 1.1:** Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no programa de atenção à HAS e à DM.

**Meta 1.2:** Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no programa de atenção à HAS e à DM.

#### **Monitoramento e avaliação:**

Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da USF.

Esta ação vai ser monitorada pela técnica de enfermagem, através das fichas espelhos e pelas fichas de atendimento odontológico. As consultas serão programadas e será realizada a busca ativa de todos os usuários maior de 20 anos cadastrando assim um maior número de usuários, por entanto possibilitando-se uma maior cobertura de atendimento do dia. O cadastro será realizado pela assistente de serviço social e a enfermeira. A programação das consultas de seguimento será

realizada pela enfermeira e a médica. A marcação das consultas ficará sob a responsabilidade da recepcionista.

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

Será garantido o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrado no programa.

Melhoraremos o acolhimento para os usuários com HAS e DM.

Garantiremos o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial e para realização do hemoglicoteste na unidade.

Contamos com recursos e instrumentos necessários (prontuário, ficha de atendimento odontológico, ficha de atendimento nutricional, formulário especial, esfigmomanometro, manguitos, fita métrica, glicosímetro) na unidade para um bom controle e acompanhamento dos usuários.

O acolhimento vai ser feito pela equipe onde cada usuário vai ser acolhido pela médica ou enfermeira e a técnica de enfermagem foi à primeira escuta, atendendo á demandas espontâneas e os usuários agendados, a médica vai a fazer a retaguarda para os casos agudos e atender os usuários agendados. A gestão dos instrumentos necessários para o atendimento dos usuários será responsável a gerente em articulação com secretaria de saúde e gestores.

### **Engajamento Público:**

Informaremos à comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus na unidade de saúde.

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

A comunidade será orientada sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial maior que 135/80 mmhg e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Estas ações serão feitas através de atividades de grupos no âmbito da unidade e nas visitas domiciliares, responsabilizando aos agentes comunitários de saúde nas visitas comunitárias, em áreas da unidade vai ser feita pela assistente social através de conversas com os usuários que ficam na sala de espera. Aqui também joga um papel importante a liderança comunitária na propagação das informações.

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

Os ACS serão capacitados para o cadastramento de usuários hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde. A responsável da capacitação dos ACS é enfermeira e a médica, realizaram palestra de acordo com o protocolo de hipertensão e diabetes.

A equipe da unidade de saúde será capacitada para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado de manguito e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial maior que 135\80 mmhg. Será responsável desta ação a médica e enfermeira.

### **Objetivo 2:** Melhorar a qualidade de atenção a hipertensos e diabéticos:

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

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

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

**Meta 2.4.** Manter a 100% dos usuários 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 usuários hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

### **Monitoramento e avaliação:**

As seguintes ações serão realizadas:

Monitorar a realização de exame clínico de acordo o protocolo (HAS E DM). Sendo monitorado pela médica.

Monitorar o acesso aos medicamentos da farmácia da UBF (HAS E DM). Será monitorado pela médica.

Monitorar os que precisem atendimento odontológico (HAS E DM).

Será feito a monitoração pela médica e odontólogo.

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

Serão definidas as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos.

As capacitações dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade serão organizadas.

Haverá periodicidade para atualização dos profissionais.

Será fornecida a versão atualizada do protocolo impresso na unidade de saúde.

Serão organizadas as ações para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos e organizar a agente de saúde bucal para a realização do atendimento dos hipertensos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Será feita estas ações pela médica, enfermeira e agente de odontologia.

### **Engajamento Público:**

Os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas serão orientados e sobre a importância de ter pés, pulsos e sensibilidades de extremidades avaliadas periodicamente. Será feita pela médica, enfermeira, técnica de enfermagem e ACS.

Os usuários serão orientados sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, sobre a necessidade e periodicidade com que deve ser realizado exame complementares, a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Esta ação será realizada pela médica, assistente de odontologia e assistente de serviço social.

Será feito educação em saúde através de atividades de grupos no âmbito da unidade e nas visitas domiciliares.

### **Qualificação da prática clínica.**

A equipe será capacitada para seguir o protocolo para a solicitação de exames complementares, para avaliação da necessidade de atendimento odontológico (HAS e DM).

Será responsável a médica, enfermeira e odontólogo.

**Objetivo 3:** Melhorar a adesão a HAS e DM 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.

As ações referentes a esse objetivo serão realizadas pela equipe de saúde da Unidade.

**Monitoramento e avaliação:**

Serão monitorado o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consulta em dia).

Será responsabilidade médica e enfermeira.

**Organização e gestão do serviço:**

Serão organizadas visitas para buscar os faltosos e agenda para acolher os usuários provenientes das buscas domiciliares.

Para busca dos faltosos será feito e responsável os ACS's e a medica e a enfermeira será responsável dos acolhimentos disto usuários.

**Engajamento Público:**

Os usuários serão informados sobre a importância de realização das consultas programadas, já seja, pela medica como pelos especialistas.

Esta informação será realizada em cada consulta responsabilizando-se a medica da USF como também será feita dita atividade informativa nas visitas domiciliares e os responsáveis serão a medica e os ACS's.

**Qualificação da prática clínica:**

Os ACS serão capacitados para a orientação de usuários hipertensos e diabéticos quanto à realização das consultas e sua periodicidade.

Essa ação será feita por palestras que serão realizadas pela médica e enfermeira.

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

**Meta 4.1:** Manter fichas de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados.

**Meta 4.2:** Manter fichas de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados.

A responsabilidade do cadastramento será da enfermeira e da assistente social.

#### **Monitoramento e avaliação:**

A qualidade dos registros dos usuários hipertensos e diabéticos acompanhados na Unidade Saúde da Família serão avaliados: se 100 % dos usuários tem os registros, se estão completos e se cumpre com o estipulado pelo protocolo de hipertensos e diabéticos e, além disso, seria monitorado o número de consultas programadas feita pela enfermeira ou pela médica, avaliando a qualidade e integralidade destas. Na primeira semana do projeto serão realizadas palestras para a capacitação da equipe de acordo com o protocolo de hipertensos e diabéticos, facilitando uma maior informação, educação e orientação aos usuários. Responsável destas ações serão enfermeira e médica.

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

As informações do SIAB serão mantidas atualizadas.

Será implantada a ficha de acompanhamento

Haverá pactuação com a equipe sobre o registro das informações e será definido o responsável pelo monitoramento dos registros.

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

Nestas ações participarão a secretária e os agentes comunitários. Realizar-se gestão pela gerente da unidade com secretaria de saúde para avaliar a possibilidade dum modem para internet para levar um sistema de registro computadorizado para viabilizar situações de alarma.

#### **Engajamento Público:**

Os usuários serão orientados sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Esta ação e responsável a secretaria e Agente Comunitário de Saúde.

**Qualificação da prática clínica:**

A equipe será capacitada no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento dos usuários, assim como para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

**Objetivo 5:** Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doenças cardiovasculares:

**Meta 5.1:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados.

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

Ações de capacitação responsável médica e enfermeira da unidade.

**Monitoramento e avaliação:**

O número de usuários com HAS e DM com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano será monitorado.

Ação responsável médica, enfermeira, técnico de enfermagem, Agente Comunitário de Saúde.

**Organização e gestão do serviço:**

Serão priorizados os atendimentos dos usuários avaliados como alto risco e organizaremos a agenda para o atendimento destas demandas.

Ação de agendamento responsável secretaria da unidade.

**Engajamento Público:**

Os usuários serão orientados quanto ao seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular e sobre a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis.

Ação responsável pela médica e enfermeira.

**Qualificação da prática clínica:**

Haverá capacitação da equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvos (em DM avaliação dos pés) e capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Ações responsáveis à médica e enfermeira. Realizar-se gestão com o NASF e secretaria de saúde para avaliar a possibilidade da participação dos especialistas para a capacitação da equipe enquanto as mesmas.

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

**Metas 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.

**Monitoramento e avaliação:**

A realização de orientação nutricional, atividades físicas, higiene bucal e risco de tabagismo aos usuários com HAS e Diabetes serão realizadas.

Ações responsáveis á médica, enfermeira, ACS's, assistente de serviço social, nutricionista e assistente de odontologia.

**Organização e gestão do serviço:**

Haverá organização das práticas coletivas sobre alimentação saudável, para orientação de atividades físicas, tratamento para “abandono ao tabagismo”.

Ação vai ser feita na reunião de grupo pela médica, enfermeira e psicólogo da unidade.

**Engajamento Público:**

O usuário e seus familiares serão orientados sobre a importância da alimentação saudável, sobre prática física, sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo e sobre a importância da higiene bucal.

Ação responsável pelos ACS's, assistente social, médica e enfermeira nas visitas domiciliares.

**Qualificação da prática clínica:**

A equipe será capacitada sobre práticas de alimentação saudável, sobre a promoção de prática de atividade física regular, sobre o tratamento de usuários tabagistas e para oferecer orientações de higiene bucal e sobre metodologia de educação em saúde.

Ação de capacitação responsável médica, nutricionista, enfermeira, odontologista ou assistente social e psicólogo.



Nesta intervenção sobre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, para possibilitar cumprir com os objetivos e as metas, ações planejadas para realizar a intervenção.

A Equipe de saúde trabalhará para ampliar a cobertura dos hipertensos a um total de 80% e diabéticos a um total de 80%, assim, centralizaremos nossos esforços na busca ativa destes usuários, fazendo verificação de pressão arterial e teste rápido de glicose a todos os indivíduos maiores de 18 anos, a todas as pessoas que comparecerem à unidade de saúde e também nas visitas domiciliares, o rastreamento será feito pela técnica de enfermagem, enfermeira e também pela médica, além dos agentes comunitários de saúde que participarão também na busca ativa das pessoas com sintomas ou não mediante a verificação da pressão e teste de glicose, se realizará controle periódico mediante exames complementares em cada consulta de seguimento, oferecendo orientações sobre estilo de vida positivo e como evitar os fatores de risco destas doenças, se realizará ações de educação em saúde, de prevenção e promoção, orientação sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas e sobre a importância de ter pés, pulsos e sensibilidades de extremidades avaliadas periodicamente, informar sobre a importância de realização das consultas de seguimento.

O atendimento será realizado seguindo o Protocolo de seguimento de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, se aumentará as consultas de seguimentos três vezes na semana sem afetar os outros atendimentos, as consultas serão de forma integral e de qualidade, oferecendo acompanhamento a 100% dos usuários destas patologias e sairão com retornos agendados, se avaliará os usuários com risco cardiovascular e serão encaminhados para consultas com os especialistas os casos que precisem, os casos agudos serão atendidos no mesmo turno, também se avaliará a saúde bucal, oferecendo consultas odontológicas uma vez na semana, os casos que precisem se realizarão ações de promoção e prevenção sobre saúde bucal. Além de avaliar com a pessoa e a família o quanto as metas de cuidados foram alcançadas e o seu grau de satisfação em relação ao tratamento. Observar se ocorreu alguma mudança a cada retorno à consulta. Avaliar a necessidade de mudança ou de adaptação no processo de cuidado e reestruturar o plano de acordo com essas necessidades e registrar em prontuário todo o processo de acompanhamento.

Esperamos possibilitar resultados ótimos como garantir acompanhamento adequado, maior vigilância e controle com os usuários, aumento da demanda

espontânea, melhor qualidade na assistência prestada ao usuário, prevenir fatores de risco, aumento do número de usuários cadastrados, maior adesão ao tratamento, prevenir doenças relacionadas à saúde bucal, organização da assistência, prevenção e acometimentos das doenças, melhor qualidade na assistência prestada ao usuário, diminuir a ausência dos usuários nas consultas, organização do serviço, prevenção e controle de risco cardiovascular e melhorar a qualidade de vida dos usuários.

### **2.3.2 Indicadores**

**Objetivo 1.** Ampliar a cobertura aos hipertensos e diabéticos

**Meta 1.1:** Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

**Meta 1.2:** Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

**Numerador:** Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

**Numerador:** Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Indicador 5.1:** Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 2.3.3 Logística:

O protocolo que será adotado dos Cadernos de Atenção Básica nos 36 e 37. Estratégias para o cuidado da pessoa com doenças crônicas: hipertensão arterial e diabetes Mellitus (Brasil 2013), se realizaram a intervenção com as estimativas no território de atendimento para hipertensos e diabéticos, já que o 50% corresponde a áreas descobertas. Para o monitoramento das ações iremos utilizar as fichas espelho onde será registrado o número de usuários que estão cadastrados e os novos usuários diagnosticados (HAS e DM); se realizaram gestões para providenciar os instrumentos necessários para levar todos os registros dos usuários durante toda a intervenção, responsáveis seria a gerente em articulação com secretaria de saúde e gestores como também seriam responsáveis de providenciar os aparelhos necessários para possibilitar os atendimentos adequados dos usuários, será realizada a verificação da pressão arterial e teste rápido de glicose todos os dias pelo técnico de enfermagem e nas visitas domiciliares será realizada estas ações pelos ACS's ou enfermeira, serão programadas consultas de seguimentos registrando estes nos prontuários pela médica e enfermeira durante as consultas de controle, informando ao usuário a data da próxima consulta, a responsável para marcação da mesma é a secretaria da unidade; serão indicados pela medica e enfermeira exames complementares seguindo o Protocolo de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus; será avaliado pela médica o risco cardiovascular e serão encaminhados para consulta dos especialistas (cardiologistas), além terem a consulta de endocrinologista aos usuários que precisem para o cumprimento das



periodicidades das consultas, será a enfermeira e médica da USF as responsáveis; se organizarão visitas domiciliares uma vez por semana onde ficarão responsáveis os agentes comunitários, enfermeira e médica, em conjunto a secretaria de saúde que irá garantir o carro para que sejam feitas as visitas domiciliares, gestão que será responsável a gerente da unidade, priorizando-se aqueles usuários que não podem ir a Unidade Saúde da Família por algum problema de saúde. Os agentes comunitários de saúde serão os responsáveis de agendar as consultas domiciliares, em articulação com a gerente e representante de secretaria de saúde para a gestão do transporte. Serão realizadas atividades de promoção e prevenção para educar a população como levar estilos de vida positivos e seu controle destas doenças, ações que se realizarão nasala de reunião e educação em saúde durante a reunião de grupo, durante as visitas domiciliares pelo ACS's, enfermeira e médica como também durantes as consultas clínicas programadas, se levará um registro do medicamento oferecido pela farmácia da USF, o responsável disto será a secretária já que não temos farmacêutico na unidade. A capacitação da equipe sobre o protocolo de HAS e DM, a capacitação dos ACS's para realização de busca ativa de hipertensos e diabéticos e estabelecimento do papel de cada Profissional nas ações programáticas seria feitas na primeira semana da intervenção, no local da sala de reunião e educação em saúde e sendo os responsáveis a médica e enfermeira da unidade.





### **3 Relatório da Intervenção:**

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

As ações que foram desenvolvidas durante todo o projeto foram:

A capacitação dos profissionais na USF sobre o protocolo de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, esta atividade foi muito bem realizada já que se conta com profissionais muito bem preparados no assunto, além de que todo participou na preparação das informações e foi uma atividade dinâmica, de trocas de idéias e de experiências, seguindo o protocolo já antes mencionado.

Freqüentemente a equipe se reunia para analisar as dificuldades das semanas e também como aconteceria à próxima semana de trabalho, cada um falava suas dúvidas e dificuldades apresentadas, além disso, se falava sobre as facilidades e as experiências durante o transcurso da semana de trabalho.

Também se realizou a capacitação dos ACS's para realização de busca ativa de hipertensos e diabéticos e se garantiu o material adequado para a aferição da pressão arterial e para realização da glicemia capilar na unidade.

Houve o estabelecimento do papel de cada profissional nas ações programadas, esta atividade foi uma das mais fáceis de realizar porque não houve queixa de nenhum profissional, todos ficamos de acordo com o papel de cada um, já que é uma equipe unida e responsável.

Houve o contato com lideranças comunitárias, esta ação foi bem sucedida, pois se contactou com estas pessoas e se perguntou se estavam de acordo de continuar com o papel comunitário, responsável, de ajuda para o trabalho da equipe, para assim levar o melhor possível o atendimento dos usuários, onde ficaram positivamente de dar seus esforços para apoiar o cadastramento para assim contribuir a melhorar o atendimento e que este seja o mais completo e integral. Bom,

o apoio da liderança comunitária foi muito dinâmico, se realizaram as atividades com muita alegria e disposição, ajudou muito a o cadastramento dos hipertensos e os diabéticos.

O atendimento clínico de hipertensos e diabéticos foi realizado de forma direta, onde um dia de acompanhamento por semana se mudou para três dias por semana e o acompanhamento médico foi feito de forma integral aos 100% dos usuários (HAS e DM) seguindo o protocolo. Realizou-se exame clínico de acordo com protocolo em 100% dos usuários (HAS e DM) e foi monitorada a realização de exame clínico de acordo o protocolo (HAS e DM), efetuando e cumprindo os usuários positivamente com isto. Realizou-se estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados. Em cada consulta se deu orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos, se deu orientação da importância de atividade física regular a 100% dos hipertensos e diabéticos e ademais foram monitoradas pela equipe, observando-se atitudes positivas, já que os usuários acreditam que realizam caminhadas e a maioria realiza academia que fica perto e acessível para eles. Também se realizou e se monitorou o tratamento do tabagismo nos casos que precisaram e muito importante se orientou sobre o risco do tabagismo a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Os grupos de hipertensos e diabéticos foram muito bem sucedidos, se cumpriu com sucesso, a participação dos usuários foi boa, nos preparamos adequadamente para cada palestra. Os temas educativos escolhidos possibilitarão mudanças positivas e adequadas nos estilos de vida dos usuários.

Realizamos a busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos e agendamos visitas para buscar os faltosos, esta ação foi também realizada com sucesso pelos Agentes Comunitários de Saúde.

Cadastrou-se 112 (54,1%) usuários hipertensos e 45 (88,2%) usuários diabéticos e monitorizou-se o número de hipertensos e diabéticos cadastrados, este objetivo foi possibilitado, graças aos esforços, responsabilidade, sensibilidade e pelo empenho da equipe de atingir e melhorar a saúde da comunidade. Apesar de que durante o projeto se apresentaram algumas dificuldades que foram superadas através de tomadas de estratégias da equipe e junto ao apoio, união e a interação com a comunidade, gestores e secretaria de saúde como também ao apoio do NASF. Os objetivos e metas trazidas pela equipe foram atingidos, se ampliou a

cobertura do programa de atenção ao hipertenso e ao diabético, onde a meta de cadastramento e atendimento adequado foi não só cumprida como superada, a meta do cadastramento de hipertensos era de 80%, cadastrando um total de 112 (54.1%) usuários com hipertensão arterial, e de 80% para cadastramento de usuário com Diabetes Mellitus, meta que foi atingida e ultrapassada para 45 (88,2%) usuários cadastrados.

Foi informada à comunidade sobre a existência do Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus e sobre a importância de aferir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos anualmente. Onde todos os dias se realizam este, cumprindo assim com esta orientação.

A avaliação das necessidades de atendimento odontológico em 100% dos usuários (HAS E DM) e monitoramento dos que precisavam de atendimento odontológico (HAS E DM). Foi uma ação desenvolvida parcialmente, que apresentou dificuldade devido à falta de técnico de saúde bucal, pois, o odontólogo não estava oferecendo este atendimento, mais, a equipe reforçou as orientações de promoção e prevenção das doenças bucais, e a atividade de educação em saúde bucal, ademais se tomou como uma ação de grande importância o exame médico profundo da boca pela médica e enfermeira. Outra medida que se realizou foi o encaminhamento das urgências odontológicas à unidade de saúde mais próxima da comunidade; estratégia que foi refletida, analisada e combinada com os diretivos dessa USF.

Uma ação prevista no projeto que foi desenvolvida parcialmente foram às visitas domiciliares que ao princípio do projeto foram realizadas, mas depois ficou com problema, apesar de que se realizaram muitas reuniões para dar uma solução a esta, não se possibilitou devido seguimento com a secretaria de saúde e os gestores, os quais acreditam que Mossoró estava atravessando uma crise econômica financeira pelo que não podia fornecer o transporte, tão necessário já que apresenta uma população urbana e rural, onde a maioria dos usuários moram distante da USF e, além disso, o grau de segurança é baixo, condicionado ao alto grau de carências econômicas e ao baixo nível educacional.

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

Durante a intervenção todas as ações foram feitas adequadamente e outras foram realizadas parcialmente, as quais foram atingidas graças ao esforço da equipe

e ao trabalho organizado e também ao intercambio direto com os gestores e a comunidade.

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

Foram encontradas algumas dificuldades na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores. Nesta atividade apresentei dificuldade para a colocação dos dados na planilha, mas, a orientadora do curso esclareceu essas dúvidas que tinha o que mim ajudou no preenchimento.

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

Durante toda a intervenção a equipe ganhou em experiências e em conhecimento, pois a equipe concordou em dar continuidade à ação programática e incorporar esta à rotina do trabalho da Unidade de Saúde. Acreditamos que todo o trabalho deu certo devido à interação e trocas entre a equipe, a comunidade, secretaria de saúde, aos gestores que com a colaboração, empenho, sacrifício, responsabilidade, sensibilidade e união possibilitaram que a intervenção fosse realizada com sucesso. No geral, muitos usuários que iam até a USF com muita frequência precisando de atendimento médico já que ficavam descontrolados de suas patologias crônicas, agora, comparecem principalmente nas reuniões de grupo, e nas consultas programadas ou quando precisam de medicamentos já que a entrega deste é mensal. É muito gratificante apesar das dificuldades apresentadas durante toda a intervenção, é que se possibilitou atingir às metas e objetivos trazidos pela equipe; iremos continuar trabalhando na busca de soluções para atingir e completar a equipe, para que o trabalho comunitário se facilite ainda mais e para que cada vez seja melhor e mais integral o atendimento da comunidade. Assim como também dar solução ao problema do transporte e falta do técnico de saúde bucal para que assim tudo ocorra da melhor maneira possível.

## **4 Avaliação da intervenção:**

### **4.1 Resultados:**

A equipe de saúde trabalhou durante toda a intervenção com o objetivo de possibilitar a melhoria na atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados no programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da USF. As metas estimadas pela equipe foram com o objetivo de ampliar a cobertura de usuários hipertensos a 80% e diabéticos a 80%, metas que foram atingidas para os usuários diabéticos, apesar de que não se alcançou a meta para a Hipertensão Arterial Sistêmica por não se conseguir aumentar o número (112) deles, já que antes da intervenção existiam 52 usuários hipertensos cadastrados. Possibilitou-se melhorar a qualidade de atenção a usuários hipertensos e diabéticos, melhorar a adesão ao programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, melhorar o registro das informações, mapear usuários hipertensos e diabéticos de risco para doenças cardiovasculares e promover a saúde de usuários hipertensos e diabéticos.

A intervenção possibilitou melhoria no atendimento aos usuários com hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Na área adstrita da USF existe uma estimativa no território de 207 usuários com Hipertensão Arterial e uma estimativa no território de 51 usuários com Diabetes Mellitus, com 20 anos ou mais, a intervenção teve como foco os usuários com estas patologias residentes na área de abrangência da USF. A meta proposta de 80% para usuários com hipertensão, alcançou-se ao final da intervenção uma cobertura de um total de 54,1%, e usuários com diabetes a meta era de 80%, alcançando ao final da intervenção uma cobertura de 88,2%. Estes resultados foram possibilitados graças ao esforço da equipe e do trabalho organizado e também ao intercâmbio direto com a comunidade destacando o papel da liderança comunitária. O transporte para as visitas domiciliares foi um problema notável, porém, o trabalho com as lideranças comunitárias e o trabalho dos agentes comunitários de saúde foi relevante, já que foram fontes de informações entre a equipe e os usuários, ademais as famílias dos usuários representaram um papel



impactante já que fizeram as programações para possibilitar o traslado de seu familiar a USF possibilitando-se as consultas programadas.

A seguir apresentaremos os resultados da intervenção:

**Objetivo 1.** Ampliar a cobertura aos hipertensos e diabéticos

**Meta 1.1:** Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

No primeiro mês da intervenção 22 (10,6%) pessoas com hipertensão, até segundo mês foram atendidas 63 (30,4%) usuários hipertensos, até terceiro mês foram atendidos 92(44,4%) usuários hipertensos e ao longo dos quatro meses foram atendidos 112, alcançando uma cobertura de 54,1%, o qual não foi atingido à meta para 80%, apesar disto se cadastro um número maior de usuários com hipertensão arterial, já que ante da intervenção só tinha cadastrados 52 usuários com hipertensão e depois da intervenção se alcançou um número maior de hipertensos cadastrados (112 hipertensos).

(Figura 1).

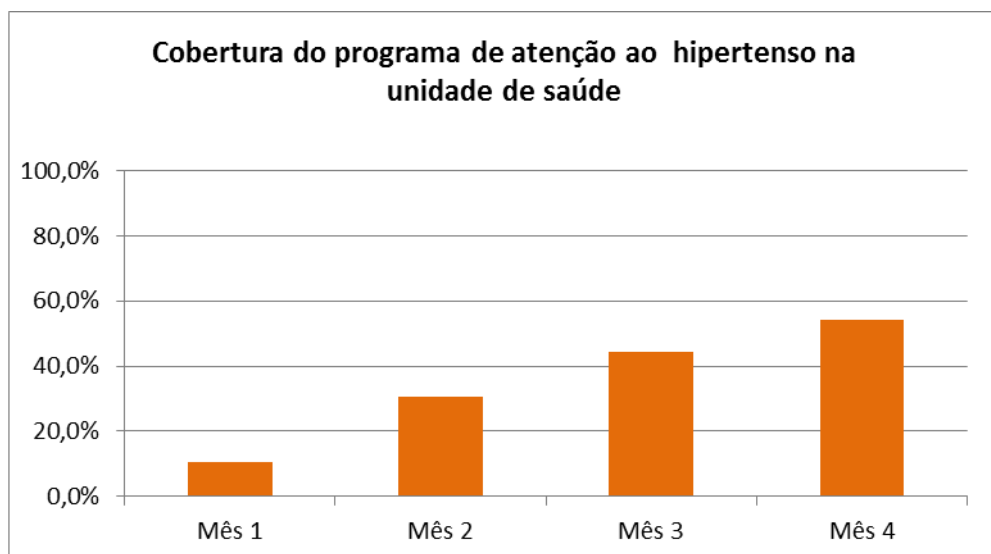


Figura 1- Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao usuário hipertenso na USF. Dr. Francisco Nazareno/RN, 2015.

**Meta 1.2:** Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

No primeiro mês da intervenção foi acompanhado na Unidade 12 (23,5%) pessoas com diabetes, até segundo mês foram atendidos 26 (51,0%) usuários hipertensos, até terceiro mês foram atendidos 35 (68,6%) usuários diabéticos e ao concluir a intervenção foram atendidos 45, alcançando uma cobertura de 88,2%, sendo, portanto, se ultrapasso a meta proposta de 80%.

(Figura 2).

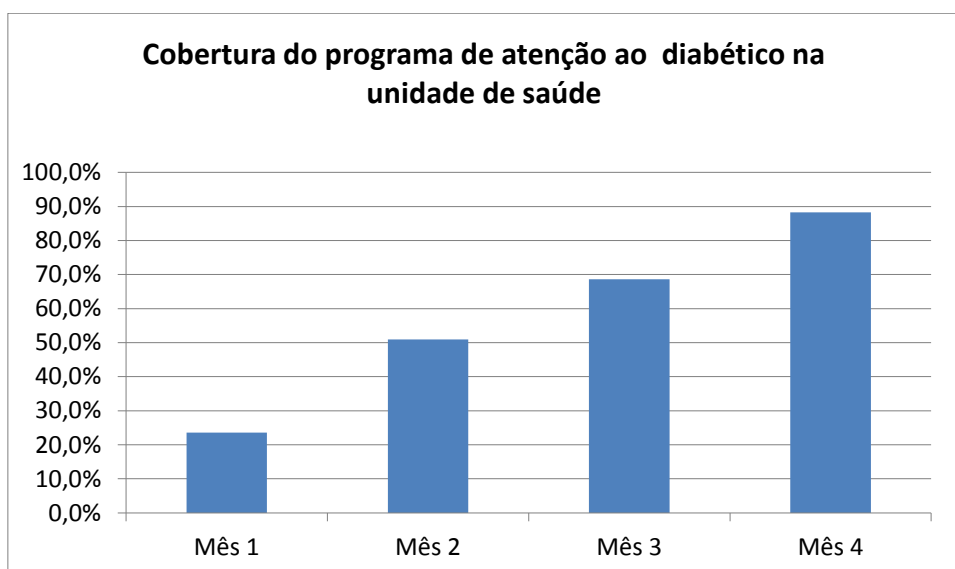


Figura 2- Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao usuário diabético na USF. Dr. Francisco Nazareno/RN, 2015.

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

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

A proporção dos hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo se comportou igual ao longo do processo, onde em todos os hipertensos atendidos (112) foi realizado o exame de forma adequada alcançando 100% em todos os meses da intervenção. Meta que foi atingida graças às consultas realizadas integralmente a cada um dos usuários de acordo com o protocolo. Este indicador não apresentou problemas, já que assistência da equipe e demais funcionários da USF foi boa e também porque se dispõe de todo o material e aparelho de trabalho necessário, possibilitando um exame clínico integral e com qualidade.

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

A proporção dos diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo se comportou igual ao longo do processo, onde em todos os diabéticos atendidos (45) foi realizado o exame de forma adequada alcançando 100% em todos os meses da intervenção. Meta que foi atingida graças às consultas realizadas integralmente a cada um dos usuários de acordo com o protocolo. Este indicador não apresentou problemas, já que assistência da equipe e demais funcionários da USF foi boa e também porque se dispõe de todo o material e aparelho de trabalho necessário, possibilitando um exame clínico integral e com qualidade.

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

A realização de exames complementares apropriados em dia de acordo com um protocolo também foi atingida aos 100% dos usuários hipertensos cadastrados. Meta que foi atingida já que contamos com uma cobertura adequada para a realização deste, seguindo o protocolo e só oferecendo exames complementares se o usuário precisa dependendo de sua situação de saúde. A indicação foi feita para 100% dos usuários. Este indicador não apresentou dificuldade já que secretaria de saúde e gestores trabalha com o objetivo de priorizar este, apresentando uma cobertura para exames complementares de 100%.

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

A realização de exames complementares apropriados em dia de acordo com um protocolo também foi atingida aos 100% dos usuários diabéticos cadastrados. Meta que foi atingida já que contamos com uma cobertura adequada para a realização deste, seguindo o protocolo e só oferecendo exames complementares se o usuário precisa dependendo de sua situação de saúde. A indicação foi feita para 100% dos usuários. Este indicador não apresentou dificuldade já que secretaria de saúde e gestores trabalha com o objetivo de priorizar este, apresentando uma cobertura para exame complementares duns 100%.

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

A prescrição de medicamentos da Farmácia Popular foi atingida para 100% dos usuários nos quatro meses da intervenção. Meta que foi atingida pela ampliação da cobertura de medicamentos para a Hipertensão Arterial na Farmácia Popular. O Ministério da Saúde prioriza o tratamento médico para estas doenças crônicas freqüentes na população. Até o momento na farmácia que fica na USF apresenta uma cobertura adequada para os medicamentos garantindo mensalmente os medicamentos a 100% dos usuários com Hipertensão Arterial. Este é outro indicador priorizado pelos gestores e secretaria de saúde e se da informação mensal dos medicamentos que se precisa, até o momento não há presenteado dificuldade.

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

A prescrição de medicamentos da Farmácia Popular foi atingida para 100% dos usuários nos quatro meses da intervenção. Meta que foi atingida pela ampliação da cobertura de medicamentos para a Diabetes Mellitus na Farmácia Popular. O Ministério da Saúde prioriza o tratamento médico para estas doenças crônicas freqüentes na população. Até o momento na farmácia que fica na USF apresenta uma cobertura adequada para os medicamentos garantindo mensalmente os medicamentos a 100% dos usuários com Diabetes Mellitus. Este é outro indicador priorizado pelos gestores e secretaria de saúde e se da informação mensal dos medicamentos que se precisa, até o momento não há presenteado dificuldade.

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

A realização da avaliação das necessidades de atendimento odontológico foi atingida para 100% dos usuários, o qual foi feito atendimento clinico pela médica e

enfermeira da UBF. O atendimento odontológico pelo especialista na unidade não foi feito devido à falta de odontólogo, porém 100% dos usuários tinham feito à primeira consulta odontológica em anos passados. Os usuários que depois de realizado o exame clínico da boca pela médica e enfermeira, os que precisaram foram encaminhados para a USF mais próxima para dar atendimento odontológico assim como também foram encaminhados os casos de urgências bucais.

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

A realização da avaliação das necessidades de atendimento odontológico foi atingida para 100% dos usuários, o qual foi feito atendimento clínico pela médica e enfermeira da UBF. O atendimento odontológico pelo especialista na unidade não foi feito devido à falta de odontólogo, porém 100% dos usuários tinham feito à primeira consulta odontológica em anos passados. Os usuários que depois de realizado o exame clínico da boca pela médica e enfermeira, os que precisaram foram encaminhados para a USF mais próxima para dar atendimento odontológico assim como também foram encaminhados os casos de urgências bucais.

**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.

Ao buscar 100% dos usuários hipertensos faltosos e dos diabéticos faltosos, às consultas conforme periodicidade recomendada, essa atividade foi realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde:

Alcançando 100% da busca ativa dos usuários faltosos a consultas programadas. Onde no primeiro mês da intervenção houve seis usuários faltosos às consultas, no segundo mês houve quatro usuários hipertensos faltosos as consultas, os quais se realizaram 100% deles a busca ativa, no terceiro e quarto mês não houve usuários faltosos.

(figura 3).

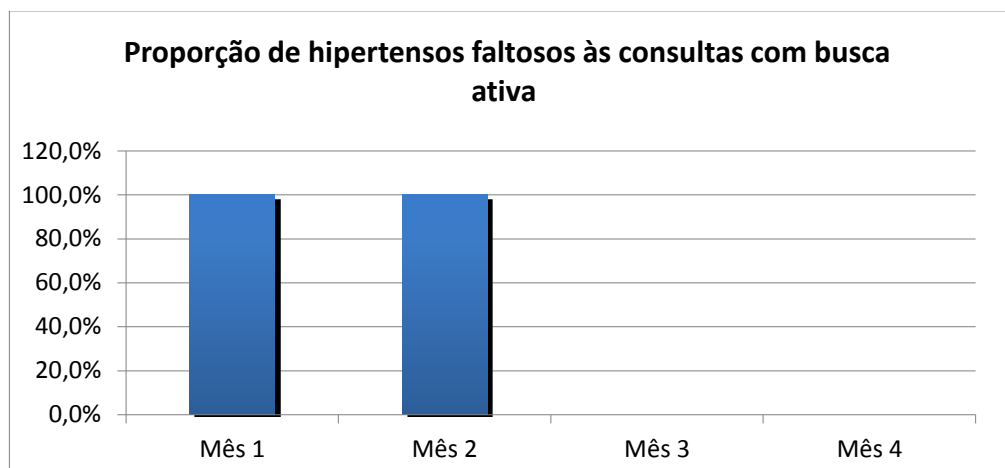


Figura 3- Gráfico indicativo á proporção hipertensos faltosos às consultas com buscada ativa na USF. Dr. Francisco Nazareno/RN, 2015.

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

Com relação aos usuários diabéticos, no primeiro mês não houve faltosos, mas no segundo mês apresentaram-se dois usuários diabéticos faltosos à consulta, realizando-se também 100% da busca ativa. Este indicador foi possibilitado graças ao trabalho dos agentes comunitários de saúde na busca ativa dos usuários faltosos a consultas programadas e também a participação da liderança comunitária e dos usuários que foram ponte de informação.

(figura 4).



Figura 4- Gráfico indicativo á proporção diabéticos faltosos às consultas com buscada ativa na USF. Dr. Francisco Nazareno/RN, 2015 na USF. Dr. Francisco Nazareno/RN, 2015.

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

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

As fichas de acompanhamento dos usuários hipertensos estão registradas em 100% deles, incluindo também as fichas espelho a 100% dos usuários acompanhados nas consultas, assim como no prontuário, ficha de atendimento odontológico, ficha de atendimento nutricional e formulário especial, por entanto aos 100% dos usuários hipertensos tem registro na ficha de acompanhamento. Um total de 100% dos usuários tinha todas as fichas de acompanhamentos em dia, só foi incluída uma nova ficha de acompanhamento, a ficha espelho, a qual foi possibilitada aos 100% dos usuários acompanhados.

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

As fichas de acompanhamento dos usuários diabéticos estão registradas em 100% deles, incluindo também as fichas espelho a 100% dos usuários diabéticos acompanhados nas consultas, assim como no prontuário, ficha de atendimento odontológico, ficha de atendimento nutricional e formulário especial, por entanto aos 100% dos usuários tem registro na ficha de acompanhamento. Um total de 100% dos usuários tinha todas as fichas de acompanhamentos em dia, só foi incluída uma nova ficha de acompanhamento, a ficha espelho, a qual foi possibilitada aos 100% dos usuários acompanhados.

#### **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.

A estratificação do risco cardiovascular foi atingida para 100% dos usuários, o qual foi realizado para 100% dos usuários que foram acompanhados nas consultas programadas, classificando como alto risco, moderado risco e baixo risco cardiovascular, pelo escore de Framingham.



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

A estratificação do risco cardiovascular foi atingida para 100% dos usuários, o qual foi realizado para 100% dos usuários que foram acompanhados nas consultas programadas, classificando como alto risco, moderado risco e baixo risco cardiovascular, pelo escore de Framingham.

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

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

A orientação nutricional sobre alimentação saudável foi realizada para 100% dos usuários hipertensos. Esta atividade foi realizada com qualidade pela médica, enfermeira e nutricionista durante todo o acompanhamento dos usuários e na reunião de grupo.

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

A orientação nutricional sobre alimentação saudável foi realizada para 100% dos usuários diabéticos. Esta atividade foi realizada com qualidade pela médica, enfermeira e nutricionista durante todo o acompanhamento dos usuários e na reunião de grupo.

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

A orientação em relação à prática regular de atividade física foi também atingida em 100% dos usuários. Orientação feita durante todo o acompanhamento dos usuários hipertensos pela médica e enfermeira, ademais nas reuniões de grupo também foi orientada a importância da prática regular de atividade física para a saúde.

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

A orientação em relação à prática regular de atividade física foi também atingida em 100% dos usuários. Orientação feita durante todo o acompanhamento dos usuários diabéticos pela médica e enfermeira, ademais nas reuniões de grupo também foi orientada a importância da prática regular de atividade física para a saúde.

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

A orientação sobre os riscos do tabagismo também foi atingida em 100% dos usuários hipertensos. Orientação feita durante todo o acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos pela médica e enfermeira, ademais nas reuniões de grupo também foi orientada a importância para a saúde no que se refere a diminuir ou de preferência eliminar este hábito tóxico.

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

A orientação sobre os riscos do tabagismo também foi atingida em 100% dos usuários diabéticos. Orientação feita durante todo o acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos pela médica e enfermeira, ademais nas reuniões de grupo também foi orientada a importância para a saúde no que se refere a diminuir ou de preferência eliminar este hábito tóxico.

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

A orientação em relação à higiene bucal foi atingida em 100% dos usuários hipertensos acompanhados. Atividade priorizada devido à falta do atendimento odontológico pelo especialista de odontologia. Para que isso aconteça, a equipe orientou nas consultas, e foi um tema debatido na reunião de grupo. Também se realizaram atividade de prevenção e promoção durante as visitas domiciliares e foi uma orientação para a equipe de realizar orientações sobre higiene bucal durante o contato com os usuários sempre que se possibilite esta.

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

A orientação em relação à higiene bucal foi atingida em 100% dos usuários diabéticos cadastrados. Atividade priorizada devido à falta do atendimento odontológico pelo especialista de odontologia. Para que isso aconteça, a equipe orientou nas consultas, e foi um tema debatido na reunião de grupo. Também se realizaram atividade de prevenção e promoção durante as visitas domiciliares e foi uma orientação para a equipe de realizar orientações sobre higiene bucal durante o contato com os usuários sempre que se possibilite esta.

## 4.2 Discussão

Na Unidade de Estratégia Saúde da Família que atuo, a intervenção propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação da pesquisa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, mediante a verificação da pressão arterial para o diagnóstico de usuários assintomáticos e o exame de rotina de glicose para diagnosticar os possíveis usuários diabéticos e também para a classificação de risco de ambos os grupos.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério de Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico tratamento, e monitoramento da Hipertensão e Diabetes.

Esta atividade promoveu o trabalho integrado da médica, da enfermeira, da auxiliar de enfermagem e da recepção. Ao início da intervenção se preparou atividades didáticas, roda de conversa e palestras para capacitar a equipe para que assim seja feito um atendimento integral.

Os ACS's foram capacitados para o cadastramento de usuários hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde, para a orientação de usuários hipertensos e diabéticos quanto à realização das consultas e sua periodicidade, sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

A equipe de saúde foi capacitada para a verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado de manguito e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial maior que 135\80 mmhg. Capacitou-se a equipe no preenchimento, no seguimento do protocolo para a solicitação de exames complementares, avaliação da necessidade de atendimento odontológico (HAS e DM) e de todos os registros necessários para o acompanhamento dos usuários.

Houve a preocupação também de capacitar a equipe para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas, realização da estratificação de risco segundo o score de Framingham ou de lesões em órgãos alvos (em DM avaliação dos pés) e se capacitou a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de riscos modificáveis, para a importância do registro desta avaliação, sobre as práticas de alimentação saudável, promoção de prática de

atividade física regular, sobre o tratamento de usuários tabagistas e para oferecer orientações de higiene bucal e sobre metodologia de educação em saúde.

Houve um impacto muito grande na equipe, também em outras atividades no serviço, pois a equipe se tornou mais preparada, com maior poder de organização e capacitada para dar soluções aos eventos inesperados que dificultam o atendimento ou o desenvolvimento do trabalho da USF. Além disso, as atividades de promoção e prevenção e de educação em saúde aumentaram de forma significativa, agora, se aproveita todo o tempo para orientar e aumentar o conhecimento dos usuários para assim o controle destas doenças não leve a eles a complicações que às vezes comprometem a vida deles, as atividades de gestão aumentaram, como também houve um maior apoio e intercambio entre a equipe, os usuários, a secretaria de saúde e gestores possibilitando maiores resultados de saúde e maior controle destas doenças, alcançando indicadores de saúde positivos.

A intervenção para o serviço foi muito importante porque envolveu toda a equipe, comunidade e gestão, já que antes as atividades de atenção à Hipertensão e à Diabetes eram concentradas na médica agora este fator mudou, já que a equipe trabalha em conjunto e todos temos responsabilidades pelo atendimento aos usuários, as atribuições da equipe viabilizou a atenção a um maior número de pessoas, os registros e o agendamento dos usuários hipertensos e diabéticos viabilizou a otimização da agenda para atenção às demandas espontâneas de Hipertensos e Diabéticos, a classificação de risco dos hipertensos e diabéticos foi muito importante para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos e o trabalho em interação com a população, secretaria de saúde e gestores facilitou o atendimento integral e com mais qualidade.

A intervenção provocou um grande impacto na comunidade já que toda a população foi envolvida nas atividades da USF, observando-se satisfação e agradecimento por parte dos usuários já que ao trabalhar organizados e com apoio de todo o pessoal da equipe, permitiu-o cobrir as necessidades de atendimento e ampliar a cobertura das consultas.

A intervenção poderia ter sido facilitada se houvesse experiências anteriores sobre essa forma de trabalho e se fosse antes incorporada à intervenção a rotina de trabalho, também faltou dar solução a algumas dificuldades apresentadas durante a intervenção, como o atendimento pelo odontólogo e a falta do transporte para as visitas domiciliares. Agora que estamos finalizando o projeto, observo que a

equipe está integrada e com mais experiência de trabalho, entanto, como vamos incorporar à intervenção a rotina do serviço teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas.

A intervenção será incorporada a rotina do serviço, para isto, temos que dar solução ao problema de transporte para as visitas domiciliares e o problema do atendimento odontológico. Concordamos que estes problemas acontecidos durante a intervenção acabaram prejudicando o desenvolvimento do projeto.

Os próximos passos que temos que desenvolver, quando houver disponível a equipe completa e se dê solução aos problemas apresentados durante todo o projeto, pretendeu investir na ampliação da cobertura da visita domiciliar e também pretendemos implementar aos outros programas de saúde, tomando este projeto como exemplo.

A equipe de saúde trabalhou durante todo o projeto da intervenção com o objetivo de possibilitar melhora à atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da USF. As metas trazidas pela equipe foram com o objetivo de ampliar a cobertura de hipertensos a 80%, a qual não foi atingida, mas se possibilitou aumentar o número significativo deles (52 usuários HAS a 112 usuários HAS), e para os diabéticos a 80%, meta que foi atingida, inclusive ultrapassando. Isso somente foi possível pelo trabalho organizado e responsabilidade da equipe, também se possibilitou melhorar a qualidade de atenção a usuários hipertensos e diabéticos, melhorar a adesão à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus ao programa, melhorar o registro das informações, mapear hipertensos e diabéticos de risco para doenças cardiovascular e promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

Durante quatro meses se realizou na ESF Dr. Francisco Nazareno uma intervenção com usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência, isso ocorreu devido termos notado a pouca população com estas doenças que era acompanhada na unidade, embora existisse um grande número destes usuários na comunidade. Participaram da intervenção todos os usuários com hipertensão e diabetes residentes na área de abrangência da Unidade.

Os gestores realizaram um papel muito importante durante todo o projeto, apesar de que ainda não se deu solução a todos os problemas apresentados durante toda a intervenção, se tomaram estratégias que melhorou a situação de saúde da USF como possibilitar um transporte para o cumprimento das visitas domiciliares, modem para internet para assim possibilitar marcação de exames e consultas para o atendimento com os especialistas e os instrumentos e materiais necessários para um ótimo acompanhamento dos usuários; graças ao apoio dos gestores foram possibilitadas algumas ações, se trabalhou durante todo o projeto da intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da USF.

Damos graças ao prefeito Francisco José Lima Silveira Júnior que atua na Prefeitura Municipal de Mossoró esta localizada na rua av. Alberto Maranhão, 1750, bairro Centro, Mossoró, Rio Grande do Norte. CEP: 59600195 e Leodise Maria Dantas Soares Cruz e Antônio José Gustavo de Almeida, coordenador da Atenção Básica de Saúde do município Mossoró; que atuam na Secretaria Municipal de Saúde, localizada na Rua Pedro Alves Cabral, s/n, Aeroporto, Mossoró/RN pelo apoio oferecido disponibilizando todos os recursos necessários para possibilitar a intervenção e incorporar esta á rotina da unidade.

As metas estimadas foram com o objetivo de ampliar a cobertura de hipertensos a 80% e diabéticos 80%, metas que foram atingidas para os diabéticos; apesar de que não se obter dita meta para usuários hipertensos, mas se atingiu aumentar o número deles, possibilitado pelo trabalho organizado e responsabilidade entre os gestores e a equipe, também se possibilitou melhorar a qualidade de atenção á hipertensos e á diabéticos, melhorar a adesão ao programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, se melhorou o registro das informações,

mapear hipertensos e diabéticos de risco para doenças cardiovascular e promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

A meta proposta 80% para usuários hipertensos não foi atingida, mas se possibilitou aumentar o número de hipertensos cadastrados, alcançando ao final da intervenção uma cobertura de um 54.1% para um número de 112 usuários com hipertensão arterial, e usuários com diabetes a meta era de 80%, alcançando ao final da intervenção uma cobertura de 88.2% (foi ultrapassada) para 45 diabéticos cadastrados. A realização de exames clínicos apropriados em dia de acordo com um protocolo foi atingida aos 100% dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados. Meta que foi atingida graças á consultas realizadas integralmente a cada um dos usuários de acordo com o protocolo, indicador que foi possibilitado porque se dispõe de todo o material e aparelho de trabalho necessário, viabilizado pelos gestores, permitindo um exame clinico integral e com qualidade. A realização de exames complementares apropriados em dia de acordo com um protocolo foi atingida aos 100% dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados. Meta que foi atingida já que contamos com uma cobertura adequada para a realização deste, seguindo o protocolo e só oferecendo exames complementares se o usuário precisa dependendo de sua situação de saúde. Indicação que foi feita para o 100% dos usuários, o qual foi facilitado pela gestão dos gestores, priorizando uma cobertura para exame complementares duns 100%.A prescrição de medicamentos da Farmácia Popular para 100% dos usuários foi atingida pela ampliação da cobertura de medicamento para a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus na Farmácia Popular, apresenta uma cobertura adequada para os medicamentos garantindo mensalmente os medicamentos a 100% dos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, outro indicador priorizado pelos gestores.O atendimento odontológico pelo especialista na unidade não foi feito devido á falta de odontólogo, mas o 100% dos usuários tinham feita a primeira consulta odontológica em anos passados. Graça à gestão dos gestores os usuário que precisaram do atendimento odontológico foram encaminhados para a USF mais próxima para dar atendimento odontológico assim como também foram encaminhados os casos de urgências bucais. O 100% dos usuários tinham todas as fichas de acompanhamentos ao dia, só foi incluída uma nova ficha de acompanhamento, a ficha espelho, a qual foi possibilitada pelos gestores aos 100% dos usuários acompanhados. O trabalho todo foi realizado com sucesso devido á ótima interação e comunicação com os gestores,

que duma forma ou outra garantiram todos os recursos necessários para possibilitar um bom atendimento, por enquanto, foi significativo o desenvolvimento.



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

Durante quatro meses foi realizado em nossa unidade (USF Dr. Francisco Nazareno) um trabalho de intervenção, que envolveu as pessoas com hipertensão e diabetes da nossa comunidade. Sabemos o quanto a hipertensão e o diabetes atingem um grande número de pessoas, por isso dedicamos a trabalhar com essa situação de saúde; nesse contexto, a mudança nos hábitos de vida pouco saudável, sobretudo na alimentação e no nível de atividades físicas, influencia positivamente tanto para evitar o aparecimento de complicações, como na melhoria da qualidade de vida.

A intervenção provocou um grande impacto na comunidade já que toda a população se envolveu nas atividades da USF, observando-se satisfação e agradecimento por parte dos usuários já que ao trabalhar organizados e com apoio de todo o pessoal da equipe, permitiu-o cobrir as necessidade de atendimento e ampliar a cobertura das consultas. Durante toda a intervenção a população participou apoiando e cooperando em todas as atividades da USF, possibilitando o atendimento médico ótimo e com maior qualidade, se possibilitou um maior número de participantes nas reuniões de grupos, aumentando assim o nível de conhecimento dos usuários, da equipe e de todos os funcionários ou trabalhadores da USF; a população ficou sentindo-se mais atendida e mais importante, com mais desejo de aliança e de cooperação, com mais cultura sanitárias e transmitindo entre eles todas as informações que se possibilita a todos os usuários.

A comunidade fortaleceu a comunicação com a equipe, possibilitando maior informação entre eles e maior participação nas atividades realizadas. Um papel muito importante foi da liderança comunitária que com o apoio direto deles possibilitou atingir as metas e objetivos trazidos pela equipe. Agora temos uma comunidade com melhor saúde, já que as ações realizadas e a retroalimentação de

conhecimentos e experiências, possibilitou um ótimo controle destas patologias, redução do número das consultas de urgência por descontrole destas doenças e ampliar a cobertura de atendimento para todos os usuários.

Na atualidade a população aprendeu conhecer melhor sua doença, aprendeu morar com elas, como evitar os fatores de risco e como evitar o descontrole das mesmas. Aprenderão que estas doenças são hereditárias, de aí a importância de prevenir à família e aos novos descendentes. Aprenderão que o tratamento não é complicado que com uma dieta adequada, exercício físico regular e cumprindo com as indicações medicas possibilita um estado de saúde ótimo.

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

O processo de aprendizagem pessoal foi uma responsabilidade muito grande, no princípio do trabalho, eu fiquei com muitas dúvidas enquanto ao método de trabalho na USF, já que foi uma experiência nova.

Durante todo o curso da especialização fui adquirindo e ampliando conhecimentos de trabalho na USF e entendendo melhor como funciona a saúde pública no Brasil. Os conhecimentos obtidos possibilitaram um bom atendimento e melhorias à saúde dos usuários.

O trabalho permitiu atingir um melhor controle dos usuários hipertensos e diabéticos, mudar estilos de vida inadequados por estilos de vidas adequados e positivos, atingir a qualidade de saúde, atingir e aumentar a cultura sanitária da comunidade e ampliar a cobertura de atendimento.

A saúde da família é um campo interdisciplinar, que requer de conhecimentos e prática de saúde coletiva. A saúde coletiva se fundamenta na tríade disciplinar Epidemiológica, Ciências Sociais e Humanistas, além de Políticas, Planejamentos e Gestão. A clínica fundamentar-se na tríade Profissional Medicina, Enfermagem e Odontologia, entretanto se alcançou um trabalho articulada entre o sistema de saúde e a comunidade.

A atenção primária à saúde é uma porta de entrada do sistema de saúde e deve ter como características: a utilização equitativa dos recursos em saúde, o atendimento integral e um fácil acesso à população. É um modelo de atenção que beneficia a sociedade, a família e o cidadão; para assim reduzir a morbimortalidade, para reduzir as hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária e afetividade e qualidade dos usuários.

As expectativas iniciais foram atingidas já que os conhecimentos alcançados durante toda a intervenção foi muito importante para enfrentar desafios de saúde

durante a prática profissional em interação com a comunidade. Este curso de especialização foi uma fonte de conhecimentos e de experiências positivas para dar soluções aos diferentes problemas de saúde, sendo significativo e de grande valor às ações de promoção e prevenção e a educação em saúde de toda a comunidade, porque prevenir doenças é não chegar a padecer estas, possibilita economizar tempo, recursos médicos e aumentar a qualidade de vida de toda a população, ademais de implementar outros programas de saúde.

## Referencias

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema único de saúde. Brasília: Ministério da saúde. Caderno de Atenção Básica; 16. (Série A. Normas e manuais técnicos) 58p, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado de pessoas com doenças crônicas, Diabetes Mellitus. Cadernos de Atenção Básica, nº 36. Brasília – DF2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica Caderno de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado de pessoas com doenças crônicas, Hipertensão Arterial Sistêmica. Cadernos de Atenção Básica, nº 37. Brasília – DF2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica Caderno de Atenção Básica. Atenção ao Pré-Natal De Baixo Risco. Cadernos de Atenção Básica, nº 32. Brasília – DF2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica Caderno de Atenção Básica. Saúde Da Criança: Crescimento E Desenvolvimento. Cadernos de Atenção Básica, nº 33. Brasília – DF2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica Caderno de Atenção Básica. Saúde Sexual E Saúde Reprodutiva. Cadernos de Atenção Básica, nº 26. Brasília – DF2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica Caderno de Atenção Básica. Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama. Cadernos de Atenção Básica, nº 13. Brasília – DF2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica Caderno de Atenção Básica. Envelhecimento E Saúde Da Pessoa Idosa. Cadernos de Atenção Básica, nº19. Brasília–DF2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica Caderno de Atenção Básica. Saúde Bucal. Cadernos de Atenção Básica, nº 17. Brasília–DF2013.

## Apêndices

### Apêndice A: Reunião dos profissionais de saúde.



Figura 5. Reunião entre as profissionais da USF para definir a organização do trabalho e o papel de cada Profissional de saúde.

**Apêndice B:** Reunião capacitação dos agentes comunitários de saúde.



Figura 6. Reunião da médica para a capacitação dos agentes comunitários de saúde.



**Apêndice C: Reunião com a liderança comunitária.**



Figura 7. Contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática de hipertensos e diabéticos.

**Apêndice D:** Reunião de grupo de hipertensos e diabéticos.



Figura 8. Reunião de grupo de hipertensos e diabéticos onde se debateu vários temas enfatizando a importância de evitar os fatores de risco e como levar estilos de vidas adequados. Nesta reunião participou a médica, enfermeira, assistente social, agente comunitários de saúde e técnicos de enfermagem.

**Apêndice E:** Festa de aniversário da medica da USF.



Figura 9. Festa de aniversário da medica realizada pela equipe e os usuários como mostra de amor e agradecimento do trabalho realizado na USF e, além disso, mostra a interação mutua entre a equipe e a comunidade.

**Apêndice F:** Boas vindas da medica pela comunidade e pelos trabalhadores da USF.



Figura 10. Mostra de carinho da comunidade e colegas de trabalhos para medica, que vem de volta depois das férias dela. O povo dá com carinho as boas vindas á médica da USF



Figura 11. Mostra de carinho da comunidade e colegas de trabalhos para medica, que vem de volta depois das férias dela. O povo dá com carinho as boas vindas á médica da USF.



**Apêndice G:** Reunião da equipe de saúde e Núcleo de Apoio Saúde da Família (NASF).



Figura 12. Reunião da equipe e o NASF, onde se debateu os problemas apresentados na USF e se analisaram como solucioná-los. Discutiu-se a importância de criar estratégias para melhorar o trabalho da Unidade de Saúde da família e, além disso, a equipe se colocou à disposição para apoiar a USF no desenvolvimento do trabalho.

**Apêndice H:** Reunião de grupo de hipertensos e diabéticos.



Figura 13. Reunião de grupo onde se debateu o tema: Nutrição Saudável. Esta reunião contou com a participação da nutricionista que atua na USF, além da médica e os demais profissionais de saúde que integram a equipe.

## Anexos

### Anexo A - OF15/12 Comitê De Ética Em Pesquisa



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

---

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

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

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

Prezada Pesquisadora;

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

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

## Anexo B - Planilha de coleta de dados

2013\_08\_15 Coleta de dados HAS e DM (Modo de Compatibilidade) - Excel

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

L14

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

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

PRONTO 60%

18:52 09/01/2015





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

Eu, Yamila Martinez Lamar, clinica geral e número do conselho função e RMS: 2400195 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 UBF:

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