

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma nº 9**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Qualificação da Atenção à Saúde de Usuários com Hipertensão Arterial  
Sistêmica e/ou Diabetes mellitus na ESF IV Valim, Mostardas / RS**

**Elsa Maria Bignotte Romero**

**Pelotas, 2016**

**Elsa Maria Bignotte Romero.**

**Qualificação da Atenção à Saúde de Usuários com Hipertensão Arterial  
Sistêmica e/ou Diabetes mellitus na ESF IV Valim, Mostardas / RS**

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

Orientador: Fabiana Vargas Ferreira.

Pelotas, 2016

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

R763q Romero, Elsa Maria Bignotte

Qualificação da Atenção à Saúde de Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF IV Valim, Mostardas/RS / Elsa Maria Bignotte Romero; Fabiana Vargas Ferreira, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

70 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

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

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A minhas filhas por tantos anos de ausência.

## **Agradecimentos**

Quero agradecer a todos os que fizeram possível a realização deste trabalho.

A nossa equipe em primeiro lugar por sua dedicação para fazer o mesmo;

À gestora de saúde por sua colaboração conosco em todos os momentos;

À minha orientadora, pela ajuda incondicional;

Aos líderes comunitários, pessoal de laboratório, colegas (a psicóloga, nutricionista, educador físico e ao odontólogo) pela envolvimento e comprometimento;

À minha família pela compreensão e amor.

Enfim, a todos de que de alguma forma ou outra ajudaram para que o trabalho tivesse sucesso: melhoria da saúde para todos os usuários.

## Resumo

ROMERO, Elsa Maria Bignotte. **Qualificação da Atenção à Saúde de Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes mellitus na ESF IV Valim, Mostardas / RS.** 2016. 72f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

A hipertensão Arterial (HAS) e Diabetes mellitus (DM) são doenças prevalentes e ocasionam impacto negativo na qualidade de vida dos indivíduos. O objetivo do trabalho é apresentar uma intervenção realizada na Estratégia Saúde de Família IV Valim, localizada em Mostardas (RS) para qualificar a atenção e assistência direcionadas aos usuários com DM e/ou HAS. A intervenção teve duração de 12 semanas durante os meses de Setembro a Dezembro de 2015 com atuação nos quatro eixos pedagógicos do curso, tais como monitoramento e avaliação do serviço de saúde, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Utilizaram-se como guia os Cadernos de Atenção Básicas confeccionadas pelo Ministério da Saúde, além de ficha espelho e planilha de coleta de dados (instrumentos da intervenção). Antes da intervenção, a cobertura para os usuários com HAS era de 319 (99%) e para DM 27 (58%). A atenção e assistência para os usuários com DM e/ou HAS apresentavam lacunas importantes como a baixa cobertura para usuários com DM, dificuldades de sistematização de registros e de formação de grupos de orientações referentes à alimentação saudável, atividade física e saúde bucal. Após a intervenção, tivemos aumento importante das coberturas, respectivamente, para HAS 323 (100%) e DM 69 (75%). Além disso, houve melhoria da oferta de ações (exames complementares, registro adequado e sistematizado e oferecimento de atividades envolvendo prevenção e promoção de saúde). Acredita-se que a intervenção melhorou a qualidade de atenção recebida pelos usuários, tornando-os mais satisfeitos com o serviço e com os profissionais de saúde. Também temos agora um serviço mais organizado e uma equipe melhor preparada e que trabalha com união e dedicação.

**Palavras-chave:** atenção primária à saúde; saúde da família; Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus

## Lista de Figuras

Figura 1	Fachada da UBS IV Valim ou Pedro Gautério, Mostardas / RS	14
Figura 2	Gráfico Cobertura do programa de atenção ao Usuário com HAS na unidade de saúde IV Valim, Mostardas / RS	54
Figura 3	Gráfico Cobertura do programa de atenção ao Usuário com DM na unidade de saúde IV Valim, Mostardas / RS	54
Figura 4	Gráfico Proporção de usuário com HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA	56

## Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
EaD	Educação à Distância
DCNT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
DM	Diabetes <i>mellitus</i>
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Usuário com HAS e Usuário com DM
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PET-SAÚDE	Programa de Educação para o Trabalho em Saúde
RS	Rio Grande do Sul
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
VIGITEL	Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico



## Sumário

Apresentação .....	8
1 Análise Situacional .....	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	9
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	18
2 Análise Estratégica .....	19
2.1 Justificativa.....	19
2.2 Objetivos e metas.....	20
2.2.1 Objetivo geral.....	20
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	20
2.3 Metodologia.....	23
2.3.1 Detalhamento das ações .....	23
2.3.2 Indicadores .....	37
2.3.3 Logística.....	44
2.3.4 Cronograma .....	47
3 Relatório da Intervenção.....	48
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	48
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	50
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	50
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	50
4 Avaliação da intervenção.....	51
4.1 Resultados .....	51
4.2 Discussão.....	58
5 Relatório da intervenção para gestores .....	60
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	62
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	63
Referências .....	64
Anexos .....	65

## **Apresentação**

O presente volume consiste no Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) de Especialização em Saúde da Família – Modalidade EAD promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) e Universidade Aberta do SUS (UNASUS). Realizou-se uma intervenção direcionada aos usuários com HAS e/ou DM no município de Mostardas, RS, intitulada “Qualificação da Atenção à Saúde de Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes mellitus na ESF IV Valim, Mostardas / RS”.

O volume está organizado em unidades de trabalho sequenciais e interligadas.

Unidade 1 - Análise Situacional foi realizada o reconhecimento do território através da Estrutura, Processo e Resultados.

Unidade 2 - Análise Estratégica com o objetivo de elaborar um projeto de intervenção.

Unidade 3 - Avaliação da intervenção com o objetivo de traçar um panorama da prática da intervenção na unidade semanalmente.

Unidade 4 - Avaliação dos Resultados da Intervenção expostos por meio da apresentação dos resultados alcançados na intervenção e sua discussão. Além disso, avaliaram-se também as potencialidades e fragilidades encontradas durante a intervenção.

Unidade 5 e 6, Divulgação dos Relatórios para os Gestores e Comunidade.

Unidade 7, temos a Reflexão Crítica sobre o Processo Pessoal de Aprendizagem.

No final do volume, estão apresentados os seguintes itens: Referências Bibliográficas, Anexos e Apêndice.

## **1 Análise Situacional**

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

A unidade básica de saúde (UBS) onde eu trabalho se denomina ESF IV Valim (ou UBS Pedro Gautério) e está situada na comunidade de Valim que é uma zona rural a 10 quilômetros do município Mostardas no Rio Grande do Sul. Dentro da área de abrangência, localizam-se duas comunidades remanescentes dos quilombos e um balneário que também são assistidos.

A unidade é pequena, está composta por 1 sala de espera, 1 sala de vacinas, 1 farmácia, 1 consultório médico, 1 consultório de enfermeira, 1 consultório dentário, 1 sala de curativos, 1 sala de observação, 1 sala de esterilização, 1 sala de expurgo, 1 lavanderia, 1 refeitório e 3 banheiros.

A equipe que trabalha nesta unidade de saúde é composta por 1 médico, 1 enfermeira, 1 cirurgião dentista, 2 técnicas de enfermagem e 4 agentes comunitárias (ACS) de saúde, pessoas todas maravilhosas e com muita vontade de trabalhar. A equipe se reúne a cada 15 dias na UBS para dar orientações, planificar e organizar nosso trabalho segundo os programas que são atendidos.

Atendemos aproximadamente 1445 pessoas em 531 famílias. O trabalho está organizado com prontuários para cada família, atendemos consultas agendadas e fazemos o acolhimento da demanda espontânea.

Os atendimentos mais frequentes são os portadores de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) para acompanhamento de sua doença, principalmente hipertensão arterial, diabetes e hipercolesterolemia os quais muitos estão descontrolados devido fundamentalmente a maus hábitos alimentares e ao desconhecimento sobre estas doenças

Na UBS se faz coleta de material para exame citopatológico de colo de útero e exame físico e indicação de mamografia assim como acompanhamento de mulheres com risco materno pré-concepcional.

Começaremos a fazer na UBS atendimento ao pré-natal baixo risco e puericultura ao menor de 1 ano que antes era centralizado na cidade de Mostardas por opção da gestão. O resto dos programas são atendidos normalmente na unidade, se faz consultas e visitas domiciliares, as comunidades remanescentes dos quilombos são atendidas uma vez por semana na UBS Pedro Zabala que se encontra

dentro da própria comunidade, ali trabalha uma técnica de enfermagem e uma das agentes comunitárias.

Trabalhamos com educação em saúde, estamos detectando os problemas de saúde da população para incidir sobre eles e tratar de melhorar o estado de saúde da mesma, refletir sobre as mudanças no estilo de vida e assim garantir uma maior qualidade de vida a todos.

Não existe nenhum grupo estruturado na Estratégia Saúde da Família (ESF) e isso dificulta um pouco nosso trabalho. Buscamos contato com líderes comunitários, pois queremos que a população seja bem assistida e participe da UBS.

Espero que possamos formar esses grupos para facilitar assim nosso trabalho e fazer tudo o que seja preciso para melhorar o estado de saúde da população sempre trabalhando em conjunto com toda a equipe.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

A população de Mostardas, segundo o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2014, é de 12,124 habitantes, apresentando uma densidade populacional de 6,11 habitantes/km<sup>2</sup>. O município faz parte do Litoral Sul do Estado, entre a Laguna dos Patos e Oceano Atlântico.

Em relação às Unidades Básicas de Saúde, o município tem 5 UBS, todas ESF, sendo que duas delas estão situadas no município e três na área rural. Existe disponibilidade de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) na unidade da cidade e este apoia as demais unidades. Não temos atenção especializada, assim, os usuários que requerem os serviços, devem ir para outro lugar. Há um hospital que fornece atendimento a toda a população e os exames complementares são realizados no laboratório.

A unidade de saúde onde trabalho se denomina ESF IV Valim (Pedro Gautério) e está situada na comunidade de Valim que é uma zona rural a 10 quilômetros do município de Mostardas no Rio Grande do Sul. Temos duas comunidades remanescentes dos quilombos e uma que reside no balneário. Temos só uma equipe de trabalho que está composta por 1 médico, 1 enfermeira, 1 cirurgião dentista, 2 técnicas de enfermagem e 4 agentes comunitárias de saúde. A equipe se

reúne cada 15 dias na UBS para dar orientações, planejar e organizar o trabalho segundo os programas que são atendidos.

A unidade é pequena, dispõe só de instalações fundamentais para o atendimento, está composta por 1 recepção, 1 sala de vacinas, 1 farmácia, 1 consultório médico, 1 consultório de enfermeira, 1 consultório dentário, 1 sala de curativos, 1 sala de observação, 1 sala de esterilização, 1 sala de expurgo, 1 lavanderia, 1 refeitório e 3 banheiros.

Nossa limitação mais importante é que não temos sala de reuniões, então, não há um espaço específico dentro da UBS para as reuniões de equipe e atividades educativas em grupos. As atividades são realizadas, geralmente, na sala de espera, tentando não prejudicar o andamento das outras atividades. Já conversamos com o gestor sobre a necessidade, bem como reforçamos a importância de atividades educativas. Já entramos em contato com líderes comunitários pedindo apoio para as atividades e também incentivando a participação e comparecimento de todos à UBS.

Os profissionais da UBS participam do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, nesse processo se realiza identificação de grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, identificação de grupos de agravo como hipertensão e diabetes. Os profissionais (médica, enfermeira, odontólogo, técnicas de enfermagem e as agentes comunitárias de saúde) realizam busca ativa de usuários faltosos às ações programáticas e/ou programas existentes na UBS.

Existe levantamento dos usuários moradores da área de abrangência que necessitam receber cuidado domiciliar e o mesmo é feito a todos os que precisam. No domicílio se realizam ações como curativos, nebulização, orientações (educação em saúde e cuidados de saúde), acompanhamento de problema de saúde, medição da pressão arterial, consulta médica e de enfermagem, entrega de medicamentos, aplicação de medicação oral, de medicação injetável, vacinação e coleta de exames. Os usuários que precisarem são encaminhados a outros níveis do sistema respeitando fluxos de referência e contra referência, para isto são utilizados protocolos. Também se realiza notificação compulsória.

Como temos dificuldade de formar grupos de educação, prevenção e promoção de saúde, estamos buscando parceiros e recursos para potencializar ações intersetoriais, assim, vamos poder trabalhar com o 'empoderamento' da população.

Em nossa UBS há uma equipe de saúde responsável por 1445 pessoas. Temos 782 indivíduos do sexo masculino e 663 do sexo feminino. Segundo estimativas, temos 15 crianças de até um ano de idade, 62 menores de cinco anos, 224 mulheres em idade fértil (10 até 49 anos), 319 usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e 53 com Diabetes mellitus (DM).

A triagem é feita na recepção, não existe uma sala específica e é realizada pelos técnicos de enfermagem. Temos dois turnos de trabalho, todos os usuários que chegam têm suas necessidades acolhidas (o acolhimento é feito por todos os membros da equipe). A equipe de saúde conhece a avaliação e a classificação de risco biológico, de vulnerabilidade social para definir o encaminhamento de demandas dos usuários, mas precisam ser capacitados em relação aos protocolos do Ministério da Saúde. Não existe excesso de demanda e todos conseguem serem atendidos pela médica no dia.

Existe dentista na UBS e os usuários solicitam consulta quando estão com problemas agudos que precisam atendimento no dia o atendimento imediato/prioritário e não há excesso de demanda para os usuários com estes problemas. Existe serviço de prótese dentária na UBS e não existe excesso de demanda para os usuários que precisam do mesmo. Solicitamos a presença do profissional de Odontologia, para que a saúde bucal seja estendida para todos os usuários (Figura 1).



Figura 1 – Fachada da UBS IV Valim ou Pedro Gautério, Mostardas / RS.  
Fonte: Arquivo próprio

Em relação às ações programáticas, a atenção e assistência direcionadas às crianças (Puericultura) envolve crianças de zero até 72 meses. Conforme o CAP, temos 17 crianças, sendo que acompanhadas são 15 (cobertura de 88%). A saúde da criança é muito importante para a redução da morbimortalidade infantil e a potencialização do desenvolvimento da criança. Em nossa unidade de saúde começamos recentemente a realizar atendimento de puericultura, pois antes o atendimento estava centralizado em um único local e após decisão da gestão, os atendimentos estão ocorrendo também nas UBS. Não existe arquivo específico para os registros dos atendimentos da puericultura. Estamos fazendo as consultas uma vez por semana no turno da manhã. Nos atendimentos participam a médica e as técnicas de enfermagem. Atendemos a demanda para crianças de até 72 meses de idade com problemas de saúde agudos e não existe excesso de demanda destes atendimentos. Existe protocolo de atendimento de puericultura na UBS que utilizamos. Na UBS se realizam ações no cuidado as crianças como diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, de problemas de saúde bucal e de saúde mental, imunizações, prevenção de anemia, de violências, promoção de aleitamento materno, de hábitos alimentares saudáveis, de saúde bucal e mental. Não se faz teste do pezinho na UBS nem teste do olhinho - são realizados no centro comunitário na cidade. A triagem auditiva se faz em outro município. Os profissionais utilizam classificação para identificar crianças de alto risco e protocolo para regular o acesso das crianças a outros níveis do sistema de saúde. Na UBS sempre a médica e técnicas de enfermagem solicitam a caderneta da criança e preenchem com as informações atuais e se explica o significado do posicionamento da criança na curva de crescimento e como reconhecer sinais de risco na mesma, isto está-se cumprindo agora nas consultas na UBS. Mesmo com cobertura considerada boa, os indicadores de qualidade ainda precisam ser melhorados. Nem todas as crianças estão com as consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério de Saúde (10 consultas em dia para um 67%), com avaliação de saúde bucal (7, 47%) todas estão com vacinação em dia.

Para o Pré-Natal e Puerpério, segundo o CAP, temos 14 gestantes na área, porém, acompanhadas pela UBS, são 6 (42%). O atendimento pré-natal se realiza uma vez por semana no turno da manhã. Não existe demanda de gestantes para atendimentos por problemas de saúde agudos. Na UBS são desenvolvidas ações no cuidado das gestantes como diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral,

de problemas de saúde bucal e de saúde mental, ações de controle dos cânceres de colo de útero e de mama, imunizações, planejamento familiar, promoção de aleitamento materno, de hábitos alimentares saudáveis, da atividade física, da saúde bucal e saúde mental. Os profissionais utilizam classificação de risco gestacional e são utilizados protocolos para regular o acesso a outros níveis de sistema de saúde como por exemplo para atendimento por outras especialidades o para internação hospitalar. Os atendimentos são registrados no prontuário clínico e a o formulário especial do pré-natal. Existe arquivo específico para os registros dos atendimentos e o mesmo é revisado semanalmente para verificar gestantes faltosas, verificar completude de registro, identificar gestantes em data provável de parto e identificar gestantes com pré-natal de risco, a revisão de arquivo é feita pela enfermeira. Sempre solicitamos a carteira de pré-natal nos atendimentos e sempre são preenchidas as informações atuais da gestante. As atividades educativas se realizam nas consultas até que sejam formados os grupos de gestantes. A médica e a enfermeira se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação do programa de pré-natal, mas ninguém faz a avaliação e monitoramento do mesmo. Em relação aos indicadores de qualidade, todas (100%) têm pré-natal iniciado no primeiro trimestre, as consultas estão em dia e com a qualidade requerida de acordo com calendário de Ministério de saúde e todas têm avaliação de saúde bucal. Referente ao puerpério o número de partos nos últimos 12 meses foi de 15, e as 15 (100%) mulheres fizeram consulta de puerpério nos últimos 12 meses. As puérperas têm sua consulta puerperal registrada, todas receberam orientações sobre cuidados básicos de recém-nascido, aleitamento materno exclusivo e planejamento familiar, todas tiveram as mamas examinadas, o abdômen e realizaram exame ginecológico. Neste momento só temos 2 puérperas e as mesmas estão sendo avaliadas por nossa equipe na UBS. O que temos que incentivar é a formação de grupos com gestantes e puérperas, para que haja troca de experiências e vivências. Também precisamos de profissionais que realizem avaliação e monitoramento do programa de pré-natal e isso será conversado com a gestora municipal.

Em relação a prevenção e detecção do câncer de colo de útero e de mama. Temos 374 mulheres entre 25 e 64 anos que corresponde a um 94% de cobertura. Os indicadores de qualidade também se mostram satisfatórios, a orientação sobre fatores de risco é dada para todas as mulheres e todas estão com exame citopatológico em dia. Dentre as atividades realizadas, destacamos a realização do exame



citopatológico a cada 15 dias. Existe protocolo de prevenção de câncer de colo uterino na UBS e o mesmo é utilizado pela enfermeira, a médica e as técnicas de enfermagem. Nos últimos 3 anos 21 mulheres foram identificadas com exame citopatológico alterado que corresponde a um 5,6% das mulheres entre 25 e 64 anos, 1 confirmou câncer e está em tratamento (0.26%). Nenhuma das mulheres tiveram perda de seguimento. Os atendimentos as mulheres que realizam a coleta na UBS são registradas no livro de registro, no prontuário clínico e no formulário especial para citopatológico. Existe arquivo específico para registro dos resultados que é revisado com uma frequência mensal para verificar mulheres com exame de rotina em atraso, com exame alterado em atraso e verificar completude de registro e esta revisão é feita pela enfermeira. A equipe de saúde realiza atividades educativas com as mulheres no âmbito da UBS onde participam a médica, enfermeira e as técnicas de enfermagem e aproveitamos o dia de realização de exame para fazer estas ações.

Em relação ao câncer de mama na UBS, temos 183 mulheres e todas são acompanhadas pelo Programa. São realizadas ações para o controle do peso corporal, de estímulo para a prática regular de atividades físicas, ações que orientem sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool, bem como incentiva-se o reconhecimento de sinais e sintomas [exame clínico de mamas e /ou solicitação de mamografia]. O rastreamento do câncer de mama é feito um dia da semana em todos os turnos. As ações de rastreamento do câncer de mama na UBS são realizadas pela médica e a enfermeira. A enfermeira também se dedica ao planejamento, gestão e coordenação das ações de controle do câncer de mama na UBS. Todas as mulheres estão com mamografia em dia e todas foram orientadas sobre prevenção de câncer de mama (100%). Não temos mamografias com mais de 3 meses em atraso. A cobertura do controle do câncer de mama e os indicadores da qualidade do Controle das neoplasias estão muito bons. Das mamografias alteradas só 3 são confirmadas com câncer e estão em tratamento.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) são junto com a Hipercolesterolemia as causas mais frequentes de consulta na UBS, todas doenças onde considero que os maus hábitos alimentares são o fator fundamental para o desenvolvimento delas. Na UBS são realizadas ações de orientação de hábitos alimentares saudáveis para os portadores de HAS e de DM, também ações para o controle de peso, de estímulo à prática regular de atividade física, ações que orientem sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e do tabagismo. Estas ações são

feitas na unidade e começaremos a fazer nas atividades com grupos. Os usuários com HAS e DM são atendidos todos os dias da semana e em todos os turnos. Nos atendimentos participam a enfermeira, a médica e as técnicas de enfermagem. Não existe protocolo de atendimento na UBS para usuários portadores de HAS e de DM por tanto as consultas não são feitas com a qualidade requerida. Na UBS são desenvolvidas as seguintes ações: imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, de problemas de saúde bucal, saúde mental, diagnóstico e tratamento de alcoolismo, de obesidade, de sedentarismo e de tabagismo. Só a médica utiliza classificação para estratificar o risco cardiovascular aos adultos portadores de HAS e DM, também utilizamos protocolos para regular o acesso destes usuários a outros níveis do sistema de saúde. Os atendimentos são registrados no prontuário clínico, formulário especial e ficha de atendimento odontológico. Não existe arquivo específico para os registros dos atendimentos de adultos com HAS e DM, mas todos os usuários cadastrados têm caderneta de pessoa hipertensa e diabética que foi produzida pela secretaria municipal. É a isso que chamamos formulário especial. Sempre explicamos como reconhecer sinais de complicação de HAS. Não existe o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Usuário com HAS e Usuário com DM (HIPERDIA) do Ministério de Saúde na UBS e nenhum outro programa implantado nela. Há um grupo de adultos com HAS e outro com DM, nas atividades de grupo participam a médica, enfermeira, odontólogo, as técnicas de enfermagem e as agentes comunitárias de saúde (ACS). Conversamos com um educador físico, a nutricionista e a psicóloga para que nos ajudem nas atividades e também conversamos com a gestora para aumentar o número de exames disponibilizados para a unidade por mês. As coberturas, de acordo com o CAP são as seguintes, 319 (99%) para HAS e 53 (58%) para DM. Embora a cobertura para HAS seja alta, isso não se reflete de forma majoritária nos indicadores. Por exemplo, (170) 53% têm avaliação de saúde bucal e (285) 89% tiveram a realização da estratificação de risco cardiovascular. Para os usuários com DM, 30 (57%) com saúde bucal avaliada e 42 (79%) para estratificação.

Na UBS também são realizadas ações com a pessoa idosa. Na área existem 338 usuários idosos e todos (100%) são atendidos na UBS ou em seu domicílio com acompanhamento em dia, têm orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e orientação para atividade física regular, eles recebem essas orientações nos grupos de usuário com HAS, de usuário com DM e nas atividades educativas com

grupos específicos de idosos que são oferecidas no âmbito da UBS e nas consultas. Temos 205 usuários idosos que representa o 61% com avaliação multidimensional rápida em dia e com avaliação de risco para morbimortalidade. Do total de idosos (338) temos 198 com (HAS) o que corresponde a 59% e 32 com (DM) que seria o 9%. Há poucos usuários com investigação de indicadores de fragilização na velhice: 42 (12%) porque começamos a fazer neste mês. Um número muito pequeno de idosos têm avaliação de saúde bucal em dia, só 42 usuários para um 12%. Os atendimentos são todos os dias da semana. Nos atendimentos participam a médica, enfermeira, as técnicas de enfermagem e o odontólogo. Existe oferta de atendimento para idosos com problemas de saúde agudos, mas não existe excesso de demanda dos mesmos. Não existe protocolo de atendimento para idosos na UBS. No cuidado aos idosos na UBS são desenvolvidas ações como imunizações, promoção de atividade física, vai se incorporar ao trabalho um educador físico que fará atividades também com eles. Os atendimentos deles são registrados no prontuário clínico e na caderneta verde produzida pelo município para usuários com doenças crônicas. Não existe arquivo específico para o registro dos atendimentos dentro da unidade. A médica e a enfermeira se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas aos idosos e fazem reunião quinzenal, mas não existem profissionais que se dedicam a avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos idosos.

Também se faz atendimento odontológico na UBS. Na UBS não existe equipe de saúde bucal, há um apoio à saúde da família e trabalha um odontólogo 20 horas semanais. A capacidade instalada para prática clínica é 100%, portanto não tem capacidade instalada para ações coletivas, mas o odontólogo oferece educação em saúde a todas as pessoas que são atendidas. Posso afirmar que existem muitas dificuldades por falta de materiais e instrumentos e isso afeta também o atendimento. Há necessidade de se ter um registro bem atualizado de todas as consultas, programações e procedimentos.

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

Com a realização do análise situacional na UBS melhoramos a unidade, organizando sua estrutura física para um melhor acolhimento dos usuários, capacitamos os profissionais com respeito ao funcionamento da unidade e suas atribuições. Contamos na equipe com o odontólogo trabalhando conosco nas atividades de grupo e seu compromisso de fazer as consultas em conjunto com a médica para realizar todas as avaliações bucais pendentes, temos todas as agentes comunitárias que precisamos trabalhando nas áreas, foram disponibilizados pelo gestor mais exames complementares ao posto para a realização dos mesmos na população. Conseguimos formar os grupos e estamos em função de o trabalho com eles.

Aas dificuldades encontradas na análise situacional permitiram perceber quais aspetos poderiam ser melhorados de imediato e quais aspetos poderiam encaminhar para dar solução mais tarde.

Hoje é fruto de o trabalho constante pela equipe observar as melhorias na unidade, na saúde da comunidade, e a interação com o gestor municipal e os funcionários da secretária de saúde assim como com as lideranças da comunidade.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A Diabetes Mellitus e a hipertensão arterial sistêmica são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise assim como são fatores desencadeantes de outras doenças que provocam incapacidade ao indivíduo. A prevalência de hipertensão no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos, chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% para indivíduos com mais de 70 anos. A prevalência de DM na população acima de 18 anos aumentou de 5,3% a 5,6%, entre 2006 e 2011. Estima-se que cerca da metade da população com Diabetes também tem também Hipertensão (VIGITEL, 2013).

Os dados nacionais mostram que as frequências das patologias supracitadas são prevalentes, causam morbimortalidade e impactam negativamente a qualidade de vida dos indivíduos, portanto, é um problema de Saúde Pública importante e considerável. Contextualizando-se o panorama do país com o município e a unidade, a Unidade de Saúde IV Valim precisa ofertar uma melhor atenção e assistência aos usuários que procuram pelos serviços de saúde. A área de abrangência da UBS apresenta 1445 pessoas, com uma equipe (1 médico, 1 enfermeira, 1 cirurgião dentista, 2 técnicas de enfermagem e 4 agentes comunitárias de saúde). Segundo o CAP, há 319 com HAS e 53 com DM, com coberturas de 99% e 58%, respectivamente, portanto, ainda há necessidades substanciais de ofertar um cuidado mais adequado aos usuários. Além disso, o serviço também não era qualificado para todos os usuários.

Dentre as limitações para uma melhor atenção e assistência são a falta de um grupo organizado de educação, prevenção e promoção de saúde; além disso, os registros estão desatualizados desfavorecendo o planejamento de ações em saúde. Também temos que citar que com a intervenção, trabalharemos mais arduamente conforme o protocolo oficial, favorecendo o serviço (profissionais) e os usuários.

Considero que a intervenção será muito importante porque nos permitirá melhorar a qualidade de atenção prestada ao usuário com HAS e usuário com DM; permitirá também uma maior qualificação profissional no atendimento destas pessoas, vai fortalecer o trabalho em equipe, melhorar as relações interpessoais entre os integrantes da equipe e um maior compromisso com a comunidade. Além disso, permitirá uma melhor organização, planejamento, registro e monitoramento de nosso trabalho em função do benefício do usuário.

Esperamos o resultado seja satisfatório para nós e para os usuários com HAS e DM.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

- Melhorar a atenção aos usuários Usuário com HAS e Usuário com DM na ESF IV Valim, Mostardas/ RS.

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

Objetivos Específicos:

1- Ampliar a cobertura de usuários usuário com HAS e/ou usuário com DM na UBS.

2- Melhorar a qualidade da atenção a usuário com HAS e/ou usuário com DM na UBS.

3- Melhorar a adesão de usuários usuário com HAS e/ou usuário com DM ao programa na UBS.

4- Melhorar o registro das informações dos usuários usuário com HAS ou usuário com DM na UBS.

5- Mapear usuário com HAS e/ou usuário com DM de risco para doença cardiovascular.

6- Promover a saúde de usuário com HAS e usuário com DM na UBS.

Metas:

Metas referente ao objetivo 1:

Ampliar a cobertura de usuários usuário com HAS e/ou usuário com DM na UBS.

1.1-Cadastrar 100% das pessoas com Hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da área de abrangência.

1.2- Cadastrar 70% das pessoas com Diabetes Mellitus no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da área de abrangência.

Metas referentes ao objetivo 2:

Melhorar a qualidade da atenção a usuário com HAS e/ou usuário com DM na UBS.

2.1- Realizar exame clínico apropriado em 100% dos Usuário com HAS cadastrados.

2.2- Realizar exame clínico apropriado em 100% dos Usuário com DM cadastrados.

2.3- Garantir a 100% dos Usuário com HAS a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.4- Garantir a 100% dos Usuário com DM a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.5-Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos Usuário com HAS cadastrados na unidade de saúde.

2.6- Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos Usuário com DM cadastrados na unidade de saúde.

2.7- Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos Usuário com HAS.

2.8- Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos Usuário com DM.

Metas referente ao objetivo 3:

Melhorar a adesão de usuários usuário com HAS e/ou usuário com DM ao programa na UBS.

3.1- Buscar 100% dos Usuário com HAS faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

3.2- Buscar 100% dos Usuário com DM faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Metas referentes ao objetivo 4:

Melhorar o registro das informações dos usuários usuário com HAS ou usuário com DM na UBS.

4.1- Manter ficha de acompanhamento e prontuário aos 100% dos Usuário com HAS cadastrados na UBS.

4.2- Manter ficha de acompanhamento e prontuários ao100% dos Usuário com DM cadastrados na UBS.

Metas referentes ao objetivo 5:

Mapear usuário com HAS e/ou usuário com DM de risco para doença cardiovascular.

5.1- Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos Usuário com HAS cadastrados na unidade de saúde.

5.2- Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos Usuário com DM cadastrados na unidade de saúde.

Metas referentes ao objetivo 6:

Promover a saúde de usuário com HAS e usuário com DM na UBS.

6.1- Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos Usuário com HAS

6.2- Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos Usuário com DM.



6.3- Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários Usuário com HAS.

6.4- Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários Usuário com DM.

6.5- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários Usuário com HAS.

6.6- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários Usuário com DM.

6.7- Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários Usuário com HAS.

6.8- Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários Usuário com DM.

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) ESF IV Valim, no Município de Mostardas de Rio Grande do SUL (RS). A população alvo é 323 usuários usuário com HAS e 92 usuários usuário com DM, pertencentes a área adstrita da UBS.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

**Objetivo 1: Ampliar a cobertura de usuários usuário com HAS e/ou usuário com DM na UBS.**

Metas:

1.1-Cadastrar 100% das pessoas com Hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da área de abrangência.

1.2-Cadastrar 70% das pessoas com Diabetes Mellitus no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da área de abrangência.

**Eixo: Monitoramento e avaliação.**

## Ações:

. Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento: Revisar e avaliar todos os registros existentes na unidade sobre os usuários cadastrados no programa de atenção a hipertensão e diabetes da UBS, revisão também dos registros das agentes comunitárias de saúde para ver se coincidem com os prontuários clínicos, a enfermeira será a responsável pelas revisões.

**Eixo: Organização e gestão do serviço.**

## Ações:

- Garantir o registro de pessoas com Usuário com HAS e/ou Diabetes cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM.
- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetros, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.
- Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na Unidade Básica de Saúde.

Detalhamento: Preencher ficha de acompanhamento do prontuário de todos os usuários usuário com HAS e usuário com DM cadastrados nas consultas e visitas domiciliares, priorizar os usuários portadores destas doenças e também os que apresentem alguma condição aguda de saúde embora de que não seja o dia de atenção deles, designar um dia da semana para atendimento de pessoas com hipertensão e/ou diabetes que será a quinta feira e garantir que após cada consulta, a próxima já esteja agendada. Informar a gestora da necessidade de fornecimento de esfigmomanômetros, fita métrica e glicoteste.

**Eixo: Engajamento público.**

## Ações:

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.
- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de Hipertensão e Diabetes.

Detalhamento: Para cumprir com isto, colocaremos cartazes na UBS e iremos ver a possibilidade de ter material com orientações e enfatizando a importância do Programa na Unidade. Usaremos o meio de comunicação rádio para chamar a população à UBS. Responsáveis: médica, enfermeira, técnicas de enfermagem e as ACS. Os fatores de risco também serão conversados em todos os momentos possíveis, desde consultas individuais até encontros coletivos, se possível.

#### **Eixo: Qualificação da prática clínica.**

Ações:

- Capacitar os ACS para o cadastramento e atualização da população da área da UBS
- Capacitar a equipe da UBS para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização de hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80.

Detalhamento: Para estas ações vamos a capacitar as ACS logo que terminem as reuniões de equipe sobre cadastramento e busca dos usuários na área. Serão responsáveis a médica e a enfermeira, nas reuniões de equipes dirigidas pela enfermeira se fará a capacitação das ACS sobre a medida correta da pressão arterial e a realização de hemoglicoteste, capacitar as técnicas de enfermagem sobre a medida correta da pressão arterial e a realização de HGT.

#### **Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a usuário com HAS e/ou usuário com DM.**

Metas:

- 2.1- Realizar exame clínico apropriado em 100% dos Usuário com HAS cadastrados.

2.2- Realizar exame clínico apropriado em 100% dos Usuário com DM cadastrados.

2.3- Garantir a 100% dos Usuário com HAS a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.4- Garantir a 100% dos Usuário com DM a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.5- Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos Usuário com HAS cadastrados na unidade de saúde.

2.6- Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos Usuário com DM cadastrados na unidade de saúde.

2.7- Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos Usuário com HAS.

2.8- Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos Usuário com DM.

### **Eixo: Monitoramento e avaliação.**

#### Ações:

. Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

. Monitorar o número de pessoas com hipertensão e/ou diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na UBS e de acordo com a periodicidade recomendada.

. Monitorar o acesso aos medicamentos da farmácia popular das pessoas com hipertensão e diabetes

. Monitorar as pessoas hipertensas e/ou diabéticas que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Devemos revisar semanalmente os registros destes usuários para comprovar se os usuários fizeram exame clínico apropriado e se todos têm solicitados os exames laboratoriais de acordo com o protocolo e a periodicidade recomendada. Isto será feito pela enfermeira e revisaremos também a caderneta do usuário para verificar os medicamentos usados. Também devemos estar atentos quanto à falta de medicamento na Farmácia. Responsável uma técnica de enfermagem.

**Eixo: Organização e gestão dos serviços.**

## Ações:

- . Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com hipertensão/eu diabetes.
- . Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS para pessoas com hipertensão e/ou diabetes.
- . Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
- . Dispor de versão atualizada de protocolo na UBS para pessoas com hipertensão e/ou diabetes.
- . Garantir a solicitação de exames complementares para pessoas com hipertensão e/ou diabetes.
- . Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo e priorização dos usuários alvo.
- . Realizar controle de estoque incluindo validade do medicamento.
- . Manter um registro das necessidades dos medicamentos das pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastradas na UBS.
- . Organizar ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.
- . Organizar a agenda de saúde bucal para realização de atendimento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: Cada membro da equipe terá sua atribuição, por exemplo: as técnicas de enfermagem realizarão medida de pressão arterial e hemoglicoteste, também peso, altura, medida da circunferência abdominal; a enfermeira calculará o índice de massa corporal; a médica realizará o exame físico e o odontólogo o exame bucal. Primeiramente deveremos ter os protocolos de atendimentos para usuário com HAS e usuário com DM impressos na unidade (Secretaria de saúde). Conversaremos com a gestora municipal sobre a importância do trabalho que estamos fazendo para conseguir prioridade e agilidade na realização dos exames complementares. Responsáveis a médica e a enfermeira, semanalmente se fará controle de estoque incluindo validade do medicamento por uma das técnicas de enfermagem, existe um registro na unidade onde se informa os medicamentos que usa cada usuário, esse registro deve ser revisado semanalmente e atualizado por uma das técnicas de

enfermagem. O odontólogo realizará atendimento um dia na semana, assim como haverá prioridade para algum usuário que tenha algum problema agudo de saúde bucal.

### **Eixo: Engajamento Público.**

#### Ações:

- . Orientar a comunidade em quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e da diabetes.
- . Orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes quanto a necessidade de realização de exames complementares e periodicidade em que devem ser feitos.
- . Orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes quanto a direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/ HIPERDIAe possíveis alternativas para obter este acesso.
- . Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal especialmente das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

#### Detalhamento:

Para cumprir as ações se orientará a comunidade dentro da unidade de saúde e fora dela, o seja, dentro da comunidade e nas atividades com grupos sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas, sobre a importância da realização de exames complementares. Responsável toda a equipe, se divulgarão os direitos dos usuários que se encontra na sala da unidade e se levará também até a comunidade com a ajuda das agentes comunitárias de saúde e os líderes comunitários. O odontólogo será responsável de orientar sobre importância de realizar avaliação de saúde bucal a pessoas com hipertensão e diabetes.

### **Eixo: Qualificação da prática clínica.**

#### Ações:

- . Capacitar a equipe para exame clínico apropriado em pessoas hipertensas e/ou diabéticas.
- . Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares em usuário com HAS e usuário com DM.
- . Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes

- . Capacitar a equipe para orientar aos usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamento na Farmácia Popular/ Hiperdia.

- . Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico para pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento: Nas reuniões de equipe os profissionais da UBS serão capacitados quanto à realização de exame clínico apropriado e também no que se refere a seguir o protocolo para solicitação de exames complementares e tratamento. O odontólogo será responsável de capacitar a equipe para avaliação de necessidade odontológico para pessoas com hipertensão e/ou diabetes com uma frequência semanal.

### **Objetivo 3. Melhorar a adesão de usuário com HAS e/ou usuário com DM ao programa na UBS.**

Metas:

3.1- Buscar 100% dos Usuário com HAS faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

3.2- Buscar 100% dos Usuário com DM faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

#### **Eixo: Monitoramento e avaliação.**

Ações:

- . Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento: Revisaremos semanalmente os registros dos usuários usuário com HAS e usuário com DM para verificar se existem faltosos à consulta. Responsável uma técnica de enfermagem.

#### **Eixo: Organização e gestão dos serviços.**

Ações:

- . Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.
- . Organizar agenda para acolher as pessoas com hipertensão e diabetes provenientes das buscas domiciliares

Detalhamento: Para isto vamos aumentar as visitas domiciliares buscando usuários faltosos às consultas. Responsáveis serão as ACS e sempre devemos ter

pendente na agenda que podem vir usuários faltosos que sejam citados para consulta e devem ser agendados. Responsável: técnica de enfermagem.

**Eixo: Engajamento Público:**

Ações:

- . Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- . Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas com hipertensão e/ou diabetes (se houver número excessivo de faltosos).
- . Esclarecer as pessoas com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade sobre a periodicidade recomendada para a realização das consultas.

Detalhamento: A equipe vai informar a população, nas consultas, na unidade e na comunidade com a ajuda dos líderes comunitários a importância da realização das consultas e a periodicidade com que devem ser feitas. Responsável toda a equipe e sempre vamos escutar as opiniões da população para a melhoria de nosso trabalho.

**Eixo: Qualificação da prática clínica.**

Ações:

- . Capacitar as ACS para a orientação de pessoas com hipertensão e/ou diabetes quanto a realizar suas consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: A médica e enfermeira treinarão as ACS para a orientação de pessoas hipertensas e diabéticas quanto à realização das consultas e sua periodicidade.

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

Metas:

4.1- Manter ficha de acompanhamento e prontuário aos 100% dos Usuário com HAS cadastrados na UBS.

4.2- Manter ficha de acompanhamento e prontuários ao100% dos Usuário com DM cadastrados na UBS.



**Eixo: Monitoramento e avaliação.**

## Ações:

. Monitorar a qualidade dos registros de pessoas com hipertensão e/ou diabetes acompanhadas na UBS.

Detalhamento: Serão revisados os registros com frequência semanal pela enfermeira e na medida do possível, realizaremos acompanhamento diário para monitorar a qualidade dos registros.

**Eixo: Organização e gestão dos serviços.**

## Ações:

. Manter as informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)/e-SUS atualizadas.

. Implantar a ficha de acompanhamento.

. Pactuar com a equipe o registro das informações.

. Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

. Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto a atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: A enfermeira será responsável pelo controle dos registros e todos estaremos atentos quanto a atrasos às consultas, realização de exames, realização também de estratificação de risco, a avaliação de comprometimento de órgãos alvo e o estado de compensação da doença. A ficha espelho será arquivada na data da próxima consulta o que facilitará sua revisão periódica para verificar qualquer ação que não tenha sido realizada devidamente.

**Eixo: Engajamento Público.**

## Ações:

. Orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: A equipe vai fazer divulgação dos direitos de usuários na unidade e a comunidade com o apoio dos líderes comunitários os quais serão capacitados para isso.

**Eixo: Qualificação da prática clínica.**

## Ações:

. Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento das pessoas hipertensas e/ou diabéticas.

. Capacitar à equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: Realizaremos reuniões de equipe com intervalo menor para que haja o acompanhamento adequado de todos os registros. Discutiremos sobre a importância do registro para o serviço e para a comunidade.

**Objetivo 5. Mapear usuário com HAS e usuário com DM de risco para doença cardiovascular.**

## Metas:

5.1- Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos Usuário com HAS cadastrados na unidade de saúde.

5.2- Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos Usuário com DM cadastrados na unidade de saúde.

**Eixo: Monitoramento e avaliação.**

## Ações:

. Monitorar o número de pessoas com hipertensão e/ou diabetes com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: Avaliaremos os indivíduos com HAS e/ou DM sobre a estratificação de risco por ano e revisaremos os registros para ver a situação deles quanto a isso.

**Eixo: Organização e gestão dos serviços:**

## Ações:

. Priorizar o atendimento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes avaliadas como de alto risco.

. Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Para os indivíduos de alto risco, teremos disponibilidade de agendamento, para que haja atendimento rápido e efetivo.

**Eixo: Engajamento Público.**

## Ações:

. Orientar os usuários quanto a seu nível de risco e a importância de acompanhamento regular.

Esclarecer a pessoas com hipertensão, diabetes e a comunidade quanto a importância de adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: Orientaremos os usuários nas consultas, visitas domiciliares e encontros quanto ao risco bem como a importância do acompanhamento regular. Todos os membros participarão destes momentos de orientação.

**Eixo: Qualificação da prática clínica.**

## Ações:

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

. Capacitar a equipe sobre a importância do registro desta avaliação.

. Capacitar a equipe quanto a estratégias de controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: A médica realizará a capacitação sobre como realizar a estratificação de risco cardiovascular (escore de *Framingham*) e sua importância assim como estratégias de controle de fatores de risco modificáveis. Iremos imprimir o escore para que todos possam se aprofundar mais e treinar com alguns usuários também.

### **Objetivo 6.Promover a saúde de usuário com HAS e usuário com DM na UBS.**

Metas:

6.1- Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos Usuário com HAS

6.2- Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos Usuário com DM.

6.3- Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários Usuário com HAS.

6.4- Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários Usuário com DM.

6.5- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários Usuário com HAS.

6.6- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários Usuário com DM.

6.7- Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários Usuário com HAS.

6.8- Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários Usuário com DM.

### **Eixo: Monitoramento e avaliação.**

Ações:

. Monitorar a realização de orientação nutricional a pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

. Monitorar a realização de orientação para a realização de atividade física as pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

- . Monitorar a realização de orientação sobre riscos do tabagismo a pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

- . Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal a pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento: O acompanhamento e monitoramento serão realizados pela revisão dos registros, pelas consultas periódicas com o odontólogo e durante as atividades em grupo. Responsável: técnica de enfermagem.

### **Eixo: Organização e gestão dos serviços.**

Ações:

- . Organizar práticas coletivas de alimentação saudável.

- . Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

- . Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

- . Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

- . Demandar ao gestor a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério de Saúde.

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

Detalhamento: Para alcançar tais metas, vamos organizar nos grupos conversas horizontais sobre alimentação saudável e atividade física. Já conversamos com a gestora sobre o apoio que precisamos ter para a intervenção. Já convidamos nutricionista e psicóloga para participarem das atividades. Todos da equipe serão os responsáveis por estas atividades. O odontólogo realizará consultas, de acordo com a disponibilidade e procurará atendê-los para que os usuários tenham saúde bucal avaliada. Iremos falar com o gestor sobre a possibilidade de compra de medicamento para o abandono do fumo.

**Eixo: Engajamento Público.****Ações:**

. Orientar pessoas com hipertensão e/ou diabetes e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável e a necessidade de uma dieta específica no tratamento da diabetes.

. Orientar pessoas com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento destas doenças.

. Orientar pessoas com hipertensão e/ou diabetes que são tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

. Orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes e seus familiares sobre a importância de higiene bucal.

Detalhamento: Iremos realizar orientações em todos os espaços disponíveis e acessíveis, tais como consultas, visitas domiciliares e também em atividades de grupos. Os tópicos versarão, principalmente, sobre alimentação saudável, a prática de atividade física regular e a importância da higiene bucal. A ajuda e participação dos familiares também é fundamental para o controle destas doenças. Toda a equipe estará envolvida nestas atividades.

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

. Capacitar a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável, da prática de atividade física regular e sobre metodologias de educação em saúde.

. Capacitar à equipe para o tratamento de usuários tabagistas e sobre metodologias de educação em saúde.

. Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: Iremos capacitar a equipe (responsável principal médica) sobre as práticas de alimentação saudável e de que forma abordar isso para os usuários. O odontólogo vai capacitar à equipe para avaliação de qualquer sinal que possa indicar necessidade de tratamento.

### 2.3.2 Indicadores

**Objetivo 1: Ampliar a cobertura de usuários usuário com HAS e/ou usuário com DM na UBS.**

Meta 1.1: Cadastrar 100% dos Usuário com HAS 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 usuário com HAS na unidade de saúde.

Numerador: Número de usuário com HAS 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 (319)

Denominador: Número total de usuário com HAS residentes na área de abrangência da unidade de saúde (323)

Metas 1.2: Cadastrar 70% dos Usuário com DM 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 usuário com DM na unidade de saúde.

Numerador: Número de usuário com DM 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 (53)

Denominador: Número total de usuário com DM residentes na área de abrangência da unidade de saúde (92).

**Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a usuário com HAS e/ou usuário com DM na UBS.**

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos Usuário com HAS cadastrados.

Indicador 2.1: Proporção de usuário com HAS com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de usuário com HAS com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de usuário com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos Usuário com DM cadastrados.

Indicador 2.2: Proporção de usuário com DM com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de usuário com DM com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de usuário com DM cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 2.3: Proporção de usuário com HAS com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de usuário com HAS com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de usuário com HAS cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 2.4: Proporção de usuário com DM com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de usuário com DM com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de usuário com DM cadastrados na unidade de saúde.



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

Indicador 2.5: Proporção de usuário com HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Numerador: Número de usuário com HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/ HIPERDIA.

Denominador: Número de usuário com HAS e usuário com DM com prescrição de medicamentos.

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

Indicador 2.6: Proporção de usuário com DM com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Numerador: Número de usuário com DM com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/ HIPERDIA.

Denominador: Número de usuário com DM com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos Usuário com HAS.

Indicador 2.7: Proporção de usuário com HAS com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de usuário com HAS com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de usuário com HAS 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 Usuário com DM.

Indicador 2.8: Proporção de usuário com DM com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de usuário com DM com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

**Objetivo 3: Melhorar a adesão de usuários usuário com HAS e/ou usuário com DM ao programa na UBS.**

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

Indicador 3.1: Proporção de usuário com HAS faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

Denominador: Número total de usuário com HAS cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 3.2: Buscar 100% dos Usuário com DM faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de usuário com DM faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

Denominador: Número total de usuário com DM cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

**Objetivo 4: Melhorar o registro das informações dos usuários usuário com HAS ou usuário com DM na UBS.**

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento e prontuário aos 100% dos Usuário com HAS cadastrados na UBS.

Indicador 4.1: Proporção de usuário com HAS com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

Denominador: Número total de usuário com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento e prontuários aos 100% dos Usuário com DM cadastrados na UBS.

Indicador 4.2: Proporção de usuário com DM com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

Denominador: Número total de usuário com DM cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5: Mapear usuário com HAS e usuário com DM de risco para doença cardiovascular.

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

Indicador 5.1: Proporção de usuário com HAS com estratificação de risco cardiovascular.

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

Denominador: Número total de usuário com HAS cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 5.2: Proporção de usuário com DM com estratificação de risco cardiovascular.

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

Denominador: Número total de usuário com DM cadastrados na unidade de saúde.

**Objetivo 6: Promover a saúde de usuário com HAS e usuário com DM na UBS.**

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos Usuário com HAS.

Indicador 6.1: Proporção de usuário com HAS com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários usuário com HAS que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de usuário com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos Usuário com DM.

Indicador 6.2: Proporção de usuário com DM com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de usuários usuário com DM que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de usuário com DM cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários Usuário com HAS.

Indicador 6.3: Proporção de usuário com HAS com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários usuário com HAS que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de usuário com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários Usuário com DM.

Indicador 6.4: Proporção de usuário com DM com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de usuários usuário com DM que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de usuário com DM cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários Usuário com HAS.

Indicador 6.5: Proporção de usuário com HAS com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários usuário com HAS que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de usuário com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários Usuário com DM.

Indicador 6.6: Proporção de usuário com DM com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de usuários usuário com DM que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de usuário com DM cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários Usuário com HAS.

Indicador 6.7: Proporção de usuário com HAS com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários usuário com HAS que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de usuário com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários Usuário com DM.

Indicador 6.8: Proporção de usuário com DM com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários usuário com DM que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de usuário com DM cadastrados na unidade de saúde.

### 2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de atenção a pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus utilizaremos os protocolos do Ministério de Saúde (Cadernos de Atenção Básica de Diabetes Mellitus (No. 36) e de Hipertensão Arterial Sistêmica (No. 37) do ano 2013. Utilizaremos as fichas espelhos dos usuários que devem estar previamente impressas (Anexo A). Falaremos com a gestora para que nos apoie com o fornecimento das fichas (aproximadamente 388). Também usaremos a caderneta pessoal dos usuários e os prontuários, além dos registros do SUS que estão no computador da UBS. Usaremos a planilha de coleta de dados (Anexo B). Esta planilha contém espaços para preenchimento de cada usuário, com suas ações realizadas ou não (um ou zero, respectivamente), permitindo assim, uma sistematização e compilação de todos os dados geradores de informações. A planilha será preenchida pela médica responsável pela intervenção. Todo o trabalho da Universidade Federal de Pelotas está registrado no Comitê de Ética da Instituição (Anexo C).

A capacitação será realizada na própria UBS mediante leitura dos Cadernos mais projeto de intervenção. Cada profissional lerá uma parte e discutirá o tópico estudado. Iremos usar também, se possível, 'power point'. Assim como, a ficha espelho também deverá ser avaliada por todos e mais ainda, temos que enfatizar a importância do correto preenchimento da mesma. A capacitação também terá a função de definir as atribuições de cada membro da equipe bem como o estabelecimento do papel de cada profissional na intervenção.

Para aumentar a cobertura e cadastrar os usuários trataremos de atender um total de 323 pessoas com hipertensão que serão divididas em 108 pessoas hipertensas por mês para atingir a meta de um 100% e um total de 92 pessoas com diabetes divididas em 23 pessoas diabéticas por mês para atingir a meta de 70% ao final das 12 semanas. Realizaremos a busca ativa dos usuários na consulta e na comunidade. Responsáveis: agentes comunitários de Saúde.

Para realizar a busca ativa e pesquisa dos usuários é necessária a capacitação de toda a equipe referente aos protocolos do Ministério de Saúde sobre estas doenças, assim como capacitar sobre a forma correta de medir a pressão arterial e realizar hemoglicoteste e a revisão dos registros individuais. A capacitação será feita

antes de começar a intervenção e durante todo o tempo que dure a mesma em todas as semanas, também precisaremos ter quantidades suficientes de aparelhos para medição da pressão arterial e para a realização de hemoglicoteste.

O acolhimento será realizado por todos da equipe. As técnicas de enfermagem realizarão os procedimentos (peso, altura, medida de circunferência abdominal e hemoglicoteste a usuário com DM e a pessoas com pressão arterial acima de 130/80 mmhg). Os dados serão anotados no prontuário do usuário, nas fichas espelho e na caderneta individual. A médica e a enfermeira realizarão a capacitação das técnicas de enfermagem para o registro adequado.

O atendimento será realizado pela médica, enfermeira e odontólogo nas quintas feiras em dois turnos e em cada consulta deve ser realizado exame físico em todos os usuários; indicar e avaliar os exames complementares; fazer estratificação de risco cardiovascular; indicar tratamento e preencher todos os dados na ficha espelho. Ela será monitorada pela enfermeira nos finais de cada semana para ver se faltam dados e também buscará se existem usuários faltosos à consulta. A agenda se organizará de maneira que sempre exista lugar para estas pessoas faltosas, deixando assim 2 lugares por dia e também para se aparecerem usuários com problemas de saúde agudos destas doenças. Os usuários vão sair da consulta com a próxima agendada. A busca ativa deles vai ser feita pelas agentes comunitárias de saúde. Também se fará coordenação com o laboratório para priorizar a realização dos exames complementares destas pessoas com hipertensão e diabetes tanto durante a intervenção quanto após a finalização da mesma.

Para priorizar a prescrição de medicamentos destes usuários, a técnica de enfermagem fará o controle de estoque.

Para realizar a avaliação de necessidade de atendimento odontológico, o odontólogo realizará as em conjunto com a médica, facilitando assim o acompanhamento bucal dos usuários. Também preencherá a ficha espelho e reorganizará a agenda para o atendimento deles na UBS.

Para as ações de orientar diretamente as pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus quanto aos direitos de usuário de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/ HIPERDIA, esclarecer sobre a periodicidade das consultas, orientar sobre seus direitos em relação a manutenção dos seus registros de saúde e acesso a segunda via, se necessário. Devemos aumentar as frequências dos grupos para que todos recebam as orientações, assim como falar sobre estes assuntos

durante as consultas individuais e também nas visitas domiciliares. Teremos a colaboração de um educador físico que capacitará sobre a prática de atividade física e a psicóloga que vai capacitar nas metodologias de educação em saúde (enfocando-se conversas horizontais para que os usuários se sintam valorizados e queiram participar dos encontros).

Semanalmente, a planilha de coleta de dados será preenchida e ao fim dos meses, avaliaremos os indicadores de qualidade e de cobertura. A planilha será preenchida pela médica e a enfermeira.





### **3 Relatório da Intervenção**

Após a finalização da intervenção (duração de 12 semanas), é importante e necessário refletir sobre as características relacionadas ao trabalho, tanto em termos de operacionalização, quanto do cumprimento ou não das ações previstas pelo cronograma.

Conforme o curso orienta, através da intervenção foram desenvolvidas ações em quatro eixos pedagógicos: monitoramento e avaliação do serviço de saúde, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

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

Para o relatório posso começar falando que conseguimos fazer tudo o que foi planejado. Antes de começar a intervenção, começaram as capacitações das agentes comunitárias e de toda a equipe, fizemos os grupos, conversamos com os líderes comunitários sobre o objetivo de nossa intervenção e conseguimos que ajudassem no que se refere aos locais de encontro. As ACS divulgaram as atividades com cartões convite e também através de rádio e com uso de cartazes nos locais e na UBS. Junto com a equipe, participaram educador físico e nutricionista. Posteriormente, também a psicóloga participou da intervenção. Importante mencionar que todos eles também participaram das capacitações, envolvendo com a intervenção de forma intensa e efetiva. Realizamos 4 grupos em 4 localidades diferentes (Valim, Teixeiras, São Simão e Praia de São Simão). Tínhamos programada um encontro por semana em cada local, mas por dificuldades e pela distância grande entre eles, realizamos um encontro mensal para cada um. Queremos que isso mude e os encontros se tornem quinzenais.

Houve reorganização do serviço e cada profissional contribuiu bem na intervenção. Nas segundas-feiras, organizávamos a agenda para a semana; nas terças-feiras, realizamos atividades com grupos pela parte da manhã e as visitas domiciliares ocorreram na parte da tarde. As visitas aconteceram sobretudo para os usuários acamados e eles ficaram satisfeitos e nos acolheram bem. Em cada visita, era nítido o agradecimento sincero pela atenção com qualidade realizada. Nas quartas-feiras, realizamos as reuniões de equipe e as capacitações ao final do turno. Em cada reunião, discutíamos sobre o andamento da intervenção (o que deu certo e o que precisava ser modificado) além de possíveis sugestões. Nas quintas-feiras, realizávamos os atendimentos nos dois turnos, tudo com acolhimento realizado por todos da equipe. Os exames eram realizados conforme os protocolos oficiais. Também havia preenchimento da ficha espelho. Também fizemos um registro específico dos usuários usuário com HAS e usuário com DM. Semanalmente, fazíamos monitoramento dos arquivos e dos registros para ver se havia alguma pendência. Recebemos ajuda da Secretaria de Saúde durante toda a intervenção.

Importante comentar que contamos com todo o material disponível na UBS para a realização da intervenção, desde os protocolos oficiais até mesmo medicamentos. Felizmente, também tivemos uma parceria com o laboratório do município para a realização dos exames dos usuários e graças a isso não tivemos atraso nesse sentido.

Tivemos dificuldades com relação à estrutura da unidade, que é muito pequena e não tem sala de reuniões, entretanto, preparamos um local ao lado da Igreja para o recebimento das atividades. As reuniões foram realizadas na sala da Enfermaria e as atividades educativas foram realizadas na sala de espera. O clima também contribuiu negativamente (chuvas intensas e frequentes) para a participação dos usuários nos grupos. As atividades desenvolvidas trouxeram satisfação aos usuários, pois eles sempre tinham alguma sugestão de pauta. Contamos com equipe completa totalmente imersa no desenvolvimento da intervenção.

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

Todas as ações previstas no projeto foram desenvolvidas conforme ao cronograma.

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

Os dados foram coletados sem problemas, as informações eram preenchidas nos prontuários clínicos, nas fichas espelho e na planilha de coleta de dados e os mesmos se monitorizavam semanalmente, devido a isso, também não tivemos dificuldades nos cálculos dos indicadores e as dúvidas eram sanadas pela orientadora.

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

As ações formam parte da rotina do serviço e agora temos o desafio de manter o alcançado e continuar aumentando a cobertura e melhorando a qualidade de atenção dos usuários envolvidos e assim garantir a continuidade e sistematização da ação programática.

Os profissionais estão capacitados e cada um sabe qual é sua atribuição no trabalho, as ACS também continuam realizando busca ativa de usuários faltosos e ações de promoção de saúde na população.

Esperamos que a unidade se reestruture para contar com a sala de reuniões e assim melhorar as ações dentro da mesma.

Cada dia atendemos maior número de usuários, as pessoas estão satisfeitas com os atendimentos e os comentários são muito bons. A equipe está muito contente com o trabalho que estamos realizando o que se deve a união, harmonia e dedicação em função de benefício da população.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

Objetivo Geral: Melhorar a atenção aos usuários Usuário com HAS e Usuário com DM na UBS ESF IV Valim, Mostardas/ RS.

Objetivo específico1: Ampliar a cobertura de usuários usuário com HAS

Metas referente ao objetivo 1

1.1-Cadastrar 100% dos Usuário com HAS da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

1.2- Cadastrar 70% dos Usuário com DM da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Para a realização do nosso trabalho foram usados dados estimados de 323 pessoas com hipertensão e 92 pessoas com diabetes já que os dados oferecidos na planilha de coleta de dados estão muito subestimados (220 e 52, respectivamente). Portanto, usamos os dados reais e não as estimativas. Na unidade antes da intervenção estavam cadastradas 319 pessoas com hipertensão o que correspondia ao 98,7% de cobertura ao usuário usuário com HAS. No primeiro mês foram cadastrados 108 usuários (33,4% de cobertura). No segundo mês da intervenção depois de mais divulgação da ação programática, foram cadastrados 223 usuário com HAS (69,0% de cobertura), um aumento considerável comparando com o primeiro mês. No terceiro mês terminamos com 323 usuário com HAS cadastrados atingindo o 100,0% de cobertura (Figura 2).

Em relação aos usuário com DM, na unidade antes da intervenção estavam cadastradas 53 pessoas diabéticas o que correspondia ao 57,6% de cobertura ao usuário com DM. No primeiro mês de intervenção foram cadastrados 26 usuário com DM (28,3% de cobertura), no segundo mês foram cadastrados 51 usuário com DM (55,4% de cobertura), duplicando o número de pessoas cadastradas e aumentando os indicadores de coberturas. Por fim, no terceiro 69 usuário com DM foram cadastrados para um 75,0% de cobertura. Tivemos períodos de muitas chuvas e temporais, dias de clima muito frio, o que as vezes dificultou nosso trabalho. Além disso, foi a primeira intervenção realizada na comunidade, o que significa que para a população é um acontecimento novo que foi muito bem acolhido, porém a ação programática vai ter continuidade na UBS e já se consideramos parte da rotina semanal na mesma, acreditando que vamos conseguir o cadastro do 100% dos usuários usuário com DM na unidade.

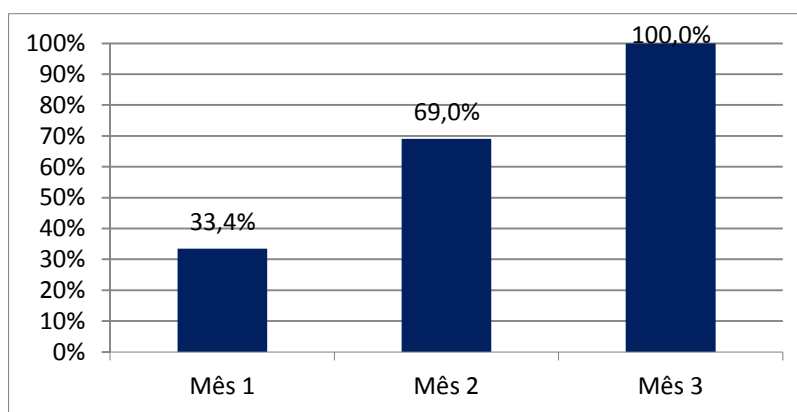


Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao usuário com HAS na unidade de saúde IV Valim, Mostardas / RS.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

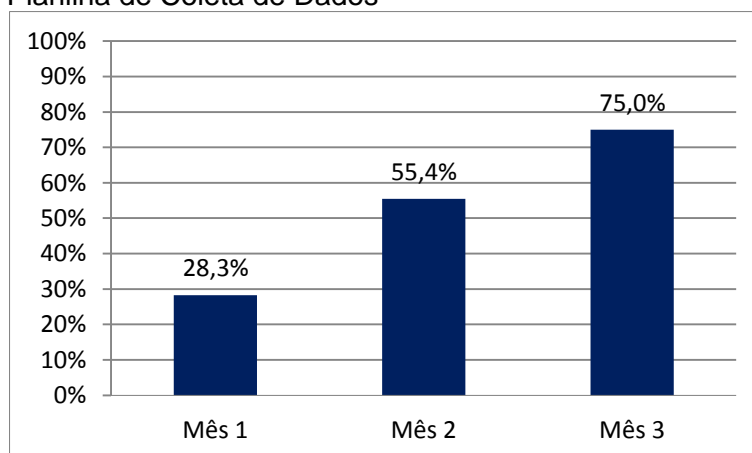


Figura 3: Cobertura do programa de atenção ao usuário com DM na unidade de saúde IV Valim, Mostardas / RS.

Fonte: Planilha de Coleta de Dados

Objetivo específico 2: melhorar a qualidade da atenção a usuário com HAS e/ou usuário com DM na UBS.

Metas 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuário com HAS e também em 100 % dos usuário com DM

Metas 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuário com DM

Esta meta foi cumprida durante os três meses do desenvolvimento da intervenção, de maneira que todos os usuário com HAS tiveram o exame clínico apropriado durante as consultas (os 108 usuários do primeiro mês, 223 no segundo e 323 no terceiro mês). Também para todos os usuários usuário com DM (os 26 do primeiro mês, 51 do segundo e os 69 do terceiro mês) a meta foi cumprida integralmente. Isso pela integração e dedicação de toda a equipe, pela realização de todas as ações conforme ao cronograma da intervenção.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos usuário com HAS a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Meta 2.4: Garantir a 100% dos usuário com DM a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Estas metas também foram cumpridas integralmente, para todos os usuário com HAS (os 108 usuários do primeiro mês, 223 no segundo e 323 no terceiro mês). Também para todos os usuários usuário com DM (os 26 do primeiro mês, 51 do segundo e os 69 do terceiro mês), isso foi cumprido. Entretanto, tenho que mencionar que antes do começo foi um pouco difícil para a realização dos exames complementares dos usuários usuário com HAS e usuário com DM, tivemos que convencer e demonstrar a gestora da importância deste trabalho já que antes era disponibilizada uma menor quantidade de exames por mês para a unidade e recebemos ajuda por parte deles para a realização dos mesmos.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuário com HAS cadastrados na unidade de saúde

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

Para os usuários com hipertensão as metas foram cumpridas em 98,8% porque temos alguns com atenção especializada que ainda usam medicamentos que não são contemplados na Farmácia Popular coisa que temos previsto mudar. Para os usuários usuário com DM as metas foram cumpridas em 100%. Tivemos 108 (100%) usuários usuário com HAS no primeiro mês, 223 (100%) no segundo e 319 (98,8%) no terceiro mês e usuários usuário com DM, 26 do primeiro mês, 51 do segundo e 63 do terceiro mês com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular (Figura 4).

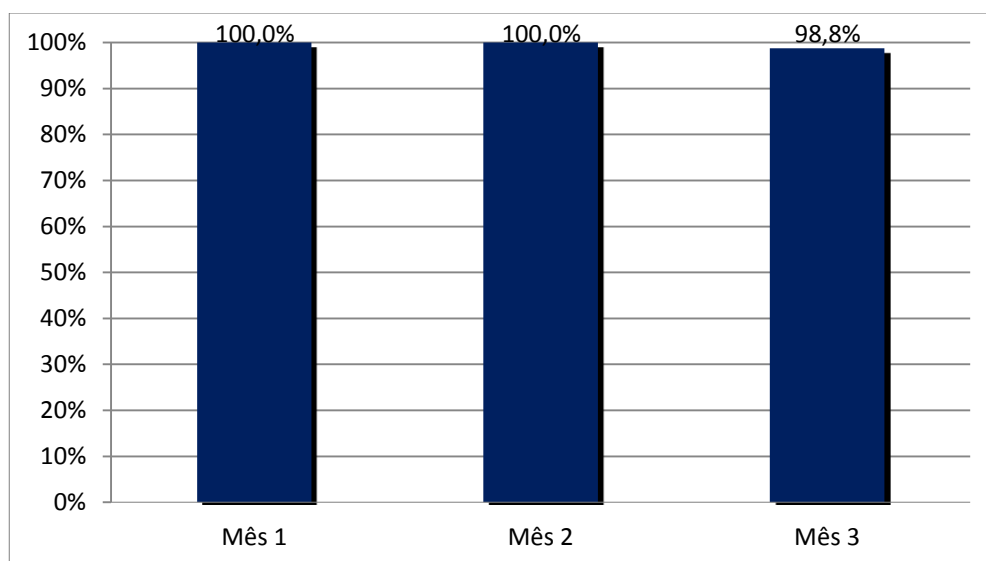


Figura 4: Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA na Unidade IV Valim, Mostardas / RS.  
Fonte: Planilha de Coleta de Dados



Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuário com HAS na UBS.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuário com DM na UBS.

A meta foi cumprida integralmente. Os usuários foram avaliados durante todo este período, onde as ações de promoção foram um pilar importante, demonstrando quanto é vital o atendimento odontológico e avaliação bucal. Diante disso 100% dos usuário com HAS e usuário com DM foram contemplados nos três meses de intervenção. A saber, 108 usuários usuário com HAS no primeiro mês, 223 no segundo e 323 no terceiro mês. Usuários usuário com DM, 26 do primeiro mês, 51 do segundo e os 69 do terceiro mês.

Objetivo específico 3: Melhorar a adesão de usuário com HAS e/ou usuário com DM ao programa.

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

Meta 3.2: Buscar 100% dos usuário com DM faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Durante o desenvolvimento da intervenção somente dois usuários usuário com HAS faltaram às consultas no primeiro mês e eles foram buscados. Também faltaram usuário com HAS (2) nos meses 2 e 3. Todos eles foram buscados (100%). Em relação aos usuário com DM, não houve faltosos.

Objetivo específico 4: Melhorar os registros das informações

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuário com HAS cadastrados na unidade de saúde,

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuário com DM cadastrados na unidade de saúde,

As metas foram cumpridas integralmente e todas as ações realizadas. Fizemos arquivo específico onde se encontram todas as fichas dos usuário com HAS e usuário com DM as que nestes momentos estão atualizadas e também temos arquivo para as fichas espelho as que são colocadas na data da próxima consulta. Estes arquivos se monitoram frequentemente. Usuário com HAS (108 – Mês 1, 223 – Mês 2 e 323 – Mês 3). Para os usuário com DM (26 – Mês 1, 51 – Mês 2 e 69 – Mês 3).

Objetivo específico 5: Mapear usuário com HAS e usuário com DM de risco para doenças cardiovascular

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

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

As Metas foram cumpridas integralmente. Planejamos fazer a estratificação aos 100% dos usuários, tendo em conta os protocolos, fatores de risco, as doenças familiares, sempre fazendo orientações de modos e estilos de vidas mais saudáveis em todas as consultas e visitas domiciliares. Diante disso 100% dos usuário com HAS e usuário com DM foram contemplados nos três meses de intervenção. A saber, 108 usuários usuário com HAS no primeiro mês, 223 no segundo e 323 no terceiro mês. Usuários usuário com DM, 26 do primeiro mês, 51 do segundo e os 69 do terceiro mês.

Objetivo específico 6: Promover a saúde de usuário com HAS e usuário com DM da unidade de saúde.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuário com HAS.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuário com DM.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários usuário com HAS.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários usuário com DM.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários usuário com HAS.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários usuário com DM.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários usuário com HAS.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários usuário com DM.

As ações de promoção à saúde foram feitas da melhor maneira, enfocando-se a prevenção das doenças e como evitar fatores de risco para aparição delas. Tivemos 4 locais de encontro em diferentes localidades com uma frequência semanal para os encontros em cada local. A participação da comunidade foi muito boa e decisiva para conseguir os resultados obtidos. O pessoal da equipe mostrou tudo o aprendido nas capacitações, a presença da nutricionista, do educador físico e a psicóloga foi também muito importante, pois os usuários mostraram maior interesse e vontade de continuar com as atividades. Diante disso 100% dos usuário com HAS e usuário com DM foram contemplados nos três meses de intervenção. A saber, 108 usuários usuário com HAS no primeiro mês, 223 no segundo e 323 no terceiro mês. Usuários usuário com DM, 26 do primeiro mês, 51 do segundo e os 69 do terceiro mês.

Esse resultado se deve as ações de promoção desenvolvidas pela equipe.

## 4.2 Discussão

A realização da nossa intervenção teve impacto positivo tanto para a equipe, para o serviço assim como para a comunidade e ajudou a melhorar a qualidade de atenção aos usuários usuário com HAS e usuário com DM pertencentes a nossa área de abrangência. Obtivemos mais conhecimentos e experiência sobre todo referente as doenças Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus, doenças crônicas sobre as quais trabalhamos durante toda a intervenção.

Para a equipe teve muita importância porque a princípio muitos dos profissionais da unidade não estavam de acordo com a realização do trabalho e se negavam a cooperar já que acreditavam iam trabalhar muito mais e não aceitavam, pouco a pouco nas reuniões de equipe fomos conscientizando eles com a importância da mesma e os benefícios e as mudanças que poderia ocasionar e conseguimos que começaram a mostrar interesse e cooperaram com sua realização.

A intervenção permitiu capacitar todos os profissionais da unidade sobre os protocolos para atenção a usuários usuário com HAS e usuário com DM e aperfeiçoar os conhecimentos já existentes, atribuição e compromisso de cada profissional e divisão de responsabilidades, permitiu também a troca de experiências, discussões e ideias sobre práticas para realizar ações de promoção de saúde para melhorar o trabalho. Propiciou a descentralização do papel da médica na atenção e a interação entre os funcionários, facilitou o trabalho em equipe com mais união, dedicação, harmonia, integralidade e amor melhorando assim as relações interpessoais entre os integrantes. Permitiu cadastrar o 100% de cobertura para o programa que envolve os usuários usuário com HAS e aumentou a cobertura para 75% para o programa dos usuários usuário com DM.

Para o serviço também teve muita importância já que os atendimentos eram realizados sem levar em conta o protocolo de atenção pois o mesmo não existia na unidade e por tanto não tinham a qualidade requerida. Melhorou o acolhimento aos usuários. Propiciou a organização da agenda para atendimento aos usuários e a demanda espontânea e também dos prontuários assim como a classificação de risco para a priorização deles. Permitiu a realização de arquivo específico para melhor organização e monitoramento, conseguimos incrementar a quantidade de exames

complementares no laboratório do município. Também conseguiu a integração da equipe com outros profissionais como a nutricionista, psicóloga e o educador físico e a incorporação a rotina da unidade como uma ação de acompanhamento dos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus.

Para a comunidade também teve muita importância e foi muito bem percebida, os usuários usuário com HAS e usuário com DM se encontram satisfeitos com o trabalho realizado nas atividades com grupos e nas consultas conseguimos que participaram, trouxeram ideias para a realização das atividades educativas. Fizemos visitas domiciliares a usuários que moram em áreas de difícil acesso ou que por alguma razão não podem ir até a unidade, no final já conseguimos visualizar mudanças em muitos usuários em o que respeita a estilos de vida. As ações vão ter continuidade com a intervenção incorporada na rotina do serviço. Temos feita parceria com os líderes comunitários os que estão dispostos em colaborar. De fato, melhorou a relação equipe-comunidade (maior integração).

Em relação ao que faria diferente caso fosse realizar a intervenção neste momento – se fosse recomeçar, gostaria de ter mais apoio da gestora, tivemos apoio, porém, não houve sua presença nas atividades. E conversaria mais com todos os colegas para que participassem desde o início da intervenção.

Em relação à viabilidade de incorporar a intervenção à rotina do serviço / melhorias devem ser realizadas – podemos mencionar que as ações qualificadas já estão incorporadas à rotina e pretendemos aumentar a frequência das atividades educativas dos grupos a cada quinze dias para cada localidade e assim oferecer mais educação em saúde o que considero a base para mudar fatores modificáveis.

Os próximos passos para melhorar a atenção à saúde no serviço seriam aumentar as visitas domiciliares o que não depende de nós devido à falta de carro no município lembrando sempre que trabalhamos em área rural onde as distâncias entre as localidades são muito grandes e temos lugares de difícil acesso onde não tem transporte público. Também devemos pensar em planejar o começo de intervenção em outra ação programática.

## 5 Relatório da intervenção para gestores

Este relatório tem por objetivo apresentar para os gestores como ocorreu a implementação do Projeto de Intervenção para a Melhoria da atenção à saúde de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes mellitus na ESF IV Valim, Mostardas / RS sob responsabilidade da médica Elsa Maria Bignotte Romero do Programa Mais Médicos, como parte das atividades da Especialização em Saúde da Família pela UFPel/UNASUS, o qual teve duração de 12 semanas.

Pela análise situacional das ações programáticas da UBS, observamos que a atenção aos usuários com Hipertensão e Diabete precisava ser melhorada, através da ampliação da cobertura (principalmente para usuários com Diabetes) bem como na qualificação das ações oferecidas aos usuários. Além disso, buscamos organizar o registro (principalmente) bem como monitorar adequadamente os usuários. Através da intervenção, conseguimos reorganizar o serviço, o atendimento dos usuários com hipertensão e diabetes foi realizado com mais qualidade e segundo os protocolos de atenção.

Em relação a Hipertensão arterial na unidade temos um total estimado de 323 usuários. Antes da intervenção existiam cadastrados 319 usuários usuário com HAS o que correspondia a 98,7% de cobertura e nos propusemos cadastrar 100%. Já no começo da mesma no primeiro mês foram cadastrados 108 usuários usuário com HAS (33,4% de cobertura). No segundo mês depois de ser mais divulgada a ação programática e a comunidade ter mais conhecimento sobre a mesma foram cadastrados 223 usuário com HAS (69,0% de cobertura), o aumento foi considerável comparado com o primeiro mês e no terceiro mês terminamos com 323 usuário com HAS cadastrados atingindo o 100% de cobertura assim como 100% dos indicadores de qualidade.

Referente a Diabetes Mellitus na unidade temos total estimado de 92 usuários usuário com DM e antes da intervenção existiam 53 usuário com DM o que correspondia a 57,6% de cobertura e nos propusemos cadastrar o 70%. No primeiro mês foram cadastrados 26 usuário com DM (28,3% de cobertura), no segundo mês cadastramos 51 usuários usuário com DM (55,4% de cobertura) onde podemos ver que duplicamos o número de pessoas cadastradas e aumentamos indicadores de cobertura e ao final do terceiro mês tínhamos cadastrados 69 usuário com DM o que

corresponde a 75% de cobertura com o que sobre cumprimos a meta proposta de 70%.

Durante o acompanhamento dos usuários de forma individual e coletiva, conseguimos realizar ações em quatro eixos, os quais são: Organização e Gestão do serviço, Monitoramento e Avaliação, Engajamento público e Qualificação da prática clínica. Fizemos os grupos de usuário com HAS e usuário com DM, distribuição de tarefas para todos os membros da equipe, a capacitação dos ACS para realização de busca ativa de usuário com HAS e usuário com DM faltosos a consultas, o cadastramento de todos os usuários usuário com HAS e usuário com DM da área adstrita, o contato com lideranças comunitárias, os registros das informações nos usuários usuário com HAS e usuário com DM, os atendimentos clínicos destes usuários em consultas e visitas domiciliares incluindo exame físico dos pés e classificação de risco, atendimentos do usuários de alto risco, realização de exames complementares, avaliação de saúde bucal, realização de ações de promoção de saúde e monitoramento do exame clínico.

Foi de vital importância a participação da gestão municipal, disponibilizando os materiais necessários para a realização da intervenção bem como o apoio do laboratório para a realização de exames complementares.

Os usuários usuário com HAS e usuário com DM ficaram satisfeitos com a participação no projeto e com a prioridade nos atendimentos. Isso está fazendo com que mais usuários estejam indo à ESF para se cuidar e cuidar sua família.

Como já a intervenção constitui parte da rotina da unidade pretendemos dar continuidade ao projeto para a ampliação da cobertura de usuário com HAS e usuário com DM e continuar melhorando a qualidade da atenção dos mesmos.

Ainda temos algumas necessidades como uma reforma na UBS para ampliação e assim poder melhorar as condições estruturais do mesmo e com isso melhorar também o atendimento dos usuários e finalmente, também precisamos de um carro que fique conosco para podermos aumentar as visitas domiciliares.

## 6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Este relatório tem por objetivo apresentar para os gestores como ocorreu a implementação do Projeto de Intervenção para a Melhoria da atenção à saúde de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes mellitus na ESF IV Valim, Mostardas / RS sob responsabilidade da médica Elsa Maria Bignotte Romero do Programa Mais Médicos, como parte das atividades da Especialização em Saúde da Família pela UFPel/UNASUS, o qual teve duração de 12 semanas.

Queremos, inicialmente, mostrar os resultados do trabalho realizado junto à comunidade. Nossa ação precisava ser reorganizada e melhorada, para que a comunidade ficasse melhor assistida em termos de qualidade.

Consegui acompanhar 323 (100%) usuários com Hipertensão e 69 (75%) com Diabetes *mellitus*. Conseguir realizar atividades educativas para conversarmos sobre alimentação saudável, atividade física regular e cuidados com a saúde bucal. Sentimos que todos vocês ficaram satisfeitos com o serviço oferecido e queremos contar com vocês para a continuidade do cuidado.

Tivemos o apoio dos líderes comunitários durante a realização da intervenção, assim, conseguimos apoio da comunidade.

Nosso serviço foi reorganizado e hoje temos uma atenção e assistência bem realizadas, com agenda reorganizada para que todos os usuários sejam bem atendidos, recebam orientações, recebam medicamentos, realizem exames complementares e tenham a avaliação de saúde bucal.

Prendemos dar continuidade e sistematização das ações já implementadas na intervenção o que já forma parte da rotina do trabalho, continuaremos com o desenvolvimento de nossas ações de promoção da saúde nos grupos e nas consultas assim como em visitas domiciliares o que considero é o pilar fundamental para a educação da população e poder ter modificações no estilo de vida da mesma. Conseguimos ver os ótimos resultados alcançados com estas ações o que devemos ao trabalho realizado em equipe e a dedicação de todos os membros.

Contamos com apoio de vocês para que outras ações programáticas sejam reorganizadas, assim como outros grupos populacionais sejam melhor cuidados.



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

Com a realização do curso todas minhas expectativas foram cumpridas, pois me proporcionou superação profissional, aperfeiçoamento dos conhecimentos e aquisição de novos como é o caso do trabalho com o SUS e seus protocolos e tudo relacionado à Saúde Coletiva.

A participação nos fóruns propiciou interação com outros profissionais e com os orientadores, partilhando, assim, experiências e dificuldades.

Os estudos da prática clínica permitiram investigar e pesquisar os temas que tivemos dificuldades nos testes de qualificação cognitiva e como se manifestam os mesmos na unidade de saúde. Foi um momento importante de maior qualificação profissional.

Em relação à intervenção, posso dizer que me permitiu me aprofundar quanto ao conhecimento da UBS em termos de estrutura, processo e trabalho. O conhecimento trazido pelos protocolos oficiais me ajudou a entender melhor a Atenção Primária à Saúde no país. Além disso, tenho ferramentas para trabalhar em outras ações programáticas. Também posso citar que na prática, pude reconhecer a importância do trabalho em equipe interdisciplinar.

Espero que o trabalho qualificado continue, permitindo assim que todos os usuários possam ser bem assistidos, de forma integral e holística.

## Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 120p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

## **Anexos**





## Anexo C - Documento do comitê de ética



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

---

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma 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