

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



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção aos usuários com HAS e/ou DM pertencentes à  
área de abrangência da UBS/ESF BASE - Rio Branco/AC**

**MOISES LUNA ESTRADA**

**Pelotas, 2015**

**MOISES LUNA ESTRADA**

**Melhoria da atenção aos usuários com HAS e/ou DM pertencentes à  
área de abrangência da UBS/ESF BASE - Rio Branco/AC**

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

Orientador: Antonio Maurício Rodrigues Brasil

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

E82m Estrada, Moises Luna

Melhoria da Atenção aos Usuários com HAS e/ou DM  
Pertencentes à Área de Abrangência da UBS/ESF Base - Rio  
Branco/AC / Moises Luna Estrada; Antonio Maurício Rodrigues Brasil,  
orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

88 f. : il.

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

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

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

**A minha mãe que é motivo de orgulho.**

## **Agradecimentos**

Ao Programa Mais Médicos para o Brasil, por permitir fazer parte deste.

Ao meu orientador, por sua grande ajuda incondicional.

À minha família, por tanta dedicação e apoio que meu deus.

## Resumo

ESTRADA, Moises Luna. **Melhoria da atenção aos usuários com HAS e/ou DM pertencentes à área de abrangência da UBS/ESF Base - Rio Branco/AC.** 2015 89f. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Especialização em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS.

Este trabalho teve como objetivo melhorar a atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos pertencentes à área a USF Base - Rio Branco. O foco da intervenção realizada foi escolhido levando em consideração a alta incidência de usuários portadores hipertensão e/ou diabetes mellitus e percentual de 15% de cobertura dos usuários cadastrados, bem como daqueles pesquisados e monitorados de forma sistemática por nossa equipe de saúde na área de abrangência. A intervenção proposta foi operacionalizada por meio de um conjunto de ações desenvolvidas em quatro eixos: Monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Foi realizada no período de 12 semanas, entre os meses de fevereiro a abril de 2015. Os objetivos propostos se relacionaram ao aumento da cobertura para os usuários hipertensos e/ou diabéticos, à melhoria da qualidade da atenção, à melhoria da adesão ao programa, à melhoria do registro das informações, ao mapeamento dos hipertensos e/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular, bem como à promoção da saúde desses usuários. Foram estabelecidas metas para cada um dos objetivos propostos, cujo alcance pode ser verificado por meio dos indicadores apresentados. Os resultados mais relevantes se relacionaram à ampliação da cobertura da atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes da área de abrangência da unidade, com incremento que alcançou 75% e 84% respectivamente. Foram ainda melhorados diversos aspectos relacionados à qualidade da atenção, tendo sido adequadamente acompanhados todos os usuários cadastrados e inseridos no programa. A intervenção trouxe excelentes resultados não somente para os usuários envolvidos na intervenção, mas para toda a comunidade. Qualificou o cuidado em saúde ofertado, incrementou os conhecimentos, não somente a respeito destas doenças, mas para a prevenção de outras doenças, contribuindo através das ações de educação em saúde, com foco naquelas voltadas à promoção e prevenção de agravos, nas quais todos podiam participar de forma ativa. Trouxe ainda, grande impacto positivo para o serviço, melhorando os processos de trabalho e o nível de organização da unidade. A equipe de trabalho atuou de forma engajada e comprometida, todos unidos e com grande senso de grupalidade, adquirindo novos conhecimentos para um acompanhamento adequado dos usuários e resultando numa oferta de cuidado em saúde mais qualificada e resolutiva. A intervenção trouxe benefícios para todos os atores envolvidos no processo, sejam os usuários hipertensos e/ou diabéticos, a própria comunidade e a equipe, sendo, dessa forma incorporada à rotina de serviço da unidade.

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

## Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde. UBS/ESF BASE, Rio Branco/AC. 2015.	52
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde. UBS/USF BASE, Rio Branco-AC. 2015	53
Figura 3	Proporção de hipertensos com os exames clínicos em dia de acordo com o protocolo. UBS/ESF BASE, Rio Branco/AC. 2015.	54
Figura 4	Proporção de diabéticos com os exames clínicos em dia de acordo com o protocolo. UBS/ESF BASE, Rio Branco/AC. 2015.	55
Figura 5	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. UBS/ESF Projeto BASE, Rio Branco/AC. 2015.	56
Figura 6	Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. UBS/ESF Projeto BASE, Rio Branco/AC. 2015.	57
Figura 7	Proporção de hipertensos com prescrição da farmácia popular priorizada. UBS/ESF Projeto BASE, Rio Branco/AC. 2015.	58
Figura 8	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. UBS/ESF Projeto BASE, Rio Branco/AC. 2015.	59
Figura 9	Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. UBS/ESF Projeto BASE, Rio Branco/AC. 2015.	60
Figura 10	Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa. UBS/ESF Projeto BASE, Rio Branco/AC. 2015.	61
Figura 11	Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa. UBS/ESF Projeto BASE, Rio Branco/AC. 2015.	62
Figura 12	Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento. UBS/ESF Projeto BASE, Rio Branco/AC. 2015.	63
Figura 13	Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento. UBS/ESF Projeto BASE, Rio Branco/AC. 2015.	64

Figura 14	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular. UBS/ESF Projeto BASE, Rio Branco/AC. 2015.	65
Figura 15	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular. UBS/ESF Projeto BASE, Rio Branco/AC. 2015.	66
Figura 16	Proporção de hipertensos com orientação sobre riscos do tabagismo. UBS/ESF Projeto BASE, Rio Branco/AC. 2015.	68
Figura 17	Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal. UBS/ESF Projeto BASE, Rio Branco/AC. 2015.	69
Figura 18	Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal. UBS/ESF Projeto BASE, Rio Branco/AC. 2015.	70



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

ACS	Agente Comunitário de Saúde.
CAD	Centro de Avaliação e Diagnostico.
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas.
DCNT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis.
DM	Diabetes Mellitus.
ESB	Equipe de Saúde Bucal.
ESF	Estratégia Saúde da Família.
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica.
HOSMAC	Hospital de Saúde Mental do Acre.
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LACEN	Laboratório Central.
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família.
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde.

## Sumário

Sumário .....	8
Apresentação .....	9
1 Análise Situacional .....	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	10
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	19
2 Análise Estratégica .....	20
2.1 Justificativa .....	20
2.2 Objetivos e metas .....	23
2.2.1 Objetivo geral .....	23
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	23
2.3 Metodologia .....	25
2.3.1 Detalhamento das ações .....	25
2.3.2 Indicadores .....	34
2.3.3 Logística .....	40
2.3.4 Cronograma .....	43
3 Relatório da Intervenção .....	45
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	45
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas ou desenvolvidas parcialmente .....	48
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	48
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	49
4 Avaliação da intervenção .....	50
4.1 Resultados .....	50
4.2 Discussão .....	69
5 Relatório da intervenção para gestores .....	72
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	75
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem .....	78
Referências .....	80
Anexos .....	83

## **Apresentação**

O presente volume trata do Trabalho de Conclusão de Curso da Especialização em Saúde da Família, ofertado pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel), em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UNASUS). Foi desenvolvido por meio de um projeto de intervenção que teve como objetivo melhorar a atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos pertencentes à área de abrangência da UBS/ESF Base, em Rio Branco/AC.

Está organizado em partes ou capítulos, que apresentam conteúdos específicos, a fim de facilitar a apreensão da proposta e do trabalho realizado.

Na primeira parte consta a Análise Situacional, com uma avaliação geral do cenário, resultante da apropriação do município e da área de abrangência da UBS, com suas particularidades, e diferentes características, processo de trabalho e ações desenvolvidas no âmbito desta.

Na segunda parte está a Análise Estratégica, na qual é apresentado o projeto de intervenção propriamente dito, com a justificativa, os objetivos e metas propostas, e aspectos da metodologia.

Na terceira parte vem o Relatório da Intervenção, trazendo as ações desenvolvidas, aquelas não desenvolvidas e aspectos relacionados à coleta de dados e viabilidade de incorporação da intervenção à rotina do serviço.

Na quarta parte consta a Avaliação da Intervenção trazendo os resultados alcançados, além de uma parte dedicada à discussão.

Nas partes cinco e seis temos os Relatórios da Intervenção para os Gestores e para a comunidade, respectivamente.

A parte sete é dedicada a uma reflexão crítica do processo pessoal de aprendizagem e encerram este volume as referências utilizadas, além de uma parte dedicada aos anexos.

## **1 Análise Situacional**

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

A unidade de saúde onde eu fui incorporado para realizar meu trabalho está localizada na zona urbana do município Rio Branco, capital do Estado do Acre.

Com uma estrutura física alugada para o atendimento na atenção primária de saúde, prestamos os serviços em várias salas e com o equipamento adequado, materiais e insumos que precisamos para um ótimo atendimento da nossa população.

Para isso, contamos com uma equipe integrada por um médico, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, 5 ACS, distribuídos para cada área de abrangência da nossa unidade. O serviço está muito pequeno para a quantidade de pessoas da nossa área e, ainda os usuários fora de área que são muitos, sendo nossa unidade a sua referência, já que possui em sua proximidade um porto de barcos, sendo a atenção para todos os usuários que chegam a nossa unidade precisando do nosso serviço. Cada membro da equipe cumpre com as suas atribuições, tanto as individuais como as coletivas, sendo uma equipe muito integrada e unida, participando também do planejamento das atividades, que ocorre uma vez por mês como palestras, atividades de promoção e prevenção em saúde tanto individuais como para a comunidade.

Quanto à comunidade, nós fazemos atendimentos de saúde domiciliares a pacientes acamados cadeirantes. No início do trabalho dando prioridade a intervenção os pacientes, ficavam contentos que podiam acessar a atendimento médico a unidade estava mais de 6 meses sem médico. Levando cuidados em saúde, através da equipe de saúde. Fazemos vacinas, adaptamos locais e fazemos PCCU, além das palestras educativas. Fazemos grupos de idosos e de gestantes, onde duas vezes por mês fazemos nossos encontros com eles. Por todas estas

ações, a nossa população agradece muito e nosso trabalho é de grande aceitação em nossa área de abrangência.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

A UBS/ESF BASE localiza-se no município de Rio Branco, capital do Estado do Acre, e tem como limites os municípios de Bujari e Porto Acre, além do estado do Amazonas ao norte; os municípios de Xapuri e Capixaba ao Sul, o município de Senador Guiomard ao leste e o município de Sena Madureira ao Oeste.

O sistema de saúde municipal de Rio Branco deve contemplar sua população de 357.194 habitante (IBGE) e, para tanto, conta com 58 unidades básicas de saúde (UBS) com suas respectivas equipes de saúde da família (ESF). Possui ainda 13 unidades básicas tradicionais (UBS), 2 núcleos de apoio a saúde da família (NASF), 1 centro de especialidades odontológicas (CEO). Na atenção secundária, existe 1 laboratório de próteses, 2 centros de avaliação e diagnóstico de imagem (CAD) e 1 laboratório central (LACEN), 1 centro especializado de assistência farmacêutica municipal, 1 consultório na rua e unidade de acolhimento. Há disponibilidade de 2 unidades de pronto atendimento, pronto socorro, Hospital de Clínicas com especialidades diversas para atendimento dos usuários (otorrinolaringologia, cardiologia, neurologia, traumatologia, ginecologia, oncologia, oftalmologia, consultas para cirurgias eletivas, angiologia). Existe ainda um hospital do idoso, um centro de alta complexidade em oncologia, hospital da criança, maternidade e o hospital de saúde mental do Acre (HOSMAC).

Nossa UBS/ESF BASE está localizada no centro da cidade, na Rua Estado do Acre, nº 200 e se trata de uma unidade urbana, não existindo nenhum vínculo com as instituições de ensino. O modelo de atenção é tradicional de ter os pacientes agendados sem ter mais demanda espontânea e não dar atenção quando chegava paciente com muita necessidade de ser atendido qual o equipo muda sua maneira no atendimento desde no momento que inicie o trabalho. E tem uma equipe composto por um médico clínico geral, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem e cinco agentes comunitários. Sua estrutura física apresenta um consultório médico, um consultório de enfermeira, uma farmácia, uma sala de acolhimento, uma sala de curativo, sala de nebulização, uma sala de vacina, dois banheiros e uma cozinha.

Nossa equipe cumpre com suas atribuições e oferta um bom atendimento aos usuários de nossa área de abrangência, embora nosso serviço não seja muito bem estruturado, realizando atividades diversas dentro e fora da unidade, incluindo as visitas e atendimentos domiciliares de acordo a demanda e necessidade do usuário. Até recentemente, não havia presença de médico na unidade de saúde e penso que a partir de agora poderemos melhorar a atenção ofertada à comunidade. Temos algumas limitações importantes impostas pelo próprio território, como o fato de possuímos uma população com características itinerantes já que, pela proximidade com o Rio Acre, ocorrem os períodos anuais de enchentes, fazendo com que a comunidade se desloque para outras áreas. Durante o período de cheia do rio, as inundações atingem cerca de 20% de nossa área de abrangência. Por outro lado, temos uma população de 25% que residem em imóveis alugados e depois mudam e chegam outras pessoas, o que dificulta um cuidado mais longitudinal, característica tão marcante do cuidado em saúde ofertado pela atenção básica e proposta pela Estratégia Saúde da Família.

Com relação aos períodos de inundações supracitados em nossa área de abrangência, cabe ressaltar que é adotado pelo município, através da prefeitura de Rio Branco e por meio da sua secretaria de saúde, um sistema de abrigos para as pessoas afetadas, sendo ofertado atendimento médico e o que mais necessite a população.

Temos em nossa área de abrangência uma população de 1.350 pessoas, com distribuição por sexo e faixa etária compatível com aquela apresentada pela população brasileira. São estimados 27 menores de 1 ano, 54 menores de 5 anos, 312 pessoas de 5-14 anos, 809 pessoas de 15-59 anos, 86 pessoas com 60 anos ou mais, de acordo com o Caderno das Ações Programáticas. Em termos do tamanho do serviço podemos, então, dizer que temos uma equipe com tamanho suficiente para nosso número de habitantes. Está sendo realizado um movimento de atualização dos registros e cadastros da comunidade de nosso território, pela necessidade e características já apresentadas por nosso território, a fim de termos registros mais confiáveis do tamanho da população de forma adequada. Isso nos ajudará a planejar melhor nossas ações e conhecer de forma mais próxima as pessoas de nossa comunidade, na medida em que passaremos a contar com registros adequados.

Nossa equipe busca cumprir com as atribuições da saúde da família e desempenha suas funções. Diversas estratégias são utilizadas a fim de ofertar os cuidados em saúde e vão desde as consultas tradicionais, territorialização, visitas domiciliares, as intervenções individuais e coletivas, as campanhas de vacinação, ações de educação em saúde com foco em promoção da saúde e prevenção de agravos, palestras, teatros, pactuações, orientações e diferentes atividades específicas de acordo com o grupo etário e o público-alvo. Não temos excesso de demanda espontânea e quando ocorre, esta é regulada e organizada em nosso acolhimento, realizado por todos os membros da equipe, em todos os espaços de produção de saúde, mas principalmente, na porta de entrada pela enfermeira e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que classificam os usuários de risco e as prioridades para idosos, crianças, gestantes e usuários em estado agudizado, sendo feitos os devidos encaminhamentos para a rede e respeitando o princípio da equidade em saúde.

Atendemos a diversas áreas programáticas com propostas específicas e nossos usuários realizam seu acompanhamento de saúde de acordo com suas necessidades. Nossas ações ocorrem nos dois turnos, manhã e tarde.

Com relação à saúde da criança, existe uma estimativa pelo Caderno de Ações Programáticas (CAP) de 27 crianças menores de um ano, com uma cobertura de 100%. Quanto às ações realizadas, estas compreendem desde a atualização do cartão vacinal de acordo com o calendário estipulado pelo Ministério da Saúde (MS), até as ações de puericultura realizadas em sua maioria pela enfermeira como controle de estatura e peso, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. As consultas das crianças com médico geral, incluem ainda as orientações feitas às mães sobre alimentação, higiene, acidentes mais frequentes de acordo com a faixa etária de forma programática. São feitas ainda orientações sobre aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida. É adotado como referência o protocolo do MS e os registros são feitos nos prontuários e nos cartões de vacina. Penso que temos do mesmo modo, bons indicadores de qualidade, embora não tenhamos registros detalhados. Temos um bom controle e acompanhamento puericultura e esquema de vacinação dada pelo MS e realizamos as ações importantes ações de educação em saúde, atuando de forma preventiva, tanto nas ações realizadas no âmbito da unidade de saúde como aquelas feitas durante as visitas domiciliares, intermediadas e agendadas pelos ACS.

Com relação a atenção ao Pré-natal, são realizadas um conjunto de ações a fim de garantir às gestantes um bom acompanhamento. É realizada verificação da pressão, controle do peso e controle frequência cardíaca do feto, solicitação de exames complementares, consulta médica. De acordo com o CAP, existem em nossa área de abrangência cerca de 20 gestantes, todas acompanhadas em nossa unidade (100%). As ações de atenção a gestantes são estruturadas de forma programática a cada mês e é feito controle do ganho de peso, avaliação da pressão arterial, as vacinas de acordo com o recomendado pelo MS. Contamos com um registro específico, cartão de gestante, ofertado pelo MS e realizamos um bom monitoramento. Precisamos melhorar nossos registros para acompanhar de forma mais adequada os indicadores de qualidade. Temos como aspectos positivos uma boa organização do serviço na atenção às gestantes, ocorrendo mais especificamente nas segundas, quartas e sextas-feiras. No entanto, nosso maior desafio decorre das características do próprio território, já que ocorre das gestantes mudarem de endereço e, por vezes, perdermos o acompanhamento da gestação que estava sendo feito em nossa unidade. Às vezes chega a nossa área de abrangência uma nova gestante que não fez nenhum controle. Nosso serviço de atenção à gestante posso afirmar que é muito bom e não temos nenhum óbito em nossa área de abrangência, com todas as gestantes fazendo os devidos cuidados, recebendo orientações adequadas e realizando os exames complementares de acordo com o estipulado para a idade gestacional.

As atividades de educação de saúde direcionadas para as gestantes são feitas em todos os espaços de produção de saúde, nas consultas com o médico ou a enfermeira e, também, pelos ACS durante as visitas domiciliares, que lembram a cada gestante de não esquecer de tomar ácido fólico prescrito, de não fumar, não ingerir bebidas alcoólicas, praticar atividades físicas, realizando uma importante ação de educação e promoção da saúde. O acompanhamento é feito durante toda a gravidez. Nosso maior objetivo é assegurar que a gravidez está ocorrendo da forma mais natural possível, além de possibilitar a prevenção de eventuais problemas ou complicações próprias do período gestacional.

Especificamente com relação ao puerpério, o CAP estima que cerca de 27 mulheres tiveram parto em nossa área de abrangência nos últimos 12 meses. Não temos registros confiáveis que nos permitam ter uma certeza. Buscamos todos da equipe realizar as diversas ações de acompanhamento ao puerpério com qualidade,



realizando a primeira consulta puerperal dentro dos 42 dias preconizados pelo MS, realizando ainda as orientações diversas com relação aos cuidados com o recém-nascido, sobre o aleitamento materno exclusivo, examinando as mamas e abdome das puéperas, realizando orientações sobre planejamento familiar. No entanto as ações não ocorrem de forma sistemática e temos dificuldades de realizar um bom acompanhamento pela característica flutuante da população com mudança constante de endereço.

Com relação à prevenção do câncer de colo de útero são estimadas pelo CAP para nossa área de abrangência, cerca de 285 mulheres entre 25 e 64 anos e que portanto estão na faixa etária para serem acompanhadas. Quanto à prevenção do câncer de mama, temos estimadas 68 mulheres entre 50 e 69 anos e, que, dessa forma devem ser avaliadas para este tipo de câncer. Não possuímos registros adequados que nos permitam saber ao certo nossa cobertura de atenção ou acompanhar de forma sistemática os indicadores de qualidade de forma confiável.

Nossa unidade busca realizar as ações de prevenção ao controle do câncer de colo de útero com a maior qualidade possível junto às nossas usuárias. Dentro do conjunto de ações preconizadas para a prevenção do câncer de colo de útero, está o fato de que toda mulher deve fazer o exame preventivo de câncer de colo do útero (Papanicolau) a partir da primeira relação sexual ou após os 18 anos. Este exame é feito anualmente, com frequência e os usuários com alteração de colo útero são encaminhadas para unidades especializadas para que tenham acompanhamento adequado. O rastreamento do câncer do colo uterino se faz em mulheres que já tem a vida sexual ativa, o qual se realiza a cada ano para prevenir complicações. No caso de apresentar exame do PCCU alterado, se faz um devido encaminhamento para um centro mais especializado. Realizamos diversas ações que envolvem a todos os membros da equipe, incluindo os ACS, falando sobre a importância para realizar PCCU exame preventivo. As informações são basicamente registradas nos prontuários. Nosso maior desafio é com relação ao tempo de espera pelos resultados dos exames que tardam muito em chegar.

Com relação especificamente ao câncer de mama, o exame de palpação é realizado pelo médico e a mamografia são os exames realizados para uma detecção precoce desse tipo de câncer. O exame mais simples de se realizar para detectar uma alteração da mama é o exame de palpação. São feitas todas as orientações necessárias e se ensina a forma da palpação da toda a mama, a região da axila e a

parte superior do tronco em busca de algum nódulo ou alteração da pele, como retração ou endurecimento, e de alguma alteração no mamilo. Quando são observadas alterações, se realiza uma avaliação primeira com um exame físico das mamas e solicitamos mamografia e Raios-X das mamas e das porções das axilas mais próximas das mamas. Se necessário, é solicitado ultrassom ou ecografia das mamas que pode auxiliar o radiologista a definir quais tipos de alterações são essas. Esses exames, quando realizados anualmente ou mais frequentemente, dependendo da história individual da usuária e presença de fatores de risco ou história de tumores e biópsias prévias pode diminuir a mortalidade por esse tipo de tumor, quando realizados entre os 50 e os 69 anos. Nossos registros são feitos basicamente nos prontuários e não temos registros específicos de forma que nos permitam avaliar de forma adequada possíveis indicadores de qualidade. Temos grandes desafios nesse sentido. Os exames de mamografia quando solicitados, demoram cerca de um ou dois meses para serem feitos, mais o tempo de espera pelo resultado, posteriormente.

Com relação ao acompanhamento dos usuários com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM), são realizadas ações diversas em nossa unidade, que buscam envolver todos os membros da equipe de saúde, tanto nas ações assistenciais quanto nas ações de promoção à saúde e prevenção de agravos, buscando a integralidade do cuidado ofertado. De acordo com o CAP, temos estimados cerca de 237 hipertensos com 20 anos ou mais e 68 usuários diabéticos com 20 anos ou mais para nossa área de abrangência, com coberturas de 49 e 59% respectivamente. As ações de atenção aos hipertensos e diabéticos não são estruturadas de forma programática, mas a unidade adota o manual técnico dado disponibilizado pelo MS como documento para embasar e nortear suas ações. Com relação aos registros, contamos com os prontuários e carteira de hipertenso ou diabético, sendo feito um monitoramento a cada três meses para avaliar a pressão, a doses de medicação, para que possamos fazer um acompanhamento adequado, sobretudo, pelas características muitas vezes silenciosas dessas doenças e só reconhecidas, às vezes, pelas lesões dos órgãos atingidos. As ações realizadas em nossa unidade de saúde incluem a verificação da pressão arterial, e realizar verificação de glicose em jejum dos usuários diabéticos, ações de educação em saúde realizadas em todos os espaços de produção de saúde, seja nos momentos de consulta, nas ações coletivas ou nas visitas domiciliares, com o envolvimento de

todos os membros da equipe. Embora tenhamos uma boa adesão às ações desenvolvidas, temos alguns desafios, principalmente com aqueles usuários que não seguem o tratamento de forma correta e chegam à unidade descompensados, com elevação importante de pressão arterial. Com os usuários diabéticos acontece o mesmo, pois muitos não aderem ao tratamento recomendado e chegam com elevação importante dos níveis glicêmicos.

Penso que a atenção ofertada aos usuários hipertensos e/ou diabéticos vem melhorando, já que a população estava descoberta pela falta de médico. O planejamento e monitoramento das ações seguem o manual do MS e, embora não tenhamos registros confiáveis, penso que ofertamos um serviço de qualidade à população. Buscamos realizar ações que contemplem tanto o acompanhamento medicamentoso, quanto o tratamento não medicamentoso destas doenças. O tratamento sem medicamentos tem como objetivo auxiliar na diminuição da pressão e manter nível de glicemia normal e se possível evitar as complicações e os riscos por meio de modificações nas atitudes e formas de viver. Reduzir o peso corporal através de dieta calórica controlada: substituir as gorduras animais por óleos vegetais diminuir os açúcares e aumentar a ingestão de fibras, reduzir sal, álcool, exercitar-se regularmente 30-45 minutos de três a cinco vezes por semana, abandonar o tabagismo, controlar o estresse, evitar drogas que eleva a pressão arterial e glicemia. O tratamento medicamentoso visa reduzir as doenças cardiovasculares e a mortalidade dos usuários hipertensos e/ou diabéticos. Temos uma equipe organizada para realizar o conjunto de ações propostas e contribuir de forma eficaz no acompanhamento de nossos usuários.

Com relação à Saúde do Idoso, existe de acordo com o CAP uma estimativa de 83 pessoas com 60 anos ou mais em nossa área de abrangência. Infelizmente, não temos registros específicos que nos permitam saber exatamente quantos idosos são acompanhados de fato por nossa equipe de saúde. No entanto, buscamos realizar nossas ações voltadas para a pessoa idosa com a melhor qualidade possível. Os idosos têm prioridade de atendimento em nossa unidade e os registros são feitos nos prontuários individuais e na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI), que nem todos possuem. Não é adotado nenhum tipo de protocolo ou manual específico para as ações realizadas. Além do acolhimento e atendimento nos momentos das consultas realizadas na unidade, são feitas as visitas e atendimentos

domiciliares, incluindo os idosos acamados ou com alguma limitação física que impossibilite seu deslocamento até a unidade de saúde.

Temos um grupo de idosos, cujos encontros ocorrem uma vez por mês, quando são realizadas atividades diversas voltadas educação em saúde, com foco na promoção da saúde e prevenção de agravos, feitas orientações de como ter uma melhor vida saudável e produtiva e buscando estimular a inserção. Temos a possibilidade de ofertar um cuidado de qualidade ao idoso de nossa área de abrangência. Os maiores desafios ficam por conta das dificuldades impostas pelo próprio território, com a presença de uma população flutuante que muitas vezes impossibilita um cuidado mais longitudinal que seria o mais adequado pensando na proposta de atuação da Saúde da Família. Muitos residem em imóveis alugados ou se deslocam de acordo com o período do ano, por conta, principalmente das enchentes. Precisamos nos aproximar mais de nossa comunidade, conhecendo melhor, inclusive o perfil de adoecimento de nossos idosos. No entanto, fazemos nosso planejamento buscando envolver a todos os membros da equipe de saúde e pensando em garantir a participação efetiva dos idosos de nossa área de abrangência.

Percebo que nossa realidade está, sob diversos aspectos, longe dos parâmetros preconizados pelo MS. Temos muitas deficiências de recursos, desde aqueles humanos, até os estruturais e materiais. Existe falta de medicação, de profissionais especializados em diferentes áreas. Observo que teremos de trabalhar muito a fim de nos aproximarmos do que é estabelecido pelas normas do MS. No entanto, existe grande força de vontade de todos e pensamos estar no caminho certo. Precisamos qualificar o cuidado ofertado à população de nossa área de abrangência. Para planejar melhor nossas ações, precisamos seguir avançando com o processo de atualização dos registros de nossa unidade nas diversas áreas programáticas. Isso nos permitirá nos aproximar e conhecer melhor o perfil de adoecimento de nossa comunidade para propor ações efetivas. Precisaremos realizar um trabalho intenso de engajamento tanto da equipe de saúde, quanto junto à comunidade a fim de despertar para a importância que tem as ações realizadas pela atenção primária à saúde. Do mesmo modo, será importante articular o necessário e importante apoio da gestão. São muitos os desafios a fim de que possamos qualificar e estruturar melhor nosso serviço, sistematizando o nosso fazer e qualificando a atenção em saúde.

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

Fazendo uma comparação entre a situação de ESF/APS da unidade e o Relatório da Análise Situacional, podemos apreciar que existem pontos de convergência entre eles, como por exemplo, os referentes à estrutura da unidade, serviços prestados aos nossos usuários, a composição da equipe, também a logística, materiais e insumos; todos eles segundo os parâmetros que exige o Ministério de Saúde.

No entanto, ocorre que, o texto inicial traz somente uma ideia da nossa unidade e dos aspectos gerais e o Relatório da Análise Situacional estabelece uma avaliação mais ampla da unidade e do trabalho da nossa equipe. Dessa forma, com a análise situacional foi possível detalhar processos e aspectos como serviços prestados, dados populacionais, o trabalho com grupos específicos e programas, oferecendo uma melhor avaliação através de indicadores que precisam ser melhorados para beneficiar os nossos usuários com ações desenvolvidas para mudar o estilo e modo de vida da população. Por outro lado, a diferença observada é, sobretudo, um retrato, do processo de apropriação da UBS e da realidade de saúde da comunidade.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A HAS e o DM se constituem em doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e em dois dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, que são responsáveis por um terço de todas as mortes da população brasileira adulta e considerada de maior “uma condição muito prevalente que contribui para efeitos adversos a saúde, incluindo entre outras mortes, prematuras, ataques cardíacos, insuficiência renal e acidente vascular cerebral” (BRASIL, 2010).

A Política Nacional da Atenção Básica contempla agrupamento de ações coletivas e individuais que preconizam atividades de promoção e prevenção da saúde, a prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. A Estratégia de Saúde da Família tem como um de seus objetivos a reorganização das práticas assistenciais, privilegiando a qualidade de vida através de ações básicas de promoção e prevenção da saúde intervinda nos fatores de risco, assim beneficiando indivíduos acometidos por doenças crônicas como hipertensão arterial e diabetes através do acompanhamento (BERSUSA et al, 2006). Percebemos então, a importância da atuação da atenção básica, enquanto porta de entrada do sistema de saúde no sentido de ofertar cuidados e acompanhamento adequado às pessoas com HAS e/ou DM, prevenindo complicações, decorrentes de suas doenças e melhorando a qualidade de vida das pessoas.

Os profissionais que compõem a atenção Básica têm importância primordial nas estratégias de controle da hipertensão, quer na definição do diagnóstico clínico e conduta terapêutica, quer nos esforços para informar e educar o usuários hipertensos (BRASIL, 2006).

A prevenção destas doenças evita que os usuários desenvolvam complicações, aprendendo a viver com a sua doença e com melhor qualidade de vida. A necessidade de mudar os estilos de vida e orientadas para a melhoria da saúde permite uma relação direta entre a presença de boas práticas e de prevenção de doenças. A implementação de práticas saudáveis se reflete na diminuição da incidência e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis ou que beneficiam dos serviços de saúde, além da redução dos custos dos cuidados em consultas dos usuários e permite que os recursos sejam disponibilizados para outros sistemas de prevenção e promoção (OMS, 2007).

O interesse em intervir nessa temática originou-se das inquietações enquanto profissional de saúde da família, na qual encontro, por vezes dificuldades em realizar o acompanhamento adequado dos hipertensos e/ou diabéticos e pela necessidade de ampliar a cobertura a esses usuários, bem como investir na qualificação da atenção em saúde ofertada à comunidade de nossa área de abrangência.

A Unidade da BASE está localizada no centro da cidade de Rio Branco, capital do Estado do Acre. Sua estrutura física é composta por um consultório médico, um consultório de enfermeira, uma farmácia, uma sala de acolhimento, uma sala de curativo, sala de nebulização, uma sala de vacina, dois banheiros, uma cozinha. Não existem vínculos com instituições de ensino e o modelo de atenção é tradicional. Nossa equipe de saúde é composta por um médico clínico geral, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e cinco ACS. Este projeto de intervenção terá como foco a área programática de HAS e DM pela alta prevalência de usuários com estas doenças em nossa área de abrangência e pela baixa cobertura de usuários cadastrados como usuários pesquisados e monitorados por nossa equipe de saúde.

Existem em nossa área de abrangência cerca de 1.350 pessoas, sendo que temos 205 hipertensos com 20 anos ou mais e de 51 diabéticos com 20 anos ou mais, residentes na área. Consultas dos Hipertensos são agendadas na parte da manhã, uma vez por semana, assim como as consultas dos diabéticos em dias diferentes. Estes usuários com doenças crônicas têm consultas agendadas a cada três meses. É realizado o exame físico completo com qualidade e solicitados os exames complementares, de acordo com a periodicidade recomendada. Em grupos de hipertensos e diabéticos são realizadas atividades educativas duas vezes por mês com toda a equipe de saúde sobre fatores de risco e complicações, alimentação saudável, nutrição e sobre a importância de se fazer o acompanhamento longitudinal adequado.

Este projeto de intervenção é importante pela alta incidência de usuários com estas doenças e pela baixa cobertura dos mesmos na área de abrangência, sendo doenças que trazem certo grau de incapacidade nos usuários pelas complicações que elas provocam. Esta intervenção vai a permitir pesquisa dos usuários de área que ainda não tem diagnóstico nem tratamento, evitando complicações e contribuindo para aumentar a qualidade de vida dos mesmos. Toda a equipe de saúde será envolvida neste trabalho, sendo essencial esse engajamento para a realização da mesma. Com a implementação deste, pretendemos melhorar muito os cuidados de saúde e a qualidade de vida das pessoas com hipertensão e/ou diabetes, contribuindo de forma efetiva para o empoderamento acerca de suas doenças, fatores de risco e complicações, bem como aumentar o número de usuários acompanhados pela unidade.

Dentro desta perspectiva, o presente estudo adquire relevância social e acadêmica na medida em que procurará melhorar o acesso, o atendimento ao hipertenso e/ou diabético, através da organização da demanda, capacitação da equipe, bem como facilitará o melhor conhecimento da área adstrita. Entendemos ainda que os resultados deste projeto poderão contribuir para a reflexão sobre a reestruturação dos processos de trabalho da equipe de saúde, caracterizando assim a relevância social e acadêmica do estudo.



## 2.2 Objetivos e metas

### 2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde ofertada aos portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus pertencentes à área de abrangência da UBS/ESF BASE, em Rio Branco/AC.

### 2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade Básica de Saúde / ESF BASE, localizada no município de Rio Branco/AC. Participarão da intervenção os usuários portadores de HAS e/ou DM, pertencentes à área de abrangência, além da equipe de saúde da nossa unidade e a comunidade de nossa área de abrangência.

### 2.3.1 Detalhamento das ações

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

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

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

#### **Monitoramento e Avaliação**

Para monitoramento do número de usuários hipertensos e/ou diabéticos, o médico, a enfermeira e os ACS realizarão os cadastros na medida em que os usuários forem identificados, aproveitando-se de todos os espaços de produção de saúde, como as visitas domiciliares e consultas, anotarão nos registros planilhas e prontuários dos Hipertensos e/ou diabéticos que tem acompanhamentos e, também, serão registrados aqueles já diagnosticados com acompanhamento inadequado.

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

Dentro do eixo organização e gestão do serviço, buscaremos estabelecer estratégias para garantir o registro adequado dos usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa. Todos os membros da equipe serão capacitados para que possamos melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e/ou DM. Vamos estabelecer prioridade para a marcação de consultas, pelo menos duas vezes por semana, em horários reservados. Será necessário ainda, garantir que a equipe seja devidamente capacitada para a aferição da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e para medir a glicose (glicômetro) na unidade de saúde, sendo

este treinamento ofertado pelo médico e pela enfermeira em turnos reservados para este fim, nos momentos de reunião de equipe, para não interferir na rotina das demais ações de saúde realizadas na unidade. Além disso, será importante, garantir o material adequado e em bom estado para uso, o que já possuímos. Caso necessária manutenção, esta será garantida pelo gestor da unidade, feitas as devidas articulações previamente.

### **Engajamento Público**

Com relação ao engajamento público e pensando na ampliação da cobertura dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, utilizaremos todos os espaços de produção de saúde, incluindo as consultas visitas e ações de educação em saúde a fim de informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e/ou diabéticos da unidade de saúde. As ações serão realizadas por todos os membros da equipe de saúde, sobretudo pelo médico e pela enfermeira.

### **Qualificação da Prática Clínica**

No eixo qualificação da prática clínica, serão realizados momentos específicos de capacitação junto aos ACS para o adequado cadastramento de hipertensos e/ou diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde. Serão ainda capacitados para a verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e do glicômetro. Estes momentos de capacitação foram planejados em articulação com o grupo municipal de promoção de saúde, por meio de articulação prévia com a gestão.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Monitoramento e Avaliação**

Serão realizados pelo médico, exames clínicos apropriados em todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos, seja nos momentos das consultas na unidade ou durante o atendimento domiciliar, com solicitação de exames complementares de acordo com a periodicidade recomendada pelos protocolos do MS. Uma vez cadastrados e em acompanhamento pelo programa, os usuários hipertensos e/ou diabéticos retornarão para consultas de revisão a cada três meses. Todos serão avaliados com relação à estratificação de risco cardiovascular e os diabéticos terão medidas a sensibilidade dos pés e pulsos tibial posterior e pedioso. As ações realizadas deverão ser registradas para devido monitoramento e posteriormente transpostas para as planilhas de acompanhamento da intervenção, que terá um membro da equipe designado para fazer este acompanhamento juntamente com o médico. Serão prescritos, prioritariamente os medicamentos da Farmácia Popular tanto para os hipertensos quanto para os diabéticos. Os ACS farão o monitoramento com relação ao acesso aos medicamentos na Farmácia Popular. Durante as consultas os usuários hipertensos e/ou diabéticos serão ainda, avaliados com relação ao seu estado de saúde bucal, quando receberão as devidas orientações e encaminhamento para consulta programática, levando em conta a indicação de cada caso em específico.

### **Organização e Gestão do Serviço**

No eixo de organização e gestão do serviço, será necessário definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e/ou diabéticos, além de serem capacitados pelo o médico e pela enfermeira de acordo com os protocolos adotados pela unidade, sendo estabelecendo uma periodicidade para atualização da equipe. Já dispomos de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde. Será garantida a realização dos exames complementares a todos os usuários pela administração, todas as quartas-feiras na unidade de saúde e serão estabelecidos

sistemas de alerta para os exames complementares preconizados. Manteremos um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde e realizaremos o controle de estoque de medicamentos (ACS). Serão garantidos todos os medicamentos necessários para o tratamento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos acompanhados pela unidade por meio pela administração da unidade e da secretaria de saúde, contando com todos os recursos necessários na farmácia de nossa unidade. Será realizada uma articulação com a administração da unidade e a gestão municipal a fim de garantir a realização do atendimento dos hipertensos e/ou diabéticos proveniente da avaliação da necessidade de atendimento odontológico, pois dependeremos do trabalho de outras unidades. Os ACS terão a responsabilidade de avisar os usuários ou seus familiares sobre a consulta odontológica programática e os ACS, juntamente com o médico registrarão nos prontuários após a realização da consulta odontológica, mediante contra referência.

### **Engajamento Público**

Com relação ao engajamento público, serão ofertadas orientações específicas pelo médico e pela enfermeira durante as consultas, as visitas e atendimentos domiciliares e as ações de educação em saúde e prevenção de agravos, acerca dos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e/ou diabéticos e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Além disso, os usuários hipertensos e /ou diabéticos serão orientados quanto à necessidade e periodicidade de realização dos exames complementares. O médico e a enfermeira realizam uma atividade de qualificação preparatória junto aos ACS e todos os membros da equipe estarão envolvidos nas orientações junto aos usuários hipertensos e/ou diabéticos com relação aos seus direitos na obtenção de medicamentos na Farmácia Popular e sobre a importância de que seja realizada a avaliação da saúde bucal. O tema da saúde bucal será então, incluso naqueles temas a serem abordados nos momentos de educação em saúde realizados por todos os membros da equipe e direcionados aos usuários hipertensos e/ou diabéticos e para toda a comunidade.

## **Qualificação da Prática Clínica**

Quanto à qualificação da prática clínica e a fim de alcançar as metas relacionadas à qualidade da atenção ofertada aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, o médico irá planejar, em articulação com o grupo municipal de promoção de saúde, momentos de capacitação para a equipe de saúde no sentido de qualifica-los para a realização do exame clínico apropriado, seguindo os protocolos (médico e enfermeira), além de capacitar os ACS para orientar adequadamente os usuários hipertensos e/ou diabéticos para sobre as alternativas para obtenção de medicamentos da Farmácia Popular e para a avaliação da necessidade de acompanhamento odontológico.

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

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

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

## **Monitoramento e Avaliação**

Será realizado sistematicamente pela equipe o monitoramento com relação à periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia). O médico, a enfermeira e os ACS, irão identificar os usuários hipertensos e/ou diabéticos que ainda precisam cadastrar-se junto ao programa, seja através das visitas domiciliares e consultas, e serão anotados nos registros, planilhas e prontuários dos hipertensos e/ou diabéticos, a fim de verificar de forma sistemática aqueles que faltam ao acompanhamento adequado na unidade, não apresentando, pois, boa adesão.

## **Organização e Gestão do Serviço**

Dentro do eixo organização e gestão do serviço a equipe buscará organizar e intensificar a realização das visitas domiciliares com o intuito de buscar os faltosos, que serão realizadas de forma programática todas as terças-feiras. Participarão desta ação o

médico, a enfermeira e os ACS. Nossos usuários hipertensos e/ou diabéticos serão acolhidos quando comparecerem à unidade, fortalecendo o vínculo com a equipe de saúde e com o serviço. Durante o acolhimento, será tema das palestras realizadas pela equipe para a comunidade sobre a importância da continuidade e adesão ao tratamento para HAS e/ou DM.

### **Engajamento Público**

Com relação ao engajamento público e a fim de melhorar a adesão dos usuários hipertensos e/ou diabéticos ao programa, serão realizadas ações de educação em saúde, por meio de palestras por toda a equipe. Essas ações ocorrerão nos diversos espaços de produção de saúde pelo médico, enfermeira e ACS. A comunidade também será escutada sobre possíveis estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e/ou diabéticos.

### **Qualificação da Prática Clínica**

Quanto à qualificação da prática clínica, os ACS serão capacitados para realizar orientações aos nossos usuários de hipertensos e/ou diabéticos quanto à importância de realizar as consultas e sua periodicidade. Será planejada uma atividade de capacitação a ser realizada pelo médico e pelo grupo de promoção de saúde junto aos ACS.

**Objetivo 4.** Melhorar o registro das informações dos hipertensos e diabéticos.

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

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

### **Monitoramento e Avaliação**

Uma vez cadastrados e a fim de melhorar os registros das ações realizadas junto aos usuários hipertensos e/ou diabéticos acompanhados pela unidade, no eixo monitoramento e avaliação, toda a equipe estará comprometida no sentido de garantir a qualidade dos registros nas planilhas de acompanhamento e prontuários, verificando sempre aqueles usuários que tem acompanhamento adequado e aqueles que estão com registros e acompanhamento inadequados.



### **Organização e Gestão do Serviço**

Após serem estabelecidas as atribuições de cada membro da equipe, serão especificados os profissionais responsáveis pela manutenção das informações do SIAB atualizadas, com a implantação de uma ficha de acompanhamento. Será organizado um sistema e alerta que permita sinalizar situações 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 (ACS) então registrará o atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, além de alimentar o SIAB.

### **Engajamento Público**

Todos os membros da equipe estarão envolvidos a fim de garantir aos usuários hipertensos e/ou diabéticos e a comunidade como um todo, a devida orientação na sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Todos serão previamente capacitados pelo médico através de atividade planejada em articulação com o grupo municipal de saúde.

### **Qualificação da Prática Clínica**

No eixo qualificação da prática clínica, toda a equipe será capacitada pelo médico através de atividade planejada em articulação com o grupo municipal de saúde no sentido de garantir o preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do usuário hipertenso e/ou diabético, além de serem capacitados para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

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

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

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

### **Monitoramento e Avaliação**

O médico, enfermeira e os Agentes Comunitários irão identificar e cadastrar os usuários hipertensos e/ou diabéticos que ainda precisam cadastrar-se e anotarão os registros nas planilhas e prontuários dos usuários hipertensos e/ou diabéticos que tem acompanhamentos e os que faltam acompanhamento adequado, além da periodicidade das consultas programadas. Isso permitirá monitorar o número de usuários hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, garantindo a realização naqueles sem esta estratificação.

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

O médico, enfermeira e os Agentes Comunitários identificarão e cadastrarão os usuários hipertensos e/ou diabéticos que ainda precisam cadastrar-se, anotarão os registros nas planilhas e prontuários dos usuários hipertensos e/ou diabéticos que tem acompanhamentos e os que faltam acompanhamento adequado. Uma vez identificado o usuário hipertenso e/ou diabético como de alto risco cardiovascular, será priorizada a marcação de consulta desses usuários, sendo garantida a reserva de vaga na agenda para o primeiro turno de atendimento.

### **Engajamento Público**

A fim de garantir o engajamento público neste conjunto de ações, os usuários hipertensos e/ou diabéticos serão devidamente orientados quanto à importância do acompanhamento regular e do controle sobre os fatores de risco modificáveis, através de ações de educação em saúde, por meio de palestras e conversas individuais ou coletivas, feitas pelo médico, ACS e enfermeira, em consultas, visitas domiciliares e em palestras na recepção da unidade (sala de espera) e educação sanitária de saúde todas as semanas.

### **Qualificação da Prática clínica**

Será conduzido pelo médico da unidade, um processo de capacitação construído em articulação com o grupo de promoção da saúde do município, tendo por objetivo capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos-alvo, além de tratar da importância do registro desta avaliação, bem como pensar em estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, a fim de orientar adequadamente nossos usuários hipertensos e/ou diabéticos e toda a comunidade.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Monitoramento e Avaliação**

Uma vez capacitados, todos os membros da equipe estarão envolvidos nas ações a serem desenvolvidas nesse eixo. Todos terão bem definidos os seus papéis e atribuições no sentido de monitorar a realização de orientações específicas aos nossos usuários hipertensos e/ou diabéticos com relação à alimentação saudável, à importância da prática de atividade física regular, sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal. O médico estará à frente deste monitoramento, verificando junto à equipe o cumprimento das pactuações feitas.

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

Serão realizadas com a gestão as articulações necessárias a fim de garantir a inserção do profissional nutricionista em ações coletivas sobre alimentação saudável, bem como do educador físico para engajar-se nas atividades sobre atividade física regular direcionada aos usuários hipertensos e/ou diabéticos. Será ainda, demandada junto à gestão a garantia de fornecimento de medicações utilizadas no tratamento do abandono

do tabagismo. As ações serão feitas em parceria com o grupo municipal de promoção da saúde.

### **Engajamento Público**

No sentido de garantir o engajamento público junto às ações que visam promover a saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, serão realizadas ações de educação em saúde no sentido de empoderar nossos usuários, realizando orientações sobre a importância da alimentação saudável e sobre a prática de atividade física regular, bem será feita por todos os membros da equipe, devidamente capacitados, a divulgação sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo e sobre a importância da higiene bucal.

### **Qualificação da Prática Clínica**

A fim de qualificar a equipe para as ações de promoção à saúde, direcionadas aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, será realizada pelo médico, em articulação com o grupo municipal de promoção da saúde, atividades de capacitação sobre metodologias de educação em saúde que possam oportunizar um diálogo mais próximo com nossos usuários hipertensos e/ou diabéticos e toda a comunidade, para que a equipe possa realizar as orientações sobre alimentação saudável, prática da atividade física regular e riscos do tabagismo de forma adequada.

## **2.3.2 Indicadores**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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



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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### 2.3.3 Logística

A intervenção será realizada em 16 semanas na UBS Base, Rio Branco/AC e adotará como referências o Caderno de Atenção Básica N<sup>o</sup> 36, Diabetes Mellitus - Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica (BRASIL, 2013) e o Caderno de Atenção Básica N<sup>o</sup> 37, Hipertensão Arterial Sistêmica - Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica (BRASIL, 2013), disponibilizados pelo MS.

O sistema de registro será oportunizado por meio da ficha espelho e da planilha de coleta de dados disponibilizadas pelo curso, além das informações devidamente registradas nos prontuários de nossos usuários hipertensos e/ou diabéticos e da ficha de acompanhamento dos usuários junto ao sistema Hiperdia. A fim de organizar o registro específico, a enfermeira revisará o livro de registro da unidade, fazendo um levantamento prévio e identificando todos os hipertensos e/ou diabéticos que vieram ao serviço nos últimos três meses. A profissional localizará os prontuários destes usuários e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário em a ficha de espelho. Será um primeiro monitoramento, sendo anexada uma anotação sobre as consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso.

Será necessária a realização de articulação prévia com a gestão a fim de garantir a reprodução do quantitativo de fichas espelho suficiente para os usuários a serem inseridos no programa, bem como a disponibilização dos protocolos do MS que nortearão

nossas ações, além de disponibilizar e manter os insumos necessários e estrutura material adequada para o desenvolvimento das ações previstas na intervenção.

A fim de dar cumprimento ao conjunto de ações nos quatro eixos propostos para nossa intervenção, será necessário revisar nossos processos de trabalho, organizando e sistematizando o nosso fazer.

Com relação ao eixo organização e gestão do serviço, será inicialmente necessário organizar os momentos de capacitação da equipe para operacionalizar as ações previstas em nossa intervenção. Começaremos pela capacitação sobre o manual técnico de protocolo do Hipertenso e Diabético do MS, que será o principal documento norteador de nossas ações, a fim de que toda a equipe possa fazer uso e consultar quando necessário. Esta capacitação ocorrerá na própria unidade de saúde para isto será reservado 2 horas a final do expediente no horário tradicional utilizado para reunião de equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe.

Buscaremos melhorar o acolhimento aos usuários hipertensos e/ou diabéticos acompanhados em nossa unidade. O acolhimento deve ser realizado por todos os membros da equipe, embora, por uma questão de organização interna e necessidade do serviço, os usuários hipertensos e/ou diabéticos que buscarem nossos serviços, terá um primeiro momento de acolhimento realizado pela técnica enfermagem, quando será feita a escuta e realizada aferição da pressão arterial e medida glicose. Pessoas que apresentarem com a pressão ou glicose em jejum alteradas, serão atendidas no mesmo turno, para ampliar a captação e monitoramento dos hipertensos e/ou diabéticos, ou mesmo otimizar o tratamento de demandas emergentes e intercorrências.

Hipertensos e diabéticos que buscam consultas de rotina terão prioridade no agendamento sendo que a demora deverá ser menor do que 3 dias e sairão da UBS com a próxima consulta agendada. Serão ainda agendadas as consultas médica e odontológica mensal em área específica para avaliação do hipertenso e/ou diabético.

Serão agendadas por meio de prévio contato realizado pelos ACS, as visitas domiciliares aos usuários hipertensos e/ou diabéticos acamados de nossa área de abrangência, bem como de todos aqueles que necessitem de uma abordagem que garanta a sua adesão ao programa.

Quanto aos aspectos que envolvem as ações de monitoramento e avaliação, serão criados sistemas de alerta que permitam um adequado monitoramento e acompanhamento dos usuários inseridos no programa, de forma que a equipe possa ter um controle sobre as demandas pendentes e, assim, atuar de forma oportuna e eficaz. Será realizada a busca ativa daqueles faltosos às consultas, sobretudo por meio do trabalho dos ACS, a fim de garantir melhor adesão ao programa. As ações de visita domiciliar e territorialização serão realizadas por todos os membros da equipe.

A fim de fomentar o engajamento público tão importante para o sucesso da intervenção, utilizaremos todos os espaços de produção de saúde, para informar nossa comunidade sobre a existência do programa de atenção ao hipertenso e/ou diabético em nossa unidade. Para tanto, nossa equipe será devidamente capacitada nos momentos de qualificação clínica previstos, sendo aptos não somente para divulgar a intervenção, bem como realizar as orientações previstas de forma adequada com relação aos aspectos nutricionais, prática de atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal. Todos os membros da equipe deverão participar de forma ativa das ações de educação em saúde com foco naquelas de promoção à saúde e prevenção de agravos, contribuindo para a melhoria efetiva da qualidade de vida das pessoas. Estão previstos ainda em nosso cronograma momentos prévios específicos com as lideranças comunitárias, a fim de articular o necessário apoio às ações de nossa intervenção e durante a intervenção em si, para que todos possam acompanhar de forma próxima o desenvolvimento da intervenção e socializando os resultados ao longo do processo. Isso será importante para fortalecer nossas ações junto à comunidade, contribuindo para a divulgação do trabalho realizado e aproximando as pessoas da equipe e do serviço. Esses momentos serão conduzidos pelo médico da unidade, com a participação de todos os membros da equipe.

No que diz respeito aos processos de qualificação da prática clínica especificamente, serão realizados momentos de capacitação, como previstos em nosso cronograma, ao final do expediente, uma vez por semana, durante duas horas na reunião de equipe. O médico será responsável por organizar e conduzir esses momentos, quando todos devem participar e se apropriar dos conteúdos para atuar de forma eficaz na realização das atribuições junto à intervenção.





### **3 Relatório da Intervenção**

O projeto de intervenção foi construído para ser implementado num período de 16 semanas, no entanto houve uma redução para 12 semanas. Esta redução foi orientada pela coordenação geral do curso de Especialização em Saúde da Família, UFPEL/UNASUS, pela necessidade de ajustar a intervenção ao cronograma do curso da Turma 5.

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

Antes de tudo, cabe aqui alguns esclarecimentos acerca do cenário posto, de forma a elucidar alguns pontos. A realização da nossa intervenção foi um grande desafio. Nos momentos iniciais, houve a saída da enfermeira e de uma ACS da equipe, de forma que permanecemos sem esta profissional praticamente durante todo o período de implementação do projeto. Dessa forma, demos início com nossa equipe que contava com o médico, uma técnica enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde. Isso tornou nossa atuação mais difícil, nos obrigando a revisar nossos processos de trabalho e atribuições de cada membro, buscando estratégias não somente para operacionalizar as ações da intervenção em si, como também, para as demais ações que compõem o escopo de atividades do serviço. A simples aferição da pressão arterial previamente à consulta se tornava mais demorada. Tivemos ainda profissionais de férias (ACS) dentre aqueles que permaneceram. Estive com a técnica de enfermagem, a qual realizava procedimentos de vacinas, acolhimento, dispensava medicamentos da farmácia, fazia mensurações, tomava os sinais vitais. Somente na quarta semana de intervenção houve a incorporação de uma das ACS que estava em período de férias

e, somente na semana 10 da intervenção, tivemos a incorporação de uma enfermeira em nossa equipe de saúde. Mesmo estando quase ao final do período da intervenção, fiquei alegre de poder realizar as ações de forma mais tranquila. Revisitamos nossos processos de trabalho e atribuições dos membros, melhorando todo o processo. Seguimos com a intervenção, incorporando a nossa enfermeira nos aspectos os quais ele poderia contribuir de forma mais efetiva em nossa intervenção junto aos nossos usuários hipertensos e /ou diabéticos. A partir de então, as ações fluíram de melhor forma. Infelizmente, ao se aproximar a semana 11 da intervenção, enfrentamos um dos períodos mais desafiadores da intervenção, com o início do movimento de greve das ACS, retirando do processo essas profissionais de nossa equipe. Segui com a intervenção somente com a contribuição da enfermeira e da técnica de enfermagem. Neste mesmo período uma das ACS fez sua aposentadoria. Ou seja, das cinco ACS tínhamos nesse momento uma aposentada, uma entrou em período de férias e três em greve.

Ainda assim, nossa intervenção ocorreu dentro das possibilidades, a despeito do cenário posto. Iniciamos com nossa equipe composta pelo médico, pela técnica de enfermagem e 4 ACS. Realizamos os momentos de capacitação previstos junto à equipe para realização das ações previstas na intervenção e dividimos as atribuições. Dialogamos sobre os protocolos que norteariam nossas ações, sobre registros e busca ativa, nas quintas feiras pela tarde, com todo o pessoal da unidade utilizando data show. Estabelecemos o papel de cada profissional na intervenção, buscando melhorar nossos processos de trabalho e fluxos, seja para as demandas programáticas ou espontâneas, com prioridade de atendimento para nossos usuários hipertensos e/ou diabéticos. Tivemos reunião com coordenação do programa atenção a usuários diabéticos e hipertensos da secretaria de saúde, que nos ofertou apoio, disponibilizando diferentes tipos de profissionais em nosso centro um dia para complementar e contribuir com nossa intervenção.

Realizamos as reuniões com as lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática hipertensão arterial e diabetes mellitus solicitando apoio para a captação de hipertensos e diabéticos e para as demais estratégias a serem implementadas.

O atendimento clínico aos nossos usuários hipertensos e/ou diabéticos foi feito todos os dias pela manhã e constituímos um grupo de hipertensos e/ou diabéticos, sendo preenchidos em computador da unidade todos os cadastros



através de cada agente comunitário. Foi um grande desafio seguir em busca de nossos objetivos, cumprindo com o estabelecido para cada semana em nosso cronograma de ações, pelo cenário posto, pela exiguidade dos prazos.

Realizamos capacitação da equipe para o registro adequado das informações, articulações com a gestão a fim de viabilizar alguns processos como insumos materiais e humanos, disponibilização das fichas espelho em número suficiente e com os líderes comunitários para falar sobre a importância. Realizamos as ações de educação em saúde em caráter individual ou coletivamente previstas junto aos usuários hipertensos e/ou diabéticos e toda a comunidade, através de salas de espera, nas consultas, visitas domiciliares e em todos os espaços de produção de saúde.

Realizamos visita domiciliar a todos hipertensos e/ou diabéticos junto com a técnica enfermagem e os agentes comunitários, momentos nos quais acompanhamos nossos usuários acamados ou com limitações físicas e buscamos os faltosos às consultas programáticas.

Com o período das enchentes e o consequente deslocamento do nosso serviço para o Centro Ary Rodrigues, buscamos, a despeito da falta de estrutura e espaço físico, adaptar nossas ações para seguir acompanhando os usuários de nossa área de abrangência. Intensificamos as ações de educação em saúde, com temáticas diversas e importantes para o foco da nossa intervenção. Esse deslocamento do nosso serviço acabou por contribuir em outros aspectos, já que se constituiu em uma alternativa para a realização dos exames complementares dos nossos usuários utilizando a estrutura deste centro de saúde. Nesse sentido foi uma vantagem para nossa intervenção, enquanto passávamos o período das enchentes e nossa unidade permanecia em reforma.

Enfim, buscamos realizar nossas ações seguindo o cronograma proposto em nosso projeto de intervenção, mesmo diante de um cenário que nos desafiou em todos os momentos e, ainda assim, conseguimos bons resultados.

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

De forma geral, buscamos realizar todas as ações previstas em nosso cronograma. No entanto, enfrentamos desafios que se expressaram mais fortemente nas ações relacionadas à saúde bucal e à realização dos exames complementares. Não contamos com equipe de saúde bucal em nossa unidade. Por outro lado, a disponibilidade de odontólogos na rede municipal é muito pequena, de forma que dificulta enormemente o acesso às ações e serviços de saúde próprios dessa área. O acesso se dá por distribuição de fichas, sempre insuficiente, com o agravante da grande distância que nossos usuários precisavam se deslocar.

Do mesmo modo, a realização dos exames complementares foi prejudicada pelas dificuldades impostas pela rede de atenção. Além das poucas fichas distribuídas o que restringe o acesso para a coleta, existe uma grande demora na entrega dos resultados, que chegam com mais de 15 dias de espera.

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

Em relação à coleta de dados, saliento que não apresentamos grandes dificuldades, bem como no preenchimento das planilhas e dos formulários. Nas primeiras semanas da intervenção houve algum grau de dificuldade que foi sendo progressivamente sanado com as revisões realizadas e na medida em que nos apropriamos da ferramenta disponível. No entanto há de se destacar que foi necessário realizar reuniões internas com a equipe, sobretudo os ACS acerca da importância de ter atualizados os cadastros dos hipertensos e/ou diabéticos. Temos uma população itinerante, que constantemente se desloca pelo território já que nossa área de abrangência margeia o Rio Acre e a comunidade termina por sair de suas casas pelo risco de inundação e, em alguns períodos do ano, ocupam as casas disponibilizadas pelo governo do estado.

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

Mesmo diante dos desafios diversos que enfrentamos ao longo de nossa trajetória, nossa intervenção foi incorporada à rotina do serviço e seguirá qualificando a oferta de cuidado aos nossos usuários hipertensos e/ou diabéticos. Será importante, no entanto, poder contar com o apoio tanto da gestão, viabilizando os meios necessários para fortalecermos as ações já implementadas e seguir buscando nossas metas ainda por serem alcançadas. Do mesmo modo, será essencial contar com o apoio da nossa comunidade, para fortalecer nossas ações, com envolvimento efetivo nas questões de saúde. Algumas ações já se apresentam mais estruturadas e, em outras, será necessário, maiores investimentos por parte de todos. Nossa equipe seguirá em frente.

## **4 Avaliação da intervenção**

A intervenção ocorreu em 12 semanas e não em 16 semanas, devido a diminuição do tempo acarretou uma menor cobertura.

### **4.1 Resultados**

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

**Meta1.1.** Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Com relação ao indicador que se refere à cobertura dos usuários hipertensos (Figura 1), evoluímos de forma que no primeiro mês, cadastramos 51 hipertensos (25%), no segundo mês, avançamos para 106 usuários (51%) e encerramos nossa intervenção no terceiro mês tendo alcançado 154 usuários hipertensos (75%). A intervenção tratou da melhoria da atenção a hipertensos acima de 20 anos, pertencentes à área de abrangência da unidade, somando 205 usuários nesse grupo. Não atingimos nossa meta de 100% da nossa meta, principalmente por conta de nossa intervenção ter sido realizada justamente no período das enchentes do Rio Acre, o que dificultou bastante nosso trabalho, tanto para que a equipe pudesse chegar aos usuários realizando as ações no território, quanto para que os usuários pudessem se deslocar até a unidade de saúde. Por outro lado, também por conta das enchentes, na metade do processo da intervenção, nossa unidade precisou ser deslocada, funcionando nas dependências do centro Ary Rodrigues, fato que facilitou para os usuários da nossa área de abrangência a coleta dos exames e

encaminhamentos com diferentes especialistas, embora tenhamos ficado sem nossa própria estrutura física interferindo para um bom acolhimento aos usuários por falta de ambiente físico. Há de se destacar, a atuação e trabalho realizado pelos ACS, junto aos usuários hipertensos, realizando o cadastramento e acompanhamento de saúde, sobretudo ao realizarem as visitas domiciliares.

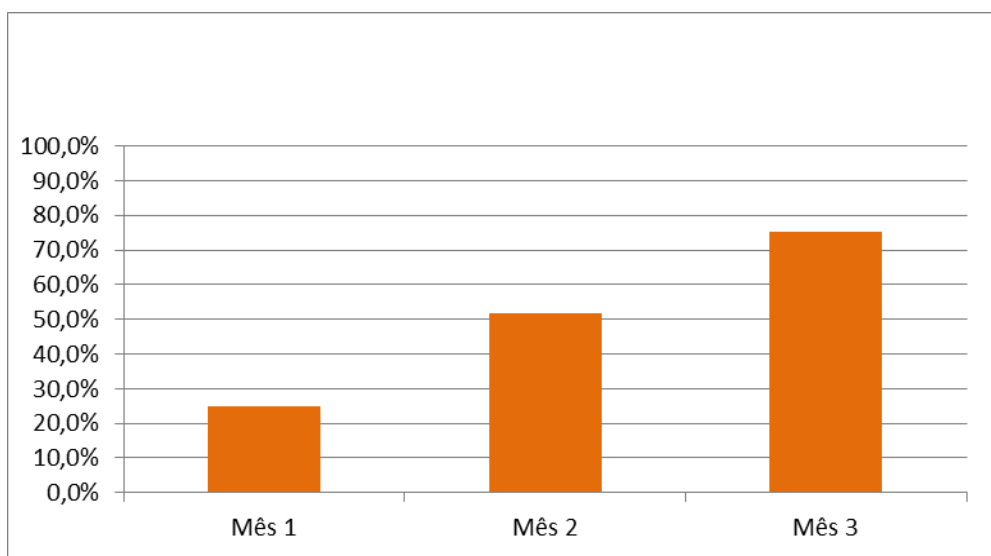


Figura 1: Gráfico da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde. UBS/ESF BASE, Rio Branco/AC. 2015.

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

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

Quanto ao indicador que se refere especificamente à cobertura do programa de atenção aos usuários diabéticos, evoluímos de maneira que no primeiro mês, foram cadastrados 19 hipertensos, correspondendo a 37%. No segundo mês, avançamos para 27 diabéticos (53%) e encerramos o terceiro mês de intervenção tendo alcançado 43 usuários diabéticos correspondendo a 84% (Figura 2). Os motivos que apareceram como facilitadores ou desafios postos para o cumprimento desta meta em 100%, foram os mesmo que interferiram no caso da cobertura dos usuários hipertensos, sobretudo o fato de termos sido muito prejudicados pela enchente do Rio Acre.

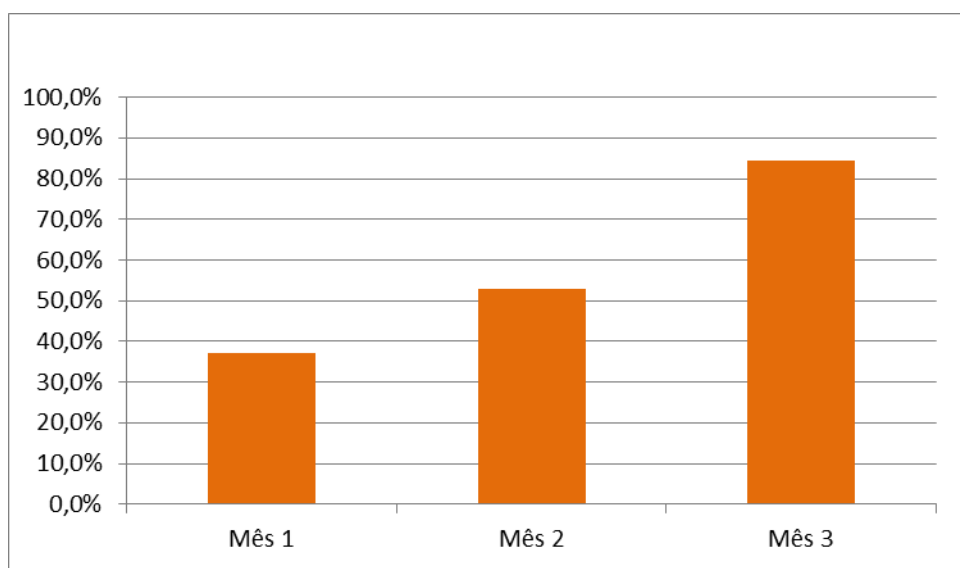


Figura 2: Gráfico da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde. UBS/USF BASE, Rio Branco-AC. 2015

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

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

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

Quanto ao indicador que se refere à proporção de usuários hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo, tivemos bons resultados. No primeiro mês, o exame clínico em dia foi realizado em 49 dos 51 usuários cadastrados até aquele momento, correspondendo a 96%. No mês 2 e no mês 3, atingimos e mantemos os 100%, correspondendo respectivamente a 106 e 154 usuários hipertensos. Foi essencial o processo de capacitação ofertado à equipe e o engajamento desta a despeito dos desafios enfrentados, embora nossos processos de trabalho tenham sido prejudicados por conta dos ajustes e adequações que foram necessárias, trabalhando numa estrutura física adaptada, já que nossa equipe foi deslocada pelo período de enchentes.

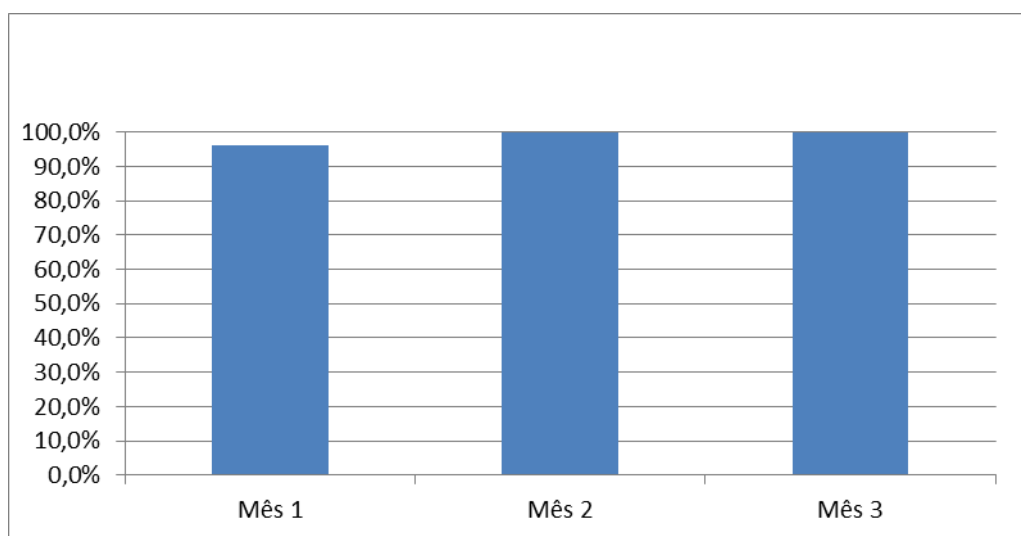


Figura 3: Gráfico da proporção de hipertensos com os exames clínico em dia de acordo com o protocolo. UBS/ESF BASE, Rio Branco/AC. 2015.

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

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

Para a meta de exame clínico apropriado especificamente dos nossos usuários diabéticos, tivemos igualmente bons resultados. No primeiro mês, conseguimos contemplar com exame clínico apropriado em dia de acordo com o protocolo, 17 diabéticos (89,5%). No segundo e terceiro mês avançamos e mantivemos os 100% para esta meta, correspondendo a 27 e 43 usuários diabéticos respectivamente. Embora tenhamos experimentado a falta de um lugar próprio da unidade por conta do período das enchentes, a equipe que havia sido capacitada, trabalhou de forma comprometida, buscando garantir a qualidade do cuidado ofertado.

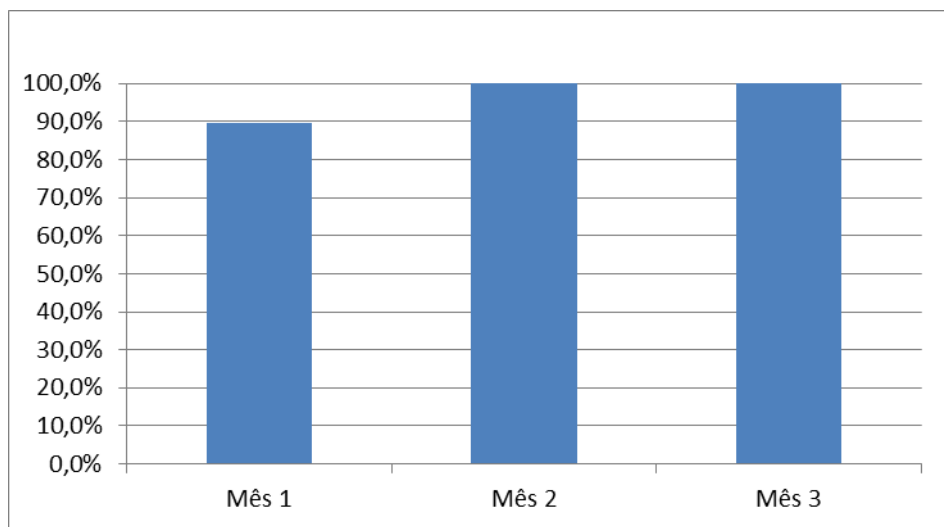


Figura 4: Gráfico da proporção de diabéticos com os exames clínico em dia de acordo com o protocolo. UBS/ESF BASE, Rio Branco/AC. 2015.

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

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

Para esta meta, evoluímos de forma satisfatória. No primeiro mês chegamos a um total de 48 hipertensos com exames complementares em dia (94%). No segundo mês, avançamos para 106 hipertensos (100%) e mantivemos os 100% desta meta no terceiro mês, correspondendo a 154 usuários hipertensos. Além do processo de capacitação ofertado à equipe, o fato de nossa unidade (equipe) ter sido deslocada, ocupando o ambiente do centro Ary Rodrigues, nos oportunizou a realização dos exames complementares aos usuários hipertensos de nossa área de abrangência, facilitando alcançar bons resultados para este indicador.



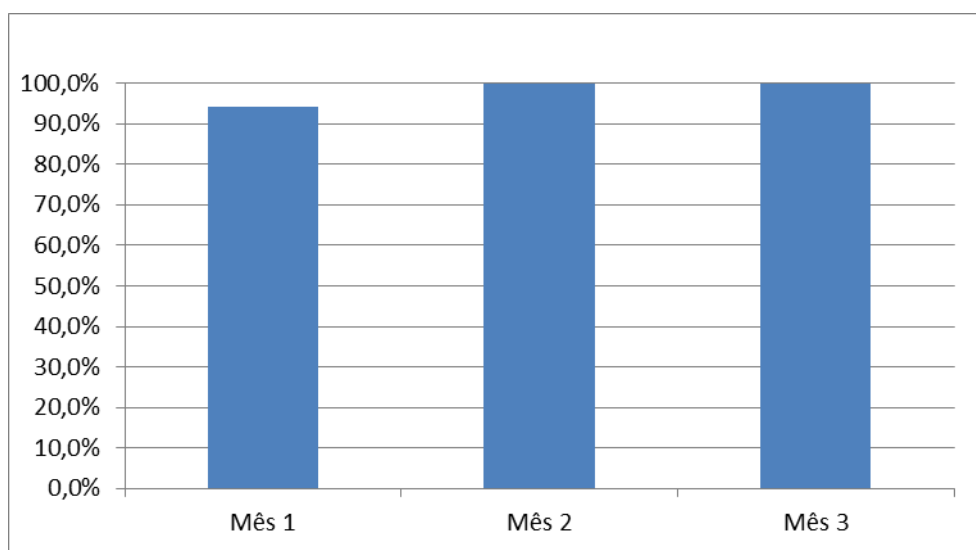


Figura 5: Gráfico da proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. UBS/ESF Projeto BASE, Rio Branco/AC. 2015.

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

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

Com relação a esta meta, penso que obtivemos bons resultados. No primeiro, conseguimos atingir um total de 17 diabéticos com exames complementares em dia (89%). No segundo mês, avançamos para um total de 27 diabéticos, correspondendo a 100% e, no terceiro mês, encerramos a intervenção com 43 diabéticos com exames complementares em dia, mantendo os 100%. Os motivos de termos alcançado bons resultados resultaram justamente do fato de que, por conta do período de chuvas, nossa unidade foi relocada, ocupando o espaço físico do Centro Ary Rodrigues, no qual tivemos a oportunidade de utilizar sua estrutura para realizar aos usuários os exames complementares de acordo a protocolo de ministério de saúde, nos usuários de nossa área de abrangência.

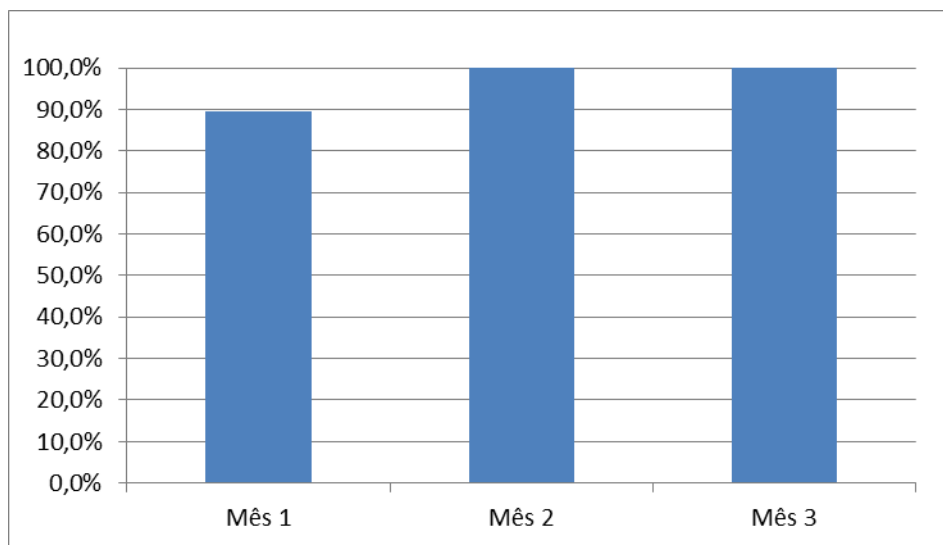


Figura 6: Gráfico da proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. UBS/ESF Projeto BASE, Rio Branco/AC. 2015.

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

**Indicador 2.5:** Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada.

Com relação à esta meta, obtivemos nos resultados. Nos dois primeiros meses da intervenção, alcançamos em 100% nossos usuários hipertensos, correspondendo a 51 e 106 pessoas respectivamente. No mês 3, alcançamos 152 dos 154 usuários hipertensos e nossa meta encerrou com 98% de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada (Figura 7). Contribuíram muito neste processo a organização do serviço e a capacitação da equipe. Nossa técnica de enfermagem fazia o monitoramento das medicações, sabendo exatamente quais estavam porventura em falta e providenciava para nossos usuários, realizando um acompanhamento próximo e reservando seus medicamentos em nossa unidade.

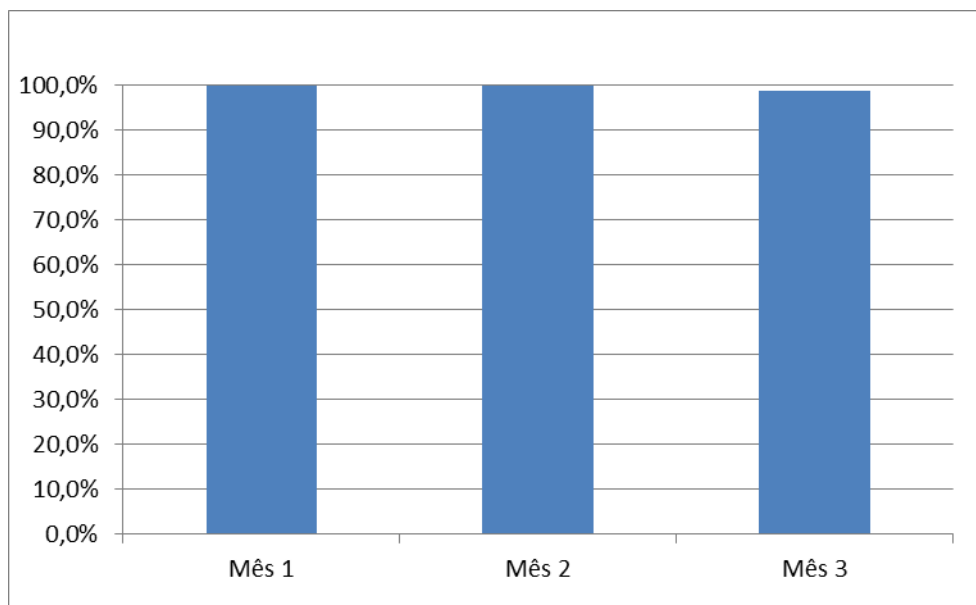


Figura 7: Gráfico da proporção de hipertensos com prescrição da farmácia popular priorizada. UBS/ESF Projeto BASE, Rio Branco/AC. 2015.

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

**Indicador 2.6:** Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada.

Foram excelentes os resultados obtidos para esta meta e mantivemos, nos três meses da intervenção 100% dos usuários diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada. Foram respectivamente 19, 27 e 43 usuários contemplados nesta meta e os motivos e razões para os bons resultados foram os mesmo que contribuíram para esta meta aplicada aos usuários hipertensos.

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

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

Esta meta se constituiu num grande desafio para nossa intervenção. No primeiro mês somente 1 hipertenso foi avaliado para a necessidade de atendimento odontológico, correspondendo a 2%. No segundo mês, obtivemos um grande avanço e 97 dos 106 usuários cadastrados até aquele mês foram avaliados, alcançando 91%. Encerramos a intervenção com 145 dos 154 usuários hipertensos

com esta avaliação, correspondendo a 94% (Figura 8). O processo de capacitação da equipe contribuiu para que conseguíssemos avançar nesta meta ao longo da intervenção. Não dispomos de equipe de saúde bucal na unidade, mas passamos a ter maior acesso a este serviço a partir do segundo mês por conta das alterações sofridas em nosso serviço, incluindo a relocação do mesmo.

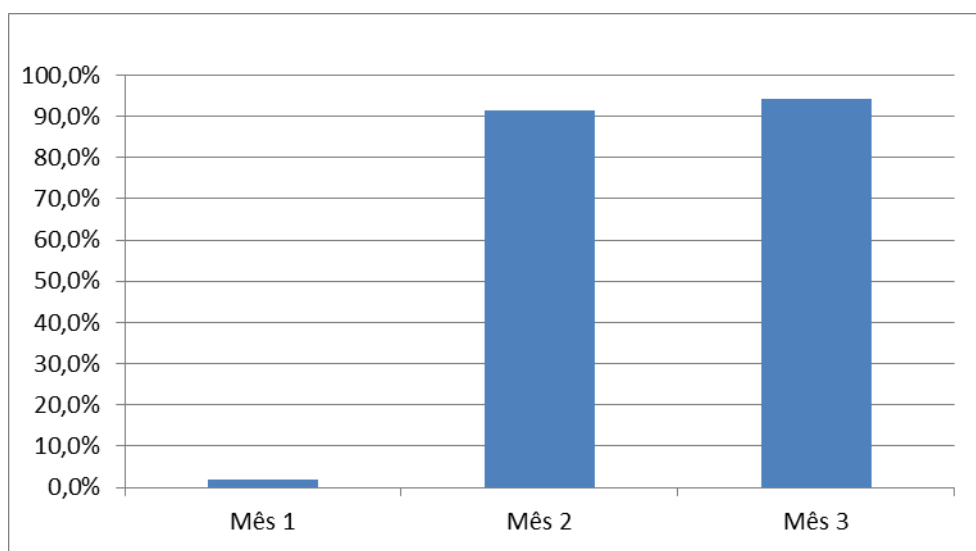


Figura 8: Gráfico da proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. UBS/ESF Projeto BASE, Rio Branco/AC. 2015.

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

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

O indicador relacionado a esta meta evoluiu de forma muito semelhante como no caso dos usuários hipertensos. No primeiro mês foram apenas dois usuários diabéticos avaliados para a necessidade de atendimento odontológico. No segundo mês, tivemos um avanço considerável com 24 dos 27 diabéticos avaliados, correspondendo a 88%. Encerramos o terceiro mês, com 40 dos 43 usuários avaliados, ou seja, atingimos 93% para esta meta (Figura 9). Os motivos que contribuíram para esta meta coincidem com aqueles para o mesmo indicador no caso dos hipertensos.

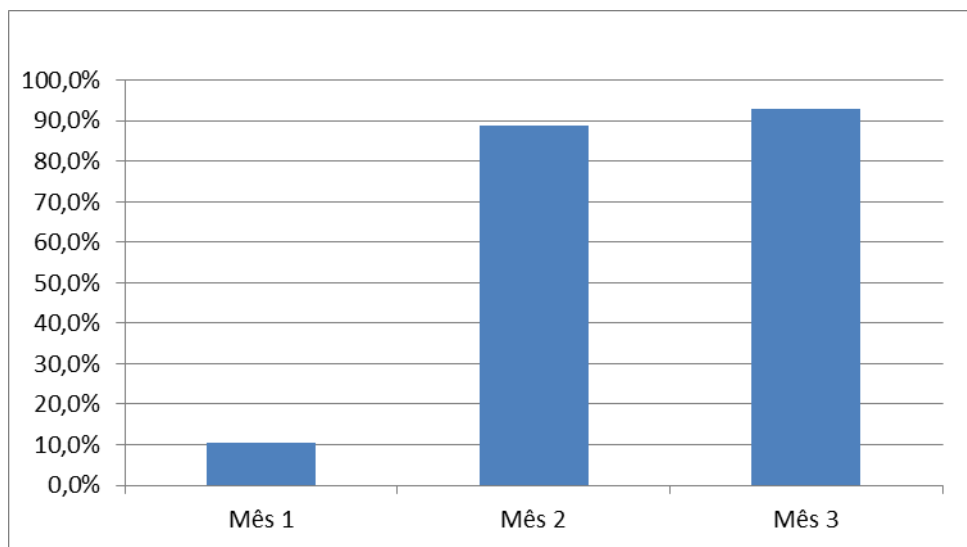


Figura 9: Gráfico da proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. UBS/ESF Projeto BASE, Rio Branco/AC. 2015.

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

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

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

Para esta meta, nosso indicador evoluiu de forma que, no primeiro mês, tivemos um total de 11 faltosos, com 8 buscas realizadas, correspondendo a 72%. No segundo mês tivemos uma queda já que apenas 10 dos 41 usuários hipertensos faltosos receberam busca ativa, ou seja, 24%. Encerramos o mês 3, com 38 usuários buscados dos 75 faltosos, correspondendo a 50%. Não obtivemos bons resultados para esta meta. Nossa equipe permaneceu incompleta praticamente durante todo o processo de intervenção. Aliado a isso, passamos por um período de greve dos trabalhadores, sobretudo os ACS, o que dificultou em muito o processo de busca. Tivemos muita dificuldade para realizar visitas domiciliares e, portanto, um acompanhamento mais próximo nesse sentido.

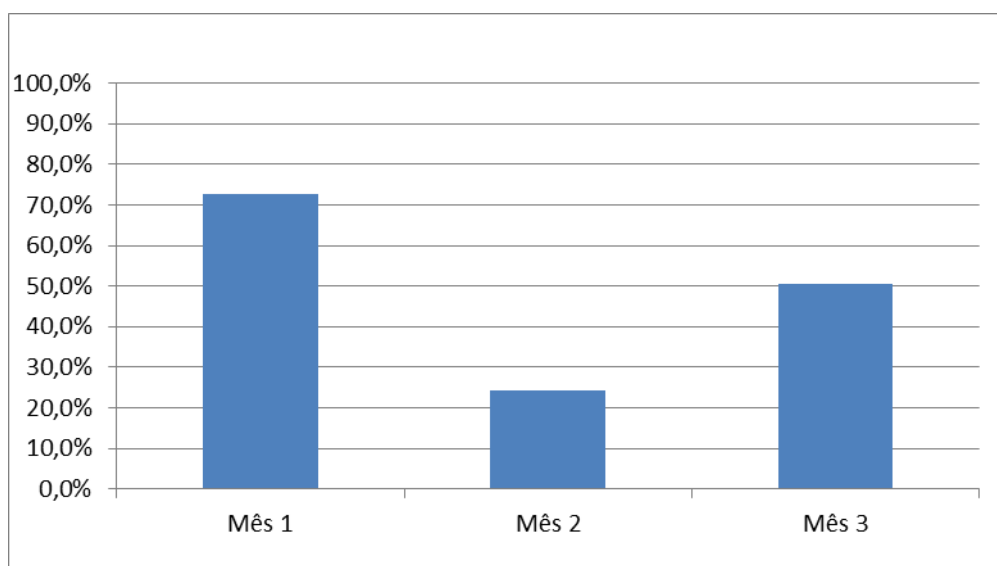


Figura 10: Gráfico da proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa. UBS/ESF Projeto BASE, Rio Branco/AC. 2015.

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

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

No caso deste indicador relacionado aos usuários diabéticos, evoluímos de forma que, no primeiro mês tivemos um total de 4 diabéticos faltosos sendo realizadas 3 buscas, correspondendo a 75% da meta. No segundo mês foram apenas 3 buscas dos 16 faltosos, ou seja, ficamos em apenas 18%. Encerramos o terceiro mês com 44% de buscas realizadas, sendo feitas para 11 dos 25 faltosos. Foram os mesmo os motivos que contribuíram e interferiram para que não obtivéssemos resultados satisfatórios e não alcançássemos nossa meta relacionada à melhoria da adesão.

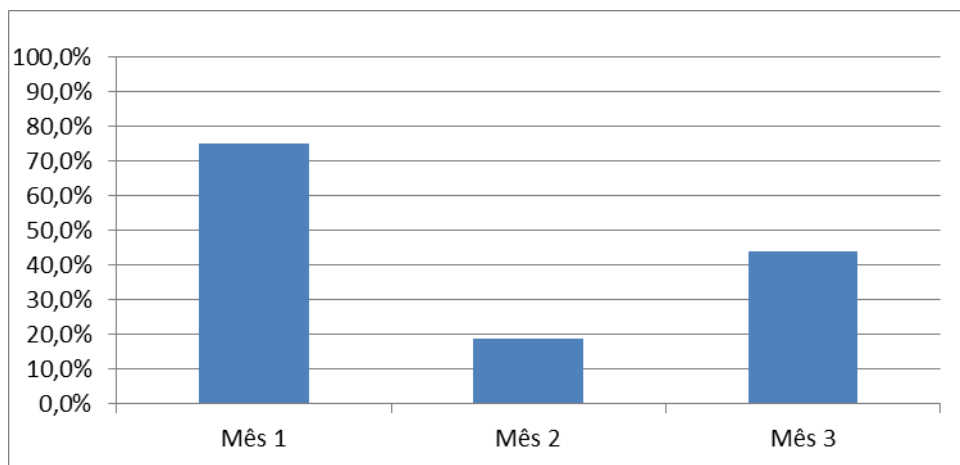


Figura 11: Gráfico da proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa. UBS/ESF Projeto BASE, Rio Branco/AC. 2015.

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

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

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

Com relação ao indicador que avalia a proporção de usuários hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento, evoluímos de forma que no primeiro mês, alcançamos 46 usuários (90,2%), no segundo mês, embora tenhamos aumentado o quantitativo de usuários acompanhados para 106, alcançamos 100% e, no terceiro mês, encerramos com 151 usuários, correspondendo a 98,1% de nossa meta (Figura 12). A equipe trabalhou de forma coesa nesse sentido e, no momento em que os usuários compareciam às consultas, já se aproveitava para fazer ficha de acompanhamento e assim, manter os registros devidamente atualizados.

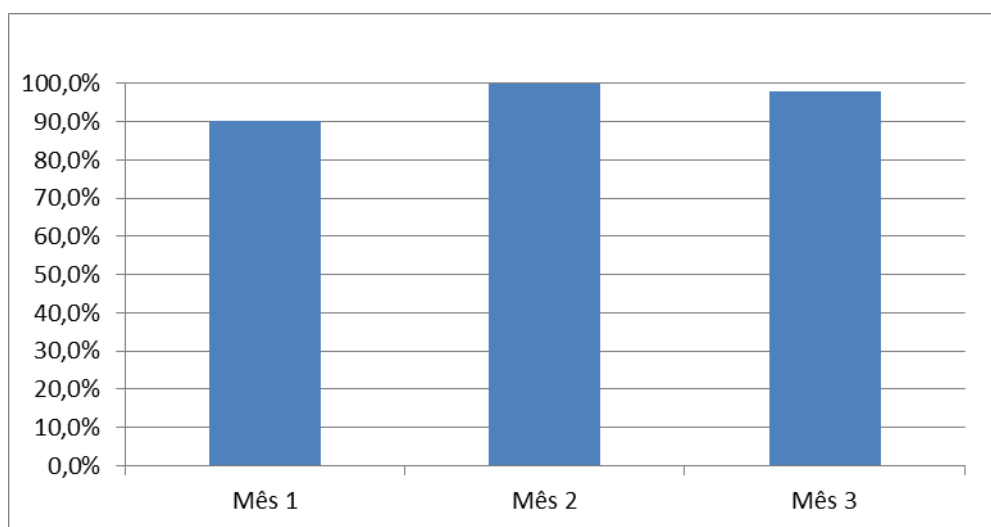


Figura 12: Gráfico da proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento. UBS/ESF Projeto BASE, Rio Branco/AC. 2015.

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

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

Quanto a este indicador aplicado aos usuários diabéticos, alcançamos 18 pessoas no primeiro mês da intervenção (94,7%). No segundo mês, avançamos para 27 diabéticos e conseguimos a marca de 100% de nossos usuários com registro adequado (Figura 13). Encerramos a intervenção com 43 usuários com DM acompanhados, mantendo os 100% alcançado no segundo mês. Os motivos que contribuíram para conseguirmos bons resultados neste indicador foram os mesmos daqueles que foram importantes para este indicador no caso dos hipertensos.



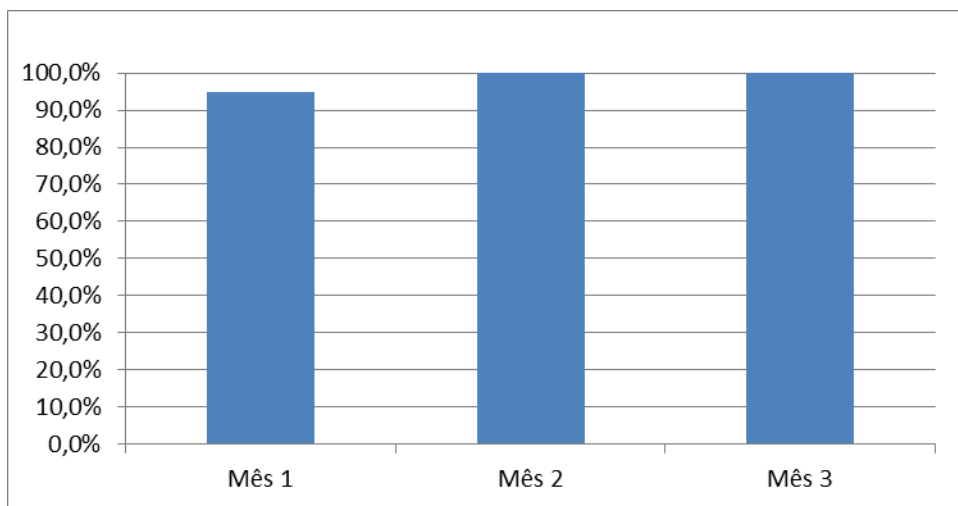


Figura 13: Gráfico da proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento. UBS/ESF Projeto BASE, Rio Branco/AC. 2015.

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

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

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

Ao avaliar a evolução do indicador que se relaciona à realização da estratificação de risco junto aos usuários hipertensos, verificamos que no primeiro mês realizamos a estratificação em 44 usuários (86,3%). No segundo mês, avançamos para 106 usuários (100%) e, no terceiro mês, encerramos a intervenção com 153 usuários hipertensos com estratificação de risco realizada, correspondendo a 99,4% (Figura 14). Embora tenhamos conseguido bons resultados junto àqueles usuários acompanhados, há de se destacar que foi um grande desafio, sobretudo pelo fato de que, na maior parte do período da intervenção, não contamos com nossa equipe de saúde completa por razões diversas. Foi necessário revisar nossos processos de trabalho, criando estratégias como iniciar nosso turno de trabalho mais cedo a fim de alcançar nossas metas e objetivos, a exemplo da garantia de realização da estratificação de risco com nossos usuários.

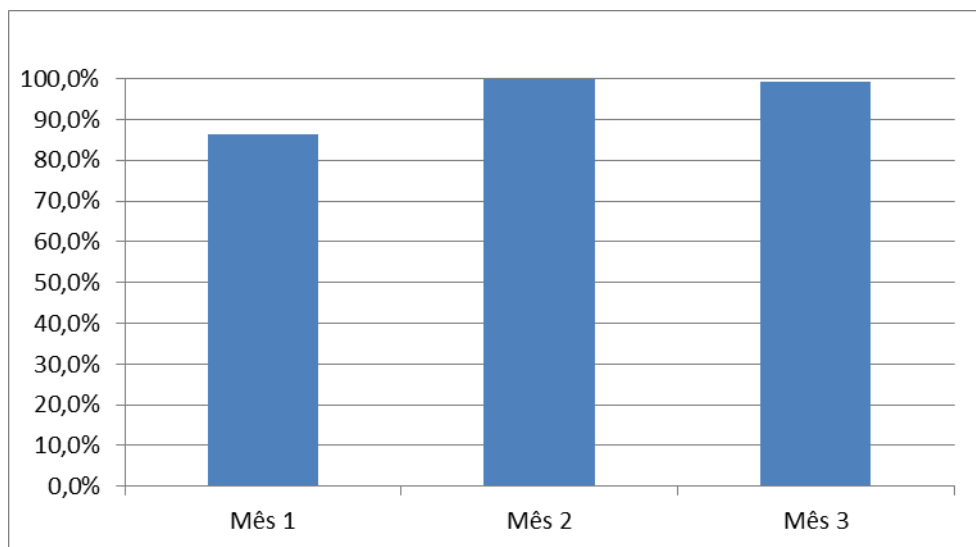


Figura 14: Gráfico da proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular. UBS/ESF Projeto BASE, Rio Branco/AC. 2015.

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

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

Com relação ao indicador que avalia a proporção de usuários com DM com estratificação de risco evoluímos de forma que no primeiro mês realizamos tal estratificação em 16 diabéticos (84,2%) dos cadastrados. No segundo mês, alcançamos todos os 27 usuários (100%) e, no terceiro mês, mantivemos a marca de 100%, avaliando os 43 usuários diabéticos cadastrados ao final da intervenção (Figura 15). A situação descrita para este indicador no caso dos usuários hipertensos se aplica, do mesmo modo, aos usuários portadores de DM.

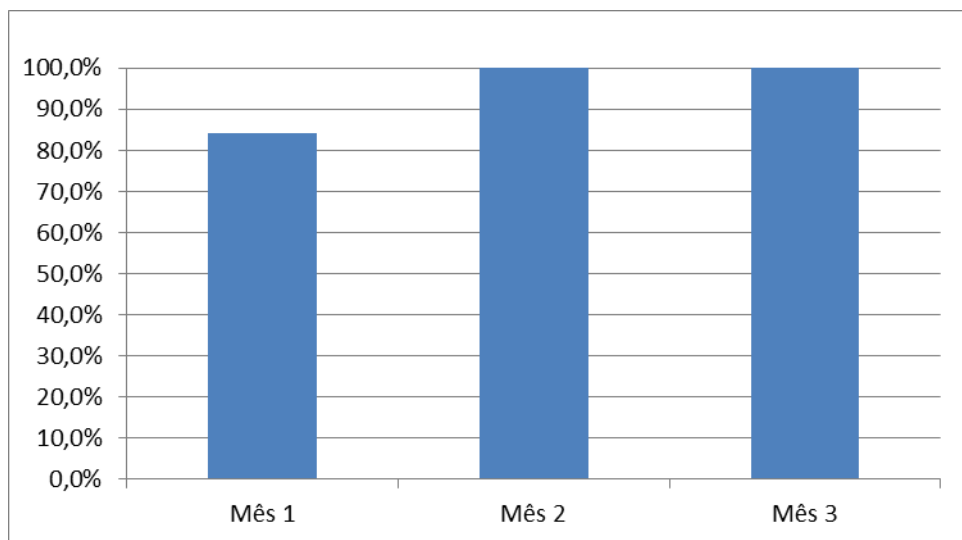


Figura 15: Gráfico da proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular. UBS/ESF Projeto BASE, Rio Branco/AC. 2015.

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

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

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

Com relação aos usuários hipertensos que receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, nosso indicador, evoluiu felizmente de forma excelente. No primeiro mês foram 51 usuários hipertensos cadastrados, evoluindo para 106 no segundo mês e para 154 no terceiro mês. Mantivemos os 100% de usuários que receberam tal orientação ao longo dos três meses de intervenção. Isso foi possível ao trabalho realizado pela equipe que desenvolveu a intervenção, aos processos de capacitação realizados e, sobretudo à atuação do ACS aproveitando todos os espaços de produção de saúde, incluindo os momentos de visitas domiciliares.

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

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

No caso desse indicador aplicado aos usuários diabéticos, evoluímos de maneira idêntica como no caso dos usuários hipertensos. No primeiro mês foram 19 usuários cadastrados, evoluindo para 27 usuários no segundo mês e ao final da intervenção alcançamos 43 pessoas com DM, sendo mantidos 100% da meta em

todos os períodos avaliados. Os motivos que contribuíram para os resultados alcançados foram os mesmo que se aplicaram a esse indicador no caso das pessoas com HAS.

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

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

No caso do indicador que avalia a proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física, obtivemos excelentes resultados, de forma que conseguimos manter 100% de nossa meta durante os três meses da intervenção. No primeiro mês foram 51 usuários, evoluindo para 106 no mês 2 e encerramos o mês 3 com 154 usuários cadastrados e todos eles com as orientações sobre prática regular de atividade física. Aproveitamos todos os espaços de produção de saúde a fim de ofertar tais orientações e garantir que todos os usuários que foram inseridos no programa tivessem acesso a tais informações, seja durante as ações realizadas no âmbito da unidade ou mesmo nas visitas domiciliares, por meio das ações de educação em saúde, com foco na promoção da saúde. A capacitação da equipe foi essencial nesse processo.

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

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

No caso desse indicador aplicado para os usuários com DM, obtivemos do mesmo modo, excelentes resultados e conseguimos manter 100% de nossa meta ao longo dos três meses de intervenção. Dessa forma, foram 19 pessoas no mês 1, evoluindo para 27 usuários no mês 2 e encerramos a intervenção com 43 usuários no mês 3, sendo que todos os acompanhados pelo programa tiveram acesso a informações sobre a importância da prática regular de atividade física. Os motivos que justificam tais resultados são os mesmos que contribuíram para este indicador aplicado aos usuários com HAS.

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

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

Para o indicador que avalia a proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo (Figura 16), evoluímos de maneira que no primeiro mês alcançamos 50 dos 51 usuários cadastrados até aquele momento (98%). No segundo mês foram 105 dos 106 cadastrados (99,1%) e, encerramos o terceiro mês com 153 usuários que receberam tais orientações (99,4%). Do mesmo modo como ocorreu nas ações que relacionadas à promoção da saúde, buscamos aproveitar todos os espaços de produção de saúde a fim de ofertar tais orientações e garantir que todos os usuários que foram inseridos no programa tivessem acesso a tais informações, seja durante as ações realizadas no âmbito da unidade ou mesmo nas visitas domiciliares, por meio das ações de educação em saúde, com foco na promoção da saúde. Dessa forma, conseguimos obter bons resultados, embora não tenhamos conseguido garantir os 100% previsto nessa meta de qualidade.

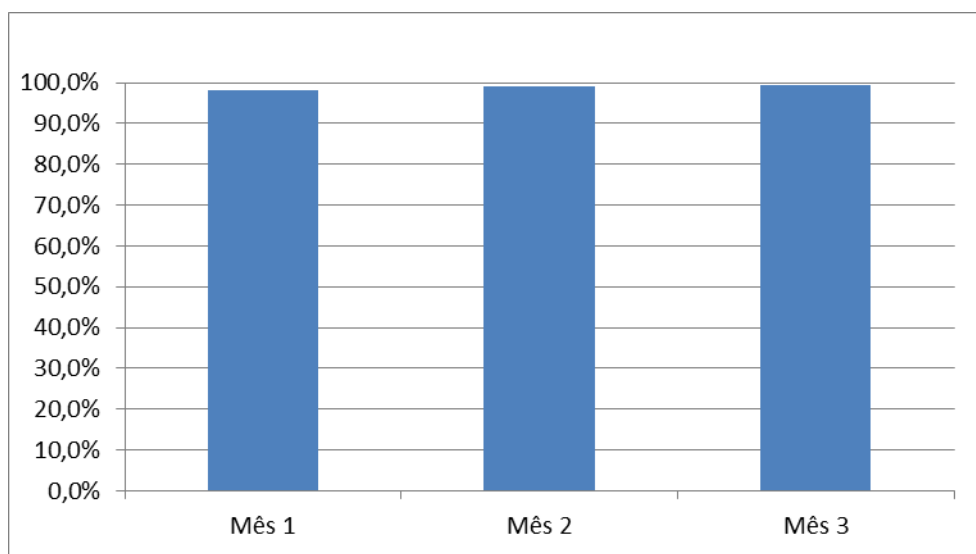


Figura 16: Gráfico da proporção de hipertensos com orientação sobre riscos do tabagismo. UBS/ESF Projeto BASE, Rio Branco/AC. 2015.

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

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

No caso deste indicador aplicado aos usuários com DM, evoluímos de forma que conseguimos alcançar e manter 100% de nossa meta ao longo dos três meses

da intervenção realizada. Dessa forma, foram 19 usuários cadastrados no primeiro mês, evoluindo para 27 no segundo e, encerrando a intervenção, com 43 usuários cadastrados, todos com orientações sobre os riscos do tabagismo. Os motivos que justificam tais resultados são os mesmos que contribuíram para este indicador aplicado aos usuários com HAS.

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

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

Quanto ao indicador que avalia a proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal, penso que alcançamos resultados razoáveis, dentro das nossas possibilidades e considerando o cenário de desafios postos. No primeiro mês, foram 23 hipertensos que receberam tais orientações (45,1%). No segundo mês, conseguimos atingir a 78 usuários com HAS, correspondendo a 73,6%. Encerramos nossa intervenção no mês 3, tendo garantido tais orientações a 126 usuários (81,8%) (Figura 17). Não possuímos equipe de saúde bucal em nossa UBS. Foi um grande desafio essa meta, que tentamos alcançar nos momentos diversos de produção de saúde, por meio das ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, realizados pela equipe, incompleta a maior parte do período que compreendeu a intervenção.

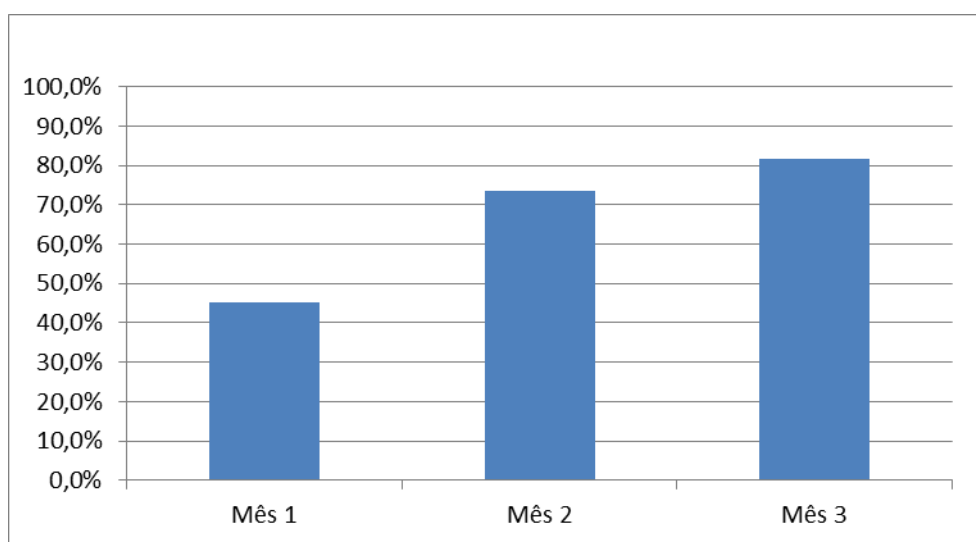


Figura 17: Gráfico da proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal. UBS/ESF Projeto BASE, Rio Branco/AC. 2015.

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

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

No caso desse indicador aplicado aos usuários com DM (Figura 18), evoluímos de forma que no mês 1, conseguimos garantir tal orientação a 11 usuários (57,9%). No mês 2, avançamos para 19 usuários, correspondendo a 70,4%. Encerramos o mês 3, com 35 diabéticos que receberam tais orientações (81,4%). Embora não tenhamos conseguido atingir nossa meta inicialmente proposta, penso que, diante do cenário posto, conseguimos resultados razoáveis. De todo modo, avançamos neste indicador, ainda que de forma tímida ao longo da intervenção. Os motivos que justificam tais resultados coincidem com aqueles que interferiram no caso do mesmo indicador aplicado aos usuários diabéticos.

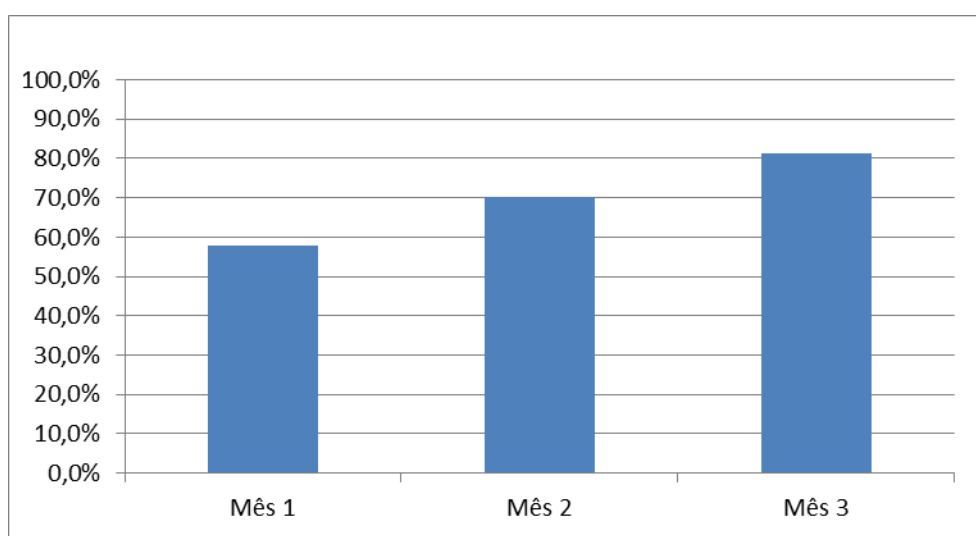


Figura 18: Gráfico da proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal. UBS/ESF Projeto BASE, Rio Branco/AC. 2015.

## 4.2 Discussão

Existem em nossa área de abrangência cerca de 1.350 pessoas, sendo que temos cerca de 205 usuários com HAS e 51 com DM. A intervenção realizada trouxe diversos benefícios para todos os envolvidos. Conseguimos ampliar a cobertura de atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos e melhoramos aspectos relacionados à qualidade da atenção ofertada. Especificamente com relação à cobertura, ampliamos para 75% dos hipertensos e 84% dos diabéticos.

Mesmo diante dos desafios que foram enfrentados ao longo do processo pelo cenário posto e com a redução do período para realização da intervenção, conseguimos bons resultados, melhorando aspectos relacionados à qualidade, melhoramos a adesão de nossos usuários a respeito da importância do cuidado longitudinal com a saúde, melhoramos nossos registros. Realizamos articulações importantes com a gestão não somente para realizar a intervenção em si, mas, sobretudo, pensando na continuidade das ações. A comunidade esteve mais próxima da equipe e do serviço.

A intervenção foi importante para a equipe, contribuindo para uma melhor organização interna, qualificando a atenção ofertada. Antes da intervenção as ações eram mais concentradas na figura do médico. Com a intervenção, revisitamos nossos processos de trabalho, revendo a distribuição das atribuições de cada membro da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas. Do mesmo modo, contribuiu para uma importante e necessária capacitação dos membros da equipe para uma atuação qualificada junto aos nossos usuários hipertensos e/ou diabéticos e para que pudéssemos trabalhar mais unidos, principalmente pelos desafios enfrentados.

A intervenção contribui de forma decisiva para melhorar o serviço. Organizamos melhor os fluxos e processos internos, qualificamos nossos registros e os agendamentos dos hipertensos e/ou diabéticos viabilizou a otimização da agenda para atenção a demanda espontânea. A classificação de risco dos hipertensos e diabéticos tem sido cruciais para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

O impacto da intervenção é muito percebido pela comunidade. Os hipertensos e/ou diabéticos principalmente, demonstram satisfação com prioridade em atendimento que a equipe brinda porém gera insatisfação na sala de espera entre outros membros da comunidade que desconhecem o motivo desta priorização.

A comunidade pode contar após a intervenção com um serviço mais organizado, com uma equipe mais capacitada e com uma oferta de cuidado qualificado em saúde, contribuindo de forma eficaz para intervir em seus problemas de saúde e melhorar sua qualidade de vida.

Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos muito pouco hipertensos e diabéticos sem cobertura. Muitos têm planos de saúde privados.

Penso que a intervenção seria melhorada se fosse realizado um diálogo mais ampliado com a equipe e, do mesmo modo, uma prévia e maior abertura de



diálogo com a comunidade a fim de dar ciência e buscar apoio mediante as articulações importantes e necessárias. Por outro lado, percebo que a equipe não esteve completa na maior parte da intervenção. Isso terminou por sobrecarregar a pequena equipe envolvida no processo. Se fosse diferente, a rotina do serviço poderia ser melhor e as condições de superar algumas dificuldades encontradas.

A intervenção seguirá incorporada a rotina do serviço. Para isto, vamos intensificar nossas ações em busca de nossos objetivos e buscar maior aproximação com a comunidade, para ampliar o apoio necessário.

Pretendemos seguir investindo em melhorias com relação aos registros de nossa unidade, para que possamos ter registros confiáveis e realizar nossos planejamentos de forma mais eficaz e direcionada. Dentro em breve, teremos disponíveis ACS para o demais micro áreas que faltam e pretendemos investir na ampliação de cobertura dos hipertensos e/ou diabéticos e seguir avançando na melhoria dos aspectos relacionados à qualidade do cuidado ofertado.

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

Prezados gestores municipais de saúde,

Foi realizada na UBS/ESF BASE uma intervenção com duração de três meses com o objetivo de qualificar a atenção em saúde ofertada aos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes Mellitus com 20 anos ou mais, pertencente à nossa área de abrangência e, portanto, sob nossa responsabilidade sanitária. Esta proposta fez parte da proposta do Curso de Especialização em Saúde da Família ofertado pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel) em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UNASUS), realizado pelo autor deste trabalho, médico cubano, inserido no Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB).

Nossa intervenção envolveu um conjunto de ações planejadas e sistematizadas por meio de um projeto de intervenção com foco na referida área programática, tendo tal projeto sido precedido de uma necessária e importante análise situacional de saúde a fim de nos apropriarmos no cenário no qual estamos inseridos. As ações de nosso projeto e previstas no cronograma construído, tinham por objetivo, alcançar um incremento da cobertura para 100% dos nossos usuários hipertensos e/ou diabéticos, além de melhorar a qualidade dos cuidados em saúde. Sendo mais específico, buscamos melhorar a qualidade da atenção, melhorar a adesão ao programa, melhorar os registros em nossa unidade, realizar a estratificação de risco cardiovascular a fim de acompanhar de forma adequada nossos usuários, além das ações direcionadas à promoção da saúde. Nosso projeto previa objetivos específicos e metas, sendo estas avaliadas por indicadores, nos oportunizando a possibilidade de verificar o desempenho alcançado.

Seguindo a recomendação do curso, nossas ações propostas contemplaram quatro importantes eixos que se relacionavam ao monitoramento e avaliação, à

gestão e organização do serviço, ao engajamento público e à qualificação da prática clínica.

A escolha pela área programática de HAS e/ou DM ocorreu, sobretudo, pelo alto índice de prevalência e incidência em nosso território, com diferentes tipos de complicações, sendo, portanto, necessário e oportuno, investir em ações específicas.

Com nossa intervenção, aumentamos a cobertura de cuidados para usuários hipertensos e diabéticos acompanhados e registrados corretamente. Com relação à cobertura aos nossos usuários hipertensos, alcançamos 154 pessoas (75%) e especificamente quanto aos diabéticos, chegamos a 43 usuários, correspondendo a 84%. Apesar de ter um resultado alto não conseguimos alcançar a meta proposta inicialmente pelas dificuldades dadas no transcurso da intervenção, a exemplo do período das fortes chuvas que enfrentamos em nosso município, com a enchente do Rio Acre. Nossa unidade foi deslocada para atuar junto ao Centro Ary Rodrigues e dispúnhamos de pouco espaço e recursos no lugar de trabalho.

Contudo, alcançamos melhorias importantes na qualidade de nosso serviço, melhorando o acolhimento e os cuidados em saúde ofertados. Alcançamos índices próximos a 100% na maioria das metas de qualidade estabelecidas, tendo sido necessário grande esforço por parte da equipe, que esteve incompleta na maior parte do tempo em que se deu a intervenção, revisitando nossos processos de trabalho, melhorando nossa organização interna. Um dos grandes desafios que tivemos se relacionou às metas que envolviam a Saúde Bucal. Nossa unidade não possui equipe de saúde bucal e, ainda assim, alcançamos 94% de hipertensos e 93% de diabéticos com avaliação para a necessidade de atendimento odontológico por meio de articulações feitas. Para além disso, temos grande demanda reprimida para atendimento em saúde bucal em nosso município.

Aumentamos o número de visitas domiciliares e realizamos busca ativa para nossos usuários hipertensos e/ou diabéticos que faltavam às consultas, buscando garantir a longitudinalidade do cuidado e o acompanhamento adequado. Melhoramos nossos registros e realizamos classificação de risco em 100% dos usuários com HAS e/ou DM. Realizamos ainda, ações voltadas à promoção da saúde, com foco na promoção da saúde e prevenção de agravos, sendo que conseguimos alcançar 100% dos nossos usuários e ofertando orientações nutricionais sobre alimentação saudável, importância da prática regular de atividade

física, riscos do tabagismo e higiene bucal. Penso que nossas ações contribuíram muito para trazer para os usuários a importância da Atenção Primária em Saúde.

A conclusão da intervenção trouxe mudanças para nosso serviço impactando de forma positiva para nossa equipe que buscou se qualificar para melhor a atenção, para nossos processos de trabalho e segue incorporada à rotina de nosso serviço. Trouxe, principalmente grandes benefícios para nossa comunidade que pode contar com uma atenção qualificada em saúde, por meio de um conjunto de ações sistematizadas. Foram muitos os desafios enfrentados, seja por fatores internos ou externos ao serviço, mas seguimos adiante de forma firme com nossos propósitos. Pensamos ser de suma importância o apoio da gestão municipal de saúde, a fim de que possamos fortalecer as ações já implementadas, melhorar aspectos relacionados à estrutura de recursos (materiais e humanos), de forma que sigamos qualificando o cuidado em saúde ofertado à nossa população. É de nossa intenção, inclusive, ampliar, por meio da mesma metodologia empregada, a intervenção realizada para outras áreas programáticas. Pretendemos seguir em busca de nossas metas ainda por serem alcançadas e esperamos contar com vosso prestigioso apoio nesse sentido, viabilizando e oportunizando os meios necessários para tal empreitada.

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

À comunidade da UBS da Base,

Foi realizada na área de abrangência da nossa comunidade uma intervenção com duração de 12 semanas, direcionada aos nossos usuários que possuem níveis elevados de glicose elevado no sangue e que tem a pressão arterial alta, com o objetivo maior de melhorar a qualidade de vida dessas pessoas.

Antes de tudo, é importante que possamos entender do que se trata uma intervenção. A intervenção é conjunto de ações realizadas num programa de forma planejada, com o objetivo de melhorar a qualidade da vida das pessoas, neste caso as pessoas com pressão alta e diabetes. Além de aumentar identificar e aumentar o número de pessoas acompanhadas em nossa unidade, nossa proposta era, principalmente, melhorar a qualidade dos cuidados em saúde que oferecemos em nosso serviço à nossa comunidade.

Para alcançar essa melhoria junto aos hipertensos e diabéticos de nossa comunidade, foi necessário aumentar nossa atenção, dando mais assistência e prioridade à essas pessoas, sendo importante ainda, conhecer a quantidade hipertensos e diabéticos e aqueles que ainda não eram cadastrados, para que pudéssemos fazer um bom acompanhamento da saúde.

Iniciamos nossa o intervenção no dia 16 de fevereiro de 2015, com conjunto de ações planejadas e, para esta intervenção, a equipe realizou atividades que tínhamos que tínhamos planejado, de forma organizada e com metas para serem cumpridas de forma a garantir a melhoria da qualidade dos nossos serviços. Precisamos nos capacitar para realizar as ações e organizar melhor nosso serviço para o bem de todos.

Foi muito importante poder contar com o apoio da comunidade, pois de forma diferente não teria sido possível. Solicitamos apoio ao presidente do bairro e tivemos que alterar a rotina de nossa unidade de saúde, dando prioridade na atenção aos hipertensos e diabéticos. Muitos não entenderam naquele momento e isso ocorria pela falta de informação mais e o que estava afetando mais a nossa população e qual estava fazendo fazer longas filas para ser consultados qual o paciente esta sendo mais ciente sobre a doença que leva qual vai trazer melhor benefício em área da saúde tanto para a pessoa e o sistema do SUS, de menor custo de recursos só tendo controlando os pacientes. Precisamos dialogar com a comunidade, esclarecendo a importância do trabalho que estava sendo realizado e procuramos melhorar e organizar melhor nosso serviço. Regulamos o número de atendimentos diários que não fossem emergências, aumentamos as visitas domiciliares aos usuários acamados e às pessoas com limitações físicas.

Realizamos conversas em nossa unidade sobre diversos temas incluindo sobre a pressão alta e níveis alta de glicose no sangue, a intervenção trouxe muito bons resultados, ajudando a todos a compreender a importância dessas doenças e como elas afetam nosso corpo, despertamos curiosidade de aprender e realizar o controle frequente da pressão arterial e do nível de glicose no sangue, e as maneiras de prevenir complicações a diferentes tipos de órgãos.

Conseguimos aumentar o número de pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas e acompanhadas em nossa unidade. Terminamos nosso período da intervenção com 154 pessoas com hipertensão e 43 pessoas com diabetes que foram cadastradas e começaram a ter um acompanhamento adequado e com mais qualidade. A nossa proposta é seguir em frente com nosso trabalho e poder cadastrar e acompanhar todas as pessoas com pressão alta e diabetes de nossa comunidade. Algumas pessoas sabem que tem uma ou as duas doenças e existem aquelas que nem sabem. Por isso, contamos com a ajuda de todos para identificar e cadastrar também os casos novos.

Além dos cadastros, buscamos melhorar a qualidade do serviço, realizando exames, buscamos aqueles que faltavam às consultas para garantir o atendimento deles, aumentamos o número de visitas nas casas das pessoas, melhoramos e organizamos os registros de nossa unidade, pesquisamos a gravidade da hipertensão e do diabetes das pessoas. Realizamos ainda orientações e

aprendemos muito juntos sobre alimentação saudável, importância de fazer exercício físico, risco de fumar e higiene bucal.

Pretendemos seguir trabalhando para melhorar cada vez mais a qualidade do cuidado para nossa comunidade, não só para os hipertensos e diabéticos, mas para todos, incluindo as grávidas, as crianças e os idosos. Esperamos poder contar com a ajuda de toda a comunidade para seguirmos lutando por uma saúde melhor para todos nós.

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

No início, as expectativas de melhorar o sistema de saúde e dar melhor qualidade de atenção para Brasil assim ter mais saúde, mais vida, mais dignidade para realizar uma boa intervenção eram cheias de ideias para viabilizar, melhorar os fluxos dos usuários e ajudando a mudar o estilo e o modo da vida de as pessoas e ter um bom fruto do trabalho. Além disso, era importante que a população enxergasse a nossa unidade de saúde, como um pilar fundamental na vida de cada uma das pessoas da comunidade, para que pudessem ter confiança de assistir e poder levar um contínuo controle com a equipe multidisciplinar que temos. O curso foi muito ótimo para saber mais da necessidade da comunidade e ter a solução e as maneiras de poder atingir melhor o desempenho de mi trabalho e conhecimento graças a todos os orientadores sei que pode mudar mais ainda o destino da saúde no Brasil

O curso significa uma experiência muito boa, com possibilidade de adquirir novos conhecimentos, resultando em frutos de um trabalho árduo e contínuo. No meu dia a dia, busco ajudar ao máximo que posso para que cada usuário fique satisfeito com a atenção primária e não tenha obstáculo em acessar a nossa unidade e tenha confiança em ser cuidado por nós, mudando o pensamento antigo que tinham a respeito da atenção primária. Eu costumava ouvir: *“eu não vinha porque aqui só me passavam dipirona e me mandavam pra casa”*. Com o passar do tempo, a população está muito contente e alegre de ter uma equipe na qual ela pode confiar e sabem que podem recorrer a qualquer momento e ter a solução para seus problemas de saúde perto da casa que na própria unidade de saúde.

Hoje em dia, os usuários tem confiança em procurar a nossa unidade, qual preferem ser consultados em atenção primária, antes de chegar a uma UPA ou pronto socorro. Com relação ao foco da intervenção feita junto aos usuários



hipertensos e/ou diabéticos tive um impacto positivo na comunidade, já que muitos usuários antes descompensados e complicados tiveram uma melhora significativa em seus estados de saúde e estão muito agradecidos. As longas filas de tempos atrás já não existem, nem tanta demora para acesso aos diferentes especialistas. É perceptível a mudança que está ocorrendo na área da saúde e que está chegando a suas casas através de visitas domiciliares.

A especialização foi muito importante nessa etapa de minha vida, enriqueci novos conhecimentos sobre na atenção primária a saúde. Além de implementar o projeto da intervenção que se observo muitos benefícios para a população, ajudou em fornecer comunicação em nossa comunidade e melhorar a prevenção das doenças e serem controladas.

O curso da especialização me ajudou muito em trocar conhecimentos com outros colegas da área da saúde. Além disso ter professores e instrutores do curso interagimos com conhecimentos e ideias que enriquecem nossa linguagem no processo do tempo da especialização foi uma experiência muito grande em minha vida.

No momento na conclusão sinto que minha preparação é muito mais completa para chegar a novos desafios no trabalho da atenção primária assim ter uma população mais saudável.

## Referências

ALMEIDA, M. F.; et al. Prevalência de doenças crônicas auto referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. Ciênc. Saúde Coletiva, v.7, p. 743-756, 2002.

ASSOCIAÇÃO LATINO-AMERICANA DE DIABETES. Consenso sobre diagnóstico e tratamento do diabetes mellitus em a criança e no adolescente. Peru: O. Ramos, 2000. 42p. BAKRIS, George L. et al. Preserving renal function in adults with hypertension and diabetes: a consensus approach. American Journal of Kidney Diseases, v. 36, n. 3, p.646- 661, set, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus- HIPERDIA. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/> Acesso em: 04 mar. 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e om Diabetes Melitus. Brasília, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus: plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus: Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

GAEDE P, VEDEL P, LARSEN N, JENSEN G, PARVING HH, PEDERSEN O. Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med.* 2003; 348:383-93.

GRESS J. Hypertension a significant factor for type 2 Diabetes. *N Engl J Med.* 2000; 342:90-5.

JOHNSON ML, PITES K, BATTELEMAN DS, BEYTH RJ. Prevalence of comorbid of hypertension and dyslipidemia associate with cardiovascular disease. *Am J Manag Care.* 2004; 10:926-32.

KEARNEY PM, WHELTON M, REVNOLDS K, MUNTNER P, WHELTON PK, HE J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet.* 2005; 365: 217-23.

LAWES CMM, HOOM SV, RODGERS A. Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. *Lancet.* 2008; 371: 1513-8.

Ministério da Saúde da Costa Rica: Política Nacional de Saúde 1994-1998. Disponível em: <http://www.geocities.com/HotSprings/8131/salud.htm>. Retirado 15 de outubro 2007

Obesidade e excesso de peso. Página Web da Organização Mundial de Saúde. QUEM. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>. Recuperado a 12 de outubro de 2007.

Organização Mundial de Saúde. Relatório sobre a situação global das doenças não transmissíveis 2010. Ginebra, Organização Mundial da Saúde, 2011.

POPKIN BM. An overview on the nutrition transition and its health implications: the Bellagio meeting. *Public Health Nutrition* 2002; 5: 93-103.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Consenso brasileiro sobre diabetes, diagnóstico e classificação do diabetes melito e tratamento do diabetes melito tipo 2. 2002. Disponível em: <http://www.sbd.org.br>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial, IV. In. Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial, 2002, Campos do Jordão.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial, V. In. Consenso tensão Brasileiro de Hipertensão Arterial, 2006, São Paulo.

World Health Organization Salud.Global Observatório Repositório de Dados [banco de dados on-line]. Genebra, Organização Mundial de Saúde de 2008  
([Http://apps.who.int/gho/data/view.main](http://apps.who.int/gho/data/view.main)).Consultado a 11 de fevereiro de 2013.

WILD, S., ROGLIC, G., GREEN, A., SICREE, R., KING, H. Global Prevalence of Diabetes. Estimates for the year 2000 and projections for 2030. Diabetes Care 2004; 27(5):1047-1053.

## **Anexos**

## Anexo A - Documento do comitê de ética



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

---

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

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

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

Prezada Pesquisadora;

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

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



