

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
MODALIDADE À DISTÂNCIA  
TURMA 5

Trabalho de Conclusão de Curso



**Melhoria na Atenção à Saúde dos Adultos com HAS e/ou DM na UBSF Álvaro  
Correa, Macapá/AP**

Juan Luis Soto Cabrera

Pelotas, 2015

Juan Luis Soto Cabrera

**Melhoria na Atenção à Saúde dos Adultos com HAS e/ou DM na UBSF Álvaro  
Correa, Macapá/AP**

Orientadora: Lucimar da Silva Moura Thomasini

Co-orientador: Flávio Renato Reis de Moura

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Especialização em saúde da família – modalidade à distância UNASUS/UFPel, como requisito parcial para a obtenção do título de especialista em saúde da família.

Pelotas, 2015

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

C117m Cabrera, Juan Luis Soto

Melhoria na Atenção à Saúde dos Adultos com HAS e/ou DM na UBS Álvaro Correa, Macapá/AP / Juan Luis Soto Cabrera; Lucimar da Silva Moura Thomasini, orientador(a); Flávio Renato Reis de Moura, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

91 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. Thomasini, Lucimar da Silva Moura, orient. II. Moura, Flávio Renato Reis de, coorient. III. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

## **Dedicatória**

Dedico esse trabalho primeiramente a minha família que além de estar longe me apoiaram em todo momento, a minha orientadora Lucimar que ajudou nessa construção e a minha esposa e colegas que me deram força e me ajudaram direto ou indiretamente nessa conquista.

## **Agradecimentos**

A minha família, agradeço a todos, por tudo que significam em minha vida.

À orientadora Lucimar pela ajuda na condução e viabilização deste trabalho.

Aos Professores do Curso de Especialização, pelo conhecimento e pelo aprendizado.

A todos aqueles que contribuíram de alguma forma para a realização deste estudo.

## Resumo

CABRERA, Juan Luis Soto. **Melhorias na atenção à saúde dos adultos com HAS e/ou DM na UBSF Álvaro Côrrea, Macapá/AP**. 2014. 91f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância). Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

As doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade no mundo contemporâneo, sendo que dentre os fatores de risco para o desenvolvimento de tais doenças, a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus desempenham papel preponderante, realidade que incita gestores e trabalhadores do Sistema Único de Saúde a efetivar ações que visem o controle dessas doenças. Neste sentido, o presente trabalho objetiva propor melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na Unidade de Saúde Álvaro Corrêa município de Macapá-AP. A intervenção se realizou durante 16 semanas, nos meses de Setembro até Dezembro do ano 2014, através do trabalho da equipe 084, com a efetiva participação de todos os membros da equipe na condução das ações para o alcance das metas propostas. Com a intervenção conseguimos cadastrar 98,8% dos hipertensos e 97,4% dos diabéticos residentes da área de abrangência da equipe e estes usuários foram acompanhados conforme protocolo do Ministério da Saúde, com exame clínico realizado durante as consultas, solicitação de exames complementares, estratificação do risco cardiovascular, registro adequado das informações de saúde em ficha na UBSF e realizada busca ativa de todos os faltosos as consultas. Os próximos passos serão recuperar os atendimentos odontológicos dos usuários hipertensos e diabéticos que ainda estão pendentes com a avaliação da saúde bucal, além de aumentar a cobertura dos hipertensos e diabéticos que ainda faltam por cadastrar já que a intervenção faz parte da rotina do serviço. Esperamos que as outras duas equipes de saúde da família que atuam na UBSF também utilizem as fichas espelhos para acompanhamento do usuário hipertenso e diabético de forma continua e que o trabalho realizado pelas equipes seja integral.

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

## Lista de Figuras

Figura 1	Capacitação dos Profissionais da Saúde da UBSF.	59
Figura 2	Atendimento Clínico a Usuários Hipertensos e Diabéticos.	59
Figura 3	Visita Domiciliar a Usuários Acamados.	60
Figura 4	Monitoramento dos registros e identificação de consultas atrasadas e resumo do trabalho final da intervenção.	60
Figura 5	Visita Domiciliar a usuários faltosos e com atraso a consultas.	61
Figura 6	Ação de Saúde na Comunidade para rastreamento dos casos ou pacientes crônicos.	63
Figura 7	Gráfico indicativo da Cobertura do Programa de Atenção ao Hipertenso na UBSF Álvaro Corrêa, Macapá/AP, 2014.	65
Figura 8	Gráfico indicativo da Cobertura do Programa de Atenção ao Diabético na UBSF Álvaro Corrêa, Macapá/AP, 2014.	65
Figura 9	Gráfico indicativo da Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBSF Álvaro Corrêa, Macapá/AP, 2014.	68
Figura 10	Gráfico indicativo da Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Álvaro Corrêa, Macapá/AP, 2014.	69
Figura 11	Gráfico indicativo da Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Álvaro Corrêa, Macapá/AP, 2014.	71
Figura 12	Gráfico indicativo da Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Álvaro Corrêa, Macapá/AP, 2014	71

## Lista de Abreviaturas e Siglas

ANVISA	Agencia Nacional de Vigilância Sanitária.
APS	Atenção Primaria de Saúde.
DM	Diabetes Mellitus.
EAD	Educação a Distância.
ESB	Equipe de Saúde Bucal.
ESF	Estratégia da Saúde da Família.
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica.
HGT	Hemoglicoteste.
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos.
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana.
Mg	Miligramas.
MmHg	Milímetro de Mercúrio.
MS	Ministério da Saúde.
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família.
PA	Pronto Atendimento.
PCCU	Prevenção do Câncer do Colo do Útero.
RCV	Risco Cardiovascular.
SIAB	Sistema de informação de Atenção Básica.
SUS	Sistema Único de Saúde.
TCC	Trabalho Conclusão do Curso.
UBSF	Unidade Básica de Saúde Familiar.
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas.
UNIFAP	Universidade Federal Pública.



## Sumário

Apresentação.....	10
1 Análise Situacional.....	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS.....	11
1.2 Relatórios da Análise Situacional.....	12
1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório.....	22
2 Análise estratégica.....	24
2.1 Justificativa.....	24
2.2 Objetivos e Metas.....	25
2.3 Metodologia.....	29
2.3.1 Ações.....	29
2.3.2 Indicadores.....	46
2.3.3 Logística.....	53
2.3.4 Cronograma.....	55
3 Relatório da Intervenção.....	58
3.1 Ações previstas e desenvolvidas – facilidades e dificuldades .....	58
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas – facilidades e dificuldades.....	61
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	62
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	62
4 Avaliação da Intervenção.....	64
4.1 Resultados.....	64
4.2 Discussão.....	76
4.3 Relatório da intervenção para gestores.....	79
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	81
5 Reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem.....	84
6 Referências.....	85
Apêndices.....	86
Anexos.....	89
Anexo A – Ficha espelho.....	89
Anexo B – Planilha de coleta de dados.....	90
Anexo C – Documento do comitê de ética.....	91

## **Apresentação**

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas. O trabalho foi constituído por uma intervenção em campo com o objetivo de melhorar a atenção dos usuários hipertensos e diabéticos da Unidade de Saúde Familiar Álvaro Côrrea, do município de Macapá, AP. O volume está organizado em cinco unidades de trabalho, construídas de maneira independente entre si, mas sequenciais e interligadas. Na primeira parte observamos a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 16 semanas durante a unidade 3 do curso. Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4. Na quinta e última parte a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho. O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês janeiro de 2013, quando começaram a serem postadas às primeiras tarefas; sua finalização ocorreu no mês de fevereiro 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

## **1. ANÁLISE SITUACIONAL**

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

Trabalho na Unidade Básica de Saúde (UBSF) Álvaro Corrêa, com três equipes de saúde da família, compostas por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e dez agentes comunitários de saúde. Os serviços prestados são consultas de urgência e emergência, farmácia, atualmente não estamos ofertando consulta de odontologia, pois não há profissional odontólogo na unidade neste momento pois saiu de férias e ainda está apresentando problemas pessoais, temos laboratório de ecografia ginecológica, sala de vacinação, sala para realizar Prevenção do Câncer do Colo do Útero (PCCU), sala onde se realiza as consultas de nutrição, consultas de Pediatria, ginecologia e família e medicina comunitária.

Servimos três comunidades urbanas, São Lázaro, Renascer I e Renascer II que frequento, até agora tem sido muito benéfico, pois trabalhamos com consulta e também na casa através da visita, consultamos grávidas, crianças menores de um ano e de outras idades, consultas para usuários com diabetes, com Hipertensão Arterial, Obesos, Hipotireoidismo, fumantes, alcoólicos.

Visitamos usuários com muitas patologias congênitas e adquiridas, tenho bom relacionamento com meus usuários e funcionários e tentamos então a união para alcançar os objetivos propostos de melhorar indicadores de saúde, com adequada promoção, prevenção, diagnóstico precoce e tratamento de doenças para evitar complicações.

Chegando a UBSF fui muito bem recebido pela minha equipe de saúde, com entusiasmo e o planejamento é feito juntamente com toda a equipe de saúde, as quintas feiras de cada semana, momento para se discutir os casos mais preocupantes que os trabalhadores da comunidade têm e nós darmos-lhes prioridade para a visita logo que possível.

Também os problemas de saúde são discutidos com os líderes da Comunidade. Na farmácia, não temos a quantidade de medicamentos necessários para atender a toda a população, o horário de trabalho está dividido em duas turnos, de 07h00min da manhã até as 12h00min e da 13h00min da tarde até as 20h00min.

Estou muito empenhado para meus usuários e à comunidade em geral, porque eles estão muito felizes com o trabalho que estou fazendo como muitos dizem que nunca tiveram um médico que os atendeu com carinho e nós viemos para este país para ajudar o povo brasileiro e pessoas que ambos precisam de cuidados médicos.

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

Macapá é um município localizado no Estado de Amapá, é a capital do estado com uma população estimada de 669.526 habitantes segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas do ano 2010, possui 23 UBSs, 20 urbanas e três rurais, cinco Módulos de Saúde Familiar com 84 equipes de Estratégias de Saúde da Família (ESF).

Além tem um Pronto Atendimento (PA) e dois centros odontológicos que trabalham com agendamento e atendimento de urgências, todas vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) através da Secretaria de Saúde.

Na cidade contamos com três escolas de enfermagem, uma Universidade Federal Pública (UNIFAP), oito Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), quatro Equipes de Atendimento Domiciliar, temos dois Serviços Hospitalares de Emergência e um Serviço Hospitalar de Especialidade.

A situação socioeconômica do município predomina a classe média-alta, não contamos com esgotos na maioria das ruas, não há tratamento de água, a população geralmente utiliza água mineral, entre as doenças mais prevalentes encontramos a Verminose, Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

Trabalho em uma unidade mista com atendimento de 12 horas na cidade de Macapá, atuando na Unidade Básica de Saúde Álvaro Corrêa e Estratégia da Saúde da Família, inaugurada há quase 25 anos, atua de forma tradicional, tem um grupo de educação em saúde que fazem visitas domiciliar para grupos específicos como grávidas, puérperas, idosos acamados, usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus, está composta por três equipes de Estratégia da Saúde da Família cada

integrado por um Médico, uma Enfermeira, uma Técnica Enfermagem e 10 Agentes Comunitários de Saúde.

Além disso, têm três Técnicas e duas auxiliares de Enfermagem, um Ginecologista, dois Pediatras, um Nutricionista, um Fonoaudiólogo e um Psicólogo.

Minha Equipe é a número 84, com um Médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e 10 agentes comunitárias de saúde, encontrando-se limitada ao Norte: Bairro Renascer 1, ao Sul Bairro Pacoval, ao Leste Bairro Pantanal e ao Oeste Bairro São Lázaro.

Cobrimos uma área de abrangência de cinco bairros na UBSF sendo que um deles é da área da equipe 84 (Bairro Renascer 2) com aproximadamente 3.123 pessoas cadastradas, 1.238 são homens e 1.885 são mulheres (minha área de abrangências cadastradas até agora), de um total de população da UBSF de 8.608 pessoas, dados fornecidos pelo diretor de nossa UBSF.

Verificamos que temos um sub-registro já que muitos usuários não estão cadastrados, porque são de classe média ou alta, e não permitem aos agentes comunitários de saúde passar em suas casas para realizar o cadastramento.

O usuário que procura a unidade faz o agendamento para consultas durante o mês de segunda a sexta-feira para clínica médica, pediatria e ginecologia. Os atendimentos para controles de pressão arterial e glicemia capilar acontecem todos os dias dentro do horário de funcionamento das 07h00min às 12h00 e das 13h00 às 20h00, não temos um sistema informatizado.

Os prontuários são montados pelas técnicas em enfermagem e chegam a aproximadamente a 5.000 prontuários. Todas as consultas são com horários pré-agendados, inclusive consultas com a enfermeira referente à pré-natal, puericultura e coleta de citologia.

Os agendamentos das consultas são feitas por os agentes comunitários que marcam consulta com a técnica em enfermagem, além deixamos três vagas para demanda espontâneas nos dois turnos de trabalho. Há atendimento de livre demanda, os pacientes que comparecem na unidade sem estarem agendados são acolhidos e se for necessário é feito o encaixe de consultas e quando se caracteriza atendimento de urgência é encaminhado ao pronto socorro central da cidade.

Temos uma recepção ampla com várias cadeiras e dois ar-condicionado, uma área bem arejada, uma sala de vacina que funcionam todos os dias de segunda

a sexta-feira nos dois turnos de trabalho, têm um consultório de enfermagem; sala de curativos, outra sala para administração de medicação e pós-consulta.

Temos mais três consultórios médicos, sendo um para atender ginecologia; uma farmácia; uma sala para fazer prevenção do câncer de colo do útero (PCCU); uma sala de ultrassom ginecológico; uma sala onde atende a nutricionista; uma sala de triagem; um consultório odontológico que não temos atualmente Odontólogo nem técnico de saúde bucal.

Tem um laboratório que só faz exames de Hemograma, Glicemia, Urina e Fezes; e não temos sala para os agentes comunitários de saúde; têm um expurgo e outra sala para a central de materiais; banheiros feminino e masculino; uma copa e lavanderia.

Os agentes comunitários de saúde (ACS) realizam as visitas domiciliares todos os dias durante os dois turnos, todas são bem aceitas pela comunidade, passam confiança e facilitam o acesso dessa população para atendimento. As ACS levantam os problemas das famílias e toda a quinta-feira pela tarde são realizadas reuniões de equipe com médico, a enfermeira e técnica enfermagem.

As consultas são planejadas em nossa UBSF, mas não determinamos dias específicos para os grupos prioritários, temos muito em conta o seguimento adequado das crianças, grávidas, puérperas, idosos, consultas de Hipertensão e demanda espontânea; também em combinação com pessoal da enfermagem fazemos palestras de diferentes temáticas necessárias para elevar o conhecimento dos usuários.

Entre os temas, mais abordamos podemos mencionar a importância de evitar a gravidez na adolescência, conhecimento dos principais sintomas de doenças infecciosas, as principais medidas para manter a higiene pessoal e coletiva. Temos baixa taxa de incidência de tuberculose e hanseníase, entre as causas, mas frequentes de demanda espontânea estão o parasitismo intestinal, infecções da pele e respiratórias.

Nos domicílios nossos profissionais, tanto médico, enfermeira, técnicos de enfermagem e os ACS participaram de diferentes maneiras em muitas atividades com nossa comunidade, posso mencionar busca ativa de usuários faltosos, busca ativa de usuários com doenças e agravos de notificação compulsória, a participação com a comunidade em atividade de promoção social, a identificação de parceiros e

recursos para potencializar ações intersectoriais; além de fazer consultas médicas e de enfermagem, verificar a pressão arterial, entre outras atividades.

Fazemos visitas domiciliares todas às terças-feiras, e cada visita é feita em conjunto com um técnico de enfermagem e o agente comunitário que atende a micro área, além disso, os ACS agendam os usuários que tem prioridade na atenção domiciliar como acamados, incapacitados, grávidas, puérperas, recém-nascidos e lactantes, além de outros pacientes que precisem de nossa atenção.

Nas visitas domiciliares nos vinculamos com diferentes fatores da comunidade como escolas, igrejas, trabalhadores da prefeitura, com o objetivo de permitir de maneira progressiva e efetiva eliminar determinadas situações que podem converter-se em problemas de saúde, por exemplo, a presença elevada de lixo fora das casas, elevada presença de focos de mosquitos *aedes aegypti*, pouca cultura no uso de água tratada para consumo e elevada incidência de usuários fumantes.

Temos um grupo de caminhada que são poucas pessoas que participam no geral com Hipertensão arterial Sistêmica(HAS) e/ou Diabetes Mellitus(DM), ocorre nas terças-feiras pela tarde e o grupo de gestantes que acontece todas as segundas-feiras no posto de saúde para receber orientações sobre os sinais de alerta durante a gravidez, e cuidados com o bebê, no qual a adesão é muito boa.

Com relação às atribuições dos profissionais na Atenção Primária de Saúde (APS), pode-se perceber que em meu posto de saúde ainda existem muitas coisas que devem ser aprimoradas, mas se levarmos em consideração outros temas, o trabalho está sendo conduzido adequadamente como a territorialização e mapeamento no qual muitos de nossos profissionais participam.

Além disso, participaram na identificação dos grupos expostos aos riscos, tanto em indivíduos como famílias, muito importante para prevenir o descontrole de doenças crônicas não transmissíveis como, por exemplo, a HAS e a DM e em caso de doenças transmissíveis como exemplo a Tuberculose e Hanseníase.

Com relação ao serviço de odontologia devemos referir que não existem em nossa unidade neste momento pois saiu de férias e ainda está apresentando problemas pessoais, por este motivo os profissionais de odontologia não estão incorporados a nenhuma atividade de nosso posto, por esse motivo nossa comunidade está sofrendo quanto à prevenção e tratamento de doenças bucais, nossos usuários podem ter atendimento para estas enfermidades em outros postos

de saúde, mas com algumas dificuldades. Devemos fazer uma crítica porque podemos ampliar muito mais atividades nas igrejas, associações comunitárias e outros espaços comunitários, também fazemos trabalho de promoção e prevenção com diferentes grupos de idosos, mulheres, adolescentes, grávidas, entre outros, onde se aportam informações muito valiosas que permitem o cuidado adequado de cada um destes grupos.

Os encaminhamentos realizados em nossa unidade pelos médicos baseiam-se nas orientações estabelecidas pelo MS, embora contássemos com protocolos na UBSF, tanto para as especialidades como para a internação hospitalar. Os atendimentos em serviços de pronto atendimento e em pronto-socorro devem sinalizar que em nosso posto não realizamos atendimento de urgência e emergência pelas condições estruturais e físicas que tem nossa unidade.

Devo sinalizar com muita crítica a falta da equipe NASF na UBSF, pois não temos neste momento e é muito importante à inter-relação com as diferentes equipes de saúde de família da UBSF, acho que estes profissionais poderiam se vincular mais com nossas atividades e que exista mais sensibilidade com os problemas da comunidade.

Em relação à puericultura e consultas de rotina com crianças de 0 até 72 meses, verifiquei que na área de abrangência de minha equipe residem 278 crianças cadastradas de uma estimativa de 957 crianças da área de abrangência da UBSF segundo o caderno de ações programáticas. Das crianças cadastradas que são menores de um ano temos 57, acredito que 91% fizeram e fazem puericultura, porém após o sétimo e antes dos quinze dias de vida e mesmos as crianças que não são cobertas pela ESF, mas residem na área adstrita da UBSF, costumam participar com frequência da puericultura. Muitas vezes as mães dessas crianças chegam a procurar atendimento duas vezes no mesmo mês para tirar dúvidas em relação ao filho ou porque a criança não está bem. Com relação a saúde bucal das crianças menores de um ano, não temos o percentual de cobertura dos atendimentos pela falta do profissional odontólogo na UBSF, e não há como ter a informação se as crianças têm sido atendidas na UBSF mais próxima que oferece esse serviço. Para enfrentar esse problema orientamos as mães com os cuidados básicos que as mesmas devem adotar na saúde bucal de seus filhos.

O que pretendemos melhorar na Saúde da Criança é iniciar com a primeira visita da enfermeira ou médico no domicílio para avaliar a mãe e o recém-nascido



logo que chegam da maternidade. Após iniciar com a consulta na UBSF, quando a criança estiver com até sete dias de vida e agendar adequadamente seus retornos para seguimento, sempre orientando às mães sobre a importância de comparecer nas consultas, de manter a carteirinha de vacina em dia, pois contamos com uma cobertura total de vacinas para estas crianças na UBSF. O atendimento de puericultura é realizado pela enfermeira e se apresentar alguma alteração é encaminhado para o médico, existe registro próprio e as anotações são feitas também nos prontuários.

É feito o teste do olhinho e da orelhinha nas crianças recém-nascidas e sobretudo à realização do teste do pezinho até o 7º dia de vida antes de sair do Hospital. Além disso, orientamos sobre o aleitamento materno exclusivo e a prevenção de morte prematura que o bebê pode apresentar. Incentivamos a equipe de ACS a ficar atentos ao nascimento dessa criança e iniciar as orientações do Caderno de Atenção Básica nº 33 do Ministério de Saúde para que seja seguido adequadamente, principalmente avisando a enfermeira para programar a visita domiciliar. Uma vez que o programa de puericultura não é monitorado nem avaliado pela unidade e sim pela Secretaria de Saúde, não nos é repassado o número de faltosos ou com prioridade para atendimento. Ficando para os ACS a responsabilidade do cadastramento e uma possível cobertura dessa população, a partir das discussões dos casos das famílias visitadas nas reuniões semanais que fazemos. Por meio desse encontro conseguimos delegar prioridade em alguns casos para visita domiciliar e outros para atendimento na unidade, guiando os ACS a orientar de forma adequada essa família.

A cobertura da atenção ao pré-natal e puerpério é baixa em minha área, temos um total de 23 grávidas cadastradas para 72% de cobertura, 18 gestantes com acompanhamento na UBS, cinco gestantes fazem acompanhamento nos serviços privados. Das gestantes acompanhadas, 16 iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, 70% da cobertura, todas têm cartão da gestante e na UBSF ficam registradas todas as informações das consultas e também se o esquema vacinal está em dia (Tétano e Hepatite B) e o mesmo percentual de 70% tem citopatológico em dia. A primeira consulta sempre é feita pela enfermeira, que indica todos os exames da captação, faz testes rápidos de sífilis, Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), Hepatites entre outros e preenche o cartão da gestante, orienta sobre a vacinação, posteriormente fazemos consultas alternando entre médico e enfermeira

até as 34<sup>o</sup> semana, depois nossas grávidas são vistas quinzenalmente até as 37<sup>o</sup> semana. Depois desta data são vistas em consulta semanalmente até o parto, garantindo desta forma uma atenção de qualidade com exame físico adequado e completo em cada consulta. Também é realizado o cálculo de idade gestacional, manobras para conhecer e fazer seguimento à apresentação, dorso fetal, batimentos cardíacos fetais, algo muito importante é que em minha UBSF temos obstetra, o que garante um seguimento mais completo no caso das grávidas que requerem de atenção especializada como as de alto risco, que sempre são encaminhadas ao obstetra, que decide a conduta a seguir nestes casos.

No puerpério, 57 mulheres fizeram consultas de puerpério nos últimos 12 meses para um 86% de cobertura em relação à estimativa que é de 66 mulheres. Das 57 puérperas que foram acompanhadas, 42 consultaram antes dos 42 dias de pós-parto e receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido, orientações sobre aleitamento materno exclusivo e sobre planejamento familiar, o resto das puérperas esquecem que no sétimo dia teriam que comparecer na UBSF para consulta puerperal. Na média, elas se apresentam no décimo quinto ou um mês após o parto, assim vamos encaminhando conforme a procura das mesmas para darmos continuidade à assistência. Apenas 17% das pacientes comparecem para coleta de citologia no pós-parto, muitas relatam falta de tempo, pois já voltaram a trabalhar.

Os aspectos mais importantes para contribuir e para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção ao pré-natal seria uma conscientização das próprias gestantes quanto à importância do pré-natal e puerpério, assim como colaboração de toda equipe da unidade de saúde em geral. Os ACS devem ser responsáveis pela visita mais frequente às gestantes da área, aproveitando para lembrá-las das consultas. A enfermeira deve estar sempre avaliando o estado geral da gestante e orientando a importância dos retornos, coleta de exames, realização de ultrassonografia, participação no grupo de gestantes para esclarecimento de dúvidas, importância de uma alimentação saudável, vacinação em dia, entre outras orientações. E a participação do médico deve reforçar todas as orientações e presença das gestantes, para um acompanhamento satisfatório e cobertura adequada para saúde dessas gestantes e da criança. Com comprometimento de toda equipe podemos sim alcançar uma cobertura satisfatória das gestantes e puérperas da área, pois na unidade seguimos o protocolo de atendimento da saúde

da mulher, mas, não temos um registro específico nem como monitorar essas ações, apenas contamos com as informações dos números de pré-natais abertos pelo cadastro dos prontuários.

Em relação à Prevenção do Câncer do Colo do Útero (PCCU) todos os profissionais de saúde do serviço seguem o protocolo conforme preconizado pelo MS (Caderno de Atenção Básica nº 13, 2013). Para saber o número de coletas de PCCU utilizei a agenda de marcação dos exames e outros dados retirados da Secretaria de Saúde do município. Porém como não consegui dados concretos em relação a esta ação, multipliquei o número de coletas de PCCU que a enfermeira faz por mês (30) por um ano aproximadamente e assim totalizaram 300 coletas. Temos um total de 424 mulheres entre 25 e 64 residentes na área e acompanhadas na UBSF para prevenção de câncer de colo de útero para um 94% da cobertura, destas 120 mulheres com exame cito-patológicas para câncer de colo de útero em dia, com mais de seis meses de atraso temos 105 mulheres, 118 exames coletados com amostras satisfatórias, mas temos problemas com o tempo de entrega dos resultados das amostras, pois, demoram um mês e meio em chegar. Em caso de exame alterado as mulheres são encaminhadas para o serviço de oncologia no Hospital Geral. Temos duas usuárias com exame citopatológico para câncer de colo de útero alterado e ambas estão em acompanhamento com o especialista, a enfermeira de nossa equipe todas as quartas feiras pela tarde, faz a coleta de exame de nossas mulheres da área de abrangência.

Avaliando os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do Controle do Câncer do Colo do Útero, considero primeiramente melhorar no tempo de entrega dos resultados dos exames, a conscientização da própria mulher em fazer a prevenção, comparecerem à unidade para a consulta e através de propagandas do governo. E também a colaboração de todos os profissionais da saúde, sempre recomendando e encaminhando essas usuárias. As visitas domiciliares também são muito importantes, pois o contato direto com a usuária e orientação sobre as maneiras de prevenção são de suma importância. Outra estratégia seria a busca ativa dessas mulheres por meio das visitas domiciliares, o que seria uma maneira produtiva para dar seguimento a esse exame.

Com relação ao Controle do Câncer da Mama nós temos um total de 66 mulheres entre 50 e 69 residentes na área da equipe e acompanhadas na UBSF

para prevenção de câncer de mama, chegando a 72% de cobertura, com mamografia em dia temos 51 mulheres e com avaliação e orientação de risco da prevenção de câncer de mama, com mamografias atrasadas em mais de seis meses temos 15 mulheres. E analisando os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir ainda mais para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade dessa assistência, seria aproveitar a oportunidade quando as mulheres buscam a unidade para coleta do citopatológico, é nessa mesma consulta realizar o exame das mamas completo, fornecer orientações e ensinar o autoexame e solicitar a mamografia conforme preconizado pelo protocolo do MS (Caderno de Atenção Básica nº 13, 2013). A forma de registro dos dados das mulheres em acompanhamento nas consultas é feita somente por prontuário clínico, os resultados dos exames são vistos pelo médico da equipe e se alguma tem alteração são encaminhadas ao serviço de oncologia das mamas no Hospital Geral.

Em relação aos usuários portadores de HAS, verificamos que de 1.247 adultos com 20 anos ou mais residentes na área da equipe, temos 204 usuários com HAS cadastrados na UBSF, o que representa uma cobertura de 55% do indicador de cobertura, todos os acompanhados tem realizado a estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, com exames complementares periódicos em dia temos 189 usuários com 93% da cobertura, os exames de rotina são: (Hemograma, Glicemia, Colesterol, Triglicérido, Creatinina, Ácido Úrico, Ureia, Urina Tipo 1, Eletrocardiograma e Raios X de Tórax), a maioria dos exames os usuários precisam fazer nos laboratórios privados. Dentre os usuários com HAS e em acompanhamento na unidade 3% faltam nas consultas, e nenhum é avaliado e acompanhado pela saúde bucal. Nos demais indicadores de qualidade os usuários que comparecem recebem toda assistência, os medicamentos anti-hipertensivos nem todos têm através da farmácia da UBS, a maioria tem que comprar nas farmácias privadas, e uma média de nove usuários participam do grupo HIPERDIA.

Analisando os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção aos usuários com HAS, considero que agora que temos uma técnica de enfermagem nova na equipe, vamos fazer os controles domiciliares com mais frequência e estaremos mais presentes na realidade de saúde dos usuários. Claro que os ACS realizam um grande trabalho no controle dos medicamentos, separando as medições e observando se estão sendo administradas corretamente. Temos um

grupo de sete ou oito usuários com HAS ou DM que participam fazendo atividade física uma vez na semana com as ACS.

Analisando o número de diabéticos cadastrados na unidade, verificamos que são 58 usuários e comparando com o número de hipertensos residentes na área de abrangência da UBSF, obtivemos uma cobertura de 28,4%, o médico realiza exame físico dos pés a todos, mas desses muitos faltam nas consultas e não fazem controle de glicemia capilar e como não temos odontólogo na unidade, a atenção à saúde bucal não é prestada. Porém na medida do possível os usuários com DM recebem avaliação médica com classificação de risco, e os que comparecem e participam do programa de Hipertensão e Diabetes estão com exames de rotina adequados. Portanto seria importante realizar a mesma estratégia de busca dos usuários com HAS e com DM, pois os problemas são praticamente os mesmos, também não tenho grupo específico para diabéticos e a abordagem para esse grupo também é realizada no momento do controle de glicemia capilar e quando comparecem para o grupo de caminhada.

Em relação à saúde do idoso, temos 109 idosos cadastrados que residem em minha área o que representa 100% do indicador de cobertura. Os indicadores de cobertura para idosos não está ruim, sempre que conseguimos acompanhar esses usuários, orientamos quanto alimentação e prática de atividade física regular, mas não é realizada a avaliação multidimensional e é uma deficiência que estamos melhorando atualmente, nas visitas domiciliares realizadas são avaliadas as condições de segurança das residências para evitar acidentes que provocam complicações. Os idosos acamados recebem o acompanhamento pela técnica de enfermagem junto com os ACS e planejamos visitas domiciliares priorizadas mensalmente para esses usuários.

Analisando os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção aos idosos é necessário trabalhar mais o atendimento e visita domiciliar. Sempre atendemos com prioridade os idosos, dando preferência nas consultas, à triagem, ou melhor, o acolhimento sempre é realizado quando se trata de demanda espontânea. As ACS também auxiliam nas visitas e acompanhamento dos idosos, trazendo informações importantes do seu dia a dia. Acredito que quando a equipe estiver completa teremos um trabalho mais efetivo de acompanhamento dessa população no geral. Aplicando o protocolo da saúde do idoso e utilizando-se da

carteira do idoso, vamos conhecer melhor essa população para poder agir de acordo com suas necessidades. No momento sinto que nosso trabalho está prejudicado, não trabalhamos com o protocolo da saúde do idoso, seguimos com consultas trimestrais, pois a receita dos medicamentos de uso contínua é válida por três meses, assim o idoso comparece a consulta, repete os exames laboratoriais e renova a receita.

Em relação à Saúde Bucal em nosso município só temos dois Centro Odontológico que trabalham com agendamento e atendimento de urgências. Minha UBSF tem consultório odontológico, mas não tem odontólogo e técnica de saúde bucal, somente um percentual baixo da população teve alguma avaliação feita por odontólogos de outro centro odontológico. Ainda temos muito que fazer com relação a este tema. Eu faço encaminhamento para outro centro odontológico que fica em outra unidade, não muito perto da nossa UBSF e tem odontólogo, mas a maioria dos usuários não são acompanhados, alegam que a demanda é grande e quando chegam para marcar consultas, já tem muitos usuários agendados. Realizamos em nossa UBS um trabalho na promoção e prevenção de doenças bucais com palestras educativas nas escolas, em visitas domiciliares e em consultas.

A despeito de todos os obstáculos que atravessamos diariamente, a UBS apresenta bons resultados, as equipes se esforçam para acompanhar essas famílias levando promoção de saúde, destacando as ações da minha equipe, enfermeira, técnica de enfermagem e ACS na resolução dos casos, pois não é fácil atender a todos e muitas vezes as pessoas saem insatisfeitas porque a demanda é muito grande. Estamos fazendo um esforço bem amplo para conscientizar a população.

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

Ao realizar a leitura do texto inicial “Qual a situação da ESF/APS em seu serviço?” e comparar com a escrita do relatório acima, é possível constatar que a visão da estrutura e do processo de trabalho da equipe foi modificada através da realização da análise situacional. No texto inicial a visão era baseada apenas na estrutura física e como o trabalho estava sendo realizado, já na análise situacional, foi possível perceber o quanto a equipe necessitava planejar-se para organizar o processo de trabalho, que as ações programáticas precisavam ser reestruturadas e

serem realizadas de forma organizada com monitoramento do que estava sendo feito.

Foi possível perceber os muitos problemas e dificuldades como as condições estruturais da unidade, pouco espaço para os profissionais trabalharem, o déficit de alguns profissionais para um melhor atendimento como a falta de odontólogo e educador físico, assim como a falta de materiais e equipamentos básicos para o trabalho na atenção primária, até mesmo a ausência de alguns protocolos das ações programáticas.

Podemos acreditar que comparativamente muitos aspectos mudaram em nossa unidade desde a semana de ambientação até nosso relatório da análise situacional, desde o ponto de vista do planejamento do trabalho, posso afirmar que a equipe tem mais união e integração, todos os profissionais participam das atividades, existe planejamento na marcação das consultas e temos organizado o acolhimento dos grupos prioritários como grávidas, crianças e idosos. Acreditamos que os usuários têm acesso a mais informação quando chegam ao posto e os usuários dos grupos prioritários recebem melhor atendimento e orientação a partir da análise realizada na Unidade 1 do curso.

## **2. Análise estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Já o DM vem aumentando a sua prevalência com o passar dos anos, é estimado que o Brasil passe da 8ª posição, com prevalência de 4,6%, em 2000, para a 6ª posição, com 11,3%, em 2030 (BRASIL, 2013). Trabalhar com as doenças crônicas tem uma grande importância para a saúde da população, já que se busca diminuir a morbimortalidade por estas causas, diminuir as doenças como a insuficiência renal crônica submetida às diálises, doenças oftalmológicas, diminuir os altos custos para os sistemas de saúde, melhorar a qualidade de vida dos portadores destas doenças e reduzir os anos de vida perdidos por incapacidade.

Atuo na UBSF Álvaro Corrêa, que trabalha com o modelo de atenção da Estratégia Saúde da Família, composta por três equipes de Saúde da Família, cada uma composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e dez ACS. A estrutura física da UBSF é boa, com um total de população de 8608 pessoas. Nossa Equipe tem 3123 pessoas cadastradas até agora, 1238 são homens e 1885 são mulheres, Contamos com 801 adultos acima de 18 anos e 571 pessoas acima de 40 anos (para cálculo do Risco Cardiovascular (RCV). Minha escolha do foco de intervenção foi referente à HAS e DM, porque na análise realizada, os indicadores de cobertura avaliados ficaram com percentual muito baixo, 55% para HAS e 54% para DM, e 93% dos usuários com HAS estão com os exames complementares em dia, assim como é impossível descrever quantos usuários estão estratificados quanto ao RCV devido à deficiência nos registros na UBSF. Os usuários não têm registro próprio, o que dificultou o levantamento das informações, tendo em conta, a importância que tem um adequado controle destes usuários para



evitar as complicações, assim como as potencialidades que tem a UBS para garantir um atendimento de maior qualidade, decidimos escolher esta ação programática e mudar para melhor nosso panorama atual.

Dentro das ações que hoje nossa equipe está realizando está o recadastramento adequado de nossa população toda, para eliminar o sub-registro de portadores de HAS e/ou DM que existe em nossa área de abrangência, conhecendo desta forma o número real de doentes, algo que permiti-nos no futuro, desempenhar nosso trabalho com a qualidade requerida. Estamos organizando os registros e criando arquivos específicos, independentes para estas doenças crônicas, ver ao indivíduo como um todo, inserido em sua comunidade, com um enfoque epidemiológico de sua doença, valorizando os principais fatores de risco, mudando desta forma modos e estilos de vida. Estamos encaminhando para outra UBSF que tem odontólogo, os usuários que necessitam de atendimento de saúde bucal, também trabalhamos na promoção e prevenção de doenças bucais com palestras educativas nas escolas, em visitas domiciliares e nas consultas.

Ainda temos algumas dificuldades que atentam contra a boa ampliação de nossa estratégia de intervenção em relação ao desempenho, permanência e cumprimento dos horários de trabalho dos ACS, o que tardaria mais o cadastramento da população, a falta de alguns medicamentos para o controle destas doenças, a realização de exames complementares na rede pública e a falta do profissional odontólogo na equipe, mas de uma forma ou outra temos conseguido envolver toda a equipe e a gestão municipal na nossa intervenção para melhorar e solucionar os problemas que afetam a perfeição de nosso trabalho, já temos discutido nosso foco da intervenção na reunião da equipe e tive boa aceitação do cronograma de trabalho traçado para levar a cabo seu desenvolvimento. Acredito que hoje temos criadas as condições para realizar uma intervenção efetiva, baseada nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, tendo sempre em conta o uso dos protocolos muito bem concebidos pelo MS e contando com o apoio incondicional de toda a equipe como arma fundamental em nossa luta.

## **2.2 Objetivos e Metas**

### **2.2.1 Objetivo Geral**

Melhorar a atenção à saúde dos adultos com HAS e/ou DM na UBSF Álvaro Correa, no município de Macapá, AP.

### **2.2.2 Objetivos Específicos**

1. Ampliar a cobertura do programa de atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos da UBSF.
2. Melhorar a qualidade da atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no programa.
3. Melhorar a adesão dos usuários hipertensos e/ou diabéticos ao programa na UBSF.
4. Melhorar os registros das informações do programa de hipertensão e diabetes na Unidade de Saúde Familiar.
5. Mapear a usuários com HAS e DM de risco para doença cardiovascular.
6. Promover a saúde de usuários hipertensos e diabéticos.

### **2.2.3 Metas**

**Relativo ao objetivo 1: Ampliar a cobertura do programa de atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos da UBSF.**

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

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

**Relativo ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no programa.**

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com hipertensão.

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

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

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

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

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

Meta 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com hipertensão.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com diabetes.

**Relativo ao objetivo 3: Melhorar a adesão de usuários hipertensos e/ou diabéticos ao programa na UBSF.**

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

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

**Relativo ao objetivo 4: Melhorar os registros das informações do programa de hipertensão e diabetes na Unidade de Saúde.**

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

**Relativo ao objetivo 5: Mapear usuários com hipertensão e diabetes de risco para doença cardiovascular**

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

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

**Relativo ao objetivo 6: Promover a saúde dos usuários hipertensos e diabéticos.**

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com hipertensão.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com diabetes.

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

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

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

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

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

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

## **2.3 Metodologia**

Trata-se de um projeto de intervenção a ser realizada em 16 semanas conforme os quatro eixos do curso (Organização e Avaliação; Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica) por meio da estruturação dos serviços ofertados com adoção de protocolo, levantamento de dados e desenvolvimento de ações programáticas de assistência, promoção e prevenção à saúde dos usuários com hipertensão e diabetes da área de abrangência da equipe 84 da UBSF Álvaro Correa, situado no município de Macapá- AP. A intervenção foi feita somente com a população da minha equipe já que não contamos com as fichas espelhos impressas das outras duas equipes de saúde, por falta de apoio do gestor municipal.

Para levantamento dos dados e consolidação dos mesmos, será utilizado o banco de dados do SIAB, prontuários, relatos dos ACS, planilha de coletas de dados (Anexo B) e ficha-espelho (Anexo C), fornecidos pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL).

### **2.3.1 Ações**

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

## **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

**Ação:** Monitorar o número de usuários com hipertensão e diabetes cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Detalhamento:** - Monitorar o cadastro de usuários com Hipertensão e Diabetes semanalmente (todas as quintas feiras) por a enfermeira da equipe nas reuniões da equipe.

## **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

**Ação:** Garantir o registro dos usuários com hipertensão e diabetes cadastrados no Programa.

**Detalhamento:** Disponibilizar as fichas de registro de usuários com hipertensão e diabetes na UBSF, para que todos os profissionais da equipe possam realizar o preenchimento das mesmas, a qualquer hora do dia, para que todos os usuários cadastrados no programa estejam com as informações na ficha espelho. Também será solicitada ao gestor a impressão das fichas em quantidade suficiente para o cadastramento dos usuários com HAS e/ou DM.

**Ação:** Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistólica e Diabetes Mellitus na UBSF.

**Detalhamento:** Fazendo busca ativa dos mesmos nas comunidades, nas consultas realizadas, assim como nas visitas domiciliares. Verificar a pressão arterial a todo usuários maior de 18 anos que comparece a UBSF, por qualquer motivo e realizar hemoglicoteste na unidade de saúde aos adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg.

**Ação:** Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetros, manguitos, fita métrica, hemoglicoteste) na unidade de saúde.

**Detalhamento:** Realizar a calibragem dos materiais necessários para a verificação da pressão arterial e hemoglicoteste, assim como garantir junto ao gestor a quantidade de fitas e lancetas para realizar o hemoglicoteste nos usuários.

## **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

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

**Detalhamento:** O programa será divulgado na rádio local e também nos carros de som da comunidade, assim como será colocado cartazes na sala de espera e todos os profissionais da UBSF farão a divulgação durante as consultas e visitas domiciliares, inclusive os ACS.

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

**Detalhamento:** Utilizando para a divulgação a rádio local e os carros de som da comunidade, além de outros espaços públicos.

**Ação:** Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para Diabetes Mellitus em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

**Detalhamento:** Utilizar a rádio local e os carros de som da comunidade, além de outros espaços públicos, para realizar o rastreamento para Diabetes.

**Ação:** Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

**Detalhamento:** Em toda a consulta médica e de enfermagem, os profissionais farão orientações sobre fatores de risco para usuários com hipertensão e diabetes. Colocaremos cartazes informativos no mural da sala de espera, orientando o usuário sobre os fatores de risco.

## **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

**Ação:** Capacitar os ACS para o cadastramento dos usuários com hipertensão e diabetes de toda área de abrangência da unidade de saúde.

**Detalhamento:** Realizar capacitação dos ACS na primeira semana de intervenção, para que seja realizado o cadastramento dos usuários de forma organizada e todas as informações estejam preenchidas na ficha do programa.

**Ação:** Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

**Detalhamento:** A capacitação da equipe será realizada pelo Médico, onde será abordada sobre a técnica adequada da verificação da pressão arterial, a capacitação será realizada na segunda semana de intervenção.

**Ação:** Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

**Detalhamento:** A capacitação da equipe será realizada pela enfermeira, onde será abordada sobre a técnica adequada para realização do hemoglicoteste, a capacitação será realizada na segunda semana de intervenção, juntamente com a capacitação para verificação da pressão arterial.

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

## **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

**Ação:** Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários com hipertensão e diabetes.



**Detalhamento:** O monitoramento será realizado pelo médico da equipe semanalmente, avaliando se todos os registros da realização dos exames clínicos estão sendo feitos. Os dados serão repassados para a equipe semanalmente durante a reunião de equipe.

**Ação:** Monitorar o número de usuários com hipertensão e diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde.

**Detalhamento:** O monitoramento será realizado pela enfermeira e/ou técnica de enfermagem semanalmente, sendo solicitado ao médico que forneça as requisições dos exames faltantes para que seja entregue ao usuário.

**Ação:** Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

**Detalhamento:** O médico da equipe fará o monitoramento semanal dos registros da farmácia popular com relação à entrega dos medicamentos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes orais e insulina, para avaliar se os usuários cadastrados no programa estão com acesso aos medicamentos.

## **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

**Ação:** Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos.

**Detalhamento:** Capacitaremos a todos os membros da equipe em quanto às atribuições dos profissionais de cada membro da equipe no exame clínico de usuários com hipertensão e diabetes.

**Ação:** Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde, utilizando as reuniões da equipe.

**Detalhamento:** - Intensificaremos e manteremos as ações promovidas para lograr a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

-Realizaremos impressão do protocolo adotado pela UBSF para adequado atendimento dos usuários com hipertensão e diabetes.

**Ação:** Dispor versão atualizada dos protocolos impressa na unidade de saúde.

**Detalhamento:** Imprimir uma cópia de cada um dos cadernos de atenção Básica nº 36 e 37 (2013) e deixar na sala de reunião da UBSF para que os profissionais possam consultar quando necessário.

**Ação:** Garantir a solicitação dos exames complementares.

**Detalhamento:** Pactuar juntamente com o médico e enfermeira que todo usuário cadastrado no programa terá os exames complementares solicitados, pois nos atendimentos prestados na UBSF será verificado se o usuário está em dia com os exames.

**Ação:** Garantir com o gestor municipal as vagas diárias para a realização dos exames complementares no hospital do município tendo em conta os protocolos.

**Detalhamento:** Efetivaremos junto ao gestor da UBSF a presença de instituições de saúde para realização de exames laboratoriais em tempo segundo o acordado no Caderno de Atenção Básica do MS, 2013.

-Lograremos a parceria com outras instituições de saúde para lograr a realização de exames laboratoriais com a periodicidade definida no protocolo.

**Ação:** Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

**Detalhamento:** A técnica de enfermagem ou auxiliar de farmácia irá realizar o controle de estoque e validade dos medicamentos da farmácia popular mensalmente, sendo registrado em planilha de controle este monitoramento. Os medicamentos vencidos serão descartados conforme normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

**Ação:** Manter um registro das necessidades de medicamentos dos usuários com hipertensão e diabetes cadastrados na unidade de saúde.

**Detalhamento:** A técnica de enfermagem da UBSF fará um controle mensal de todos os medicamentos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes orais e insulinas que são prescritos pelo médico da UBSF, para avaliar se estão sendo disponibilizados pela farmácia popular.

## **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

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

**Detalhamento:** Utilizar as palestras na UBSF, assim como os meios de comunicação que dispõe a comunidade para divulgar as orientações na comunidade.

**Ações:** Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

- Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

**Detalhamento:** Efetivaremos as medidas de controle da doença e prevenção de riscos - HIPERDIA, orientando oportunamente a realização de exames complementares.

- Oportunizaremos educação em saúde na comunidade com o objetivo de esclarecer a importância da realização de exames laboratoriais com a periodicidade estabelecida no protocolo.

## **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

**Ação:** Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

**Detalhamento:** Facilitaremos cursos de capacitação sobre a realização de exame clínico apropriado e solicitação de exames complementares segundo protocolo adotado.

**Ação:** Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

**Detalhamento:** Promover uma capacitação para os médicos da UBSF, para seguir as orientações dos protocolos do MS com relação à solicitação dos exames complementares para hipertensos e diabéticos, através da leitura criteriosa dos protocolos durante a reunião de equipe semanal.

**Ação:** Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes.

**Detalhamento:** Nas reuniões de equipe que são realizados semanalmente, serão abordadas as dificuldades e facilidades encontradas no tratamento da hipertensão e diabetes para que seja feito o aprimoramento e troca de experiências.

**Ação:** Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

**Detalhamento:** Capacitaremos e atualizaremos a todos os profissionais integrantes da equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia nas reuniões semanais.

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

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

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

**Detalhamento:** Garantiremos espaços na UBSF e na comunidade mesma para realização das atividades (consultas, educação em saúde, demais atendimentos) com o objetivo de lograr o cumprimento da periodicidade das consultas como está previsto no protocolo.

-Intensificaremos/manteremos as ações promovidas com os profissionais da saúde para que estes sejam motivadores na ampliação do serviço prestado.

**ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

**Ação:** Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos nas reuniões da equipe

**Ação:** Organizar a agenda para acolher os usuários com hipertensão e diabetes provenientes das buscas domiciliares.

**Detalhamento:** Ampliaremos e daremos continuidade aos segmentos nos Programa de atenção ao usuário com hipertensão e diabete, captando mais clientes por meio de visitas domiciliares organizadas dos ACS juntamente com as técnicas de enfermagem.

-Efetivaremos as medidas de controle da doença e prevenção de riscos, oportunizando atendimento multiprofissional, triagem e educação em saúde aos usuários com hipertensão e diabetes provenientes das buscas domiciliares.

**ENGAJAMENTO PÚBLICO**

**Ação:** Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

**Detalhamento:** Garantir espaços de participação comunitária, para informar sobre a importância de realização das consultas, principalmente nos eventos da comunidade como igrejas e centros comunitários.

**Ação:** Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos usuários portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).

**Detalhamento:** Será disponibilizado na sala de espera da UBSF uma caixinha para sugestões da comunidade com relação ao programa de hipertensão e diabetes.

**Ação:** Esclarecer aos usuários portadores de hipertensão e diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

**Detalhamento:** Esclarecer aos usuários portadores de hipertensão e diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas, possibilitando assim o controle social. Os esclarecimentos serão realizados na consulta médica e de enfermagem e também em ações educativas na sala de espera.

## **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

**Ação:** Treinar os ACS para a orientação de usuários com hipertensão e diabetes quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

**Detalhamento:** - Realizaremos cursos de treinamentos dos ACS, segundo Caderno de Atenção Básica nº 36 e 37 para brindar uma orientação de qualidade a nossos usuários com hipertensão e diabetes quanto à realização das consultas e sua periodicidade.

**Objetivos 4: Melhorar o registro das informações do programa de hipertensão e diabetes na Unidade de Saúde.**

## **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.**

**Ação:** Monitorar a qualidade dos registros dos usuários com hipertensão e diabetes acompanhados na unidade de saúde.

**Detalhamento:** Monitoramento da qualidade dos registros de usuários com hipertensão e diabetes acompanhados na unidade de saúde será feita semanalmente pôr a enfermeira da equipe.

## **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

**Ação:** Manter as informações do SIAB atualizadas.

**Ação:** Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.

**Ação:** Pactuar com a equipe o registro das informações.

**Detalhamento:** Estabeleceremos um sistema de registro que viabilize as informações do SIAB atualizadas, o registro das informações coletadas, quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

-Concretizaremos a coleta de dados e análises estatísticas na UBSF pactuando desta forma o registro de todas as informações.

**Ação:** Definir responsável pelo monitoramento registros.

**Detalhamento:** O responsável pelo monitoramento registros será a enfermeira da equipe.

## **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

**Ação:** Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

**Detalhamento:** Garantiremos e brindaremos aos usuários e a comunidade orientações precisas sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

## **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

**Ação:** Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos usuários com hipertensão e diabetes.

**Detalhamento:** Nas reuniões da equipe usaremos os meios necessários como colocação de vídeos que expliquem o correto preenchimento dos registros para acompanhamento dos usuários com hipertensão e diabetes.

**Ação:** Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

**Detalhamento:** A enfermeira capacitara nas reuniões da equipe a todos os integrantes enquanto ao registro adequado dos procedimentos clínicos nas consultas.

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

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.**

**Ação:** Monitorar o número de usuários com hipertensão e diabetes com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

**Detalhamento:** Intensificaremos o monitoramento dos usuários com hipertensão e diabetes com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano em visitas domiciliares pelos ACS e técnicas de enfermagem e nas consultas pela enfermeira e o médico.

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

**Ação:** Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.



**Ação:** Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

**Detalhamento:** Oportunizaremos espaços de atendimento multiprofissional, triagem e educação em saúde, para priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

- Garantiremos locais na UBSF e na comunidade mesma para realização das atividades (consultas, educação em saúde, demais atendimentos), para atendimento adequado dos usuários com risco cardiovascular alto.

## **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

**Ação:** Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

**Detalhamento:** Intensificaremos/manteremos as ações promovidas com os participantes para que estes sejam motivadores na ampliação do conhecimento de níveis de risco e à importância do acompanhamento regular para evitar possíveis complicações.

- Desenvolveremos um grupo de atenção ao usuário com hipertensão e diabetes mensalmente, onde explicaremos detalhadamente à importância do acompanhamento regular segundo níveis de risco.

**Ação:** Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

**Detalhamento:** Programaremos as medidas necessárias para priorizar a educação em saúde (rodas de conversa, grupos de atenção ao usuário diabético e hipertenso) para lograr a diminuição à exposição aos fatores de risco modificáveis, orientando uma alimentação saudável e realização de exercício físico.

## **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.**

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

**Ação:** Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

**Ação:** Capacitar a equipe enquanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

**Detalhamento:** Realizaremos cursos de capacitação para toda a equipe em conjunto para adquirir os conhecimentos adequados referentes à estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, sobre a importância do registro desta avaliação e enquanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

### **Objetivo 6: Promover a saúde dos usuários hipertensos e diabéticos.**

#### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.**

**Ação:** Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos usuários com hipertensão e diabetes com o dentista.

**Detalhamento:** Realizaremos busca ativa dos usuários com hipertensão e diabetes que não tem a realização de consultas periódicas anuais com o dentista nas visitas domiciliares e consultas do programa na UBSF.

-Planificaremos estratégias para lograr o atendimento deste grupo priorizado pelo serviço de odontologia nas consultas periódicas anuais.

**Ação:** Monitorar a realização de orientação nutricional aos usuários com hipertensão e diabetes.

**Detalhamento:** Realizaremos busque ativa dos usuários com hipertensão e diabetes que não tem a realização de consultas pelo nutricionista da área.

-Planificaremos estratégias para lograr o atendimento deste grupo priorizado pelo nutricionista da área já seja na consulta agendada para nutricionista na UBSF o pelo nutricionista nas visitas domiciliares nos casos que o requeiram.

**Ação:** Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos usuários com hipertensão e diabetes.

**Detalhamento:** Orientaremos a realização de exercícios físicos regularmente com a monitorização da mesma.

-Solicitaremos a presença de um profissional educador físico que monitore a correta realização de atividade física e realize orientação precisa sobre a realização dos mesmos.

**Ação:** Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos usuários com hipertensão e diabetes.

**Detalhamento:** Monitoraremos a educação em saúde em relação com o tabagismo aos usuários com hipertensão e diabetes.

-Realizaremos palestras monitoradas com pessoal qualificado para brindar conhecimentos acerca dos de aumento do risco de sofrer complicações em usuários tabagistas com hipertensão e diabetes.

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

**Ação:** Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao usuário com hipertensão e diabetes.

**Ação:** Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.

**Ação:** Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes usuários.

**Detalhamento:** Priorizaremos o atendimento odontológico para este grupo prioritário.

Efetivaremos e demandaremos junto ao gestor da UBSF a presença do odontólogo na equipe a cada quinzena para atendimento de nossas microáreas com maior atenção aos usuários com hipertensão e diabetes com necessidade de atendimento odontológico.

-Estabeleceremos as prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.

**Ação:** Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

**Ação:** Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

**Detalhamento:** Realizaremos palestras monitoradas com pessoal qualificado para brindar orientações precisas acerca de alimentação saudável.

- Efetivaremos e demandaremos junto ao gestor da UBSF a presença do nutricionista na equipe a cada quinzena para atendimento de nossas microáreas com maior atenção aos usuários com hipertensão e diabetes.

- Planificaremos estratégias para lograr o atendimento deste grupo prioritário com o nutricionista da área, que já seja a consulta agendada para nutricionista na UBS, em caso de necessidade a nutricionista realizará visitas domiciliares.

**Ação:** Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

**Detalhamento:** Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

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

**Detalhamento:** Efetivaremos junto ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

### **ENGAJAMENTO PÚBLICO.**

**Ação:** Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.

**Ação:** Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.

**Detalhamento:** Mobilizaremos aos líderes formais e não formais da comunidade com o objetivo de lograr parcerias na comunidade, para reforçar a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde com um adequado controle social.

Mobilizaremos a comunidade junto aos gestores municipais para lograr garantir a disponibilização do atendimento com dentista.

**Ação:** Orientar os usuários com hipertensão e diabetes e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

**Ação:** Orientar os usuários com hipertensão e diabetes e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

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

**Detalhamento:** Garantiremos a orientação de nossos usuários hipertensos e diabéticos em quanto a importância da alimentação saudável, importância da prática de atividade física regular e existência de tratamentos para abandonar o tabagismo nas visitas domiciliares e nas consultas na UBSF.

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.**

**Ação:** Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do usuário com hipertensão e diabetes.

**Ação:** Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

**Ação:** Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

**Ação:** Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

**Ação:** Capacitar a equipe para o tratamento de tabagistas.

**Detalhamento:** Realizar capacitações para toda a equipe em quanto a avaliação e tratamento bucal do usuário com hipertensão e diabetes, a práticas de alimentação saudável, a metodologias de educação em saúde, a promoção da prática ao tratamento de usuários tabagistas.

### **2.3.2 Indicadores**

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

Numerador: Número de usuários com hipertensão residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da equipe 84 da unidade de saúde.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão arterial residentes na área de abrangência da equipe 84 da unidade de saúde.

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

Numerador: Número de usuário com diabetes residentes na área de abrangência da equipe 84 cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de usuários com diabetes residentes na área de abrangência da equipe 84 da unidade de saúde.

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

Numerador: Número de usuários hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de usuários hipertensos cadastrados da equipe 84 na unidade de saúde.

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

Numerador: Número de usuários diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de usuários diabéticos cadastrados da equipe 84 na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número total de usuários hipertensos cadastrados da equipe 84 na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número total de usuários diabéticos cadastrados da equipe 84 na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de usuários hipertensos cadastrados da equipe 84 no programa com prescrição de medicamentos.

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

Numerador: Número de usuários diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de usuários diabéticos cadastrados da equipe 84 no programa com prescrição de medicamentos.

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

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

Denominador: Número total de usuários hipertensos cadastrados da equipe 84 na unidade de saúde

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



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

Denominador: Número total de usuários diabéticos cadastrados da equipe 84 na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número total de usuários hipertensos cadastrados da equipe 84 da unidade de saúde faltosos às consultas.

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

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

Denominador: Número total de usuários diabéticos cadastrados da equipe 84 da unidade de saúde faltosos às consultas.

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

Numerador: Número de usuários hipertensos cadastrados da equipe 84 na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de usuários hipertensos cadastrados da equipe 84 na unidade de saúde.

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

Numerador: Número de usuários diabéticos cadastrados da equipe 84 na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

Numerador: Número de usuários hipertensos cadastrados da equipe 84 na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de usuários hipertensos cadastrados da equipe 84 na unidade de saúde.

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

Numerador: Número de usuários diabéticos cadastrados da equipe 84 na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de usuários diabéticos cadastrados da equipe 84 na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de usuários hipertensos cadastrados da equipe 84 na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de usuários diabéticos cadastrados da equipe 84 na unidade de saúde.

**Indicador 6.3. Proporção de usuários 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 usuários hipertensos cadastrados da equipe 84 na unidade de saúde.

**Indicador 6.4. Proporção de usuários 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 usuários diabéticos cadastrados da equipe 84 na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de usuários hipertensos cadastrados da equipe 84 na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de usuários diabéticos cadastrados da equipe 84 na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de usuários hipertensos cadastrados da equipe 84 na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de usuários diabéticos cadastrados da equipe 84 na unidade de saúde.

### 2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de atenção ao usuário com Hipertensão e Diabetes vamos adotar o Caderno de Atenção Básica Nº 37 (Estratégia para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica) do MS. Utilizaremos os prontuários, os registros dos usuários hipertensos e diabéticos e as fichas espelhos (ANEXO C) disponibilizada pelo curso.

Para realizar o monitoramento das fichas espelho, a enfermeira da equipe irá conferir semanalmente as informações de todas as visitas domiciliares que se faça aos usuários, além disso, também nas consultas que iremos realizar, avaliaremos se os registros estão sendo realizados de forma adequada e nas reuniões semanais que temos com a equipe de saúde.

Registraremos na reunião semanal da equipe de saúde. O responsável será a enfermeira. O que necessita ser providenciado é presença de todos os ACS nas reuniões da equipe de saúde semanal. Definiremos as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos.

Para garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa, toda captação será registrada no prontuário de atendimento dos usuários no livro de registro de Hiperdia e na ficha espelho.

Para melhorar o acolhimento para os usuários hipertensos e diabéticos, a equipe irá estabelecer uma agenda onde um profissional da equipe ficará responsável pelo acolhimento às pessoas com HAS e/ou DM semanalmente, garantiremos o bom acolhimento dos usuários para seu acompanhamento de acordo com o protocolo, a responsável será a técnica em enfermagem.

Para garantir dentro das possibilidades o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (PA) (esfigmomanômetros, manguitos) e realização do hemoglicoteste (HGT), na unidade de saúde, será encaminhado ofício ao gestor municipal na primeira semana de intervenção, para que seja feita a calibragem dos equipamentos regularmente. Caso algum equipamento esteja apresentando algum problema, será encaminhado para manutenção e não será utilizado no atendimento dos pacientes. Os responsáveis para averiguar o correto funcionamento dos

equipamentos serão o médico, a enfermeira e a técnica de enfermagem. Isto acontecerá em cada consulta do programa que seja feita na UBSF.

Semanalmente a equipe irá programar as visitas domiciliares que serão realizadas aos usuários faltosos, a enfermeira e o médico da equipe irão repassar aos ACS de cada microárea os hipertensos e diabéticos que não comparecerem a consulta e que estão com os exames em atraso, e os ACS irão realizar as visitas a estes usuários dentro da rotina de visitas que realizam durante a semana. A equipe disponibilizará um horário na agenda por dia para os usuários provenientes destas buscas, a técnica de enfermagem juntamente com os ACS que irão organizar os agendamentos destes usuários.

Iremos manter as informações do SIAB atualizadas, pois repassaremos as informações das fichas ao digitador da Secretaria Municipal de Saúde. Implantaremos a planilha/registro específico no acompanhamento dos usuários com hipertensão e diabetes (ANEXO B). Na primeira capacitação, o médico da equipe já irá pactuar com todos os profissionais o registro das informações na ficha espelho em todos os atendimentos realizados aos usuários. Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença. O responsável pelo monitoramento dos registros será a enfermeira da equipe.

A organização da agenda da atenção à saúde bucal da UBSF mais próxima que conta com esse serviço ficará por conta do gestor municipal, que irá organizar três atendimentos semanais para os hipertensos e diabéticos, conforme a avaliação da equipe. Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes usuários. Para trabalhar práticas coletivas sobre alimentação saudável, e prática regular de atividade física, será solicitado ao gestor que os profissionais do NASF possam colaborar nos atendimentos aos crônicos, principalmente a nutricionista e Educador físico. Será encaminhado ao gestor um ofício solicitando a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".







atendimentos dos usuários.																	
Organizar a agenda e realizar as visitas domiciliares dos usuários acamados a cada 15 dias.		X		X		X		X		X		X		X		X	
Digitação das informações no SIAB, mantendo-o atualizado.				X				X					X				X
Implantação de um sistema de alerta para o monitoramento.	X																
Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco na UBSF, identificando a ficha destes usuários com um adesivo vermelho.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Prestar orientação a comunidade e também na sala de espera.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Avaliação dos indicadores do programa e planejamento das estratégias para melhorar os resultados.				X				X				X					X

### **3. Relatório da Intervenção**

A intervenção ocorreu durante os meses de agosto a dezembro de 2014, totalizando 16 semanas de organização e monitoramento das ações de saúde para os usuários HAS e/ou DM acompanhados pela equipe 084 da UBSF Álvaro Côrrea.

#### **3.1 Ações previstas e desenvolvidas – facilidades e dificuldades**

As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas neste período foram cumpridas semana a semana. Capacitamos a equipe da Unidade de Saúde sobre metodologias de educação em saúde a qual foi feita pelo médico (Figura 1) da equipe juntamente com a técnica em educação para a saúde, assistimos além do médico e a enfermeira, as técnicas de enfermagem, as ACS e a odontóloga da UBSF nas primeiras onze semanas da intervenção, já que foi substituída e então continuou o trabalho outro odontólogo.

Mas este só ficou trabalhando as quintas e sextas-feiras às tardes, toda a equipe adquiriu em conjunto os conhecimentos adequados para fazer um bom trabalho no projeto, referentes à estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, sobre a importância do registro desta avaliação e quanto às estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis para orientar uma alimentação saudável, realização de exercício físico e tabagismo, estas ações foram desenvolvidas nas atividades em grupos feitas mensalmente e na sala de espera da UBSF. Os integrantes da equipe ficaram muito motivados com as orientações para o cuidado dos usuários com HAS e/ou DM que ficou como rotina na UBSF.



Figura 1. Fotografia da Capacitação dos Profissionais da Saúde da UBS

O cadastramento dos usuários com HAS e/ou e DM da área adstrita no programa aconteceu com organização na comunidade, nas visitas domiciliares e nas consultas individuais realizadas na UBSF. Os atendimentos clínicos dos usuários hipertensos e diabéticos foram feitos nas consultas diárias e nas visitas domiciliares (Figura 2 e Figura 3), além de três ações de saúde que fizemos neste período na comunidade, onde rastreamos um total de 46 usuários hipertensos e 19 usuários diabéticos, melhorando o acolhimento no dia a dia, priorizando o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco na UBS que foram um total de 15 usuários identificado como sendo de alto risco cardiovascular, identificando as fichas-espelho destes usuários com um adesivo vermelho, garantindo que todos os usuários com HAS e/ou DM saíssem com a solicitação dos exames complementares.



Figura 2 – Fotografia do Atendimento Clínico a Usuários Hipertensos e Diabéticos.



Figura 3 – Fotografia da Visita Domiciliar a Usuários Acamados.

Também orientamos aos usuários durante as consultas clínicas, quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular, além da importância da alimentação saudável, prática de atividade física, sobre os riscos do tabagismo e fornecemos orientação quanto a higiene bucal.

Todas as quintas-feiras trabalhamos junto com a enfermeira no monitoramento das fichas espelhos e preenchimento da planilha de coleta de dados dos usuários cadastrados no programa, identificando os que estão em atraso nas consultas, com exames complementares em atraso, sem estratificação de risco, além de monitorar os registros das informações na ficha espelho e complementar (Figura 4). Além de organizar na agenda da enfermeira e do médico as visitas domiciliares dos usuários com HAS e/ou DM acamados a cada 15 dias.



Figura 4. Fotografia do Monitoramento dos registros e identificação de consultas atrasadas e resumo do trabalho final da intervenção.

Entre as ações previstas no projeto para serem desenvolvidas nestes quatro meses de árduo trabalho e que foram desenvolvidas, está à busca ativa de usuários

com HAS e/ou DM faltosos a consulta (Figura 5), os quais encontraram 51 hipertensos e 21 diabéticos que não compareciam a consulta, a maioria deles justificou que não consultavam por falta de médico nas comunidades e tinham medo de deixar sua casa sozinha.



Figura 5. Fotografia da Visita Domiciliar a usuários faltosos e com atraso a consultas.

Quanto às metas de qualidade, as ações previstas foram feitas adequadamente de acordo com os atuais protocolos do Ministério da Saúde. O atendimento odontológico melhorou consideravelmente até a semana onze da intervenção, já a partir da décima segunda semana voltamos apresentar dificuldades, pois diminuiu a carga horária do odontólogo e o percentual de usuários com avaliação da saúde bucal foi diminuindo, mas tomamos como estratégia, encaminhar os usuários para o centro de saúde mais perto ou para o centro odontológico do município para que a assistência odontológica fosse realizada.

Os usuários faltosos as consultas e outros que não cumpriam o tratamento com medicamentos, já estão tomando conhecimento que na UBSF está sendo implementado o programa de atenção aos usuários com HAS e/ou DM e que todos os usuários com estas patologias devem se dirigir a UBS para serem acompanhados pela equipe.

### **3.2 Ações previstas e não desenvolvidas – facilidades e dificuldades**

Apresentamos poucas dificuldades para realizar as ações planejadas para o cumprimento do projeto, aos poucos fomos resolvendo cada obstáculo. No início da intervenção afrontamos problemas com a avaliação da saúde bucal, mas organizamos um projeto de agendamento com a odontóloga da UBSF para um

número de vagas da agenda por dia para os usuários hipertensos e diabéticos que necessitem de atendimento, sendo preenchida pela odontóloga a planilha com os seus atendimentos (APÊNDICE 1) e para isso ficaram as terças-feiras e quintas-feiras semanalmente só para os usuários com HAS e/ou DM da área de abrangência e assim aumentar a avaliação bucal dos cadastrados no programa. Mas ao chegarmos a semana 11, novamente tivemos dificuldades com a avaliação da saúde bucal, devido a diminuição da carga horária do odontólogo e não alcançamos a meta proposta para o indicador de saúde bucal nestes quatro meses previstos do trabalho, mas como vamos dar continuidade ao trabalho que foi inserido na rotina da UBS esperamos mais a frente cumprir a meta proposta.

Outra dificuldade que apresentamos ao início da intervenção foi para imprimir as fichas espelhos, iniciamos o projeto com poucas fichas, mas juntamente com o gestor da UBS e a equipe conseguimos imprimir as fichas espelhos, pois não conseguimos resposta positiva do gestor municipal.

Conversamos com o gestor municipal para garantir as vagas diárias para a realização dos exames complementares no hospital do município, tendo em conta os protocolos, já que na UBSF não contamos com a disponibilidade de todos os exames previstos no programa de HAS e/ou DM, e no decorrer da intervenção os usuários foram sendo encaminhados ao laboratório mais perto localizado na UBSF Marcelo Candia e no Hospital Geral.

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

Na coleta e sistematização de dados, fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculo dos indicadores não apresentamos dificuldades. O preenchimento dos dados nas fichas espelhos foi realizado pela equipe com qualidade, o que facilitou o acompanhamento das informações dos usuários.

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

Os atendimentos aos usuários com HAS e/ou DM de forma organizada, com planejamento e monitoramento das ações, já está inserido na rotina da UBSF e muito bem aceito pela comunidade. Como aspectos positivos deste projeto, temos a integralidade e a qualidade da equipe, e a participação ativa da comunidade, atividades na comunidade (Figura 6) com respostas positivas no cumprimento das

ações previstas, acho que a mudança na UBS é um reflexo de nosso trabalho. Estou muito orgulhoso de trabalhar com essa equipe ajudando a população Amapaense.



Figura 6. Fotografia de Ação de Saúde na Comunidade para rastreamento dos pacientes crônicos.

## **4 Avaliação da Intervenção**

### **4.1. Resultados**

Os resultados obtidos durante a intervenção foram bons, já que não havia monitoramento e registro adequado dos usuários hipertensos e diabéticos acompanhados pela equipe de saúde. Na área adstrita da equipe 84 residem 343 hipertensos e 115 diabéticos identificados, sendo o número de hipertensos um pouco abaixo da estimativa, levando em consideração a população de 3123 habitantes, já o número de diabéticos residentes está acima da estimativa para a área.

**Objetivo 1: Ampliar a cobertura do programa de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos da UBSF.**

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

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

**Indicador 1.1 e 1.2:** Cobertura do Programa de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos na UBS.

Minha área tem 1247 adultos maiores de 20 anos. Ao iniciar a intervenção apenas um 27,7% (95) usuários hipertensos e um 31,3% (36) usuários diabéticos estavam cadastrados no programa. Ao longo da intervenção identificamos mais usuários, no segundo mês conseguimos chegar a 50,7% (174) de usuários hipertensos e 51,3% (59) usuários dos diabéticos, no terceiro mês chegamos a 74,6% (256) dos usuários hipertensos e 72,2% (83) dos usuários diabéticos. Até chegarmos ao quarto mês de intervenção com 98,8% (339) dos usuários hipertensos



residentes da área acompanhados e 97,4% (112) dos usuários diabéticos residentes da área cadastrados, conforme se pode verificar nos gráficos abaixo:

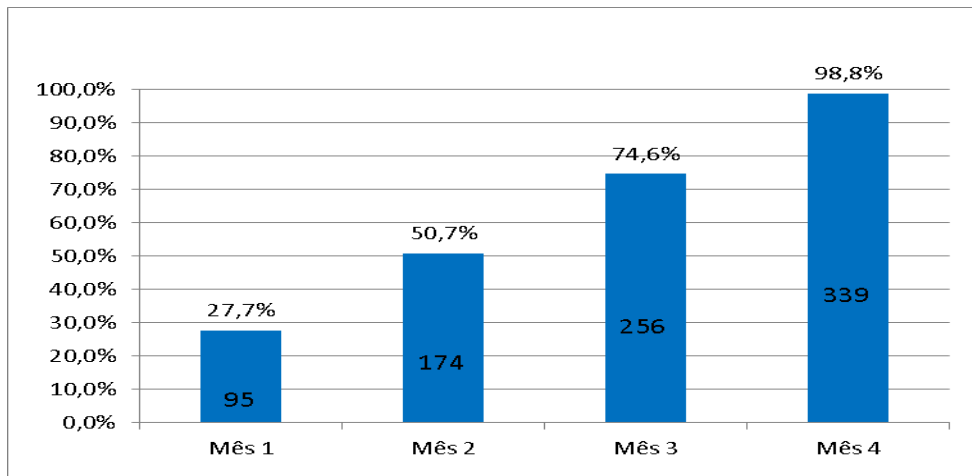


Figura 7. Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao usuário hipertenso na UBSF Álvaro Corrêa, Macapá/AP, 2014.

Fonte: Planilha de coleta de dados final.

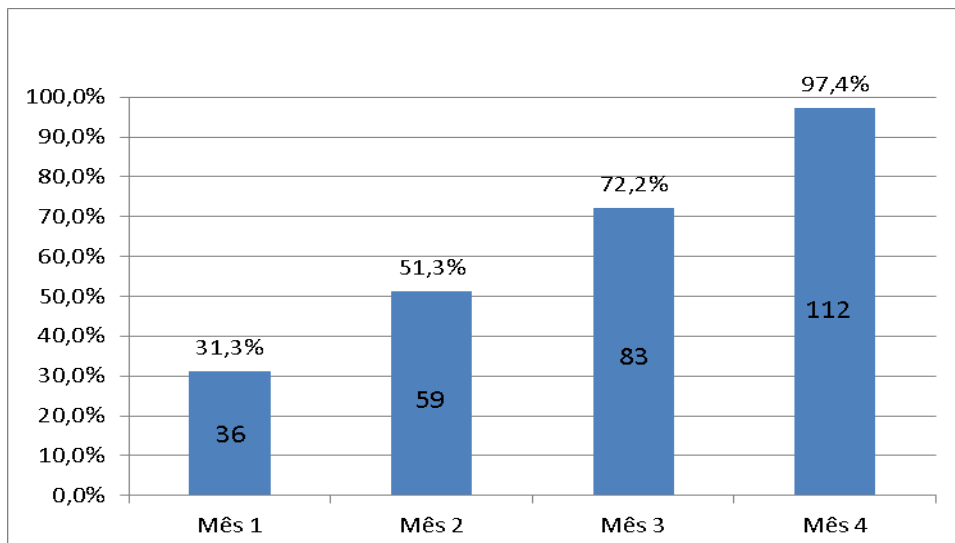


Figura 8 – Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao usuário diabético na UBSF Álvaro Corrêa, Macapá/AP, 2014.

Fonte: Planilha de coleta de dados final.

A ação que mais impactou no cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos de toda a área adstrita da equipe foi o acompanhamento por parte dos ACS que realizavam visitas domiciliares para chamar os usuários para a consulta.

Os usuários que não foram cadastrados em parte são os que fazem acompanhamentos nas redes privadas.

**Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no programa.**

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

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

Neste indicador conseguimos atingir 100% (339) em todos os meses da intervenção, pois em todos os usuários hipertensos cadastrados foi realizado o exame clínico de acordo com o protocolo, tanto na consulta médica como nas visitas domiciliares.

A ação que mais impactou no alcance das metas referente a realização do exame clínico nos usuários cadastrados só foi possível devido ao empenho de todos os profissionais da equipe, desde o agendamento da consulta pelos ACS até a realização da consulta pelo médico e enfermeira, já que foi estabelecido como prioridade a realização do exame clínico nos atendimentos prestados aos usuários crônicos.

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

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

Também neste indicador conseguimos atingir 100% (112) dos usuários diabéticos cadastrados nos quatro meses da intervenção, pois foi realizado o exame clínico de acordo com o protocolo nos atendimentos prestados aos usuários diabéticos, incluindo a avaliação dos pés.

O alcance das metas referente a realização do exame clínico nos usuários cadastrados só foi possível devido ao empenho de todos os profissionais da equipe, desde o agendamento da consulta pelos ACS até a realização da consulta pelo

médico e enfermeira, já que foi estabelecido como prioridade a realização do exame clínico nos atendimentos prestados aos usuários crônicos.

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

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

O indicador foi cumprido o 100% (339), pois mês a mês este indicador foi trabalhado junto a equipe e foi estabelecido como prioridade que os usuários realizassem os exames complementares para a realização da estratificação do risco cardiovascular. Também é importante destacar que os exames complementares foram realizados no laboratório da UBS mais próxima devido a parceria com a gestão, já que na UBSF Álvaro Correa não é realizado estes exames.

O alcance das metas referente a realização do exame complementares nos usuários cadastrados só foi possível devido ao empenho de todos os profissionais da equipe e a parceria com o gestor da UBSF para fazer no laboratório da UBS mais próxima.

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

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

Neste indicador foi cumprido com o 100% (112) já que os usuários diabéticos que se cadastraram fizeram os exames complementares de acordo com o protocolo, com o esforço de toda a equipe e o gestor da UBSF que organizou as vagas no hospital geral por não ter funcionando o laboratório de nossa UBS.

A ação que mais impactou no alcance das metas referente a realização do exame complementares nos usuários diabéticos cadastrados também só foi possível

devido ao empenho de todos os profissionais da equipe e a parceria com o gestor da UBSF para fazer no laboratório da UBS mais próxima.

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

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

Conforme o cadastramento dos usuários hipertensos foi acontecendo mês a mês, percebemos que um número significativo de usuários que utilizavam medicamentos e que não faziam uso através da Farmácia Popular, adquiriam os medicamentos de forma particular.

Nestes quatro meses de monitoramento, no 1º mês apenas 61,7% (58) usuários hipertensos cadastrados, adquiriram a medicação através da Farmácia popular; no 2º mês, 78,6% (136) cadastrados somente adquiriram medicamentos através da farmácia, no 3º mês já contávamos com 83,9% (214) usuários hipertensos utilizando medicamentos pela farmácia popular. No 4º e último mês da intervenção chegamos a 87,2% (294) usuários hipertensos que fazem uso de medicamentos através da Farmácia popular, o restante usa medicamentos que não estão na lista da farmácia da UBSF como é o caso do Losartan Potássico, e alguns usuários usam medicamentos da Farmácia de Manipulação, como por exemplo Losartan 100mg + Amlodipino 5mg + Atenolol 25mg.

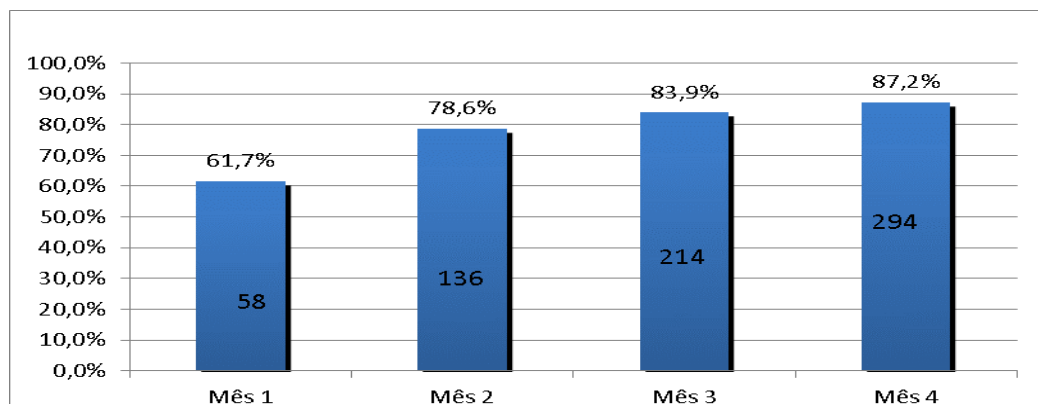


Figura 9 – Gráfico indicativo da proporção de usuários hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBSF Álvaro Corrêa, Macapá/AP, 2014.

Fonte: Planilha de coleta de dados final.

O cardiologista do município costuma prescrever medicamentos manipulados e que não estão na listagem da farmácia popular, e observamos que tem demonstrado bons resultados, pois os usuários estão compensados, sendo assim, se o usuário concorda em continuar realizando a compra do medicamento, não realizamos a troca, mantemos a prescrição do cardiologista.

**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 usuários diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Dos quatro meses de monitoramento constatamos que no 1º mês, 94,4% (34) usam medicamentos da Farmácia Popular, no 2º mês já tínhamos 96,5% (57) usuários cadastrados e com uso de medicamentos, no 3º mês, com 96,4% (80) usuários cadastrados tínhamos utilizavam remédios da farmácia popular, e no 4º e último mês da intervenção chegamos a 97,3% (109) usuários que retiram medicamentos através da Farmácia popular, o restante dos usuários são controlados só com a dieta e exercício físico.

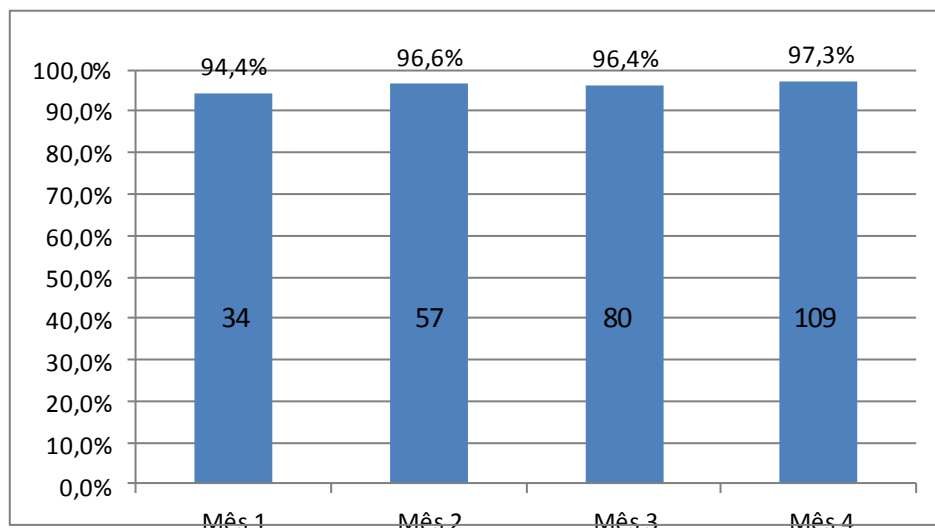


Figura 10. Gráfico indicativo da Proporção de usuários diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBSF Álvaro Corrêa, Macapá/AP, 2014.

Fonte: Planilha de coleta de dados final.

O que mais impactou no alcance das metas referente a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada nos usuários cadastrados só foi possível devido ao empenho de todos os profissionais da equipe e na realização das consultas pelo médico e enfermeira, já que foi revisado os tratamentos nos atendimentos prestados aos usuários crônicos.

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

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

**Indicador 2.7 e 2.8:** Proporção de hipertensos e diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Quanto à avaliação de atendimento odontológico é preciso esclarecer que encontramos muitas dificuldades para alcançar o indicador. Nos dois primeiros meses da intervenção estávamos conseguindo manter os atendimentos odontológicos aos usuários.

Organizamos um projeto de agendamento com a odontóloga da UBS para um número de vagas da agenda por dia para os usuários hipertensos e diabéticos que necessitassem de atendimento, sendo organizados os atendimentos as terças-feiras e quintas-feiras semanalmente só para os usuários com HAS e/ou DIA da área de abrangência e assim aumentar a avaliação bucal dos cadastrados no programa.

Mas após a décima primeira semana da intervenção voltamos novamente apresentar dificuldades com a avaliação da saúde bucal, devido a diminuição da carga horária do odontólogo na UBSF, fazendo com que no terceiro mês atingíssemos 93,4% (239) dos usuários hipertensos e 95,2% (79) dos usuários diabéticos, já no quarto mês o percentual diminuiu ainda mais, com 80,5% (273) dos hipertensos e 76,8% (86) dos diabéticos com avaliação de saúde bucal, conforme figuras 11 e 12.

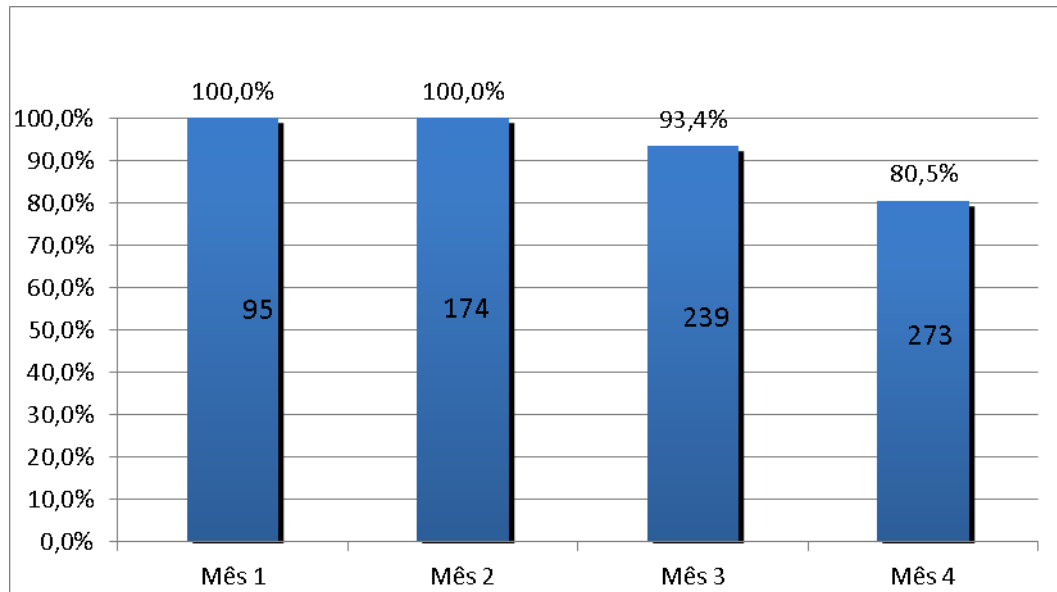


Figura 11 – Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBSF Álvaro Corrêa, Macapá/AP, 2014.

Fonte: Planilha de coleta de dados final.

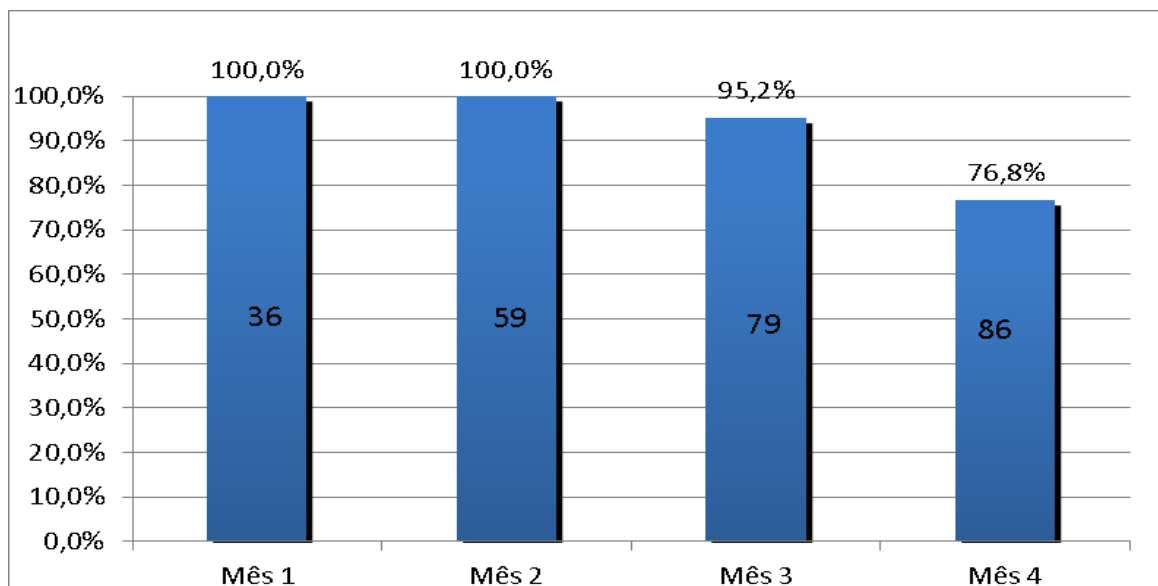


Figura 12 – Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBSF Álvaro Corrêa, Macapá/AP, 2014.

Fonte: Planilha de coleta de dados final.

O não cumprimento da meta proposta nestes quatro meses foi devido a redução da carga horário do odontólogo na UBSF e a grande demanda deste profissional, apesar de todos os esforços para encaminhar os usuários para as UBS mais próximas que contavam com o serviço de odontologia. Esperamos que com o

decorrer do trabalho e os resultados apresentados, a gestão municipal reavalie esta questão da carga horária e os atendimentos sejam retomados.

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

**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.

**Indicador 3.1 e 3.2:** Proporção de hipertensos e diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.

Nestes quatro meses de intervenção, conseguimos realizar a busca de todos os usuários hipertensos e diabéticos faltosos a consulta, no primeiro mês foram 23 usuários hipertensos e 9 usuários diabéticos faltoso e buscados, no 2º mês 24 usuários hipertensos e 9 usuários diabéticos, no 3º mês foram 33 hipertensos e 15 diabéticos e no último mês da intervenção, foram 44 usuários hipertensos e 18 usuários diabéticos.

Entre as ações previstas no projeto para serem desenvolvidas nestes quatro meses de árduo trabalho e que foram desenvolvidas, está a busca ativa dos usuários hipertensos e diabéticos faltosos a consulta pelos ACS e também pela equipe, a maioria destes usuários que receberam busca ativa, justificaram suas faltas relatando que não consultavam por falta de médico em suas comunidades e também por medo de assaltos a sua residência (deixar a casa sozinha).

**Objetivo 4: Melhorar os registros das informações do Programa de hipertensão e diabetes na Unidade de Saúde.**

**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.

**Indicador 4.1 e 4.2:** Proporção de usuários hipertensos e diabéticos com registro na ficha de acompanhamento.

Neste indicador podemos observar que no decorrer dos meses 100% dos hipertensos e diabéticos estão com o registro adequado na ficha de acompanhamento, o trabalho juntamente com a enfermeira facilitou a qualidade deste indicador.

Durante toda a intervenção as fichas espelho foram revisadas semanalmente, o que possibilitou a correção das informações em caso de falha no registro, e a ação que impactou diretamente no alcance desta meta foram a capacitação realizada para os profissionais quanto ao preenchimento da ficha espelho.

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

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

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

**Indicador 5.1 e 5.2:** Proporção de usuários hipertensos e diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Com relação aos usuários com estratificação de risco cardiovascular, é importante destacar que durante a consulta médica o usuário foi avaliado e realizado a estratificação conforme o escore de Framingham. Todos os usuários hipertensos e diabéticos foram estratificados no decorrer destes quatro meses de intervenção.

De todos os usuários avaliados, foi identificado com risco cardiovascular alto um total de 15 usuários, que tiveram suas fichas espelho identificadas com um

adesivo vermelho, para facilitar a visualização. Os 15 usuários que têm hipertensão e diabetes estão apresentando níveis bem controlados, mas realizam consulta periódica com o cardiologista.

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

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

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

**Indicador 6.1 e 6.2:** Proporção de usuários hipertensos e diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Todos os 100% dos usuários hipertensos e diabéticos acompanhados durante os 4 meses de intervenção receberam orientação nutricional da equipe de saúde durante os atendimentos prestados no consultório e também nas visitas domiciliares, sendo abordado fundamentalmente o hábito de alimentação saudáveis durante os atendimentos.

Uma das ações que vem sendo realizada e impactou no alcance da meta sobre orientações nutricionais foi a parceria com a equipe do NASF, onde a nutricionista colaborou com a capacitação da equipe para prestar as orientações adequadas para os usuários de acordo com as suas necessidades.

**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.

**Indicador 6.3 e 6.4:** Proporção de usuários hipertensos e diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

A meta de 100% referente à orientação sobre a prática de atividade física regular foi alcançada durante todos os meses da intervenção, já que os usuários foram avaliados pelo médico da equipe quanto as condições físicas para a realização de exercício e foram orientados sobre o ritmo e periodicidade dos exercícios que poderiam ser realizados.

Em todos os atendimentos prestados por médico e enfermeira da equipe aos usuários hipertensos e diabéticos foi verificado se o usuário estava realizando o proposto e reforçado as orientações quanto aos cuidados durante a prática de atividade física.

**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.

**Indicador 6.5 e 6.6:** Proporção de usuários hipertensos e diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Durante a intervenção tivemos como rotina na UBS, que ao realizar qualquer atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos sempre fosse orientado os riscos do tabagismo, fornecendo esclarecimentos quanto ao acompanhamento realizado nas UBS do município.

Infelizmente não podemos contar com medicamentos para cessar o tabagismo na UBS, apesar de termos feito contato com a gestão municipal, devido à falta de recursos financeiros, mas isso não impediu que as orientações fossem prestadas inclusive aos familiares dos usuários cadastrados.

Durante o período da intervenção foram identificados 97 usuários tabagistas e 93 aceitaram realizar acompanhamento com a equipe para parar de fumar.

**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.

**Indicador 6.7 e 6.8:** Proporção de usuários hipertensos e diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Todos os usuários hipertensos e diabéticos acompanhados durante a intervenção, apesar de não terem recebido em sua totalidade a avaliação da saúde bucal, receberam orientação sobre higiene bucal.

A consulta individual foi organizada de forma que todos os usuários atendidos recebessem a orientação sobre higiene, escovação e cuidados com a boca, pois tanto médico quanto a enfermeira foi previamente capacitado pelo profissional odontólogo da equipe na primeira semana de intervenção, possibilitando mais conhecimentos sobre as orientações que iriam prestar aos usuários. Também é importante relatar que a equipe realizou atividades na comunidade com palestras educativas, dinâmica de grupos, prestando orientações quanto a alimentação, atividade física, tabagismo e saúde bucal.

## **4.2 Discussão**

A intervenção propiciou aumento na cobertura da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos de uma das três equipes de saúde da família da UBSF, além da melhora no acolhimento, na qualidade e organização dos registros e prontuários, na integralidade da atenção com destaque para a ampliação do exame dos pés dos diabéticos e para a classificação do risco cardiovascular dos usuários cadastrados.

A intervenção para nossa equipe foi muito importante já que a equipe se capacitou seguindo as recomendações do Ministério da Saúde referentes ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes, esta atividade motivou bastante todos os profissionais para trabalhar em união integrando os conhecimentos de médico, enfermeira, as técnicas de enfermagem e as ACS. A equipe de saúde aprendeu a atuar, buscando potencializar o processo de autonomia dos usuários e famílias, bem como sua participação ativa nas decisões a serem tomadas durante seu acompanhamento, motivando-o para mudanças de hábitos de vida saudáveis e construindo estratégias que viabilizem formas

adequadas para se conseguir tais mudanças. Foram desencadeadas diversas estratégias de trabalho como a organização no acolhimento dos usuários, a marcação da próxima consulta ao final da consulta feita nesse dia. Isto acabou tendo impacto também em outras atividades no serviço, como na consulta da enfermeira e da nutricionista.

Antes da intervenção as atividades de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos não eram feitas integralmente, eram centralizadas no médico. A intervenção fez mudanças na metodologia de trabalho da equipe e o serviço foi aperfeiçoando-se e viabilizando a atenção ao maior número de usuários possível, aumentamos as vagas nos atendimentos das demandas espontâneas e os agendamentos dos usuários com hipertensão e diabetes classificados de alto risco, possibilitando assim os registros e a agenda de atendimento para os mesmos.

O impacto na comunidade foi muito bom, ainda encontramos algumas dificuldades como os atendimentos a uma pequena parcela de pessoas da classe média, que não aceitam o atendimento prestado pelos profissionais da UBSF, mas acreditamos que a longo prazo a equipe tenha melhor aceitação por parte desta pequena população.

Os usuários hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a prioridade no acolhimento, mas percebemos que essa priorização gera insatisfação na sala de espera entre os outros usuários da comunidade que desconhecem o motivo desta priorização, sendo assim é necessário continuarmos com a conscientização e trabalho educativo na sala de espera, para evitarmos reclamações da comunidade. Apesar da ampliação da cobertura do projeto na equipe, ainda temos muitos usuários hipertensos e diabéticos sem cobertura na área de abrangência da UBSF, pois nem todas as equipes realizaram o rastreamento dos usuários e estão acompanhando e realizando o monitoramento dos hipertensos e diabéticos conforme o protocolo do MS.

Se a intervenção fosse realizada neste momento, poderíamos ter mobilizado todas as equipes de saúde da família da UBSF para realizar a intervenção com os hipertensos e diabéticos, assim teríamos toda a área adstrita monitorada e acompanhada conforme o preconizado pelo MS.

Também faria diferente ao discutir junto à equipe todos os resultados obtidos durante a análise situacional, assim ficariam visíveis todas as dificuldades e problemas enfrentados com as ações programáticas desenvolvidas na UBSF.

Também faltou interesse por parte do gestor municipal para imprimir as fichas espelhos no início da intervenção, mas agora no fim da análise realizada, percebe-se que muito foi feito e que a equipe está integrada e com entusiasmo vamos incorporar à intervenção a rotina do serviço e assim teremos condições de erradicar algumas das dificuldades encontradas neste período.

A intervenção está incorporada a rotina do serviço. Para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorizar a avaliação da saúde bucal dos usuários hipertensos e diabéticos, além de fazer avaliação integralmente aos usuários de alto risco. Percebemos que a diminuição da carga horária do odontólogo impactou significativamente no alcance do indicador de saúde bucal e tomaremos como estratégia exigir da gestão municipal o acompanhamento dos resultados ao longo do tempo quanto às avaliações de saúde bucal para os usuários cadastrados.

A partir do próximo mês, trataremos de recuperar os atendimentos odontológicos dos usuários hipertensos e diabéticos que ainda estão pendentes com a avaliação da saúde bucal, além de aumentar a cobertura dos hipertensos e diabéticos que ainda faltam por cadastrar. Esperamos que as outras duas equipes de saúde da família que atuam na UBSF também utilizem as fichas espelhos (ANEXO C) para acompanhamento do usuário hipertenso e diabético de forma contínua e que o trabalho realizado pelas equipes seja integral.

Aplicaremos metodologia e logística semelhantes a este projeto também em outras ações programáticas já realizadas na UBSF, mas que precisam ser reestruturadas e organizadas conforme preconizado pelo MS, como os programas de pré-natal e puerpério e também saúde do idoso.

#### **4.3 Relatório da Intervenção para os Gestores Municipais.**

Durante 16 semanas, a equipe 84 da UBSF Álvaro Corrêa implementou o projeto de intervenção do curso de Especialização em Saúde da Família, organizando e monitorando as ações para o acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência do serviço. As ações previstas no projeto a serem desenvolvidas neste período foram cumpridas semana a semana. Foram realizadas quatro capacitações a toda a equipe, com uma ótima participação dos colaboradores durante a atividade. Os mesmos ficaram muito motivados com as orientações para o cuidado dos usuários hipertensos e diabéticos e dar continuidade ao trabalho para sempre na UBSF

No início da intervenção afrontamos problemas com a avaliação da saúde bucal, mas organizamos um projeto de agendamento com a odontóloga da UBSF para um número de vagas da agenda por dia para os usuários hipertensos e diabéticos que necessitem de atendimento e para isso ficaram as terças-feiras e quintas-feiras semanalmente só para os usuários com HAS e DM da área de abrangência e assim aumentar a avaliação bucal dos cadastrados no programa. Mas ao chegarmos à décima primeira semana, novamente tivemos dificuldades com a avaliação da saúde bucal, devido a diminuição da carga horária do odontólogo e não alcançamos a meta proposta para o indicador de saúde bucal, mas como vamos dar continuidade ao trabalho, que foi inserido na rotina da UBSF esperamos contar com a colaboração da gestão municipal para que os atendimentos odontológicos sejam realizados diariamente.

Também tivemos dificuldade para imprimir as fichas espelhos (ANEXO C), iniciamos o projeto com poucas fichas, mas juntamente com o gestor da UBS conseguimos imprimir o restante de fichas necessárias e o trabalho teve continuidade. Importante destacar o auxílio do gestor municipal ao garantir as vagas diárias para a realização dos exames complementares no hospital do município, tendo em conta os protocolos, já que na UBSF não contamos com a disponibilidade de todos os exames previstos no programa de HAS e DM, e no decorrer da intervenção os usuários foram sendo encaminhados ao laboratório mais perto localizado na UBS Marcelo Candia e no Hospital Geral.

O cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos da equipe 084 aconteceu de forma organizada, nas visitas domiciliares e nas consultas individuais

realizadas na UBS. Também foram realizadas três ações de saúde na comunidade neste período, a equipe fez teste de glicemia capilar para rastreamento de diabetes, controle da pressão arterial aos usuários maior de 20 de anos e atividades de promoção e prevenção, onde rastreamos um total de 46 usuários hipertensos e 19 usuários diabéticos. Várias ações foram implementadas na UBSF, como o acolhimento no dia a dia, priorizando o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco, um total de 15 usuários de alto risco cardiovascular, e identificamos as fichas destes usuários com um adesivo vermelho, garantindo que todos os hipertensos e diabéticos saíssem com a solicitação dos exames complementares.

Em todos os atendimentos prestados pela equipe durante este período foi reforçado a importância do acompanhamento médico regular, além da importância da alimentação saudável, prática de atividade física, sobre os riscos do tabagismo e fornecemos orientação quanto à higiene bucal.

Toda a quinta-feira a equipe trabalhou no monitoramento das fichas espelhos e o preenchimento da planilha de coleta de dados dos usuários cadastrados no projeto, identificando os que estão em atraso nas consultas e nos exames complementares, os usuários sem estratificação de risco, além de monitorar os registros das informações na ficha espelho. Além de organizar na agenda da enfermeira e do médico as visitas domiciliares dos usuários hipertensos e diabéticos com dificuldade de locomoção e restritos ao leito a cada 15 dias.

A cobertura alcançada nestes quatro meses da intervenção foram de 98,8% (339) usuários hipertensos e 97,4% (112) usuários diabéticos residentes da área cadastrados, A ação que mais impactou no cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos de toda a área adstrita da equipe foi o acompanhamento por parte dos ACS que realizavam visitas domiciliares para chamar os usuários para a consulta. Os usuários que não foram cadastrados em parte são os que fazem acompanhamentos nas redes privadas

Temos que agradecer ao gestor pôr brindar seu apoio enquanto a facilitar as vagas necessárias para fazer os exames complementares na outra UBS já que em nosso posto de saúde não contava com o laboratório para a realização dos mesmos



Como aspectos positivos deste projeto têm a integralidade e a qualidade da equipe e a participação ativa da comunidade com respostas positivas no cumprimento das ações previstas, a mudança na UBSF é um reflexo de nosso trabalho. A equipe está orgulhosa por ajudar a população Amapaense.

#### **4.4 Relatório da Intervenção para a Comunidade.**

A equipe 084 da Unidade Básica de Saúde Familiar (UBSF) Álvaro Côrrea realizou durante o período de setembro a dezembro de 2014, atividades para os usuários hipertensos e diabéticos, organizando o atendimento da UBSF para esta população.

A equipe também estimulou a participação da população na organização do conselho de saúde no bairro através dos líderes da comunidade, que era uma dificuldade apresentada. Melhorou a qualidade na organização dos agendamentos com médico e enfermeira, e principalmente na prioridade do atendimento aos hipertensos e diabéticos.

A equipe da UBSF recebeu treinamento para atender de forma mais qualificada os usuários hipertensos e diabéticos. Sendo abordado com a população sobre a importância de uma alimentação saudável, realização de exercício físico e parar de fumar.

Apresentamos poucas dificuldades para realizar as ações planejadas. No início tivemos problemas com a avaliação da saúde bucal, mas organizamos com a odontóloga da UBSF para atendimento de um número de vagas da agenda por dia para os usuários hipertensos e diabéticos que necessitem de atendimento e para isso ficaram as terças-feiras e quintas-feiras semanalmente. Mas ao chegarmos na décima primeira semana de trabalho, novamente tivemos dificuldades com a avaliação da saúde bucal, devido a diminuição da carga horária do odontólogo, mas como vamos dar continuidade ao trabalho que foi inserido na rotina da UBS esperamos mais à frente cumprir a meta proposta.

Iniciamos o trabalho com poucas fichas, mas juntamente com o gestor da UBSF e a equipe conseguimos imprimir as fichas espelho, a equipe também

conversou com o gestor municipal para garantir as vagas diárias para a realização dos exames de sangue para os hipertensos e diabéticos, já que na UBSF não contamos com a disponibilidade de todos os exames previstos para os diabéticos e hipertensos e no decorrer dos meses os usuários foram sendo encaminhados ao laboratório mais perto localizado na UBS Marcelo Candia e no Hospital Geral.

Durante todo o período do trabalho foi realizada consultas médicas e com a enfermeira e também visitas domiciliares. Foram realizadas três ações de saúde na comunidade, onde rastreamos um total de 46 usuários hipertensos e 19 usuários diabéticos, melhorando o acolhimento dos pacientes na UBSF e priorizando o atendimento dos usuários com problemas de saúde mais sérios, sendo estes usuários identificados como sendo de risco. Também orientamos aos usuários durante as consultas clínicas, quanto à importância do acompanhamento regular, além da importância da alimentação saudável, prática de atividade física, sobre os riscos do tabagismo e fornecemos orientação quanto a higiene bucal.

Todos os usuários acompanhados 98,8% (339) hipertensos e 97,4% (112) diabéticos pelo médico e enfermeira foram monitorados quanto ao uso das medicações e realização dos exames de sangue, através da fiscalização das fichas dos usuários. Todas as quintas-feiras o médico e a enfermeira faziam o monitoramento das fichas e o preenchimento da planilha, identificando os usuários que estão em atraso nas consultas, com exames de sangue em atraso, e estes usuários recebiam a visita do ACS. Também foi organizado na agenda da enfermeira e do médico as visitas domiciliares aos usuários hipertensos e diabéticos que não podiam se deslocar até a UBS, estas visitas aconteciam a cada 15 dias.

Os ACS realizaram visitas no domicilio dos usuários que faltaram as consultas, a maioria destes usuários justificou que não consultavam por falta de médico nas comunidades e tinham medo deixar sua casa sozinha.

O atendimento odontológico foi realizado aos usuários hipertensos e diabéticos no início do trabalho, já a partir da décima segunda semana voltamos apresentar dificuldades, pois diminuiu a carga horária do odontólogo e o percentual de usuários com avaliação da saúde bucal foi diminuindo, mas a equipe resolveu

encaminhar os usuários para o centro de saúde mais perto ou para o centro odontológico do município para que a assistência odontológica fosse realizada.

Como aspectos positivos deste projeto temos a união e a qualidade da equipe, assim como a participação ativa da comunidade que sem o engajamento as ações de saúde não alcança bons resultados no cumprimento das ações previstas, acredito que a mudança do atendimento na UBS é um reflexo de nosso trabalho.

Exortamos a população para continuar fazendo divulgação das ações que estão sendo desenvolvidas na comunidade e o apoio na busca ativa de mais usuários para assistir as consultas.

## **5 Reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem**

Minha reflexão crítica como médico quanto ao processo de aprendizagem melhorou o conhecimento adquirido teórico e prático, sendo assim, fico feliz em ter aprendido a organizar uma equipe que no início não tinha médico, tive maior conhecimento da área de abrangência, aprendi a como desempenhar uma intervenção, conseguimos melhorar a qualidade das consultas, desde o registro e cadastramento dos usuários, avaliação do risco cardiovascular, até as ações de promoção e prevenção, onde foi possível elevar o nível de conhecimento dos usuários com o trabalho de divulgação da equipe e dos fatores da comunidade e obter melhores resultados, aumentando o engajamento público com a equipe de saúde, e a análise situacional ampliou a compreensão das necessidades da unidade básica de saúde e da população.

Notei uma ótima relação entre a comunidade e a equipe, onde os laços foram estreitados com uma comunicação direta e diária, que nos deixa feliz. A maior recompensa é a gratidão dos usuários por termos feito ações que acontecem pela primeira vez na comunidade, ter podido melhorar a qualidade dos serviços de saúde é muito gratificante.

Nos fóruns e nas práticas clínicas trocamos experiências muito importantes para o trabalho do dia a dia, além da realização dos testes qualitativos que foram muito úteis, já que atualizamos os conhecimentos de muitas doenças e protocolos de trabalhos no Brasil. A confecção final do TCC é uma experiência nova para mim já que em Cuba é totalmente diferente, além de aperfeiçoar muito mais a escrita do idioma português.

## 6. Referências


1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). 2013
2. BRASIL. Ministério da Saúde. **“Estratégias para o cuidado da pessoa com doenças crônicas: hipertensão arterial sistêmica”**, ambos do Ministério da Saúde. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). 2013.
3. Gravina CF, Rosa RF, Franken RA, Freitas EV, Liberman A, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. **II Diretrizes Brasileiras em Cardiogeriatría**. Arq Bras Cardiol 2010; 95(3 supl.2): 1-112.

**APÊNDICE**



**ANEXOS**



**Anexo A – Parecer do comitê de ética**

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

---

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

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

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

Prezada Pesquisadora;

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

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

---

