

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma nº 5**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM na USF Floresta  
Sul, em Rio Branco/AC**

**Alaíde Duran Sosa**

**Pelotas, 2015**

**Aláide Duran Sosa**

**Melhoria da atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM na USF Floresta Sul, em Rio Branco/AC**

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: Antônio Mauricio Rodrigues Brasil

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

S715m Sosa, Alaide Duran

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com HAS e/ou DM na USF Floresta Sul, Em Rio Branco/AC / Alaide Duran Sosa; Antonio Maurício Rodrigues Brasil, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

95 f. : il.

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

1. Saúde da Família 2. Atenção Primária à Saúde 3. Doença Crônica 4. Diabetes Mellitus 5. Hipertensão I. Brasil, Antonio Maurício Rodrigues, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A minha mãe e meu filho por sua capacidade de acreditar em mim, pela força e incentivo brindado...

## **Agradecimentos**

A minha equipe de saúde, ferramenta importante para a realização deste projeto.

Ao Professor orientador Antônio Mauricio Rodrigues Brasil por seu esforço e ajuda neste projeto, sempre de forma certa fazendo a orientação correta.

Aos colegas que juntos trabalhamos neste projeto, obrigada por seu apoio.

## Resumo

SOSA, Alaide Duran. **Melhorar a qualidade da atenção em saúde ofertada aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, pertencentes à área de abrangência da USF Floresta Sul, Rio Branco/AC.** Ano. 2015. 95f. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O presente trabalho tem como objetivo melhorar a qualidade da atenção em saúde ofertada aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, pertencentes à área de abrangência da USF Floresta Sul, em Rio Branco/AC. A escolha por esta área programática para realizar a intervenção foi devido ao fato de ser um dos grupos priorizados e mais sensíveis, também os resultados podem ser visualizados em menor prazo. Por outro lado, havia clara necessidade de investimentos tanto na cobertura da atenção, quanto na qualificação do cuidado ofertado a esses usuários. Foi construído um projeto de intervenção, implementado em 12 semanas entre os meses de fevereiro e abril de 2015, com objetivos que dialogavam com aspectos relacionados à cobertura, à qualidade da atenção, à adesão, aos registros, à avaliação de risco e à promoção da saúde dos usuários. Metas foram estabelecidas a serem alcançadas através de um conjunto sistematizado de ações que envolveram quatro eixos: Monitoramento e Avaliação, Gestão e Organização do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica. As ações puderam ser monitoradas e terem seu alcance mensurado através de indicadores. Os resultados mais relevantes tiveram relação com as coberturas alcançadas pelo programa de atenção às pessoas com HAS e/ou DM, nos quais foram obtidas marcas de 30,8% (145) e 72,4% (84) respectivamente. Outros aspectos importantes a serem observados foram aqueles referentes à qualidade da atenção ofertada e à qualificação dos registros da USF. A intervenção trouxe benefícios para a comunidade não somente para aquelas diabéticos e hipertensos vinculadas ao projeto, também para a população em geral devido a que ganharam em conhecimento sobre saúde e em consciência sobre a importância do acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, também trouxe um grande impacto sobre o serviço, ganhando-se em organização dos processos de trabalho que se visualizou numa melhoria na qualidade e integralidade da atenção à saúde desses usuários e numa maior credibilidade por parte da comunidade. Foi muito importante para a equipe de saúde de nossa unidade, contribuindo para maior coesão e fomentando a interdisciplinaridade do trabalho da equipe como um todo. O trabalho de todos foi valorizado durante o processo, contribuindo para os excelentes resultados obtidos. A intervenção foi devidamente incorporada à rotina de serviço da unidade e seguirá qualificando o cuidado ofertado aos usuários hipertensos e/ou diabéticos da comunidade.

**Palavras-chave:** atenção primária à saúde, saúde da família; doença crônica; diabetes mellitus; hipertensão.

## Lista de Figuras

Figura 1	Quadro do cronograma da intervenção	43
Figura 2	Cobertura do Programa de atenção ao hipertenso da UBS	54
Figura 3	Cobertura do Programa de atenção ao diabético da UBS	55
Figura 4	Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.	56
Figura 5	Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.	56
Figura 6	Proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	57
Figura 7	Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	58
Figura 8	Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular.	59
Figura 9	Proporção de pessoas com diabetes com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular.	60
Figura 10	Proporção de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	61
Figura 11	Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	62
Figura 12	Proporção das pessoas com hipertensão faltosas às consultas médicas com busca ativa.	62
Figura 13	Proporção de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.	63
Figura 14	Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.	64
Figura 15	Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.	65
Figura 16	Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.	65
Figura 17	Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.	66
Figura 18	Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional.	67
Figura 19	Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional.	68
Figura 20	Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre prática regular de atividade física.	69
Figura 21	Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre prática regular de atividade física.	69
Figura 22	Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre os riscos do tabagismo.	70
Figura 23	Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre os riscos do tabagismo.	71
Figura 24	Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.	71
Figura 25	Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre higiene bucal.	72

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

ACS	Agente comunitário da Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
DTS	Doenças Sexuais Transmissíveis
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CAD	Centro de Apoio Diagnóstico
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
URAP	Unidade de Referência da Atenção Primária de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família



## Sumário

Sumário.....	7
Apresentação .....	8
1 Análise Situacional .....	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	9
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	9
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	18
2 Análise Estratégica.....	20
2.1 Justificativa .....	20
2.2 Objetivos e metas .....	22
2.2.1 Objetivo geral.....	22
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	22
2.3 Metodologia .....	24
2.3.1 Detalhamento das ações.....	24
2.3.2 Indicadores.....	34
2.3.3 Logística.....	40
2.3.4 Cronograma .....	44
3 Relatório da Intervenção .....	46
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	46
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	51
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	51
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	52
4 Avaliação da intervenção.....	53
4.1 Resultados .....	53
4.2 Discussão .....	73
5 Relatório da intervenção para gestores.....	78
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	82
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem .....	85
Referências .....	87
Apêndices.....	88
Anexos .....	89

## **Apresentação**

O presente volume se constitui no Trabalho de Conclusão de Curso da Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS. Foi realizado por meio da implementação de um projeto de intervenção na área programática HAS e DM, com duração de 12 semanas. Teve por objetivo melhorar a qualidade da atenção aos usuários com HAS e/ou DM, pertencentes à área de abrangência da USF Floresta Sul, em Rio Branco/AC.

Para uma melhor apropriação da proposta, o volume encontra-se organizado em partes ou capítulos. A parte um é dedicada à Análise Situacional, importante e necessária etapa inicial a partir da qual foi possível aprofundar-se nos aspectos principais que compunham o cenário na qual seria realizada a intervenção. Características gerais acerca do sistema de saúde do município, da USF e da sua população adstrita, o serviço, os processos de trabalho da equipe.

A parte dois, consta da Análise Estratégica, apresentando o projeto de intervenção em si, com sua Justificativa, os objetivos, metas e ações a serem desenvolvidas, a metodologia utilizada, os indicadores que foram utilizados, além de aspectos relacionados à logística e o cronograma proposto. O Relatório da Intervenção aparece na parte três, referente ao cumprimento das ações a ser desenvolvidas, aspectos relativos à coleta e sistematização de dados e a viabilidade da incorporação dessas ações à rotina dos serviços da unidade.

A parte quatro é composta pela Avaliação da Intervenção, apresentando os resultados obtidos e uma parte dedicada à Discussão, trazendo os aspectos mais relevantes da implementação do projeto. Nas partes cinco e seis, temos os Relatórios da Intervenção para os Gestores e para a Comunidade respectivamente. Na parte sete, são trazidas as reflexões acerca do processo pessoal de aprendizagem. Encerram este volume, as referências bibliográficas utilizadas e uma parte dedicada aos anexos na qual consta nos instrumentos utilizados e que serviram de apoio durante a intervenção.

## **1 Análise Situacional**

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

A UBS Floresta Sul localiza-se no bairro Sobral, no município de Rio Branco, capital do estado do Acre. Minha unidade fica nas proximidades do Rio Acre, ocorrendo períodos críticos de alagamento nas comunidades no entorno de suas margens, entre os meses de fevereiro e março e, nas épocas de cheia, doenças como Leptospirose, Dengue e Hepatites terminam por se tornarem bastante frequentes.

O município de Rio Branco tem aproximadamente 357.343 habitantes. A rede municipal de saúde conta com 59 UBS tradicionais com igual número de ESF, disponibilidade de 1 equipe de NASF e igual número de CEO. Com relação à atenção especializada, possui 1 Laboratório dentário, 2 CAD sendo um de imagem e um de Laboratório. Conta ainda com o CEAFAN (Centro Especializado de Assistência Farmacêutica Municipal), 1 consultório na Rua, 1 Unidade de Acolhimento e 4 hospitais (de crianças, duas maternidades, Hospital Geral, Hospital Psiquiátrico), 2 Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e 5 URAP.

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

A UBS Floresta Sul localiza-se no bairro Sobral, no município de Rio Branco, capital do Estado do Acre. Minha unidade fica nas proximidades do Rio Acre, ocorrendo situações críticas de alagamentos das comunidades do entorno de suas margens nas épocas de cheia, entre os meses de fevereiro e março, sendo que as doenças como Leptospirose, Dengue e Hepatites terminam sendo bastante frequentes, sobretudo em alguns períodos do ano.

O município de Rio Branco tem aproximadamente 357.343 habitantes. A rede municipal de saúde conta com 59 UBS tradicionais com igual número de ESF, disponibilidade de 1 NASF e 1 CEO. Com relação à atenção especializada, possui 1 laboratório dentário, 2 CAD, sendo um de imagem e um de Laboratório, 1 CEAFAN (Centro Especializado de Assistência Farmacêutica Municipal), 1 consultório na Rua, 1 Unidade de Acolhimento, 4 Hospitais (de crianças, duas maternidades, Hospital Geral, Hospital Psiquiátrico), 2 UPA (Unidades de Pronto Atendimento), 5 URAP.

A UBS Floresta Sul tem uma má situação do ponto de vista estrutural. Trata-se de uma unidade de pequeno porte que tem recepção e sala de espera que comporta em torno de cinco pessoas, uma sala de consultas para médico, uma para enfermagem, sala de vacina, sala de curativos, farmácia, sala de esterilização, uma cozinha, um banheiro. Não tem sala para ACS, mas estes realizam bem o seu trabalho. Não existe sala para coleta de análises clínicas. No entanto, nesta UBS existe infraestrutura, recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes e necessários ao seu funcionamento. Na unidade existe uma equipe de saúde da família sendo constituída por um médico, um enfermeiro, uma servente para serviços gerais, 6 ACS, uma técnica de enfermagem, um coordenador administrativo. De acordo com o novo mapeamento das áreas do município, falta completar com um agente de saúde e um enfermeiro. Fazemos reuniões de equipe todas as semanas, nas quais realizamos o planejamento das ações e programamos atividades com os grupos, a exemplo dos grupos de gestantes e idosos, com encontros quinzenais. Temos uma carga horária de 40 horas semanais. O horário de funcionamento da unidade é das 7h às 12h e a tarde das 14h às 17h. Em nossa equipe estamos bem conectados, quando se tem uma dúvida ou caso interessante, debatemos todos juntos.

As visitas domiciliares ocorrem nas segundas-feiras e são agendadas pelos ACS. Os demais dias são dedicados às consultas médicas, pela manhã e pela tarde, sendo que atendemos uma média de 20 pessoas em demanda espontânea e 5 para urgências. Gosto muito de fazer visitas domiciliares porque posso observar de perto a realidade que tem minha comunidade. São realizados testes rápidos de hepatites B e C, HIV, sífilis VDRL, exame para rastreamento do câncer do colo do útero e mama.

A UBS tem janelas e ventilação direta que possibilitam a circulação de ar, embora não seja boa em todos os espaços. Tem iluminação natural e iluminação artificial. Todas as paredes e pisos são lisas e não são laváveis. Os pisos das diferentes salas são de superfície regular, estável e derrapante. As portas não estão revestidas de material lavável, as janelas são de madeiras, os armários são de superfície lisa de fácil limpeza. Existe sinalização visual dos ambientes que permite boa comunicação com aqueles que circulam pelos espaços. Os prontuários são arquivados pelos ACS.

A calibragem de aparelhos e balanças é garantida pelos gestores municipais. Temos antropômetro e balança de adultos e crianças, autoclave, espéculos vaginais, estetoscópio, estetoscópio de Pinar, geladeira exclusiva para vacina, mesa ginecológica, glicosímetro, otoscópio, sonar, negatoscópio em condições satisfatórias. Não temos consultório odontológico. Temos 02 computadores que estão na sala da administração e enfermaria, mas poucas vezes são utilizadas pela equipe, sendo seu uso quase exclusivo da administração. Também tem uma impressora em boas condições. Não temos acesso à internet, nem temos prontuários eletrônicos, sendo que trabalhamos com as fichas individuais onde se preenchem os dados no momento da consulta. Os ACS tem disponibilidade e suficiência de materiais e equipamentos necessários à realização das atividades na área de abrangência da UBS. Todos trabalham muito coesos e eu não posso olhar dificuldades quando se trabalha todos unidos. Às vezes são disponibilizados meios de locomoção para o deslocamento dos ACS na área, embora a maioria deles se deslocam por meios próprios e realizam as visitas em domicílio.

As Ambulâncias dão suporte quando é necessário. Também fazem manutenção e reposição destes equipamentos através dos gestores municipais. Concordo com meus colegas médicos que o abastecimento de materiais e insumos tem muitas dificuldades, sendo feito em dependência das necessidades da unidade, embora o tema dos medicamentos e das vacinas em minha opinião é um daqueles de melhor funcionamento. Sempre falta alguma coisa ou outra, mas o mínimo necessário para o atendimento existe e quase todas as semanas chegam os pedidos feitos e temos alguns medicamentos que os usuários pegam da farmácia popular de graça como aqueles utilizados para o tratamento das doenças crônicas. Não temos laboratório clínico, mas nos localizamos próximos à outra unidade que tem e realiza os exames de que a população necessita.

Minha equipe atende uma população de 3.100 pessoas, distribuídas em cerca de 1.000 residências. Considerando a estimativa presente no Caderno das Ações Programáticas, nossa área de abrangência teria uma distribuição da população por sexo e faixa etária na área de abrangência de minha UBS, ficando de acordo com aquela observada pela população brasileira

Temos uma população carente e enorme e penso que teremos muitos desafios para enfrentar. As consultas médicas se dão através da distribuição de fichas diariamente no mesmo turno do atendimento, e para conseguir uma ficha as pessoas chegam pela madrugada. Às vezes alguns não conseguem a ficha, então tem que retorna no outro dia, exceto as emergências que tem prioridades. Desta forma, observo o que falam meus colegas, que quem tem acesso à fila acaba consultando inúmeras vezes, enquanto, outras pessoas não procuram nosso atendimento. Outra dificuldade é que se atendem comunidades vizinhas, de fora da nossa área de abrangência e então além de haver uma superlotação, também ocorre de um usuário da nossa área não conseguir o atendimento. Como a UBS fica em um lugar estratégico, pessoas de muitos lugares vem em busca dos nossos serviços, por isso, fazemos muitos atendimentos de fora e dentro de área com demanda aberta.

Entre as 8:30 e 10:30hs faço atendimento de demanda espontânea e depois as consultas agendadas (5 ou 6) para usuários com diabetes, hipertensão, crianças, gestantes e idosos. Às vezes, acontecem situações que eu tenho que mudar o planejado e faço o que se precisa naquele momento, pois acredito que a vida e a medicina não se podem exercer seguindo de forma estrita os protocolos. As situações não previstas sempre se solucionam com uma boa escuta e união por parte da equipe. Levamos em conta que o raciocínio clínico envolve muitos aspectos: olhar, escutar, ficar atento, conversar, sorrir quando o momento permite, acolher, construir confiança, exame físico, discricção e, em minha opinião, uma mistura de experiência com muitas horas de estudo.

Dentre os muitos desafios que temos o primeiro deles seria repensar a questão do acolhimento e da acessibilidade aos serviços ofertados pela unidade, trabalhando numa outra perspectiva, talvez com agendamento de consultas daqueles que vem até a unidade e que precisam dos atendimentos. Tal assunto já foi pauta da reunião de planejamento com os ACS. Penso que, do mesmo modo, ao longo do tempo que tem que aguardar os usuários encaminhados serem avaliados

por outros especialistas, mas, na medida que melhoramos nossos serviços, acredito que diminuirá a demanda para determinadas especialidades. É uma pena que demore, já que, dessa forma, tardam o diagnóstico preciso e, conseqüentemente, o tratamento e acompanhamento adequado dos casos.

Em nossa UBS ficam bem definidas as atribuições dos profissionais, sendo profissionais inseridos na saúde pública há muitos anos, trabalham juntos há muito tempo, são amigos, mas tem bem definidos o que é amizade e o que é relação de trabalho. Predomina o respeito e juntos participamos em todas as tarefas e ações desenvolvidas pela UBS. Conhecem e participam das reuniões da identificação de grupos, famílias, indivíduos expostos a riscos, identificação de grupos de agravos (Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Tuberculose, Hanseníase) e busca ativa de usuários faltosos às ações programáticas e/ou programas existentes. Sempre falando sobre o que precisa mudar e sobre como vai agir para promover a mudança. Em nossas reuniões participam todos os membros da equipe (médico, enfermeiro, técnico / auxiliar de enfermagem e ACS). Não temos dentista.

Os cuidados em saúde, ofertados à população da área de abrangência, são realizados nos diversos espaços de produção de saúde, seja no domicílio, nas escolas, na associação de bairro/comunitária, em igrejas ou outros espaços comunitários e existe levantamento dos usuários moradores da área de abrangência que necessitam receber cuidado domiciliar (curativo, nebulização, orientações (educação em saúde e cuidados de saúde), acompanhamento de problema de saúde (revisão), aferir a pressão arterial (PA), realizar consulta médica, consulta de enfermagem ou de outro profissional de saúde, vacinação ou entregar medicamentos e busca ativa de doenças e agravos de notificação compulsória, pesquisa de casos com febre e condições ambientais de risco para doença. Realizamos atendimentos de urgências / emergências que depois são encaminhados a outros níveis do sistema, respeitando fluxos de referência e contra referência.

Percebo que precisamos investir nas ações de educação em saúde, voltadas para a promoção à saúde e prevenção de agravos. Infelizmente, ainda temos usuários que pensam e corroboram a lógica curativista e esquecem a importância do nosso fazer preventivo de forma a atuar precocemente nos fatores de risco para evitarmos justamente que sejam acometidos por doenças e/ou comorbidades

diversas. São costumes arraigados que já estão mudando em nossa unidade e na equipe de saúde.

Realizamos atividades diversas, por meio de grupos de Pré-Natal e Puericultura, idosos. Fazemos as buscas ativas de faltosos dos programas, acompanhamos usuários no domicílio, junto com outros setores da comunidade (escolas, igrejas, associação de bairro), e a população nos agradece por estas atividades de prevenção e educação em saúde. Nossa comunidade aproveita muito todas as atividades e nós também, ao mesmo tempo que as promovemos: Alimentação saudável, prática corporal/atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo à cultura de paz, promoção do desenvolvimento sustentável.

Com relação à Saúde da Criança, temos cadastrados 48 menores de um ano, aquém da estimativa do CAP, através do qual temos 62 crianças nessa faixa etária, ficando, portanto, com uma cobertura de 77%. Acredito mesmo que temos uma situação de sub-registro (cadastros), sendo um desafio no qual precisamos atuar em equipe. No entanto, aquelas cadastradas, tem um bom acompanhamento sendo que 100 % de crianças com consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, os demais indicadores ficam em o 100 % (Teste do pezinho até sete dias, Monitoramento do crescimento na última consulta, Monitoramento do desenvolvimento na última consulta, Vacinas em dia, Orientação para aleitamento materno exclusivo). Penso que precisamos investir nas ações de educação em saúde, de forma a desmistificar algumas crenças, a exemplo de pensar que a criança tem que ser gordinha para ser mais bonita ou saudável. Orientar com relação à alimentação, inserindo verduras e frutas na dieta dos pequenos. A população de forma em geral precisa, ao contrário, evitar a obesidade, doenças renais, abusos de esteróides, hábito de fumar, praticar exercícios físicos. O indivíduo deve receber um atendimento de qualidade durante toda a sua vida, o melhor é evitar, mas a prevenção é uma escola.

A atenção ao Pré-natal é realizada, principalmente pela enfermeira e pela médica da UBS, conforme os protocolos do MS. Temos cadastradas 40 gestantes, sendo que este número é bem próximo daquele estimado pelo Caderno das Ações Programáticas que seria de 46 gestantes, com uma cobertura estimada em 86%. Posso afirmar que a qualidade da atenção ao pré-natal e puerpério na minha UBS é



ótima e é realizada de forma muito organizada. A enfermeira trabalha com essa população há mais de 1 ano, conhece a maioria da população e trabalha muito unida com os ACS e com a médica. Um dos aspectos mais trabalhados se relaciona a um trabalho preventivo, com foco no risco preconcepcional, de forma a evitar que as mulheres de nossa área fiquem grávidas mulheres com doenças que possam alterar a evolução normal da futura gestação. Incentivamos o planejamento familiar, evitando a gravidez em adolescentes, ofertando métodos contraceptivos e testagem das doenças sexualmente transmissíveis (DST's). Este é um trabalho que fazemos todos os dias.

Uma vez que nossa usuária tenha engravidado, o objetivo é fazer um ótimo acompanhamento pré-natal que garanta um parto tranquilo e recém-nascido saudável. Embora tenhamos evoluído nesse sentido, a morbimortalidade materna e perinatal continuam elevadas no Brasil, incompatíveis com atual nível de desenvolvimento econômico e social do país. A gestação é um fenômeno fisiológico e deve ser vista pelas gestantes e equipes de saúde como parte de uma experiência de uma vida saudável envolvendo mudanças dinâmicas do ponto de vista físico, social e emocional. Fazemos assistência pré-natal com avaliação dinâmica das situações de risco e para identificar problemas de forma para poder atuar. Os ACS ficam atentos para as novas gestantes que surgem em nossa área e procuramos garantir que a primeira consulta seja feita no primeiro trimestre como preconizado. Das 40 gestantes acompanhadas, 24 iniciaram seu acompanhamento no primeiro trimestre e possuímos bons indicadores de qualidade sendo que a maioria tem as vacinas atualizadas, os exames laboratoriais em dia, recebem suplementação de sulfato ferroso, todas parem sem relatos de complicações, algumas com cesárea. Buscamos as gestantes que ainda não tem consulta com dentistas e orientamos com relação à importância de que realize avaliação de saúde bucal. No entanto, temos muitas dificuldades nesse sentido já que não possuímos odontólogo em nossa unidade e, dessa forma, as gestantes precisam deslocar-se para outra.

As atividades educativas se realizam por meio do grupo de gestantes, puerperais e lactantes, abordando principalmente o incentivo ao aleitamento materno, dentre outras temáticas. Como sabemos a criança que experimenta amamentação exclusiva pelo menos até os seis meses de vida apresenta menores taxas de morbimortalidade. Além disso, maiores são os efeitos benéficos tanto para a mãe quanto para seu bebê. Nossa equipe por meio principalmente das palestras

sobre parto normal e de hábitos saudáveis de vida; a importância do acompanhamento pré-natal, da consulta de puerpério e do planejamento familiar; os direitos da gestante e do pai; os riscos do tabagismo, do uso de álcool e de outras drogas; e o uso de medicações na gestação. A identificação de sinais de alarme na gravidez e o reconhecimento do trabalho de parto e, também, os cuidados com o recém-nascido.

Com relação especificamente ao puerpério temos, segundo o CAP, uma cobertura estimada em 81%, considerando que cerca de 50 mulheres realizaram consulta de puerpério nos últimos 12 meses. As puérperas são avaliadas em as primeiras semanas do período pós-parto e monitoradas sempre com o apoio dos ACS. Recebem orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido, sobre aleitamento materno exclusivo sobre planejamento familiar e tem suas mamas examinadas, bem como o abdome, seu estado psíquico e ginecológico.

Com relação ao Câncer de colo de útero, fazemos ações de educação para a saúde da mulher com orientações gerais acerca da importância da realização periódica do exame preventivo do câncer do colo uterino, por nossa enfermeira. De acordo com o CAP, temos em nossa área cerca de 550 mulheres entre 25 e 64 anos, portanto, na faixa etária para que sejam pesquisadas nesse sentido, com uma cobertura de 84% e com bons indicadores de qualidade. Além disso, todos os meses têm reuniões nas quais planejamos para buscar aquelas que não realizaram acompanhamento periódico. Atualmente temos 63% de citologia de colo de útero realizados, destas 14% atrasadas. Com resultado de exame negativo são 60% e com resultados positivos de alteração 2%.

Com relação especificamente ao Câncer de Mama, temos estimado pelo CAP, 155 mulheres entre 50 e 69 anos, portanto dentro da faixa etária para serem pesquisadas e apresentamos uma cobertura de 83%. 100 mulheres de nosso município realizaram mamografia neste ano, temos pendentes a realizar 28 mamografias, que já possuem encaminhamento mas como não é realizado em nossa UBS dependem de mamógrafos que tem outras unidades. Não se cumpre com o total estimado, já que há falta de insumos para realizar os exames, o agendamento de mamografia demora muito para serem realizados e, da mesma forma, o acesso aos resultados. Percebo que a realidade é ruim quando falamos na necessidade de realização de exames que se relacionam à atenção secundária no Brasil. Muita demora para a realização das mamografias, depois não existe um

registro específico para os resultados. Aquelas mulheres com resultados alterados são encaminhadas para o especialista e, como não se tem registros para controle, perdemos a continuidade para um acompanhamento adequado. Agora com a atualização do cadastramento, estão sendo identificadas aquelas que não a realizam ou têm atraso deste exame, orientando sobre a importância de realizá-lo.

Quanto à atenção voltada aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, penso que precisamos investir muito, em todos os sentidos. Segundo o CAP, temos 545 usuários hipertensos, no entanto, são apenas 210 cadastrados, de forma que possuímos uma baixa cobertura em torno de 39%. Do mesmo modo, com relação aos nossos usuários diabéticos, temos 156 segundo o CAP e apenas 87 cadastrados, resultando em 56% de cobertura. Os indicadores de qualidade também não se apresentam satisfatoriamente com estratificação de risco cardiovascular por critério clínico de 49% para hipertensos e 64% para diabéticos. Temos 47% de atraso às consultas de hipertensos e 13% nos diabéticos. Tentamos realizar um cuidado integral, realizando orientações sobre a importância da prevenção e todos são examinados nas consultas, sendo realizados o exame físico completo, sem esquecer a palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso, nem da sensibilidade dos pés. As consultas são agendadas a cada três meses.

Com relação à Saúde dos Idoso, nossa unidade faz atendimento todos os dias da semana. De acordo com o CAP, temos um 78% de cobertura, considerando que das 198 pessoas com mais de 60 anos de nossa área de abrangência, 154 são cadastrados. Temos bons indicadores a exemplo de termos 100% deles portando a Carteira de Saúde da Pessoa Idosa, 56% com acompanhamento em dia. Nossos idosos sempre têm prioridade de atendimento e bom acolhimento, a consulta é com muita paciência, escutando o que falam e depois o que fala o acompanhante familiar. Muitas vezes o familiar acredita que os idosos não podem falar e eu não concordo com isso. Gosto de ouvir o que eles têm a dizer de si mesmos. O exame físico é completo, sempre explorando a memória, a escuta, os movimentos. São convidados a participar das atividades com os idosos, para que dancem e falem com outros que tem as mesmas idades nas atividades de grupo. Como não temos dentista na unidade, convido a fazerem avaliação com odontólogo em unidade próxima, falamos do câncer de boca, de mama, de útero e todo o que se pode prevenir. Penso que temos que captar mais idosos para as consultas. Na maioria das vezes, o acompanhamento e avaliação dos estados permanentes ou de longa permanência

ocorrem durante as visitas domiciliares. Ficamos atentos a doenças que podem gerar um processo incapacitante, afetando a funcionalidade das pessoas idosas, ou seja, dificultando ou impedindo o desempenho de suas atividades cotidianas de forma independente. Ainda que não sejam fatais, essas condições geralmente tendem a comprometer de forma significativa a qualidade de vida dos idosos.

Na minha UBS, intensificamos as ações de atividades junto à comunidade, norteados pelos pressupostos da educação popular em saúde, sobretudo nos meses do ano nos quais temos alagamentos, com o intuito de evitarmos doenças como Leptospirose, Dengue ou as Hepatites. A população é mobilizada e participa de forma ativa nos trabalhos de controles de focos de vetores, na busca de doentes e na procura de evacuar os que moravam em áreas alagadas o de risco. Foi belo ver todos, comunidade, gestores, conselho do Bairro, governo sentirem-se parte da equipe de saúde. As informações foram disponibilizadas para a população utilizando um painel, folhetos e boletins (informação e comunicação em saúde), carros com som, comunicados orais com som, televisão local e rádio. Os agentes em canoas percorriam o bairro. Acredito que quando a comunidade se sente parte da equipe, quando é consultada sobre as atividades e quando damos prioridade às atividades educativas planejadas, pensadas e executadas junto com a comunidade, nosso panorama tende a mudar.

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

Os melhores recursos que tem a USF são que está equipada com os equipamentos necessários que tem as Unidades de Saúde da Família, a união dos profissionais que trabalham de forma coesa, os conhecimentos que tem de saúde familiar, somente precisam de orientação. Às vezes para fazer as ações, a participação de forma ativa da população, políticos, conselho do bairro e governo e os maiores desafios: ter um odontólogo na unidade. Mesmo assim, tudo mudou neste tempo do trabalho, começamos numa casa adaptada com mínimas condições e agora no mês próximo vamos ter uma nova unidade, como uma equipe de saúde, tempo atrás dos incompletos e os atendimentos aumentarão, mas também a qualidade desses atendimentos com o esforço de todos os fatores, a saúde da população melhora e acredito que todos os dias muito mais.

Realizar a Análise Situacional me permitiu uma apropriação muito maior sobre o contexto no qual estamos inseridos, sobre a rede de saúde do município, sobre a comunidade de nossa área de abrangência, do que adoecem, do que mais necessitam. Isso possibilita saber quais aspectos necessitam maiores investimentos por parte da equipe e do serviço de saúde, de forma a melhor planejarmos nossas ações de cuidado. Hoje, conheço de forma muito mais profunda a realidade que nos cerca e nossos maiores desafios e potencialidades.

O que posso falar desses 11 meses de trabalho é que fico muito feliz de trabalhar no Brasil com pessoas de outra cultura e costumes, de ter uma equipe de saúde excelente, de trabalhar com ótimos agentes, enfermeiras e auxiliares. Minha população me conhece, me identifica e legitima como sua médica. Agora falta somente investir em melhorar nossos serviços através de mudanças reais, sempre para melhor e com enorme desejo de que tudo seja para o bem da população.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) são duas das mais frequentes doenças na atualidade, estando relacionadas, dentre outros fatores, à adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade. No Brasil, são cerca de 17 milhões de portadores de HAS, 35% da população com 40 anos ou mais, e esse número cresce a cada dia. Essas patologias são responsáveis por grande parte das hospitalizações, com alto grau de mortalidade, levando a amputações de membros inferiores e representam cerca de 62,1% dos diagnósticos primários em usuários com Insuficiência Renal Crônica submetidos à diálise. Obviamente, estratégias de saúde pública são necessárias para abordagem desses fatores relativos a hábitos e estilos de vida na atenção primária de saúde, com o objetivo de reduzir o risco de exposição e trazendo benefícios individuais e coletivos. No caso do DM, os fatores predisponentes ou de risco incluem fatores genéticos, estilo e modos de vida inadequados como alimentação desequilibrada, sedentarismo, obesidade e tabagismo. Constitui-se em um dos principais fatores de risco para as complicações mais comuns como Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), além da doença renal terminal. Referencial bibliográfico

A USF Floresta Sul, localizada no município de Rio Branco (AC) conta com uma população total de 3.100 usuários em sua área de abrangência, possuindo uma equipe composta por uma médica clínica geral, 06 agentes comunitários de saúde (ACS), uma técnica de enfermagem, uma enfermeira, e uma auxiliar de serviços gerais. Trata-se de uma unidade pequena que tem uma construção antiga, constando de uma sala de espera, uma farmácia, uma sala de curativos, um

consultório médico e um consultório de enfermagem, um banheiro, uma sala de vacinação e condições estruturais fora do padrão preconizado pelo Ministério da Saúde.

Na área de abrangência da USF temos 210 Hipertensos cadastrados, o que corresponde a 39% e 87 diabéticos cadastrados, que corresponde a 56%. Em nossa unidade temos a possibilidade de incrementar a cobertura para 100% dos portadores de HAS e/ou DM. Temos uma população total de 3.100 usuários e ofertamos serviços de saúde a todos os usuários que precisam, sem restrições. As consultas dos hipertensos e/ou diabéticos são agendadas no período da manhã e da tarde, com frequência de retorno a cada três meses. Uma avaliação clínica mais completa com realização de exames complementares está indicada uma vez por ano. Nos grupos de hipertensos /ou diabéticos são realizadas atividades de educação em saúde duas vezes por mês com toda a equipe de saúde abordando temas que envolvem os fatores de risco e complicações dessas enfermidades, alimentação saudável, nutrição e a importância do tratamento longitudinal, continuado.

Este projeto de intervenção torna-se relevante pela alta incidência de usuários da área com estas doenças, pela baixa cobertura dos mesmos e pela necessidade premente de investimento na qualificação do cuidado em saúde ofertado a esses usuários. Além disso, permitirá acompanhar de forma adequada os usuários que ainda não tem diagnóstico definido, ou que tem, mas não realizam tratamento, prevenindo complicações e aumentando a qualidade de vida dessas pessoas. Toda equipe de saúde estará envolvida nesta intervenção, na medida em que sem a sua participação, não seria viável a implementação do projeto. As principais dificuldades que existem em minha unidade é que temos pouca adesão dos usuários às consultas agendadas para o controle, sendo realizadas poucas visitas domiciliares aos usuários com doenças crônicas, além do abandono do tratamento. Sabemos que o sucesso dessa proposta depende do envolvimento e engajamento de todos, a fim de dar conta dos objetivos e metas, por meio do conjunto de ações propostas. Este projeto pretende melhorar a qualidade dos cuidados em saúde ofertados aos portadores de HAS e/ou DM pertencentes à área de abrangência de nossa USF, através de ações pelas quais esperamos incrementar a cobertura e aspectos diversos relacionados à qualidade do serviço, sobretudo através das ações de promoção à saúde e prevenção de agravos.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a qualidade da atenção em saúde ofertada aos usuários com HAS e/ou DM, pertencentes à área de abrangência da USF Floresta Sul, em Rio Branco/AC.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 2.3 Metodologia

A metodologia proposta para esta intervenção será desenvolvida num período de 16 semanas na USF Floresta Sul, no município de Rio Branco/AC e envolverá ações em quatro eixos temáticos: monitoramento e avaliação; organização e gestão do serviço; engajamento público e qualificação da prática clínica. Nosso público-alvo será os usuários hipertensos e/ou diabéticos, pertencentes à área de abrangência da USF Floresta Sul e a intervenção contará com o envolvimento de toda a equipe de saúde e da comunidade.

### 2.3.1 Detalhamento das ações

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

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

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

#### Monitoramento e Avaliação

Para este eixo o médico, a enfermeira e os ACS farão os registros nas planilhas e prontuários dos usuários hipertensos e/ou diabéticos que fazem acompanhamento e aqueles que ainda precisam se cadastrar. Através também da realização das visitas domiciliares se pode fazer uma pesquisa e avaliação checando a pressão arterial a usuários maiores de 20 anos e pesquisando a glicemia com uso do glicosímetro.

#### Organização e Gestão do Serviço

As consultas serão agendadas na recepção todas as manhãs, através do acolhimento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos que cheguem da unidade. Os fluxos serão organizados de forma a garantir o registro dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa e para tanto será necessário melhorar o acolhimento desses usuários. É importante ainda, garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde e

teste de glicemia. Em nossa unidade temos todo o material necessário para a aferição da pressão arterial, temos 4 esfigmomanômetros e a gestão vai a garantir que tudo esteja em bom estado de funcionamento.

### Engajamento Público

Todas as ações referentes a este eixo serão realizadas diariamente na unidade pelo conjunto de profissionais da equipe - médico, ACS, enfermeira, seja em consultas, visitas domiciliares ou em conversas na recepção, também através de ações educativas de orientação e informação para os usuários. Será importante informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes da unidade de saúde, informar sobre a importância de aferir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente e realizar hemoglicoteste em consulta para todos os diabéticos. A comunidade será ainda orientada sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

### Qualificação da Prática Clínica

A proposta é que possamos capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde e capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e adequada verificação da glicemia na consulta. As atividades previstas serão planejadas pela enfermeira, médico e grupo municipal de promoção de saúde. Também temos como objetivo aferir a pressão arterial de todos os usuários com mais de 20 anos, independente da causa de sua consulta. Também realizaremos a capacitação de toda a equipe a fazer glicose teste para os diabéticos que precisem.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Monitoramento e Avaliação

Em todas as consultas em nossa unidade será feito o exame clínico, com indicação dos exames laboratoriais apropriados para todos os hipertensos e/ou diabéticos a cada 3 meses, incluindo fundo de olho e ECG. Em nossa área temos muita dificuldade com o cumprimento dessas ações porque os exames depois de indicados demoram mais de 15 dias para dar seus resultados o mesmo acontece com atendimento odontológico porque nossa unidade não dispõe deste profissional e temos de encaminhar os usuários para a unidade mais próxima e demora muito o seu atendimento. Também faremos um monitoramento do acesso aos medicamentos da Farmácia Popular, com a ajuda dos ACS, a enfermeira e o funcionário administrativo. Geralmente, eles têm garantido seus medicamentos completos para o mês. Dessa forma, penso que não teremos problemas no cumprimento dessas ações. O técnico da farmácia já tem cadastrado todos os hipertensos e/ou diabéticos com seu respectivo tratamento.

### Organização e Gestão do Serviço

Serão definidas as atribuições para cada um dos membros da equipe durante a realização das consultas, que terão apoio dos ACS e da enfermeira da unidade. O médico realizará o acolhimento, aferição de pressão arterial, tomada de peso, cumprimento a todos os usuários. Todos os recursos serão garantidos pela gestão da unidade.

Serão organizadas as ações para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e/ou diabéticos. Em cada consulta o médico realizará como parte do exame físico o exame bucal de cada usuário e, de acordo a sua necessidade, o usuário será encaminhado à enfermeira que irá programar seu

atendimento odontológico. Além disso, será organizada a agenda de saúde bucal para a realização do atendimento dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Importante destacar que em nossa unidade dependemos, em parte, do trabalho de unidades vizinhas. A técnica administrativa coordena e planeja as consultas com outros serviços e depois os ACS sinalizam nas casas aos familiares. Os ACS e o médico registram nos prontuários quando são realizadas consultas em outra unidade.

### Engajamento Público

Os usuários hipertensos e/ou diabéticos, além da comunidade serão orientados quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, nos diversos espaços e momentos de produção de saúde. Serão orientados ainda quanto à necessidade de realização de exames complementares e quanto à periodicidade para a realização dos mesmos. Estas 3 ações se realizam mediante as palestras semanais na unidade de saúde, em formato de sala de espera, também na consulta e nas visitas domiciliares. Receberão, ainda, orientações quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular e possíveis alternativas para obter este acesso e sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal.

### Qualificação da Prática Clínica

Ocorrerá mensalmente, um processo de capacitação planejado pela enfermeira, o médico e grupo municipal de promoção de saúde. Também ações com a comunidade todos os meses. Não temos odontólogo. Após avaliados e em caso de necessidade, serão feitos os devidos encaminhamentos para a unidade mais próxima. Essas capacitações incluirão em seu programa: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado; capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares; realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes; capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular e capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

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

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

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

#### Monitoramento e Avaliação

O médico, a enfermeira e os ACS anotarão nos registros, planilhas e prontuários dos hipertensos e/ou diabéticos que tem acompanhamento e a periodicidade das consultas programadas, também os que ainda precisam se cadastrar. Pelos registros, teremos o controle e faremos o planejamento de cada consulta dos usuários cada 3 meses, incluindo a realização dos exames complementares, também a cada 3 meses.

#### Organização e Gestão do Serviço

Serão organizadas visitas domiciliares para buscar os faltosos, com a participação de todos os membros da equipe, incluindo o médico, os ACS, a enfermeira. Temos agendadas as visitas domiciliares para buscar os faltosos. Será ainda organizada a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares. As consultas novas serão planejadas para a tarde, dispondo de mais tempo, organizando o fluxo e de forma que os usuários sejam melhor acolhidos.

#### Engajamento Público

Todos contribuirão para as ações previstas para o eixo engajamento público. A médica, os ACS, a enfermeira, seja nas consultas, visitas domiciliares ou mesmo em conversas na recepção. Também aproveitamos as reuniões com o Conselho de Saúde da Comunidade, lembrando que as consultas novas são planejadas para a tarde com mais tempo disponível e garantindo melhor acolhimento. Nas palestras e conversas diárias na sala de espera e na consulta falamos sobre a necessidade de comparecer à consulta periodicamente, assim como sobre os riscos e complicação advindas da HAS e/ou DM. Também serão conduzidas estratégias visando reduzir a evasão dos usuários, garantindo a longitudinalidade do cuidado.

### Qualificação da Prática Clínica

Ocorrerá mensalmente, um processo de capacitação planejado pela enfermeira, o médico e a equipe municipal de promoção de saúde, envolvendo todos os membros da equipe, com foco nas ações planejadas para esta intervenção e voltadas, sobretudo, para os ACS.

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

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

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

### Monitoramento e Avaliação

A médica, a enfermeira e os ACS anotarão nos registros, planilhas e prontuários dos Hipertensos e/ou diabéticos que são acompanhados pela unidade, incluindo a periodicidade das consultas programadas e também aqueles que ainda precisam cadastrar-se. Todas as segundas-feiras à tarde, a enfermeira, o técnico de enfermagem e o médico estarão reunidos para revisar todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos que compareceram às consultas na semana anterior para que todos tenham seus prontuários atualizados e que sejam incluídos na ficha de cadastro o devido acompanhamento de sua doença.

### Organização e Gestão do Serviço

O médico, a enfermeira e os Agentes Comunitários anotarão nos registros planilhas e prontuários dos hipertensos e diabéticos que tem acompanhamentos e a periodicidade das consultas programadas e atualizadas, também os que ainda precisa cadastrar-se, aqueles com atraso na realização de exame complementar, ou em caso de não realização de estratificação de risco, além de alimentar o SIAB. Tudo está bem planejado. Toda a equipe conhece o trabalho com o registro das informações e ficha de acompanhamento. Uma das agentes de saúde será encarregada e responsável por revisar e monitorar o cumprimento dos registros feitos na unidade isso e realizado

semanalmente os faltantes às consultas e os que têm atraso nos complementares e estratificação de risco.

#### Engajamento Público

Acontecerá mensalmente em encontro com a comunidade planejado pela enfermeira, pelo médico e pela equipe municipal de promoção de saúde. Faremos encontros nos quais estão previstos os debates acerca dos direitos em relação ao acesso aos seus registros de saúde. Tais ações também serão realizadas pelos ACS junto à comunidade durante as visitas domiciliares.

#### Qualificação da Prática Clínica

Acontecerá todos os meses, capacitação planejada pela enfermeira, o médico e grupo municipal de promoção de saúde. A atividade visa capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas e deverá envolver toda a equipe de saúde. Isso visa garantir não somente a manutenção e adequação dos registros realizados no âmbito da unidade, bem como melhorar a qualidade desses registros.

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

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

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

#### Monitoramento e Avaliação

Em nossa unidade a médica, a enfermeira e os Agentes Comunitários de Saúde anotarão nos registros, planilhas, prontuários e mapa das pessoas hipertensas e/ou diabéticas que tem maior risco de morbimortalidade, acompanhamentos e a periodicidade das consultas programadas , também os que ainda precisa cadastrar-se. Essa avaliação deverá ser realizada uma vez ao ano e será conduzida pela enfermagem e pela médica da unidade.

#### Organização e Gestão do Serviço



Em nossa unidade a médica, enfermeira e os ACS anotarão nos registros, planilhas, prontuários e mapa das pessoas hipertensas e diabéticas que tem maior risco de morbimortalidade, acompanhamentos e a periodicidade das consultas programadas, também os que ainda precisa cadastrar-se. Esses usuários deverão ter prioridades para atendimento sempre e para isso, precisaremos revisitar nossos processos de trabalho, visando garantir e melhorar os fluxos. Os usuários de alto risco terão prioridade em seu atendimento. Por exemplo: as visitas domiciliares não serão por data rígida, ocorrendo sempre que o usuário precise delas, também quando chegam e se faz controle de sua pressão ou teste de glicose e estiver elevada, passarão à consulta de imediato, sem ter que esperar todo o fluxo de programação. Funcionará como um acolhimento com classificação de risco, tendo em vista, inclusive garantir a equidade de acesso aos serviços de saúde ofertados pela unidade. Quando eles precisam de avaliação por outra especialidade por conta de seu risco cardiovascular, serão feitos os encaminhamentos necessários pela técnica administrativa.

#### Engajamento Público

Todos os membros da equipe estarão envolvidos nas ações desse eixo, seja durante as consultas, as visitas domiciliares e mesmo nas conversas na recepção, realizando orientações quanto ao nível de risco do usuário, sendo explicadas a importância do comparecimento às consultas programadas sem atraso. Serão levados conteúdos sobre a importância de se manter uma alimentação saudável, realizar atividade física regular. As ações de educação em saúde visam difundir no seio das populações o conhecimento dos fatores fundamentais para melhorar, conservar e promover a saúde individual e coletiva através da mudança consciente e duradoura do comportamento em relação aos problemas de saúde. Não se pode restringir a uma mera atividade de informação.

#### Qualificação da Prática Clínica

Acontecerão em todos os meses da intervenção encontros planejados pela enfermeira, pela médica e pelo grupo municipal de promoção de saúde nos quais faremos capacitação com toda a equipe para conhecer os principais fatores de risco da

hipertensão e diabetes e poder neles atuar, buscando modificar hábitos. Poderão ser realizadas conversas coletivas ou individuais junto à população, na unidade ou nas visitas domiciliares. Toda a equipe de trabalho da unidade conhece a importância de realizar corretamente os registros acerca da avaliação de risco hipertensos e/ou diabéticos. Nossa equipe tem capacitação uma vez ao mês para o controle de fatores de risco.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Monitoramento e Avaliação

Serão definidos os papéis de cada membro da equipe, de forma a dar conta desse eixo, referente as ações desse eixo. Serão realizadas orientações em todas as abordagens junto aos usuários, contemplando todos os momentos de produção de saúde, durante as consultas e visitas domiciliares ou nas conversas sobre orientação nutricional, sobre a importância da realização da atividade física regular e sobre os riscos do tabagismo e orientações sobre higiene bucal. A realização das orientações deverá ser registrada para monitoramento dos temas trabalhados.

### Organização e Gestão do Serviço

Serão definidos os papéis de cada membro da equipe. A Promoção da Saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, envolvendo elementos de participação popular no controle deste processo. A educação para a saúde é uma atividade que visa difundir no seio das populações o conhecimento dos fatores fundamentais para melhorar, conservar e promover a saúde individual e coletiva através da mudança consciente e duradoura do comportamento em relação aos problemas de saúde. Serão organizadas práticas coletivas sobre alimentação saudável e para orientação de atividade física. Serão demandadas junto ao gestor as necessárias articulações institucionais para envolver nutricionistas nas atividades e também para garantir a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo". Será necessário ainda, organizar o tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações também em nível individual.

### Engajamento Público

Acontecerão mensalmente atividades junto à comunidade que serão planejadas pela enfermeira, pela médica e pelo grupo municipal de promoção de saúde. Serão feitas orientações nutricionais / alimentação saudável, sobre a importância da realização de orientação para atividade física regular e sobre os riscos e sobre a existência de tratamento para abandono do tabagismo e orientações sobre higiene bucal. Tais ações também serão realizadas pelos ACS junto à comunidade durante as visitas domiciliares.

### Qualificação da Prática Clínica

Acontecerão em todos os meses da intervenção encontros planejados pela enfermeira, pelo médico e pelo grupo municipal de promoção de saúde nos quais faremos capacitação com toda a equipe para orientar os usuários corretamente com relação a alimentação saudável, sobre importância da prática de atividade física regular, sobre o tratamento para abandonar o tabagismo e sobre higiene bucal. Todos deverão dominar as metodologias de educação em saúde necessárias para realizar as ações desse eixo.

### 2.3.2 Indicadores

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura da Atenção aos Hipertensos e Diabéticos

**Meta 1.1** Ampliar para 100% o cadastro dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e DM da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

**Indicador 2.1.** Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado / Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

**Indicador 2.2.** Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado / Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia / Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia / Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular / Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos

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

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

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico / Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico / Denominador: Número total de diabéticos inscritos no Programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa / Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

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

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

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa / Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento / Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável / Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

**Indicador 6.2.** Proporção de diabéticos com orientação

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável / Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física / Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física / Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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



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

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo / Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo / Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal / Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal / Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **2.3.3 Logística**

A fim de implementar nosso projeto de intervenção com foco na melhoria da atenção em saúde ofertada aos usuários portadores de HAS e/ou DM, vamos adotar o Protocolo de Saúde de Hipertensão e Diabetes do Ministério da Saúde - Caderno de Atenção Básica N<sup>o</sup> 36, DIABETES MELLITUS - Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica (2013) e o Caderno de Atenção Básica N<sup>o</sup> 37, HIPERTENSÃO

ARTERIAL SISTEMICA - Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica (2013), disponibilizados pelo MS.

Para organizar o registro específico da intervenção e viabilizar a coleta de todos, os dados o médico, enfermeira e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) utilizarão os cadastros, prontuários e ficha espelho (anexo X) dos hipertensos e diabéticos. Todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção que não existem nas fichas espelhos como: saúde bucal, serão anotados em fichas complementares (anexo Y) que são impressas e organizadas pela técnica administrativa. Temos também o protocolo impresso e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando seja necessário. A unidade está organizada para acolher e realizar as consultas a todos os hipertensos e/ou diabéticos que busquem nossa unidade.

Todos os dias a enfermeira revisará o livro de registro, identificando todos os hipertensos e diabéticos que vieram ao serviço nos últimos 3 meses. A profissional junto com os ACS localizará os prontuários e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso, vacinas em atraso e visitas domiciliares. Todos os dias, os profissionais que ficarem na recepção, irão ajudar na atualização das informações do SIAB.

Os ACS revisarão mensalmente os prontuários e das fichas espelhos juntos com o médico (responsável pela intervenção) para consolidar as informações e anotá-las na planilha eletrônica (anexo Z) todas as consultas. A enfermeira e médico farão o monitoramento e a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual, realização do hemoglicoteste em todos os hipertensos e/ou diabéticos acompanhados pela unidade de saúde. Importante destacar que temos os recursos disponíveis (balança, antropômetro, Tabela de Snellen). Ficarão definidas as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico e os ACS ajudarão nas orientações, tomada de peso, altura. A enfermeira com aferição de pressão arterial ou outro exame que se precise. Os novos são acolhidos e agendados as consultas para as tardes. A enfermeira e o médico irão acolher os usuários, realizar a aferição da pressão arterial, tomada de peso.

Ficarão garantidas a referência de usuários com riscos de complicações e alterações neurológicas ou circulatórias, bem como daqueles que necessitem de acompanhamento odontológico para melhorar a saúde bucal. Destaco que já foram

realizadas as devidas articulações junto à URAP e odontólogos de unidades vizinhas. A técnica administrativa coordenará e planejará as consultas e depois os ACS avisam nas casas ou o familiar para o comparecimento à consulta agendada.

O médico, com ajuda da enfermeira e os ACS, irão disponibilizar a Caderneta de Saúde da Pessoa hipertensa e/ou diabética e monitorar os registros.

O médico, enfermeira e os Agentes Comunitários anotarão nos registros, planilhas, prontuários e mapa das pessoas hipertensas e diabéticas que possuem maior risco de morbimortalidade, acompanhamentos e a periodicidade das consultas programadas, também os que ainda precisam se cadastrar.

Para capacitar a equipe e esclarecer a comunidades sobre a importância dos hipertensos e diabéticos realizarem acompanhamento periódico, facilidades de realizá-lo na unidade de saúde, orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, a realização de orientação de atividade física regular ou outros temas. Todas as atividades já planejadas e em acordo com a equipe.

Segue abaixo, planilha elaborada pela equipe para organizarmos os aspectos da Logística e melhor orientar nossos processos de trabalho.

<b>AÇÃO</b>	<b>RESPONSÁVEL PELA AÇÃO</b>	<b>DATA DE CUMPRIMENTO / PRAZOS</b>
Revisar o registro e coleta de dados de ficha de hipertensos e diabéticos e de espelho disponíveis.	Médico e enfermeira	Uma vez por semana
Elaborar ficha complementar para anexar a ficha de espelho (que contem saúde bucal e classificação de risco de hipertensão e diabetes).	Médico e enfermeira	Em articulação com o gestor municipal
Fazer contato com o gestor municipal para imprimir as fichas complementares.	Técnica administrativa	Já realizado na primeira semana do mês de Janeiro
Identificar todos os hipertensos e diabéticos que vieram a consulta últimos 3 meses.	Enfermeira	Todos os dias
Realizar o primeiro monitoramento anexando consulta atraso, exame clínico e laboratoriais em atraso e visitas domiciliares.	Médico, enfermeira e ACS	Semanalmente

Fazer monitoração e avaliação multidimensional.	Médico, enfermeira e ACS	Todos os meses
Fazer planilha eletrônica na todas as consultas	Médico, enfermeira	Todos os dias
Fazer capacitação da equipe	Médico, enfermeira e grupo de promoção de saúde municipal.	Todos os meses
Fazer ações de capacitação da comunidade.	Médico, enfermeira e agentes de saúde.	Todos os meses
Encaminhamento odontológico para unidade vizinha.	Planejada pela técnica administrativa	Semanalmente
Encaminhamento de usuários com risco de complicações.	Planejada pela técnica administrativa	Quando se precise
Controle de peso e pressão arterial em cada consulta.	Enfermeira e médico	Diariamente
Atualizar caderneta de saúde de hipertensos e diabéticos.	Agente, enfermeira e médico	A cada consulta
Anotar em prontuários, planilhas e fichas de controle a data de próxima consulta e risco de morbimortalidade.	Médico, enfermeira e agentes	Todos os dias
Atualizar diariamente as informações do SIAB	Médico, enfermeira e agentes	Diariamente

Figura 1: Quadro de ações, ações, responsáveis e datas da intervenção.

### 2.3.4 Cronograma

AÇÕES	SEMANAS															
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16
Capacitação dos profissionais da UBS sobre o protocolo.	X				X				X				X			
Estabelecimento do papel de cada profissional	X															
Cadastramento dos usuários.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Contato com lideranças comunitárias solicitar apoio.	X				X				X				X			
Atendimento clínico	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Grupo				X				X				X				X
Capacitação dos ACS	X				X				X				X			
Busca ativa dos faltosos às consultas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoramento da intervenção.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Figura 2: Quadro de cronograma da intervenção

### **3 Relatório da Intervenção**

Neste momento em que tratamos do Relatório da intervenção é oportuno destacar e esclarecer, que a presente intervenção estava prevista inicialmente para ser realizada em 16 semanas. No entanto, ocorreu em 12 semanas, seguindo orientações da coordenação geral do curso de Especialização em Saúde da Família, UNASUS/UFPEL. Essa redução de semanas teve o intuito de ajustar a intervenção ao cronograma do curso.

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

A intervenção foi realizada num período de 12 semanas e, baseados no cronograma construído, buscamos cumpri-lo, sendo realizadas todas as ações propostas. No eixo de monitoramento e avaliação para cumprir os objetivos e metas traçadas, fizemos o monitoramento da cobertura de detecção de usuários hipertensos e diabéticos, monitoramos os exames laboratoriais em dia e que estivessem adequados para cada usuário, cumprindo com a periodicidade da realização destes exames previstos, segundo estabelecem os protocolos do ministério de saúde. Monitoramos também, a qualidade dos registros de usuários hipertensos e/ou diabéticos e a avaliação de riscos de cada um deles, que receberam orientações sobre sinais de alerta para as duas doenças. Todos os usuários acompanhados na unidade de saúde receberam orientações sobre os fatores de risco para hipertensão e/ou diabetes, durante as consultas ou visitas domiciliares realizadas pela equipe.

Para cumprirmos as ações destinadas relacionadas à organização e gestão do serviço, acolhemos e cadastramos todos os usuários hipertensos e diabéticos na unidade básica de saúde na área de cobertura por demanda espontânea e demanda induzida, tendo sido preenchida uma ficha espelho para cada usuário.

Todos foram acolhidos corretamente e após o acolhimento, fazíamos uma revisão no livro de registros e preenchíamos a ficha espelho, com seus dados. Foi organizado um arquivo para acomodar os resultados os exames e a enfermeira foi a responsável pelo monitoramento das adequabilidades dos registros com ajuda dos ACS.

Tivemos muitas dificuldades com as fichas espelhos e, embora eu tivesse questionado por diversas vezes, precisei imprimir com recursos próprios muitas fichas espelhos. Havia sido feita uma articulação com a gestão municipal, no sentido do compromisso de manter o envio das fichas em quantidade suficiente, mas, infelizmente, na prática não ocorreu assim. Então, além das fichas espelhos, como estratégia, buscamos manter as informações do sistema de atenção básica atualizadas nos prontuários ou em fichas próprias.

Os usuários com maior risco de complicações foram classificados, estabelecendo um acompanhamento diferenciado, priorizando as vagas para realizar exames e atendimento clínico em nosso posto de saúde e sendo encaminhados para acompanhamento por especialistas, quando necessário, como, por exemplo, cardiologista e endocrinologista. Fizemos visitas domiciliares aos usuários, com busca ativa de faltosos às consultas e com o objetivo também de pesquisar casos novos, fizemos indicação de exames laboratoriais a realizar em usuários que demoravam em comparecer à UBS para estes procedimentos, além de atendimento clínico a todos os usuários visitados.

Fizemos muitas atividades de educação em saúde, como as palestras junto à comunidade com o objetivo de esclarecer a importância destas duas doenças crônicas, de seus fatores de risco e complicações, da realização dos exames laboratoriais e exame clínico em dia na população de maior risco e com a periodicidade preconizada para a realização destas. Destaco que durante toda a intervenção buscamos estratégias para garantir a realização destes exames e que nas últimas semanas da intervenção criamos uma estratégia muito satisfatória, que gerou bons resultados. Dessa forma, começamos a realizar as coletas de exames de laboratório em nossa USF com ajuda de URAPI – Hidalgo Lima. Os ACS junto com toda a equipe visitaram casa por casa de toda a comunidade para evitar o número excessivo de usuários faltosos e para que todas assistam a UBS a fazer seus exames.

Também adotamos estratégias em minha UBS dando mais vagas para atendimento diário e disponibilizando de material suficiente para atendimento dos mesmos, sempre em coordenação com a enfermeira e equipe de saúde. Coordenamos com alguns agentes comunitários de saúde que tem transporte próprio para que ajudassem a levar algumas pessoas que tinham algumas limitações e todos os agentes comunitários de saúde tiveram um papel fundamental nesse processo. Muitas foram as vezes nas quais os ACS marcavam as vagas na unidade para fazer exames laboratoriais dos usuários hipertensos e/ou diabéticos com atraso de exames e depois os levavam em casa, garantindo a assistência deles. Também acompanharam os usuários para fazer o exame e depois se encarregavam de retornar o resultado e mostrar ao médico na consulta.

Todos os usuários foram orientados sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde no serviço e sobre a possibilidade de solicitação de segunda via, caso necessário.

Durante toda a intervenção se ofereceram medidas para modificar e combater os fatores de risco destes usuários, realizando atividades de promoção de saúde com o objetivo de diminuir as doenças e complicações na comunidade. Fizemos atividades em grupos de hipertensos e/ou diabéticos falando sobre alimentação saudável, prática de exercícios físicos, evitar o stress, palestras educativas, se ofereceram lanches com frutas para estimular alimentação saudável, fizemos na comunidade atividades com eles com a finalidade de evitar as complicações das doenças, também para prevenir e diminuir a incidência e prevalência delas, a higiene adequada, diminuir o consumo de álcool, drogas, diminuir a quantidade de pessoas fumantes e explicar os riscos para sua saúde e a de sua família.

Realizamos palestras na sala de espera da UBS, que foram feitas quase todos os dias da semana, sempre pela manhã e delas participavam a médica, a enfermeira, técnicas de enfermagem e os ACS. Informamos para toda a comunidade a existência em nossa unidade de saúde, do programa de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos, informando as atividades e ações realizadas por nosso projeto de intervenção, falamos com a comunidade da função de cada membro de nossa equipe de saúde. Colocamos ainda, cartazes nos murais para falar sobre a existência do programa, fizemos contatos com líderes informais e algum líder formal sobre a existência de nosso programa, para que eles nos



apoiassem com a divulgação. Tivemos o apoio positivo da comunidade e das lideranças de nossa área, ficando nossa equipe muito feliz por isso.

Para qualificar a prática clínica, realizamos ações que visaram capacitar a equipe para ofertar informações, no acolhimento dos usuários e se acolheram todos os usuários, sendo orientados sobre a periodicidade e importância da realização dos exames de laboratório em dia e exame clínico em dia. Além disso, se atualizou a enfermeira, na coleta dos exames de laboratório de acordo aos protocolos do ministério de saúde, ao controle de peso em cada consulta, com aferição de pressão arterial e atualização de vacinas nas consultas.

Disponibilizaram-se os protocolos técnicos adequados para o manejo dos resultados destes exames e seguimentos deles se foram alterados.

Realizamos encontros na unidade de saúde, nos quais fizemos capacitação para toda a equipe durante as semanas de intervenção, com duração de duas horas cada, na própria unidade, sendo que esses encontros tiveram início nas duas semanas anteriores à intervenção, e prosseguiram, uma vez por semana. Para isto foram reservadas 2 horas ao final do expediente no horário tradicionalmente utilizado para a reunião. Iniciamos esse trabalho com a capacitação destinada aos ACS e a toda a equipe para o registro adequado das informações sobre os usuários hipertensos e/ou diabéticos de nossa unidade e se fez os registros adequadamente com todas as informações necessárias. A equipe foi capacitada e realizou avaliação de risco em todos os usuários para estas doenças e possíveis modificações e orientar sobre a prevenção de complicações.

No curso da intervenção se apresentaram muitas dificuldades que pouco a pouco fomos vencendo, a exemplo do déficit de vagas para os exames laboratoriais e a demora de entrega dos resultados, assim como a demora do acompanhamento dos usuários para outra especialidade que precisamos encaminhar. Outra dificuldade foi com relação ao retorno dos usuários encaminhados, tarefa muito difícil para conseguir, pois as vezes eles retornavam para pedir outro encaminhamento porque não foram chamados em tempo hábil. Também a enfermeira teve faltas repetitivas ao trabalho, o que dificultou também a realização sistemática e contínua de suas ações. Do mesmo modo, aconteceu com os agentes de saúde. Outra dificuldade foi com relação ao atendimento odontológico, muita dificuldade com a avaliação odontológica dos usuários hipertensos e diabéticos pois nossa unidade é, na verdade, uma casa adaptada e não temos

odontólogo, temos que enviar os usuários para atendimento em URAP mais próxima, tendo sido feito, como já relatado, prévia articulação.

Tivemos facilidades também que ajudaram a amenizar um pouco as dificuldades. Toda a equipe se mostrou entusiasmada, apoiando e trabalhando na intervenção. Os gestores ajudaram com alguns materiais necessários, disponibilizando carros quando se precisou para transportar os usuários que não tinham condições de se deslocar sozinhos, reservando as vagas para nossos usuários na clínica odontológica, apoiando prioridade a estas e diminuindo no tempo entre fazer os exames laboratoriais e chegar os resultados destes.

Outro desafio enfrentado em nossa UBS no último período da intervenção, foi a falta de algumas medicações, como o Losartana de 50 mg.

Durante a intervenção, tivemos em uma ocasião a participação da equipe do NASF, o Psicólogo e Fisioterapeuta que realizaram palestras em relação prática do exercício físico e drogas lícitas e não lícitas.

A intervenção representou para nossa equipe uma experiência maravilhosa, pois nos permitiu conhecer qual é a realidade existente em nossa comunidade, nos ajudou a organizar nosso trabalho com atendimento de hipertensos e/ou diabéticos, a equipe ficou mais unida, mais fortalecida com nossa intervenção, trouxe-nos novos conhecimentos em relação ao manejo com os usuários destas doenças crônicas, segundo os protocolos do ministério de saúde. Com maior conhecimento em relação aos exames, à periodicidade deles, sobre fatores de risco, sintomas de alarme destas doenças, avaliação de risco, a importância de ter estes exames em dia, como fazer mudanças de hábitos e estilos de vida como criar estratégias para melhorar a saúde, também fiz com que cada um dos integrantes da equipe, estivesse capacitado para abordar os usuários orientando-os sobre sua doença e a importância de fazer os exames e assistir às consultas para atendimento clínico. Foi útil e também colaborou conosco para fomentar uma estratégia para melhorar o acolhimento de cada usuário que chegasse a nossa UBS. A intervenção nos permitiu ampliar a cobertura de atenção a hipertensos e diabéticos, melhorar a qualidade na atenção, melhorar a adesão dos usuários, promover a saúde através de palestras educativas feitas junto à comunidade. Com a intervenção a equipe melhorou os registros das informações destes usuários e nos permitiu mapear os usuários de riscos, por primeira vez foi realizada em nossa unidade básica de

saúde e foi realizada em uma ação programática tão deficiente que, na medida em que avançava o trabalho, nos dávamos conta que os registros não eram fiéis.

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

Foram desenvolvidas todas as ações previstas no projeto. No tempo que ficamos alagados continuamos o trabalho e a intervenção em locais como escolas, barcos, igrejas, carpas, tudo improvisado, mas sempre seguimos adiante e continuávamos realizando as ações previstas.

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

Em relação às dificuldades apresentadas para a realização dos registros e sistematização dos dados nas fichas espelho e planilha de coleta de dados, eu posso dizer que neste aspecto eu tive algumas dificuldades com o preenchimento. Precisei imprimir com recursos próprios e também com ajuda de uma agente comunitária de saúde, algumas fichas espelhos, depois a secretaria de saúde enviou, mas não foram suficientes. Embora tenhamos feito uma articulação prévia, firmando esse compromisso a fim de garantir o quantitativo de fichas, o envio foi feito de pouco em pouco. Conseguimos garantir os registros de todos os dados necessários para o trabalho no prontuário de cada usuário.

Na planilha de coleta de dados tivemos algumas dificuldades que, com a ajuda do orientador foram resolvidas. Fechamos todas as planilhas de coletas de dados a cada semana e cálculo dos indicadores. Trabalhamos todos os indicadores previstos, sendo que a maior dificuldade encontrada nesse sentido foi com relação ao atendimento odontológico, muita dificuldade com a avaliação odontológica dos usuários, pois não temos odontólogo, e tivemos que enviar nossos usuários para atendimento em URAP mais próxima, mediante articulação prévia.

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

A intervenção já se encontra totalmente inserida na rotina de funcionamento da unidade. A população já conhece o trabalho que fazemos com os hipertensos e/ou diabéticos e nossa equipe mantém o entusiasmo

A intervenção para nossa equipe representou uma experiência maravilhosa, pois nos permitiu conhecer qual é a realidade existente em nossa comunidade, nos

ajudou a organizar nosso trabalho e os atendimentos e a equipe ficou mais unida, mais fortalecida com nossa intervenção. Para mim, como médica da UBS Floresta Sul, nossa intervenção foi uma experiência única e inesquecível, pois me permitiu chegar a cada uma dos usuários hipertensos e/ou diabéticos antes expostos, fazer uma avaliação integral, escutar seus problemas de saúde, trocar experiências e conhecimentos com todos os usuários, fazer uma consulta com muita qualidade; examinar os usuários em cada atendimento clínico, ajudar a melhorar a saúde de todos eles, através de modificações em seus estilos de vida, fazer palestras educativas para promover hábitos e estilos de vida saudáveis, fazer visitas domiciliares a usuários acamados e atendimento clínico aos mesmos.

Cada gesto de agradecimento, cada sorriso no rosto dos usuários, fez com que eu adorasse a intervenção que foi feita pela equipe. Eu estou muito feliz, porque tenho certeza que nossos objetivos foram cumpridos, que de forma geral foi melhorar a atenção dos usuários hipertensos e/ou diabéticos em nossa comunidade. A intervenção também permitiu superar-me profissionalmente e fazer com que eu seja uma melhor pessoa, que cada dia ame mais a minha profissão e meus usuários, que são a razão de nosso trabalho.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A área coberta pela UBS Floresta Sul é muito extensa e, portanto, as distâncias dificultam o acesso a determinadas áreas, embora sempre busquemos alguma estratégia para chegar, a fim de garantir o acesso de todos aos cuidados em saúde. Com uma população de 3.100 habitantes, iniciamos a nossa intervenção com um objetivo de contemplar com o programa um total de 210 usuários com hipertensão e 87 portadores de diabetes mellitus, que seriam então cadastrados e acompanhados de forma sistemática.

Ao longo da intervenção nossa equipe adquiriu conhecimentos e experiência e fomos aumentando o número de cadastros semanais e atendimentos. Atingimos em 12 semanas um total de 190 pessoas cadastradas, dos quais 145 com hipertensão e 84 com diabetes.

#### **Objetivo 1**

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

A meta a atingir em usuários com hipertensão era de 210 usuários. Conseguimos ampliar progressivamente o número de usuários contemplados pela intervenção, atingindo um total de 145 no final da intervenção, correspondendo a uma cobertura de 69%. No primeiro mês, conseguimos cadastrar 43 usuários hipertensos correspondendo a 9,1%, no segundo mês foram 80 cadastrados, ou seja, 17%, e no terceiro mês alcançamos 145 usuários para chegando a 30,8% (Figura 1). Apesar de ter sido um bom indicador não alcançamos a meta proposta porque, como dissemos, nosso período de intervenção, inicialmente previsto para

16 semanas, foi reduzido para 12, de forma que comprometeu o tempo que teríamos disponível para investir nesta ação. Por outro lado, no curso da intervenção, tivemos algumas dificuldades que pouco a pouco fomos vencendo, como por exemplo, a enchente do Rio Acre que afetou muito nosso trabalho. Nossa equipe realizou ações positivas para ter esses resultados, se acolheram e se cadastraram os usuários hipertensos e na unidade básica de saúde na área de cobertura por demanda espontânea e demanda induzida, e preenchendo uma ficha espelho para cada usuário. Fizemos uma revisão no livro de registros e preenchemos a ficha espelho, com seus dados. Organizamos um arquivo para acomodar os resultados os exames e a enfermeira ficou responsável pelo monitoramento dos registros com ajuda dos ACS. Tivemos o apoio positivo da comunidade e das lideranças de nossa área. Realizamos encontros na unidade de saúde, onde fizemos capacitação para toda a equipe durante as 12 semanas, refletindo num maior cadastramento de usuários e com melhor qualidade.

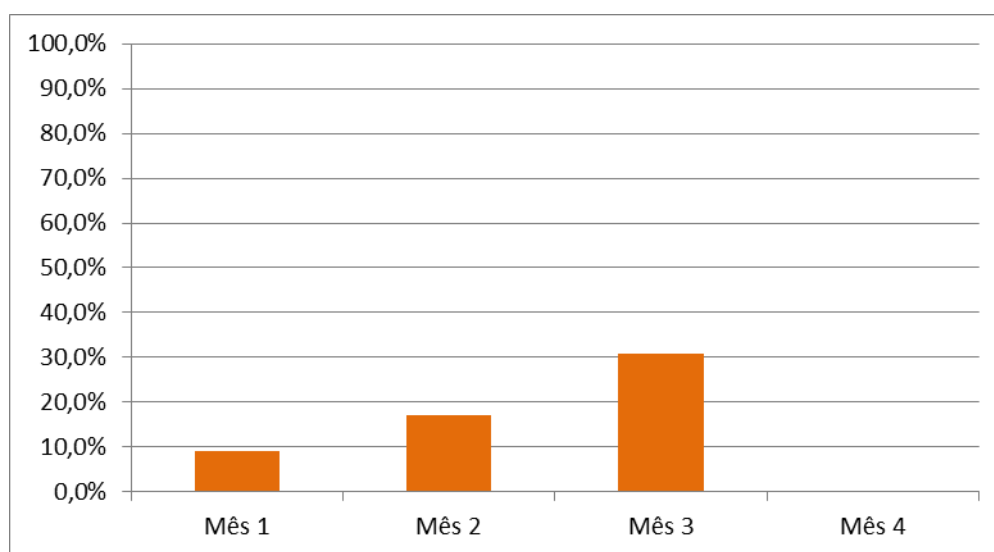


Figura 1 - Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na USF Floresta Sul, Rio Branco/AC.

Fonte: Planilha Final de Coleta de Dados - 2015.

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

Com relação à cobertura especificamente dos usuários diabéticos, nossa meta era atingir total usuários. No primeiro mês, 28 usuários foram cadastrados

atingindo 24,1%. No segundo mês, evoluímos para 48 diabéticos, correspondendo a 41,4% e, finalmente chegamos ao terceiro mês tendo alcançado 84 diabéticos, contemplando 72,4% de nossa meta (Figura 2). Os motivos e circunstância que influenciaram positiva ou negativamente para estes resultados coincidem com aqueles supracitados para a cobertura dos hipertensos.

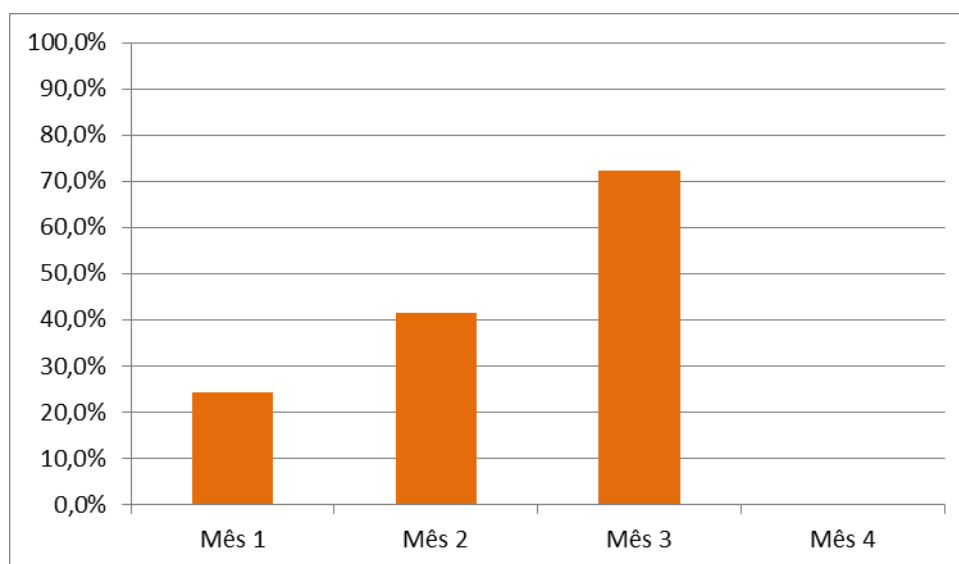


Figura 2 - Cobertura do programa de atenção ao diabético na USF Floresta Sul, Rio Branco/AC. Fonte: Planilha. Final de Coleta de Dados - 2015.

## Objetivo 2

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

Com relação à realização de exame clínico apropriado nos usuários hipertensos, no primeiro mês alcançamos 32 dos 43 cadastrados, chegando a 74,4%. No segundo mês avançamos para 70 usuários de 80 cadastrados, correspondendo a 87,5% e, finalmente, no terceiro mês, atingimos 125 dos 145 cadastrados, alcançando, dessa forma, 86,2% (Figura 3).

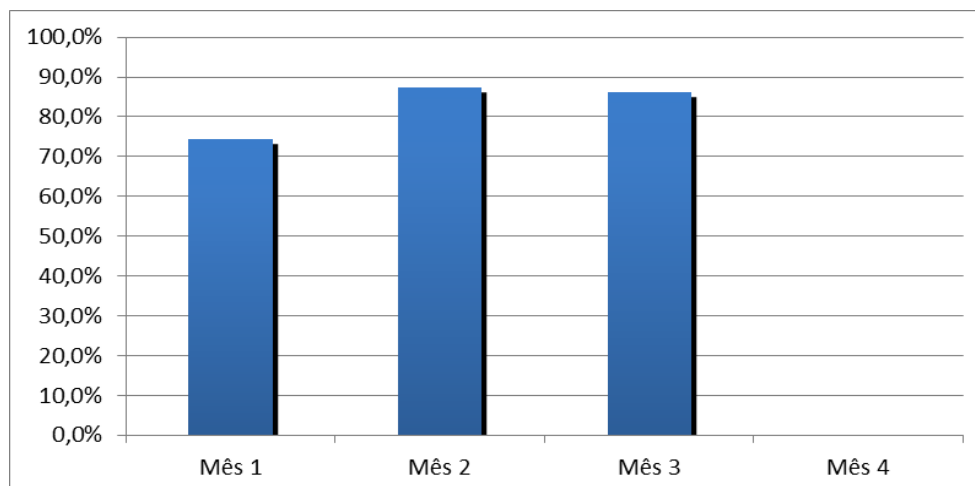


Figura 3 - Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na USF Floresta Sul, Rio Branco/AC.

Fonte Planilha final de Coleta de Dados 2015.

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

Sobre a realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos, alcançamos no primeiro mês 20 dos 28 usuários cadastrados, correspondendo a 71,4%. No segundo mês, alcançamos 42 dos 48 usuários para uma cobertura de 87,5% e no terceiro mês alcançamos 74 usuários, correspondendo a 88,1% (Figura 4). Para o cumprimento desta meta, realizamos ações direcionadas. Contribuiu muito em nosso trabalho, a capacitação que fizemos para toda a equipe durante as 12 semanas, na qual toda a equipe foi treinada para realizar os procedimentos necessários, a exemplo da aferição da pressão arterial e fazer teste de glicemia.

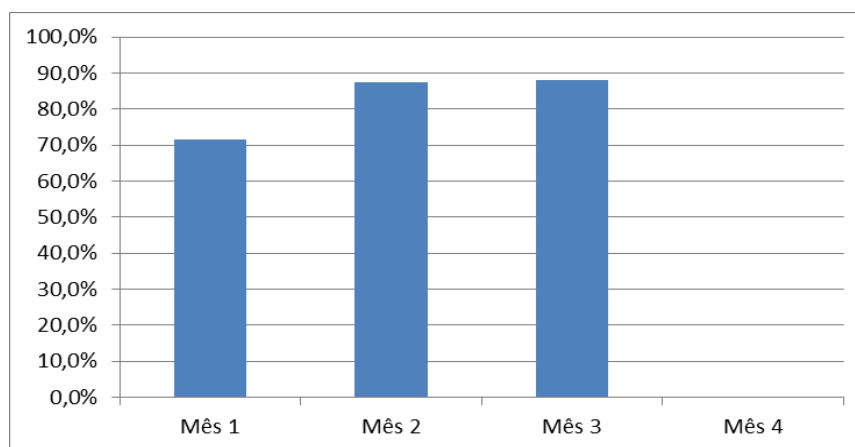


Figura 4 - Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, na USF Floresta Sul, Rio Branco/AC. Fonte: Planilha Final de Coleta de Dados - 2015.

Fonte: Planilha final de Coleta de Dados - 2015.



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

Com relação à proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, esta meta foi cumprida parcialmente. No primeiro mês, alcançamos 70%, correspondendo a 30 dos 43 cadastrados. No segundo mês avançamos para 86%, sendo que 69 dos 80 hipertensos tinham seus exames complementares em dia. Fechamos a intervenção mantendo os 86%, alcançando proporcionalmente 125 dos 145 hipertensos para esta meta (Figura 5). As ações previstas para esta meta vinham ocorrendo dentro do planejado, sendo que as coletas eram realizadas em URAP vizinha, embora o número de fichas para nossos usuários fosse insuficiente. No entanto, com a chegada do período das chuvas, logo chegaram os alagamentos e, como já mencionado, todos os recursos foram postos à disposição de sanarmos a situação das vítimas dos alagamentos e os nossos usuários tinham que se deslocar muito distante para realizar seus exames e também com a dificuldade das linhas telefônicas, dificultando a comunicação com a rede.

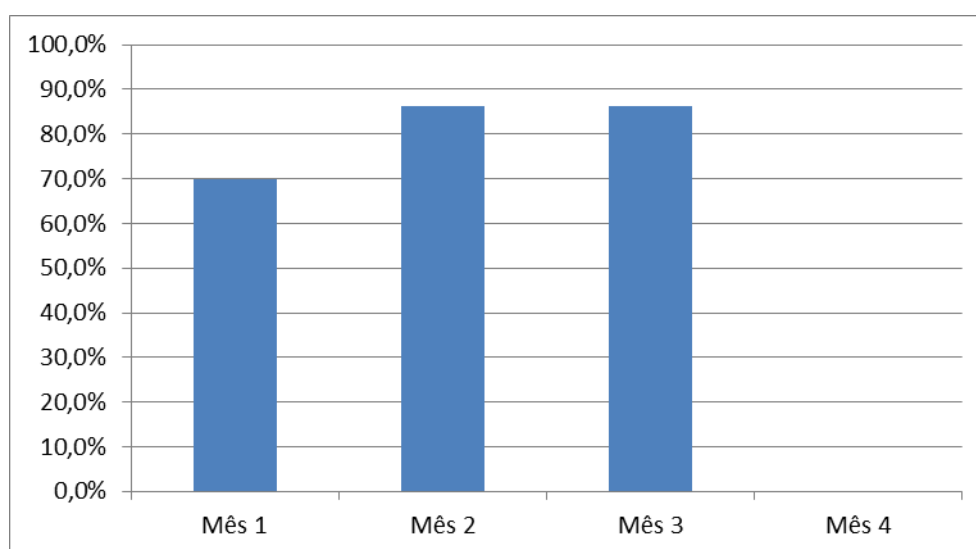


Figura 5: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, na USF Floresta Sul, Rio Branco/AC. 2015.

Fonte: Planilha Final de Coleta de Dados - 2015.

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

Quanto à proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, esta meta também foi cumprida parcialmente. No primeiro mês alcançamos 64%, correspondendo a 18 dos 28 diabéticos cadastrados. No segundo mês avançamos para 87%, garantindo a realização dos exames complementares para 42 dos 48 diabéticos acompanhados naquele momento. Fechamos a intervenção com 83%, alcançando 70 dos 84 dos diabéticos (Figura 6). Durante toda a intervenção, buscamos estratégias para garantir a realização destes exames. Nas últimas semanas da intervenção, criamos uma estratégia muito satisfatória em nosso trabalho e foi fazer a coleta de exames de laboratório em nossa USF com ajuda de URAPI –Hidalgo Lima. Os ACS junto com toda a equipe visitaram casa por casa em toda a comunidade para evitar o número excessivo de usuários faltosos e para que todos comparecessem à UBS a fazer seus exames. Também tomamos estratégias em minha UBS dando mais vagas para atendimento diário e garantindo materiais suficientes para atendimento dos mesmos sempre em coordenação com a enfermeira e equipe de saúde. Articulamos com alguns agentes comunitários de saúde que tem transporte próprio para que ajudassem na condução alguns usuários que possuíam limitações. Todos os agentes comunitários de saúde tiveram um papel fundamental, muitas vezes os ACS marcavam as vagas no posto para fazer exames laboratoriais dos usuários hipertensos e/ou diabéticos com exames em atraso e depois levaram à casa dos usuários os resultados, garantindo a assistência deles também para retornar com o resultado e mostrar ao médico na consulta.

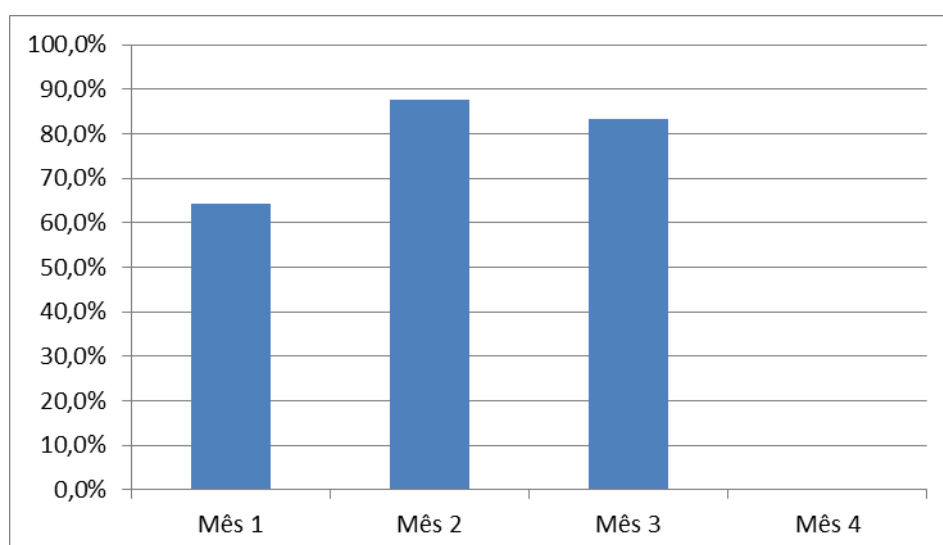


Figura 6: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, na USF Floresta Sul, Rio Branco/AC. 2015.

Fonte: Planilha Final de Coleta de Dados - 2015.

Quanto a priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para nossos usuários hipertensos e/ou diabéticos, esta meta foi cumprida parcialmente nos dois casos.

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

Especificamente com relação aos hipertensos, no primeiro mês alcançamos 76%, com 33 dos 43 hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular. No segundo mês avançamos para 82%, chegando a 66 dos 80 usuários cadastrados com tal prescrição. Finalizamos a intervenção no mês 3, com 85% de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular, correspondendo a 124 dos 145 cadastrados (Figura 7). Vale ressaltar que os medicamentos foram garantidos pelo esforço de nossa equipe e da equipe da farmácia da SEMSA, que abasteceu a farmácia da nossa unidade sem faltas, garantindo que todos os nossos usuários saíssem das consultas com seus medicamentos. Somente ao final da intervenção, tivemos carência de Losartana de 50mg.

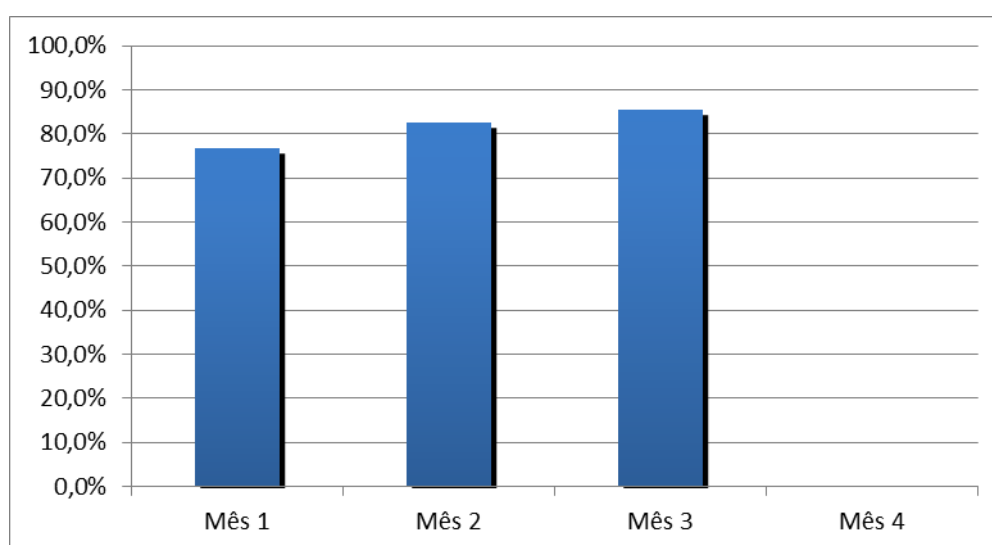


Figura 7: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada. USF Floresta Sul, Rio Branco/AC. 2015.

Fonte: Planilha Final de Coleta de Dados - 2015.

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

No caso específico dos usuários diabéticos, no primeiro mês, atingimos 72%, correspondendo a 18 dos 25 cadastrados. No segundo mês 34 dos 44 diabéticos cadastrados tiveram prescrição da farmácia popular priorizada, ou seja, 77%. Fechamos o mês 3, com 80% da meta cumprida, correspondendo a 64 dos 80 diabéticos cadastrados (Figura 8). Os bons resultados alcançados tiveram os mesmos motivos daqueles apresentados para este indicador aplicado aos usuários hipertensos.

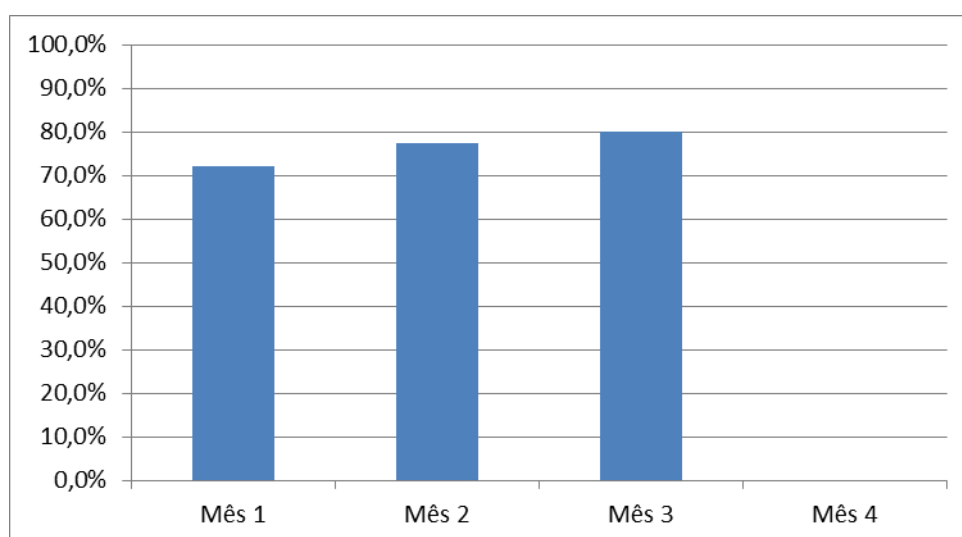


Figura 8: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada. USF Floresta Sul, Rio Branco/AC. 2015.

Fonte: Planilha Final de Coleta de Dados - 2015.

Com relação a garantir à avaliação quanto ao atendimento odontológico dos usuários com hipertensão e/ou com diabetes, esta meta foi também cumprida parcialmente. Embora não tenhamos atingido os 100%, conseguimos bons resultados.

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

Quanto à proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, no primeiro mês alcançamos 79%, correspondendo a 34 dos 43 usuários cadastrados. No segundo mês tivemos uma pequena queda e

realizamos a avaliação em 61 dos 80 hipertensos cadastrados, chegando a 76% (Figura 9). Finalizamos a intervenção no mês 3, com 80% de hipertensos avaliados com relação à avaliação da necessidade de atendimento odontológico, correspondendo a 117 dos 145 usuários cadastrados. Há de se destacar que, infelizmente, não houve uma satisfação completa neste quesito pois, mesmo tendo sido avaliados quanto à necessidade de acompanhamento odontológico, durante o período em que se realizou a intervenção, não conseguimos garantir a realização dos atendimentos propriamente ditos. Ao final da intervenção cabe destacar que, após longo período de reuniões, conseguimos reservar mais vagas por semana para os nossos usuários e já começamos a ver os resultados.

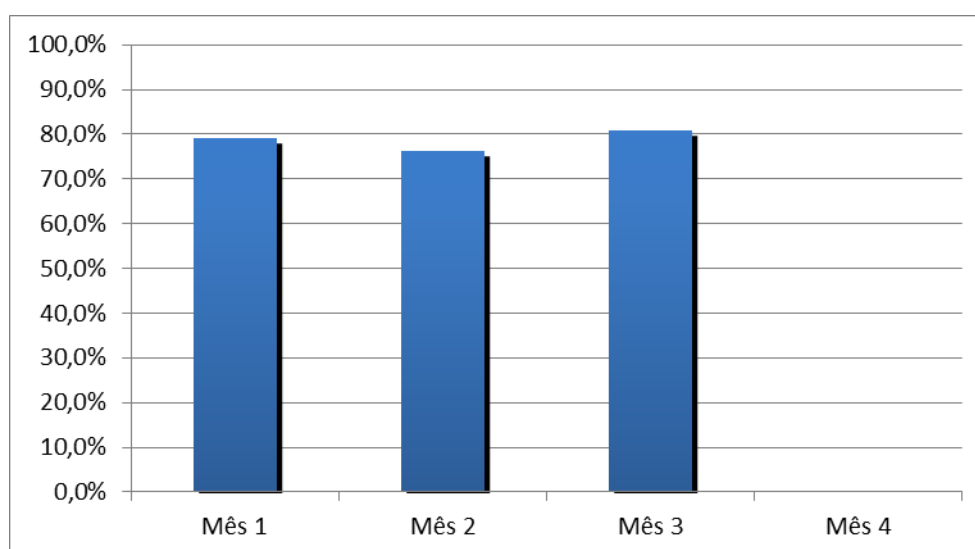


Figura 9: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. USF Floresta Sul, Rio Branco/AC. 2015.

Fonte: Planilha Final de Coleta de Dados - 2015.

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

Quanto à avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários diabéticos, no primeiro mês atingimos 82%, correspondendo a 23 dos 28 cadastrados. No mês 2, avançamos para 87% sendo que 42 dos 48 diabéticos foram avaliados. Encerramos a intervenção mantendo média de 87% com 74 dos 84 diabéticos cadastrados com tal avaliação (Figura 10). Embora tenhamos alcançado bons resultados quanto à avaliação da necessidade do atendimento odontológico, ainda falta trabalhar em novas estratégias. Nesta meta tivemos

muitas dificuldades pois nossa unidade de saúde é uma casa adaptada e não temos odontólogo, temos que enviar os usuários para atendimento em URAP mais perto mediante articulação prévia. Prévia. Depois de várias reuniões com gestores da URAP, conseguimos obter um número maior de vagas disponíveis para nossos usuários.

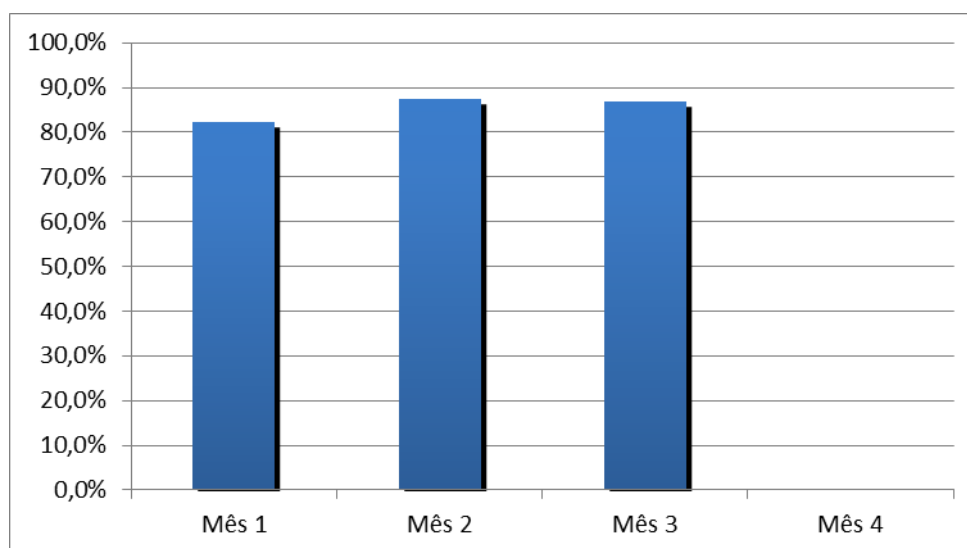


Figura 10: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. USF Floresta Sul, Rio Branco/AC. 2015.

Fonte: Planilha Final de Coleta de Dados - 2015.

### Objetivo 3

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

Com relação a busca ativa dos usuários hipertensos faltosos às consultas, alcançamos 100% no primeiro mês, tendo sido realizada busca dos 10 usuários faltosos nesse período. No segundo mês, alcançamos 94,4%, tendo sido buscados 17 dos 18 usuários faltosos. Terminamos no terceiro mês tendo realizado busca de 23 dos 24 usuários hipertensos, alcançando 95,8% (Figura 11).

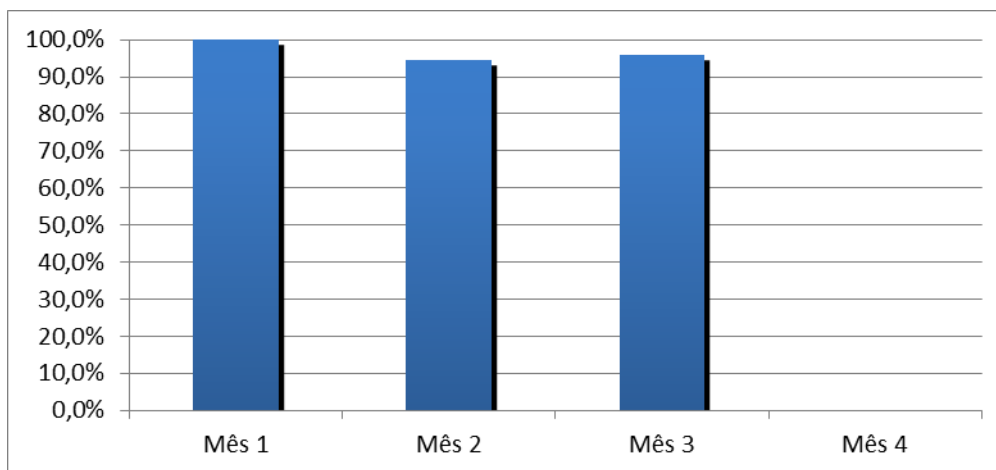


Figura 11: Proporção das pessoas com hipertensão faltosas às consultas médicas com busca ativa. USF Floresta Sul, Rio Branco/AC. 2015.

Fonte: Planilha Final de Coleta de Dados - 2015.

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

No caso específico dos usuários diabéticos faltosos às consultas, no primeiro mês, conseguimos buscar 7 dos 8 usuários faltosos, correspondendo a 87,5%. No segundo mês, foram 11 faltosos e chegamos a 81,8%. Finalmente, ao final da intervenção no terceiro mês, buscamos 14 dos 15 faltosos, correspondendo a 93.3% (Figura 12).

Para alcançar tais resultados, durante o período das 12 semanas da intervenção, fizemos um cronograma de usuários hipertensos e/ou diabéticos faltosos a consulta para fazer busca ativa deles. Os usuários de maior risco de complicações foram classificados estabelecendo um acompanhamento diferenciado, priorizando seu atendimento com busca ativa deles quando estão faltosos. Também realizamos estratégias em minha UBS dando mais vagas para atendimento diário e garantindo materiais suficientes para atendimento dos mesmos, sempre em coordenação com a enfermeira e equipe de saúde. Por conta do período de chuvas intensas e enchente do rio, atrasamos um pouco nossa recuperação de faltosos às consultas.

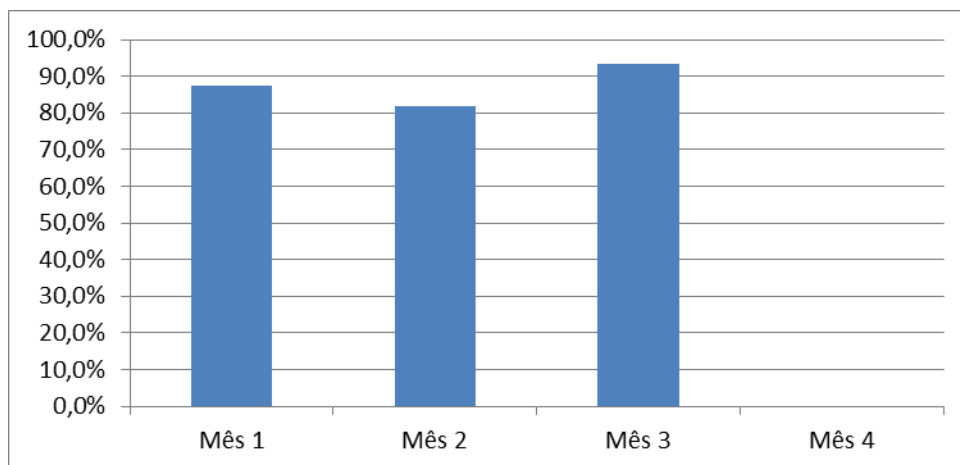


Figura 12: Proporção das pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa. USF Floresta Sul, Rio Branco/AC. 2015.

Fonte: Planilha Final de Coleta de Dados - 2015.

#### Objetivo 4

Com relação a manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde. No caso desta meta, infelizmente, não conseguimos alcançar a meta proposta em 100% dos usuários.

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

Quanto aos registros de hipertensos, no mês 1, registramos adequadamente na ficha de acompanhamento 42 dos 43 usuários cadastrados, correspondendo a 97,7%. No segundo mês, tivemos uma queda, alcançando apenas 65 dos 80 usuários, chegando a 81,3%. No terceiro mês, alcançamos 89%, tendo sido registrados adequadamente 129 dos 145 diabéticos cadastrados (Figura 13).

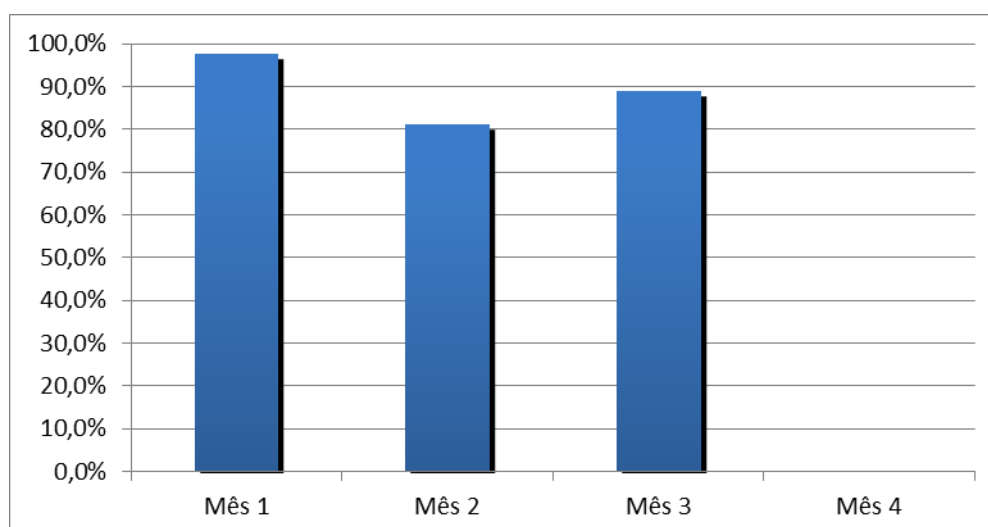




Figura 13: Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento. USF Floresta Sul, Rio Branco/AC. 2015.

Fonte: Planilha Final de Coleta de Dados - 2015.

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

No caso dos usuários diabéticos, do mesmo modo, não conseguimos alcançar a meta proposta em 100% dos usuários. No mês 1, registramos adequadamente 21 dos 28 usuários diabéticos cadastrados, correspondendo a 75%. No mês 2, avançamos para 87,5% tendo sido registrados 42 dos 48 cadastrados e no mês 3, conseguimos manter registro adequado para 80 dos 84 usuários, correspondendo a 95,2% (Figura 14). Tivemos muita dificuldade com a disponibilidade das fichas espelho, a despeito das articulações feitas junto à gestão, tivemos de imprimir com recursos próprios as fichas para os usuários. Nossa equipe fez ações para o cumprimento desta meta, buscando, dentro do possível, monitorar a qualidade dos registros de usuários hipertensos e/ou diabéticos.

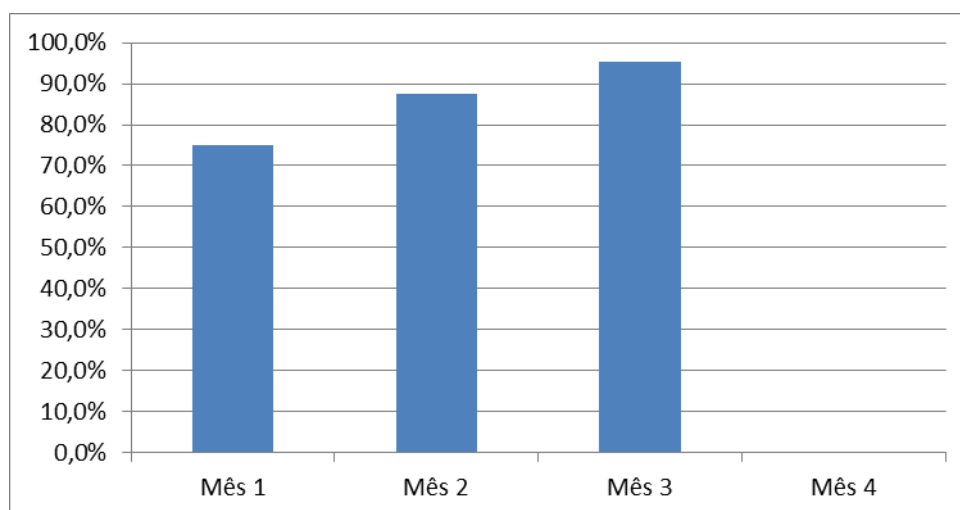


Figura 14: Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento. USF Floresta Sul, Rio Branco/AC. 2015.

Fonte: Planilha Final de Coleta de Dados - 2015.

## Objetivo 5

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

Com relação à proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular, não cumprimos a meta proposta em 100%, embora tenhamos

alcançado bons resultados. No mês 1 realizamos a estratificação em 33 dos 43 hipertensos cadastrados, atingindo 76,7%. No segundo mês avançamos para 80%, tendo realizado a estratificação em 64 dos 80 hipertensos. Fechamos a intervenção no terceiro mês com 129 dos 145 hipertensos cadastrados, alcançando 89% (Figura 15).

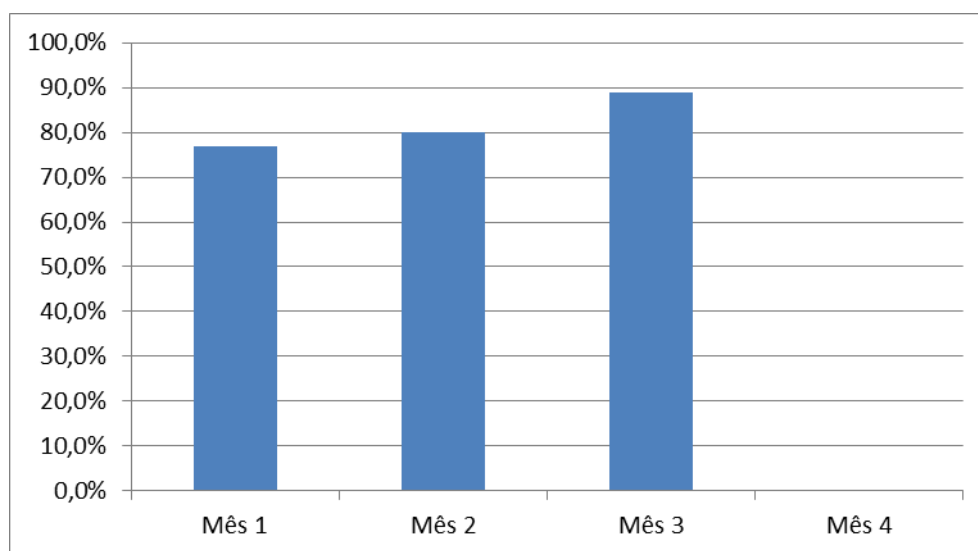


Figura 15: Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular. USF Floresta Sul, Rio Branco/AC. 2015.

Fonte: Planilha Final de Coleta de Dados - 2015.

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

Com relação à realização da estratificação de risco cardiovascular especificamente dos usuários diabéticos, atingimos índices proporcionalmente melhores, sendo que no mês 1 realizamos em 23 dos 28 cadastrados, correspondendo a 82%. No mês 2, avançamos para 85,4%, tendo realizado a estratificação em 41 dos 48 diabéticos cadastrados até aquele momento. No terceiro mês, fechamos a intervenção com 96,4% de estratificações realizadas nos usuários diabéticos, correspondendo a 81 dos 84 cadastrados (Figura 16).

Para atingirmos esta meta fizemos o monitoramento da qualidade dos registros de usuários hipertensos e diabéticos e avaliação de riscos de cada um deles, que receberam orientações sobre sinais de alerta para as duas doenças, todos receberam também orientação sobre os fatores de risco para hipertensão e diabetes que foram acompanhados na unidade de saúde e nas visitas domiciliares. Os usuários de maior risco de complicações foram classificados, sendo

estabelecido um acompanhamento diferenciado, priorizando as vagas para realizar exames e atendimento clínico em nossa unidade, sendo encaminhados para acompanhamento por especialistas quando foi necessário, como, por exemplo, cardiologista e endocrinologista.

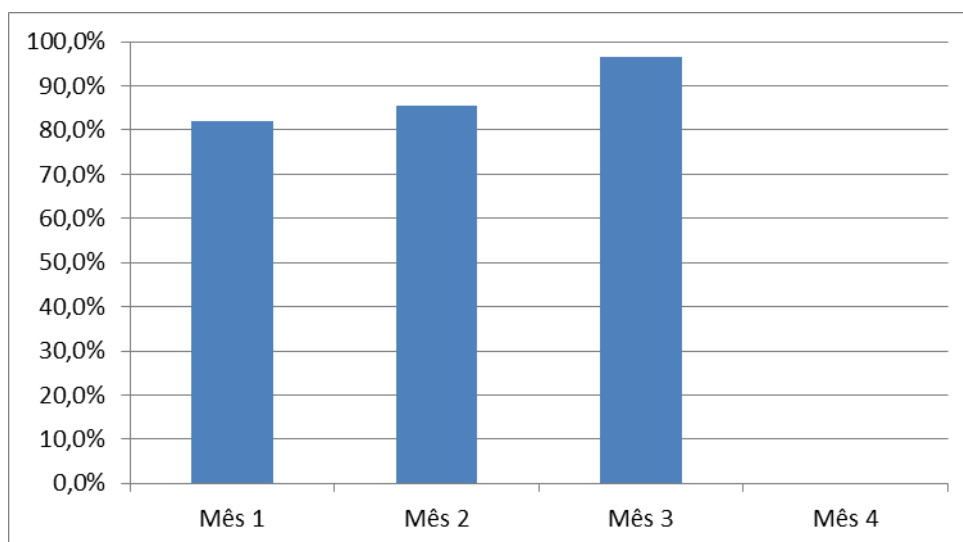


Figura 16: Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular. USF Floresta Sul, Rio Branco/AC. 2015.

Fonte: Planilha Final de Coleta de Dados - 2015.

## Objetivo 6

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

Quanto a garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos foi cumprida em 100% no primeiro mês, sendo que os 43 usuários hipertensos receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável. No segundo mês tivemos uma queda e alcançamos 72 dos 80 cadastrados, correspondendo a 90%. Fechamos a intervenção no mês 3, com 94%, tendo recebido tais orientações 136 dos 145 hipertensos cadastrados, que foram orientados corretamente em quanto a seus hábitos alimentares (Figura 17).

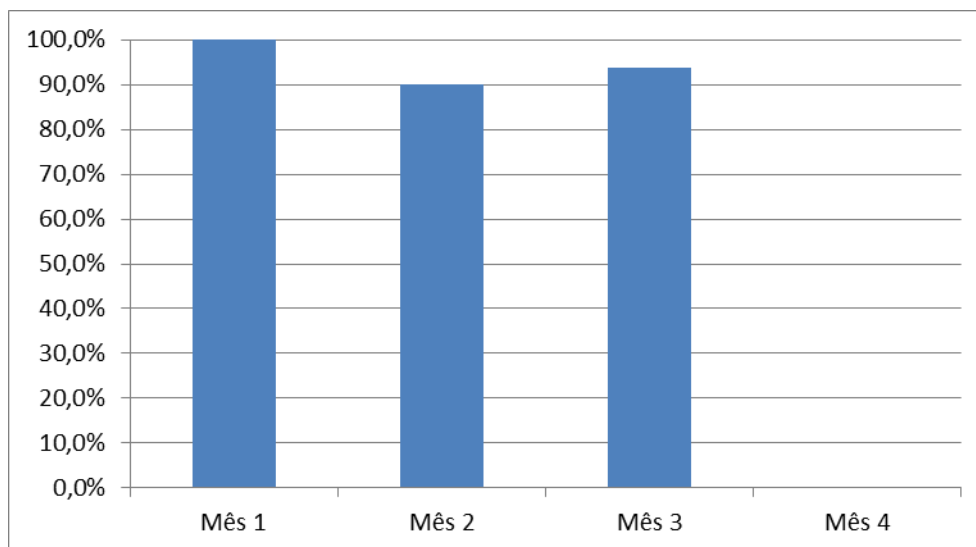


Figura 17: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional. USF Floresta Sul, Rio Branco/AC. 2015.

Fonte: Planilha Final de Coleta de Dados - 2015.

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

No caso dos usuários diabéticos, esta meta foi cumprida também em 100% no primeiro mês com os 28 usuários com as respectivas orientações. No mês 2, tivemos uma queda para 94% e 45 dos 48 diabéticos foram orientados, Fechamos a intervenção com orientação nutricional para 79 dos 84 diabéticos cadastrados, correspondendo a 94% (Figura 18).

Para alcançar esta meta, fizemos grande investimento nas ações de educação em saúde junto à comunidade com o objetivo de esclarecer a importância destas duas doenças crônicas, de seus fatores de risco e a relação com a alimentação. Durante toda a intervenção se ofereceram medidas para modificar e combater os fatores de risco destes usuários, realizando atividades de promoção de saúde com o objetivo de diminuir as doenças e complicações na comunidade, fizemos atividades em grupos de hipertensos e/ou diabéticos falando sobre alimentação saudável, pratica de exercícios físicos, evitar o stress, palestras educativas, se ofereceram lanches com frutas para estimular alimentação saudável na comunidade.

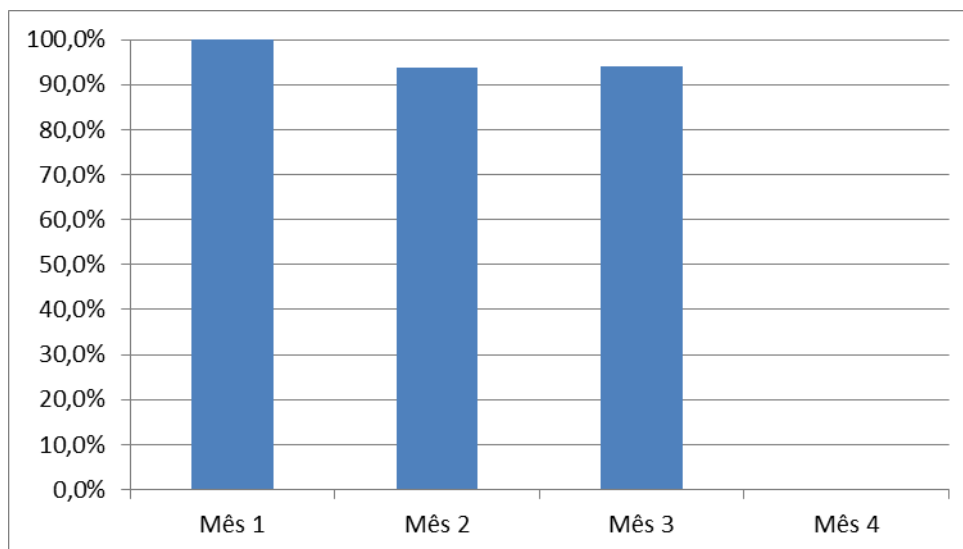


Figura 18: Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional. USF Floresta Sul, Rio Branco/AC. 2015.

Fonte: Planilha Final de Coleta de Dados - 2015.

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

Quanto à proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular, alcançamos bons resultados. No primeiro mês, atingimos 100% dos 43 usuários cadastrados naquele mês. No segundo mês, experimentamos uma queda, sendo que alcançamos 71 dos 80 hipertensos cadastrados, correspondendo a 89%. No mês 3, voltamos a subir, atingindo cerca de 94%, correspondendo a 136 dos 145 usuários cadastrados (Figura 19). Importante ressaltar aqui o envolvimento de todos os membros da equipe, o processo de capacitação realizado e o incremento das ações de educação em saúde com foco em promoção à saúde e prevenção de agravos.

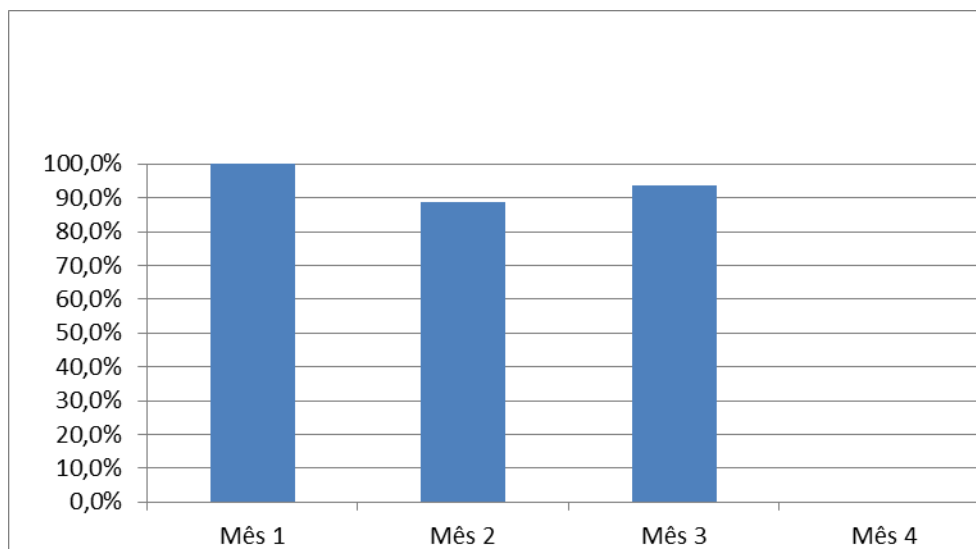


Figura 19: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre prática de atividade física regular. USF Floresta Sul, Rio Branco/AC. 2015.

Fonte: Planilha Final de Coleta de Dados - 2015.

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

Quanto à proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular, do mesmo modo, alcançamos bons resultados. No mês 1, contemplamos todos os 28 usuários diabéticos cadastrados até aquele momento, atingindo os 100%. No mês 2, tivemos uma queda para cerca de 94%, sendo que 45 dos 48 receberam tais orientações. Encerramos o mês 3, com 96% dos diabéticos com orientação sobre prática física regular, correspondendo a 81 dos 84 cadastrados (Figura 20). Os mesmos fatores que influenciaram no caso dos hipertensos, contribuíram para que alcançássemos tais resultados junto aos diabéticos.

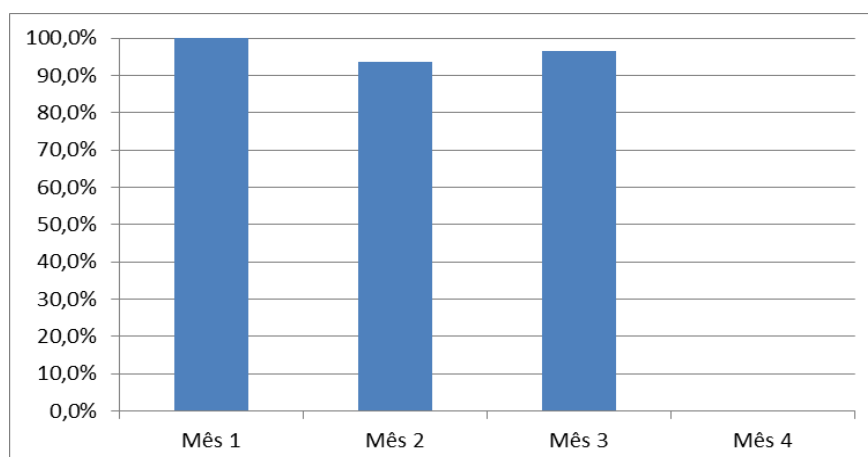


Figura 20: Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre prática de atividade física regular. USF Floresta Sul, Rio Branco/AC. 2015.

Fonte: Planilha Final de Coleta de Dados - 2015.

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

Para o indicador que mede a proporção de hipertensos que receberam orientações sobre os riscos do tabagismo, no primeiro mês alcançamos 95%, correspondendo a 41 dos 43 usuários cadastrados. No segundo mês, tivemos uma queda para 89%, tendo sido contemplados 71 dos 80 usuários. Encerramos o mês 3, com 94% da meta alcançada, contemplando 137 dos 145 usuários cadastrados (Figura 21).

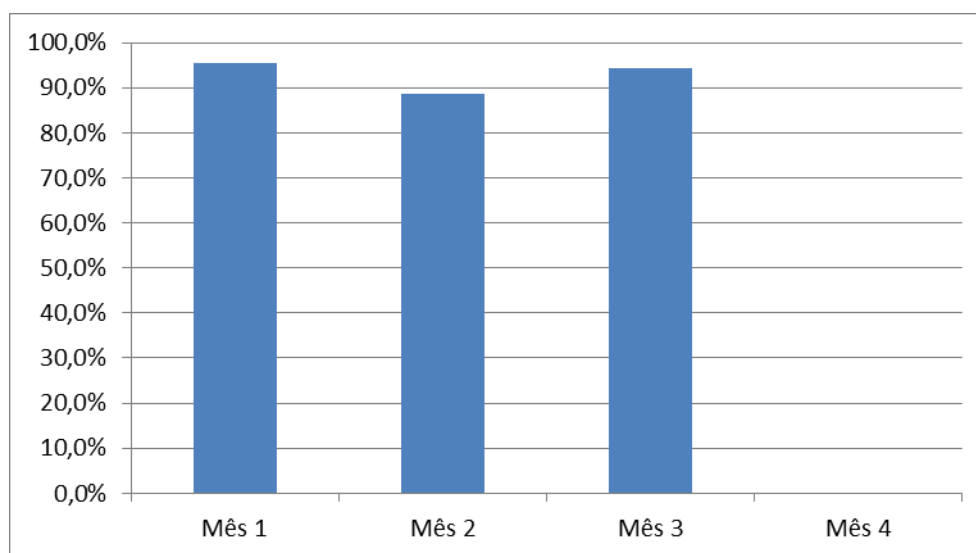


Figura 21: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre riscos do tabagismo. USF Floresta Sul, Rio Branco/AC. 2015.

Fonte: Planilha Final de Coleta de Dados - 2015.

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

Especificamente com relação a proporção de diabéticos que receberam orientações sobre os riscos do tabagismo, chegamos aos 100% no primeiro mês da intervenção. No segundo mês, tivemos uma queda para 94%, tendo sido contemplados 45 dos 48 usuários cadastrados até aquele momento. No terceiro mês, atingimos os 97% correspondendo a 82 dos 84 usuários (Figura 22).

Importante destacar o envolvimento de todos os membros da equipe, o processo de capacitação realizado e o incremento das ações de educação em saúde com foco em promoção à saúde e prevenção de agravos.

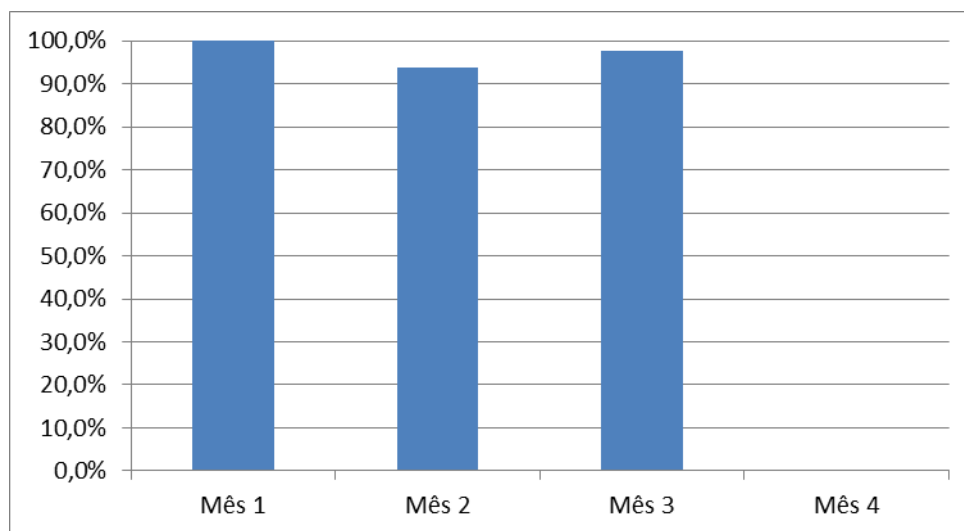


Figura 22: Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre riscos do tabagismo. USF Floresta Sul, Rio Branco/AC. 2015.

Fonte: Planilha Final de Coleta de Dados - 2015.

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

Com relação à proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal, alcançamos quase 98% no primeiro mês, correspondendo a 42 dos 43 cadastrados. No segundo mês, tivemos uma queda, com cerca de 71 dos 80 usuários contemplados com tais informações, chegando a 89%. Encerramos a intervenção com novo incremento para 94%, correspondendo a 137 dos 145 usuários (Figura 23).



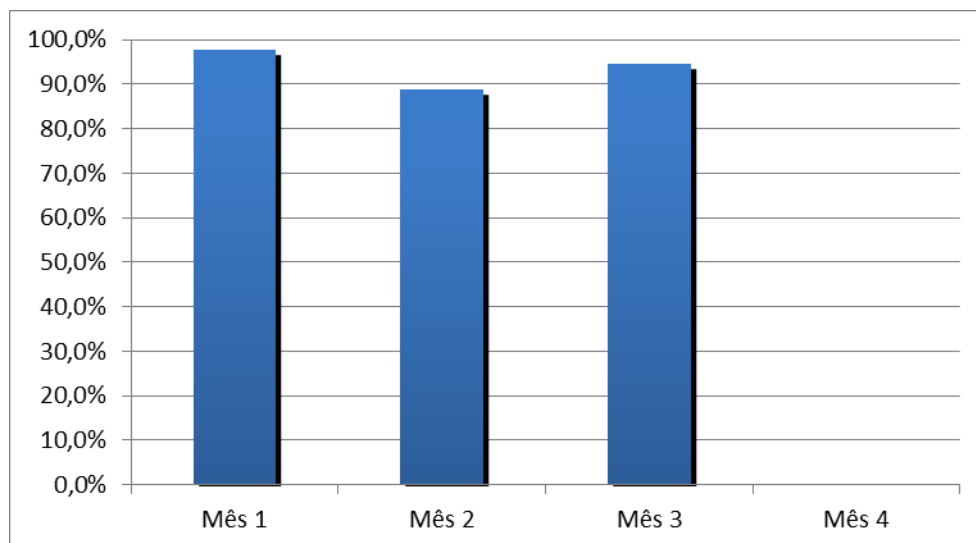


Figura 23: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre higiene bucal. USF Floresta Sul, Rio Branco/AC. 2015.

Fonte: Planilha Final de Coleta de Dados - 2015.

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

No caso da proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal, no mês 1, chegamos a 100% dos usuários, ou seja, todos os 28 cadastrados naquele momento. No segundo mês, tivemos uma queda para 94% com 45 dos 48 usuários com tais orientações. Encerramos a intervenção com 97%, chegando a 82 dos 84 cadastrados (Figura 24).

Mais uma vez, destacamos o comprometimento de todos os membros da equipe para que chegássemos a bons resultados. Os momentos de capacitação realizados foram de suma importância. Intensificamos as ações de promoção à saúde e prevenção de agravos e aproveitávamos todos os espaços de produção de saúde para realizar as ações de educação em saúde, seja nas consultas, visitas domiciliares, em ações individuais ou coletivas, em formato de sala de espera.

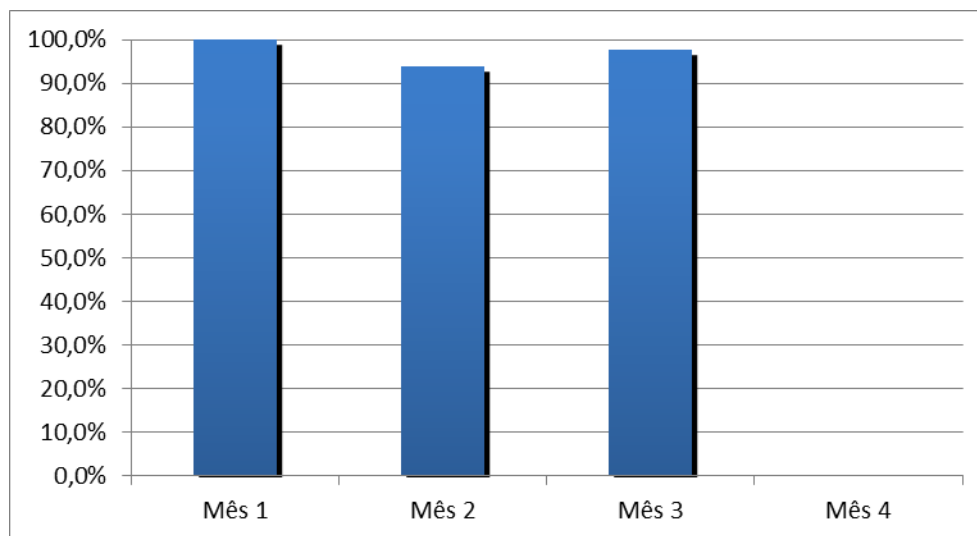


Figura 24: Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre higiene bucal. USF Floresta Sul, Rio Branco/AC. 2015.

Fonte: Planilha Final de Coleta de Dados - 2015.

## 4.2 Discussão

A UBS Floresta Sul tem uma população total de 3.100 pessoas em sua área de abrangência, com uma equipe composta por uma médica clínica geral, 6 ACS, uma técnica de enfermagem, uma enfermeira e uma auxiliar de serviços gerais.

Com a intervenção realizada junto aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, conseguimos aumentar a nossa cobertura de cuidados, além de trazer melhorias referentes à qualidade do cuidado em saúde ofertado desde a porta de entrada com o acolhimento, ao cuidado integral dos nossos usuários.

No início da nossa intervenção, começamos com um total de 43 usuários com hipertensão e 28 com diabetes acompanhados e registrados corretamente, o que correspondia a 9,1% e 24,1 % respectivamente. Já no final do mês 3 da intervenção, tínhamos conseguido acompanhamento para 145 usuários com hipertensão (30,8%) e 84 usuários com diabetes mellitus (72,4%). Embora tenha sido um bom resultado, não atingimos a meta proposta, na medida em que houve uma redução do período da intervenção de 16 para 12 semanas, além das dificuldades de acesso por conta das intensas chuvas e vias intransitáveis para chegar aos nossos usuários a fim de ofertar os cuidados em saúde e cumprirmos a meta. Meta esta, que salientamos, será cumprida nos próximos meses com a continuidade de nosso trabalho.

Com a intervenção, nossa equipe de trabalho adquiriu mais conhecimento para um acompanhamento adequado dos usuários com hipertensão e/ou diabetes, tendo havido a qualificação dos profissionais em temáticas até então novas para eles. Houve capacitação para a medição da glicose e para a aferição da pressão arterial, contribuindo para um cuidado mais qualificado e melhor acompanhamento dos usuários, bem como, conseguimos que a maioria deles pudesse desenvolver um senso de “corresponsabilidade” para com nossos usuários, do mesmo modo como os usuários passaram a ser mais corresponsáveis com seus estados de saúde, mais engajados em seus processos de adoecimento-cura. Mesmo com todos os desafios postos, próprios da nossa área de saúde, nossa equipe tem a convicção de que foi uma boa intervenção e ficou o entusiasmo para seguir adiante com o trabalho.

Alcançamos uma maior integração entre todos os membros da equipe, na qual cada um fez a sua parte com muita responsabilidade para que a intervenção obtivesse resultados satisfatórios, trazendo benefícios para todos os atores envolvidos nesse processo, nossos usuários, a comunidade e a equipe.

Com a nossa intervenção cada membro de nossa equipe trabalha hoje com muito mais responsabilidade, com atribuições bem definidas. Como médica da equipe, coube a mim a responsabilidade pela realização da intervenção, desde a preparação, os processos formativos em parceria com a enfermeira até a finalização dos trabalhos.

Os 6 ACS em conjunto com a enfermeira e o médico realizaram as visitas domiciliares e também estavam encarregados das palestras nas casas dos usuários em cada visita domiciliar, observando também as condições em que moram nossos usuários acompanhados, sendo isso muito importante para identificar fatores de risco que podem afetar a saúde de nossos usuários hipertensos e/ou diabéticos e, dessa forma, poder atuar de forma favorável, numa perspectiva de promoção à saúde e prevenção de agravos, ou seja, de vigilância à saúde. Todos fizeram um bom trabalho enquanto equipe, construindo grande senso de grupalidade.

A intervenção trouxe mudanças benéficas para o nosso serviço, bem como na maneira de ver os usuários como um todo e não como doentes unicamente, contribuindo verdadeiramente, para a integralidade do cuidado. Modificamos nossa forma de acolhimento aos usuários, que agora é melhor. É feita a escuta

qualificada e corresponsável, esclarecendo todas as dúvidas que tenham sobre o atendimento, a doença e buscando a resolutividade das demandas. Foi melhorado o cadastro de usuários, não somente daqueles portadores de hipertensão e diabetes, mas outras doenças e outros programas utilizando a mesma metodologia de trabalho da nossa intervenção.

A intervenção foi muito importante para o nosso serviço porque o atendimento de usuários com hipertensão e/ou diabetes atualmente não se constitui em responsabilidade exclusiva do médico, passando a ser de toda a equipe, melhorando nossos processos de trabalho, através de uma equipe mais consciente e engajada em sua atuação.

Conseguimos aumentar o número de usuários com hipertensão e/ou diabetes acompanhados pela equipe e mesmo acometidos por outras doenças, tendo como exemplo esta intervenção, melhorando assim os registros, cadastros, agendamento de consultas deixando as demandas espontâneas para urgências, também em cada atendimento foi feita a classificação de cada usuário de acordo com o risco, a fim de priorizar o atendimento, sendo agendadas as consultas especializadas em nossa própria unidade e aproximando o serviço dos usuários.

A intervenção também foi muito importante para a comunidade porque qualificou o cuidado ofertado aos usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes, contribuindo também, para o aumento do conhecimento de todos, não só com respeito à sua doença, bem como na prevenção de outras doenças através das ações de educação em saúde e conversas feitas individualmente. Também informamos para eles seus direitos enquanto usuários e sobre a oportunidade de acesso a todos os nossos serviços. Isso foi importante como estímulo para maior engajamento, protagonismo e autonomia das pessoas.

Apesar das grandes vantagens que a nossa intervenção trouxe para a comunidade, uma grande maioria não compreendeu no início a necessidade de organizarmos os atendimentos por prioridade, tendo havido alguma insatisfação no início. Depois, com as palestras feitas todos os dias antes dos atendimentos, conseguimos um entendimento do porquê dessa intervenção e muitos deles ajudaram na busca ativa de muitos dos usuários hipertensos e diabéticos que moravam perto de suas casas, falando que eles nunca tinham sido consultados e eles sabiam que a pressão ascendeu ou tinham problemas de diabetes.

Atualmente, todos se mostram satisfeitos com as novas oportunidades de cuidados em saúde disponibilizados.

Apesar de todo o trabalho, ainda temos usuários por registrar e cadastrar, o que atualmente nós estamos fazendo para alcançá-los, fazendo da intervenção uma rotina no trabalho para a nossa equipe e pensamos que a mesma fique como primeiro objetivo a cumprir em nosso trabalho diário.

Com esta intervenção tanto eu como médica, quanto minha equipe, obtivemos uma grande experiência no atendimento e acompanhamento dos usuários e uma melhor integração entre todos os membros da equipe e também a integração com os líderes comunitários, que muito contribuíram para o bom desenvolvimento de nossa intervenção. Exemplo disso foi a divulgação de ações de saúde para a população, na transportação de usuários que moram nas áreas de difícil acesso até nossa unidade para receber atendimento e realização de exames laboratoriais e até mesmo na gestão de fichas espelhos, ficando nossa equipe muito feliz com seu apoio.

Se começasse a intervenção novamente, a primeira coisa que eu faria, seria mudar a intervenção para época de não chuvas, a fim de poder visitar mais facilmente a todos os usuários, para que as chuvas não interferissem negativamente em nosso trabalho, embora a equipe não se arrependa de todas as dificuldades que enfrentamos, porque eu mostrei que quando uma equipe quer e está decidida a fazer as coisas e fazê-las bem, nada impede. Faria um melhor planejamento, com tempo suficiente para discutir melhor com a equipe, com a secretária e a comunidade e seus líderes para que a intervenção fosse desenvolvida com maior sucesso do que nós tivemos. Também planejaria antes todos os recursos materiais para não enfrentarmos durante a intervenção com deficiência em materiais (como as fichas espelhos). A outra coisa que eu faria seria investir numa maior articulação com outras unidades através da secretaria de saúde e departamento de saúde rural para conseguir cumprir as metas que não conseguiram ser cumpridas, como os exames complementares e o atendimento odontológico, apesar de que agora neste momento começamos a cumprir essas metas começando com o atendimento odontológico, com a disponibilização de mais vagas a cada semana para os nossos usuários (ainda insuficientes) e os exames complementares que começaram no final da intervenção. A outra coisa que eu faria seria planejar ações de nossa unidade com os serviços hospitalares, numa

perspectiva de rede, onde enviamos nossos hipertensos e diabéticos que precisam ser encaminhados para acompanhamento por especialistas e assim não demorasse tanto o seu atendimento, já que muitas vezes, nossos usuários voltam para a consulta de retorno sem, infelizmente, ter conseguido realizar a avaliação com o especialista que foi previamente solicitada.

A intervenção já está incorporada à rotina diária do nosso trabalho porque nos deixou uma grande satisfação e experiência no trabalho com os usuários hipertensos e/ou diabéticos. Por isso mesmo, vamos expandir a cobertura de atenção com a incorporação de novas ações, levando o trabalho desta intervenção até as demais microáreas com a incorporação de mais ACS, continuando o atendimento com priorização de usuários e aqueles de alto risco fundamentalmente, para melhorar sua qualidade de vida e evitar suas complicações.

Com a conclusão do projeto de nossa intervenção em nossa unidade Floresta Sul, não significa que se encerra o nosso trabalho. Ao contrário, já começamos a trabalhar em novas áreas mais distantes, começando com a formação dos ACS envolvidos e, certamente, vai aumentar a cobertura do atendimento para os usuários. Levaremos esta metodologia a outros programas de atendimento como Saúde da Criança, Pré-natal e puerpério e Saúde do Idoso. Embora nós viéssemos trabalhando nesses programas, agora que adquirimos a experiência e o conhecimento necessários com essa intervenção, nossa equipe ficou com grande entusiasmo para seguir com o nosso trabalho com dedicação e eficiência.

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

Prezados gestores municipais de saúde,

Foi realizada uma intervenção na área de abrangência de nossa unidade Floresta Sul, que compreende uma população de 3.100 habitantes que está sob nossa responsabilidade, com o objetivo de melhorar a atenção em saúde ofertada aos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Além de ampliar a cobertura das ações para um melhor atendimento deles, buscamos melhorar a qualidade do cuidado através de um conjunto de ações sistematizadas, visando melhorar a adesão de usuários hipertensos e/ou diabéticos ao programa, cadastrando usuários que nunca tiveram acompanhamento regular, foi investido na qualidade da atenção ofertada, no registro das informações da unidade, mapeando hipertensos e/ou diabéticos para risco doença cardiovascular e promovendo a saúde de nossos usuários. Esta intervenção se constituiu como parte do Curso de Especialização em Saúde da Família, ofertado pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel), em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UNASUS), tendo em vista a participação da autora enquanto profissional vinculada ao Programa Mais Médicos (PMM).

Este projeto de intervenção teve como foco a área programática de HAS e DM, pela alta incidência de usuários com estas doenças e pela baixa cobertura de usuários cadastrados como usuários pesquisados e monitorados de forma sistemática por nossa equipe de saúde em sua área de abrangência.

Para iniciar esta intervenção, que teve duração de 12 semanas, nossa equipe foi devidamente capacitada, tendo sido abordados diferentes aspectos importantes para poder realizar nosso trabalho com qualidade e numa parceria forte para ter como resultado uma intervenção exitosa. Trabalhamos a

compreensão dos aspectos clínicos da hipertensão arterial e do diabetes mellitus, a aferição pressão arterial, a medição da glicose, de peso, como realizar o preenchimento correto de registros e cadastros, a fim de realizar uma intervenção com a máxima qualidade possível.

Com a nossa intervenção, conseguimos aumentar a nossa cobertura de cuidados para usuários com hipertensão e diabetes mellitus, com a melhoria do acolhimento ao cuidado integral dos nossos usuários, ofertando uma atenção com maior qualidade.

No início da intervenção (no primeiro mês), começamos com um número de 43 usuários com hipertensão e 28 com diabetes acompanhados e registrados corretamente, correspondendo a 9,1% e 24,1% respectivamente, ainda sem saber se nossa intervenção iria obter ou não o sucesso esperado. Com o decorrer dos trabalhos e mais experientes, no segundo mês, alcançamos 17% dos hipertensos e 41,4% dos diabéticos. Encerramos o terceiro mês da intervenção com uma cobertura ampliada para 30,8% (145) dos hipertensos e 72,4% (84) dos diabéticos de nossa área de abrangência que são agora acompanhados de forma sistemática. Pouco a pouco nossa equipe foi alcançando bons resultados, não conseguimos alcançar a meta proposta inicialmente, sobretudo pelos desafios encontrados durante o processo da intervenção, sobretudo o período de intensas chuvas com a enchente do Rio Acre onde as vias de acesso intransitáveis para chegar até nosso posto de saúde que ficou no meio da enchente e muita dificuldade para fazer as visitas domiciliares e a busca ativa de faltosos às consultas. Ainda assim, alcançamos bons resultados e, certamente, cumprimos esta meta em 100% nos próximos meses, com a continuidade de nosso trabalho de intervenção, que seguirá incorporado à rotina de nosso serviço.

Aumentamos em número e qualidade as visitas domiciliares que são muito importantes para nosso trabalho na atenção primária, pesquisando o modo e estilo de vida de nossos usuários acompanhados, fazendo pesquisa, tratamento, acompanhamento de usuários com hipertensão e/ou diabetes, ofertando para eles ações para educação em saúde, muito necessárias para evitar riscos e complicações nas suas doenças.

Alcançamos objetivos que nunca antes haviam sido conquistados na unidade, a exemplo da melhoria no acolhimento e assistência ofertada aos



usuários, incluindo as palestras de promoção de saúde, feitas todas as manhãs, melhoramos a oferta de medicamentos a hipertensos e/ou diabéticos cadastrados, mas também, empoderando a comunidade através de um maior conhecimento sobre a sua doença, sendo esclarecidas todas as dúvidas que tinham sobre o atendimento e a doença, assim como seus direitos em nossa unidade. Aumentamos o número de usuários registrados e cadastrados no programa. Conseguimos uma excelente integração com lideranças da comunidade e com a URAP Hidalgo Lima, para onde encaminhamos a maior parte de nossos usuários. Também conquistamos uma maior integração da equipe e mais conhecimento e responsabilidade com nossos usuários em cada área de atendimento. Nossa proposta é que possamos ampliar esta intervenção, com a mesma metodologia e ações sistematizadas, para outras áreas programáticas incluindo ações mais amplas.

A conclusão é que esta intervenção trouxe mudanças para o nosso serviço, para a equipe de saúde e para a comunidade, impactando de forma positiva em nossos processos de trabalho, bem como na maneira de ser vistos por nossa comunidade. Nossa intervenção contribuiu para a integralidade do cuidado em saúde dos usuários, levando benefícios para todos os envolvidos.

Ao propormos a realização de uma intervenção, sabíamos dos desafios postos e que nem tudo dependia unicamente do envolvimento da equipe, de forma que é importante e necessário o apoio da gestão das diferentes instituições, líderes comunitários e atores que influenciam nos processos necessários para o cumprimento das ações de saúde propostas.

Ao encerrar este período da nossa intervenção, alguns objetivos não foram totalmente cumpridos por diferentes motivos, geralmente por causas externas, que fugiram à nossa governabilidade, como não termos disponíveis total de fichas espelhos necessárias para todos os usuários, tampouco uma avaliação em dia por especialistas em usuários que precisaram ser encaminhados, bem como não termos conseguido ofertar atendimento odontológico como estava planejado, porque era muito difícil conseguir consultas para nossos usuários na URAP, também por conta da dificuldade de acesso. Felizmente, depois das articulações realizadas no período que compreendeu a intervenção, conseguimos a disponibilização de mais vagas por semana para o atendimento odontológico de nossos usuários. Não atingimos

100% na realização de exames complementares. No início eles realizaram as coletas na URAP, mas conseguimos realizar a coleta em nossa unidade, aumentando, assim, o número de usuários recuperados com exames de laboratório atrasados. Tivemos também dificuldades, sobretudo pela falta de transporte.

Dessa forma, desde já solicitamos a continuidade do apoio desta gestão, importante e necessário, uma vez que, melhorando tais aspectos, nosso serviço será feito com maior qualidade para os nossos usuários e a comunidade. Esperamos que, com o desenvolvimento de nosso trabalho, todas estas deficiências possam ser superadas e avaliadas para um melhor atendimento em qualidade de nossa população, incorporando e ampliando a intervenção na rotina da nossa unidade.

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

Prezados Líderes Comunitários e comunidade,

Realizamos na comunidade de nossa área de abrangência, uma intervenção com usuários que tem pressão alta e níveis elevados de açúcar no sangue ou glicose elevada, para melhorar a qualidade de vida e do atendimento para eles, incluindo um cuidado integral em saúde.

Primeiro, é importante entender o que é uma intervenção em saúde. Trata-se de um programa planejado com um grupo de ações, a fim de melhorar o atendimento dos usuários e da comunidade em geral. Neste caso, realizamos uma intervenção direcionada aos usuários com pressão alta e diabetes, para melhoria da atenção para todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos que pertencem a área de abrangência da nossa USF, durante um período de 12 semanas.

Para conseguirmos melhorar a assistência, precisamos inicialmente conhecer quantos e quem eram os usuários que tínhamos em nossa área, quantos foram registrados no programa para o atendimento de usuários doentes de pressão alta e açúcar no sangue ou glicose elevada e quantos ainda não tinham sido cadastrados e acompanhados pelo programa, fazendo um cadastramento diário destes usuários em consultas e em visita domiciliar.

Começamos a nossa intervenção no dia 24 de Janeiro de 2015 com um conjunto de ações planejadas. Para esta intervenção a nossa equipe teve que se preparar para as atividades que íamos fazer com os usuários, para que tudo ocorresse de forma organizada e com a melhor qualidade possível.

Para realizar com êxito nossa intervenção foi planejada e organizada num cronograma, algumas atividades tiveram a rotina diferente em nossa unidade, fizemos uma regulação no número de atendimentos diários para estes,

monitoramos os exames laboratoriais em dia e adequados para cada usuário com periodicidade recomendada, fizemos avaliação de risco de cada um deles e receberam orientações sobre sinais de alerta para as duas doenças. Todos receberam também orientação sobre os fatores de risco para hipertensão e diabetes que foram acompanhados na unidade de saúde e nas visitas domiciliares, aumentamos o número de visitas às casas dos usuários, aumentamos as conversas e palestras com os usuários, não somente sobre hipertensão e diabetes, mas também, falamos de medidas para modificar e combater os fatores de risco destes usuários, realizando atividades de promoção de saúde com o objetivo de diminuir as doenças e complicações na comunidade.

Fizemos ainda, atividades em grupos de hipertensos e/ou diabéticos falando sobre alimentação saudável, prática de exercícios físicos, importância de se evitar o stress, palestras educativas, tivemos lanches com frutas para estimular alimentação saudável, fizemos atividades com a finalidade de evitar as complicações das doenças, também para prevenir e diminuir a incidência e prevalência delas, a higiene adequada, diminuir o consumo de álcool, droga, diminuir a quantidade de pessoas fumantes e explicar os riscos para sua saúde e a de sua família, realizamos palestras na sala de espera da unidade como as questões com o cuidado da higiene, muito necessárias, já que o nosso Estado estava passando pela pior inundação da sua história, por conta da enchente do Rio Acre. Todos foram orientados sobre seus direitos em relação aos seus registros de saúde no serviço e a possibilidade de solicitação de segunda via sem necessário.

Apesar das alterações na rotina do serviço, devemos pensar que foi essa uma forma de melhor organizar a assistência prestada à população. A intervenção trouxe bons resultados, como o acompanhamento de 145 pessoas com hipertensão e 84 com diabetes mellitus, atingindo uma cobertura de 30,4% para hipertensão e 72,4% para diabetes. Além disso a intervenção trouxe um melhor atendimento para os usuários, aumentou o conhecimento, não só com respeito à sua doença, mas na prevenção de outras doenças através das palestras e conversas individuais feitas, nas quais todos da comunidade participavam de conjunto com os usuários incorporados à intervenção. A proposta é que também melhore a assistência para outros usuários como os idosos, as grávidas e as crianças.

Com a nossa intervenção conseguimos até o momento cadastrar quase todos os usuários e melhorar o atendimento. Continuaremos a trabalhar com o objetivo de melhorar cada vez mais a assistência não somente para os hipertensos e diabéticos, mas pretendemos estender as ações organizadas para todos na comunidade. Esperamos contar com a ajuda e o apoio de todos para continuarmos crescendo e fortalecendo o nosso trabalho, que traz benefícios para todos na comunidade.

A intervenção para nossa equipe representou uma experiência maravilhosa com nossa população, pois nos permitiu conhecer qual é a realidade existente em nossa comunidade, nos ajudou a organizar nosso trabalho com atendimento de hipertensos e/ou diabéticos, a equipe ficou mais unida à nossa comunidade, à qual agradecemos por seu apoio, ficando mais fortalecida com nossa intervenção.

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

Para mim, esta modalidade de estudo foi um passo muito grande, pois tive de enfrentar diversos desafios com relação à tecnologia utilizada, somadas àquelas do idioma em si. Entretanto, considero que foi um sucesso pelos motivos que relatarei a seguir.

O curso, desde o seu início, abordou elementos necessários para a atuação adequada dos profissionais no Brasil e foi uma ótima oportunidade no aperfeiçoamento profissional. Este processo de aprendizagem oportuniza a produção de conhecimento e a qualificação da prática, possibilitando melhorar a atenção à saúde da comunidade, estando o curso dividido em unidades didáticas que visam à incorporação da teoria com a prática vivenciada pelos profissionais de saúde.

Ademais, o curso complementou os conhecimentos e habilidades necessárias para atuação no SUS. Sinceramente, nas primeiras semanas já fiquei interessada no curso, os casos clínicos fizeram com que me empenhasse nos estudos referentes e quanto mais avançou o curso, mais aumentou o meu interesse.

Penso que o curso está bem desenhado, pois o aluno dispõe de múltiplas e diferenciadas informações para sua aprendizagem.

Considero que tem caráter prático e aplicado porque permitiu, com os casos interativos para conhecer o manejo das doenças no Brasil.

Permitiu também interatuar com outros colegas e pode trocar suas experiências e dúvidas com situações clínicas.

Os métodos de avaliação utilizados, de modo geral, foram ótimos e contribuíram para a construção do conhecimento, facilitando-me a prática profissional, no contexto do sistema de saúde e realidade do Brasil. Além disso, ajudou a aperfeiçoar o português.

Os orientadores, que no meu caso foi Antonio Maurício, excelente profissional, tem muita experiência no processo de ensino. Muito obrigada pela dedicação e compromisso com o Programa Mais Médicos professor, pois você é um belo exemplo nesta capacitação.

Parabéns!

## Referências

Alfonso LM, Agramonte MS, Veá HDB. Frecuencia de cumplimiento del tratamiento en usuários hipertensos. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2003;19(2). Disponível em [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19\\_2\\_03/mgi09203.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19_2_03/mgi09203.htm) [Acesso em 17 maio 2005]

Anderson MP, Gusso G, Castro Filho ED. Medicina de Família e comunidade: especialista em integralidade. *Rev APS.* 2005; 8(1):49-60.

Caro JJ, Salas M, Speckman JL, Raggio G, Jackson JD. Persistence with treatment for hypertension in actual practice. *CMAJ.* 1999;160(1):31-7.

Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, et al. Seventh report of the Joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *Hypertension.* 2003;42(6):1206-52.

Coelho EB, Moysés Neto M, Palhares R, Cardoso MCM, Geleilate TJM, Nobre FN. Relação entre a assiduidade às consultas ambulatoriais e o controle da pressão arterial em usuários hipertensos. *Arq Bras Cardiol.* 2005;85(3):157-61.

Degli Esposti E, Sturani A, Di Martino M, Falasca P, Novi MV, Baio G, et al. Long-term persistence with antihypertensive drugs in new patients. *J Hum. Hypertens.* 2002;16(6):439-44.7.

Expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults. Executive Summary of The Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, And Treatment of High Blood Cholesterol In Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA.* 2001;285(19):2486-

Fuchs SC, Castro MS, Fuchs FC. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Hipertensão.* 2004;7(3):90-3.

Furtado BMAS, Araujo Júnior JLC, Cavalcanti P. O perfil da emergência do Hospital da Restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. *Rev Bras Epidemiol.* 2004;7(3):279-89.

Grundy SM, Cleeman JI, Daniels SR, Donato KA, Eckel RH, Franklin BA, et al. Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement. *Circulation.* 2005;112(17):2735-



Gus I, Harzheim E, Zalavsky C, Medina C, Gus M. Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no estado do Rio Grande do Sul. Arq Br.

Carta Europeia do Coração. Disponível em:  
[http://www.spc.pt/NR/rdonlyres/9E7F9297-7EF9-4882-8B8C-5973CFBED54D/1971/Carta\\_EC.pdf](http://www.spc.pt/NR/rdonlyres/9E7F9297-7EF9-4882-8B8C-5973CFBED54D/1971/Carta_EC.pdf).

Cortez-Dias N, Martins S, Belo A, Fiuza M em nome dos investigadores do estudo VALSIM. Prevalência e padrões de tratamento da hipertensão arterial nos cuidados de saúde primários em Portugal. Resultados do estudo VALSIM. Rev Port Cardiol. 2009;28:499-523.

Machado CA, Barbosa RB. Epidemiologia e importância clínica. In: Passarelli Jr O, Fonseca FAH, Colombo FMC, Scala LCN, Póvoa R, editores. Hipertensão arterial de difícil controle: da teoria à prática clínica. São Paulo: Segmento Farma; 2008. p. 1-3.

## **Anexos**

## Anexo A - Documento do comitê de ética



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

---

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

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

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

Prezada Pesquisadora;

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

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







