

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma nº 7**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou  
Diabetes mellitus, na UBS Parque das Laranjeiras, Santana-AP**

**Elizabeth Alvarez Heredia**

**Pelotas, 2015**

**ELIZABETH ALVAREZ HEREDIA**

**Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou  
Diabetes mellitus, na UBS Parque das Laranjeiras, Santana-AP**

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: Pablo Viana Stolz

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

H542m Heredia, Elizabeth Alvarez

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Parque das Laranjeiras, Santana-AP / Elizabeth Alvarez Heredia; Pablo Viana Stolz, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

120 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. Stolz, Pablo Viana, orient.  
II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a doutora Ana íbis B Garcia por sempre ter-me apoiado e confiado em mim.

## **Agradecimentos**

Agradeço a Deus e a Virgem Maria por me proporcionar grandes oportunidades em minha vida.

A minha família e a minha namorada pelo incentivo ao trabalho e aos estudos.

Ao meu orientador pelo auxílio e dedicação.

Aos meus colegas pelas cumplicidades.

A equipe do PSF pela recepção calorosa e pelos ótimos momentos de trabalho compartilhados.

E a todos que de alguma maneira contribuíram para realização deste trabalho

## Resumo

HEREDIA Elizabeth Alvarez: **Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes mellitus, na UBS Parque das Laranjeiras, Santana-AP.** 2015. 118f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

As transições demográfica, nutricional e epidemiológica que vêm ocorrendo desde o século passado determinaram uma importante mudança no perfil da morbimortalidade da população Brasileira, com as doenças e agravos não transmissíveis – DANT, assumindo ônus crescente e preocupante (Epidemiologia e serviços de saúde 2006.p.47-65). Nas estatísticas de saúde pública percebe-se que a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) têm alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo por isso considerada uns dos mais importantes problemas de saúde pública em todos os países independentemente de seu grau de desenvolvimento. O controle adequado dos usuários com HAS e DM deve ser uma das prioridades da atenção básica de saúde, a partir do princípio de que o diagnóstico precoce, o bom controle e o tratamento adequado dessas doenças são essenciais para diminuição das complicações sobre todo eventos cardiovasculares adversos. Diante do exposto optamos por realizar uma intervenção que contemplasse todas as possíveis ações propostas para este setor da população com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos Hipertensos e Diabéticos, na UBS Parque das Laranjeiras, Santana-AP. A mesma foi realizada entre os meses de abril a junho de 2015, onde desenvolvemos ações que contemplaram os quatro eixos pedagógicos (engajamento público, qualificação da prática clínica, monitoramento e avaliação e organização e gestão dos serviços) como cadastramento da população, estratificação de risco, agendamento de consultas conforme a prioridade, atualização do registro HIPERDIA, encaminhamento para especialistas nos casos necessários, busca ativa dos faltosos, orientações e consultas clínicas. Assim iniciamos o levantamento dos dados mediante o monitoramento constante dos usuários, com o rigoroso preenchimento dos prontuários e planilha de coleta de dados disponibilizados pela especialização, além de utilizarmos os cadernos de atenção básica nº 36 (diabetes Mellitus) e nº 37 (Hipertensão Arterial Sistêmica) para nos qualificar. Quanto aos resultados, pode-se dizer que as ações foram desenvolvidas de forma multidisciplinar onde obtivemos uma cobertura de 28,7% da população hipertensa cadastrada e 48,5% de diabéticos cadastrados na área, correspondendo a 357 hipertensos e 149 diabéticos. Além disto, realizamos o exame clínico apropriado em dia a 339 hipertensos (95%) e 141 (94,6), realizamos o registro adequado na ficha de acompanhamento/espelho em dia a 353 hipertensos (98,87%) e 148 diabéticos (99,3%). Avaliamos o risco cardiovascular em 149 diabéticos (100%) e a 353 hipertensos (98,9%). Os piores resultados foram obtidos na proporção de hipertensos e diabéticos com primeira consulta odontológica programática, onde ficou em (1,7%) 6 hipertensos e (3,4%) 4 diabéticos. A partir de implementação desta intervenção o usuário conheceu melhor a sua doença, mudou o seu estilo de vida e aprendeu a utilizar corretamente as medicações. Além disto, estimulamos a autonomia dos sujeitos em relação ao seu estado de saúde, contribuindo de forma significativa para melhoria das condições de saúde e vida da população da área de abrangência da minha ubs. Para a equipe esta intervenção foi ótima, pois se percebe que conseguimos reorganizar o serviço e qualificar nosso

trabalho, através de maior aperfeiçoamento das ações, melhorando o acesso a essa população que através da atenção qualificada, integral e humanizada. Acreditamos que o programa está com ótima aceitação pela população, pois a mesma forma parte de nossa rotina de trabalho.

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

## Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção hipertensa na UBS.	69
Figura 2	Cobertura do programa de atenção diabético na UBS.	69
Figura 3	Proporção de hipertensos com exame clínico apropriado em dia.	71
Figura 4	Proporção de diabéticos com exame clinica apropriada em dia.	71
Figura 5	Proporcao de hipertensos exame complementares em dia.	72
Figura 6	Proporcao de diabeticos com exame complementares em dia	73
Figura 7	Proporção de diabéticos com prescrição de medicamento na farmácia popular.	74
Figura 8	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamento na farmácia popular.	75
Figura 9	Proporção de hipertensos avaliados por odontólogo.	76
Figura 10	Proporção de diabéticos avaliados por odontólogo.	77
Figura 11	Proporção de hipertensos faltosos com busca ativa.	78
Figura 12	Proporção de diabéticos faltosos com busca ativa.	79
Figura 13	Proporção de hipertensos com registro adequado.	80
Figura 14	Proporção de diabéticos com registro adequado.	80
Figura 15	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.	82
Figura 16	Proporção de hipertensos que receberam orientação nutricional.	83
Figura 17	Proporção de hipertensos que receberam orientação de prática de atividades físicas.	84
Figura 18	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.	85
Figura 19	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.	86

## Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos



ACS	Agente comunitário da Saúde
ALCMS	Área de Livre Comércio de Macapá e Santana
APS	Atenção Primária de Saúde
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas
DANT	Doenças e Agravos crônicos Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doença Sexual Transmissível
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
FR	Fatores de Risco
HAS	Hipertensão Arterial Sistólica
HIPERDIA	Sistema de cadastramento e acompanhamento de usuários com Hipertensão e Diabetes
HPV	Vírus do Papiloma Humano
MS	Ministério de Saúde
NASF	Núcleo de Atenção Saúde da Família
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
PCCU	Preventivo do Câncer de Colo do Útero
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos
SAME	Sistema de Agendamento Medica Estadístico
SUS	Sistema único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

## Sumário

Apresentação .....	9
Análise Situacional .....	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	11
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	29
2 Análise Estratégica .....	31
2.1. Justificativa.....	31
2.2 Objetivos e metas.....	33
2.2.1 Objetivo geral.....	33
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	33
2.3 Metodologia.....	35
2.3.1 Detalhamento das ações .....	36
Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos. ....	36
2.3.2 Indicadores .....	54
2.3.3. Logística.....	59
2.3.4 Cronograma .....	67
3 Relatório da Intervenção.....	70
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	70
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	72
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	73
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	74
4 Avaliação da intervenção .....	76
4.1 Resultados .....	76
4.2 Discussão.....	95
5 Relatório da intervenção para gestores .....	100
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	104
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	106
Referências .....	108
Anexos .....	110

## **Apresentação**

O volume deste Trabalho de Conclusão de Curso está organizado em cinco estruturas que contemplam cada uma das unidades que conformam o Projeto Pedagógico proposto pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) para a Especialização em Estratégia de Saúde da Família modalidade à distância.

Este documento traz em seu conteúdo em ordem cronológica as atividades que realizamos. Em primeiro momento trago a experiência da análise situacional da situação de nossa UBS em relação as características da população o engajamento público a estrutura da UBS e os processos de trabalho da unidade básica após várias observações de cunho estrutural e funcional para que pudéssemos elaborar uma crítica a respeito de nossa contribuição individual. Na seção 2ª descrevo um apanhado da análise estratégica, o momento em que baseados nos números da análise situacional elaboraram um projeto de intervenção para que pudéssemos através de ações organizadas e com metas melhorar a qualidade no atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos ló qual mais tarde servisse de base para as ações futuras na unidade de saúde. Na seção 3ª com base nas ações realizadas ao longo das doze semanas da intervenção será descrito o relatório da Intervenção que teve como base as planilhas de coleta de dados e diários de intervenção expomos nossa experiência de forma objetiva e organizada a respeito de nosso salto como processo de trabalho e as dificuldades encontradas. Na 4ª seção partir do relatório da intervenção será descrito o relatório dos resultados da intervenção que avaliará se a intervenção atingiu seus objetivos em relação: às metas propostas, a adequação das ações, registros e instrumento de coleta de dados, assim como o efeito da intervenção na unidade de saúde, equipe e população onde através dos resultados obtidos discutem-se estratégias para superar as dificuldades encontradas

e aperfeiçoar as ações que deram certo. Finalmente na 5ª seção está descrito nossa visão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem e na implementação da intervenção abordando o desenvolvimento do trabalho no curso em relação às expectativas iniciais, o significado do curso para a prática profissional e os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso ,da experiência de intervir na comunidade enfrentando todas as dificuldades existentes, na gestão e no trato com os usuários, mantendo o equilíbrio e de olho nas metas, sempre em parceria com a UFPEL, onde cada capítulo procura descrever nossas atividades desde o levantamento de dados até a execução e análise de algumas tarefas.

## **Análise Situacional**

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

A situação de ESF/APS na UBS Parque das Laranjeiras município de Santana onde prestos meus serviços é a seguinte: estruturalmente é muito boa, tem condições adequadas para o trabalho e acolhimento dentro dos melhores padrões de qualidade. Todos os profissionais realizam uma atenção acolhedora e humana. Contamos com três salas de consultas (duas para os médicos uma para enfermagem), uma delas tem banheiro e nesta são realizados pelas enfermeiras os exames preventivos citopatológico do colo de útero (PCCU). Possuímos uma sala de triagem compartilhada com a sala de curativo, uma sala para vacina, sala de atendimento odontológico (a qual faz um ano que não funciona) uma sala de espera em um espaço grande que está compartilhado com uma pequena sala de recepção onde são guardados os registros dos usuários, uma sala de coleta de exames laboratoriais, uma farmácia pequena, uma cozinha, uma sala depósito de material de limpeza, sala de coleta de material biológico, sala de esterilização, três banheiros, um deles para usuários com deficiência física, outro para os profissionais e outro para usuários de maneira geral. A UBS tem um ambiente muito confortável, climatizado e sua estrutura permite o acesso de pessoas deficientes com limitações físicas. De maneira geral, tudo fica organizado e limpo.

Com relação ao processo de trabalho com a comunidade, na segunda-feira de manhã realizamos consultas para a pediatria e clínica geral; na terça-feira de manhã realizamos as visitas domiciliar e a tarde realiza-se atenção aos usuários com patologias crônicas não transmissíveis e saúde mental. Na quarta-feira de manhã realizamos atenção a gestantes e puérperas e na parte da tarde é doenças contagiosas e de transmissão sexual. Na quinta-feira realizamos ações de saúde na comunidade com a equipe toda, onde além do atendimento individual se realizam

atividades educativas e orientação em grupos de risco e palestras sobre temas de saúde importantes como a nutrição, aleitamento materno, doenças sexualmente transmissíveis e fatores de risco para adquirir doenças crônicas.

Na UBS tem médico ginecologista e temos o Núcleo de Apoio a Saúde da família (NASF) que trabalha em equipe. No entanto temos problemas com a rapidez de resolutividade com que o NASF faz os atendimentos das pessoas com necessidades, já que às vezes elas têm que ser encaminhadas mais de três vezes para ter um atendimento efetivo. Também temos problemas com o abastecimento de medicação para as doenças crônicas não transmissíveis, profiláticos para anemia em grávidas e com os medicamentos para doenças de transmissão sexual. Apresentamos também, falta de material para curativos. O principal problema de saúde em minha comunidade são as doenças crônicas não transmissíveis, pois apresentamos muita prevalência de hipertensão e diabetes.

Fazemos reunião da equipe toda sexta-feira de manhã para discussão dos casos interessantes e para a programação para a próxima semana de trabalho. Até agora o idioma não tem constituído uma barreira para o bom desenvolvimento das atividades de saúde que foram feitas em equipe e individuais. A população se mostra satisfeita com a assistência prestada até agora, pois acreditamos que o nosso trabalho contribui para diminuir a morbimortalidade da nossa comunidade e para a troca de experiência sobre algumas doenças que não temos em nosso país. Os usuários estão gostando do nosso trabalho já que suas necessidades são relativamente bem supridas desta nova forma de atendimento da nossa equipe, porque leva mais perto deles o atendimento. A meu ver, estamos no caminho certo para alcançarmos novas metas.

No entanto, com a troca de secretário de saúde do município, o sistema de saúde ficou um tanto ruim e desorganizado, e os novos gestores ainda estão um pouco alheios à questão de administrar a saúde.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

Em 31 de agosto de 1981, Santana é elevada à categoria de distrito de Macapá, através da lei n 153/81 PMM, sendo instalado oficialmente em 1 janeiro de 1982 sendo o pioneiro Francisco Correa Nobre, o primeiro Agente Distrital. Em 17 de

dezembro de 1987 foi elevada à categoria de município através do decreto – lei 7639. O nome Santana é uma homenagem a Nossa Senhora de Sant Ana. O município Santana localiza-se ao sul do estado Amapá, possuindo 110 565 habitantes destes 50.361, são homens (49.76%), e 50.842 são mulheres correspondendo 50.24%. Em torno de 97.92% da população é rural e só 2% são urbanas, sendo o segundo município mais populoso do estado Amapá (IBGE 2014).

Tem um clima tropical chuvoso e temperatura média de 28°C. Sobre a economia, no setor primário predominam a criação de gado bovino, bubalino e suíno, a atividade pesqueira e a extração da madeira, além da venda de produtos tipicamente nortistas madeira e açaí. No setor secundário, Santana mantém sob o seu domínio o Distrito Industrial de Santana, cujo parque sofre constante ampliação. Entretanto, funcionam as empresas Flórida e Equador e também as empresas Reama (que industrializa a Coca-Cola) e Amacel (responsável pela plantação de pinhos e eucalipto), dentre outras. No setor terciário, destaca-se a Área de Livre Comércio de Macapá e Santana - ALCMS, cujos serviços contribuem economicamente para a cidade. Apresenta uma sobreposição com município de Macapá, a capital do estado, formando a região metropolitana de Macapá, totalizando 509.883 habitantes. O desenvolvimento humano é médio, tem três municípios limítrofes Macapá a nordeste, foz do rio amazona a sudeste, Mazagão a sudeste, e está distante 30 km da capital. Com relação a sua divisão política, obedece à seguinte divisão: sede do município (Santana), Ilha de Santana, Igarapé da Fortaleza e Igarapé do Lago (PORTAL DA CIDADANIA, 2015).

No município de Santana conta com um total de 11 UBS os quais seguem o modelo da estratégia de saúde da família, deles duas equipes fluviais (ilha de Santana, Anauerapucu), e uma terrestre (equipe volante). Somente contamos com duas equipes de NASF que se integram para as onze UBS. Há disponibilidade de atenção especializada, onde a maior parte das UBS tem atendimento especializado nos principais programas que são desenvolvidos nas mesmas.

Santana conta 16 equipes de saúde bucal, um centro de diagnóstico de atenção da saúde da mulher, um centro de reabilitação, uma policlínica de especialidades Dr. Alberto Lima que oferece serviços de cirurgia, urologia, oftalmologia, dermatologia, cardiologia, gastroenterologia, ortopedia, patologia de mama e otorrinolaringologia. Também contamos com um laboratório municipal o qual analisa todas as amostras coletadas nas unidades e no centro, no entanto a

demanda continua alta e a data de entrega dos resultados é em torno de 15 dias até um mês após a realização do exame, comprometendo o acompanhamento dos usuários e o funcionamento da UBS. Dispomos também de um centro de atenção psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS AD), um centro de vigilância em saúde e um hospital municipal com serviço de pronto socorro, ambulatório, internação de pediatria e clínica médica. Possui serviço de cirurgia geral e uma unidade de cuidados intensivos que é muito difícil disporem vagas para internação, pois este atendimento costuma ser prejudicado por diversos fatores entre eles a carência de médicos, a insuficiência de leitos, a falta de equipamento básico e a ausência de uma eficiente gestão esses fatores contribuem para superlotação dos hospitais exemplo contamos com apenas 4 leitos para a sala de maternidade.

A disponibilidade do serviço de ultrassonografia apresenta dificuldade em nosso município já que o hospital conta com muitas poucas vagas. Com relação ao exame de mamografia a situação é pior já que não temos no município equipamento para a realização deste exame só na capital. A atenção básica está baseada no modelo da estratégia da saúde da família e as unidades de saúde funcionam em rede formando o sistema de saúde do município coordenado pela secretaria de saúde. (PORTAL DA CIDADANIA, 2015; BRASIL, 2011). A nossa UBS, Parque das Laranjeiras, pertence à área urbana do município e está diretamente vinculada aos princípios do SUS, no entanto não possui nenhum vínculo com instituições de ensino de saúde, mas tem vinculação com escolas de nossa área de abrangência. O modelo de atenção é de ESF tradicional, oferece serviço duas equipes de saúde da família, compostas por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e ACS que oscilam entre seis e nove por equipe. Possuímos também uma ginecologista (que oferecem consulta semanalmente em segunda, quarta e sexta férias) uma nutricionista, uma enfermeira responsável da vacinação, um pessoal administrativo, um digitador dois técnicos de farmácia, dois vigias, duas pessoas responsável pela limpeza, cinco pessoas no laboratório, duas cozinheiras e duas pessoas no Serviço de atendimento Médico Especializado (SAME). As ESF têm conhecimento do território de atuação da UBS e fazem planejamento, programação e implementação das atividades (BRASIL, 2011).

Nossa UBS estruturalmente é muito boa, tem condições adequadas para o trabalho e acolhimento dentro dos melhores padrões de qualidade, a iluminação e ventilação são boas na maioria dos ambientes com janelas e climatizado, os pisos



são laváveis com superfícies regulares, tem colocação de placas de identificação dos serviços existentes com sinalização dos fluxos. Todos os profissionais realizam uma atenção acolhedora e humana. Contamos com três salas de consultas, uma delas tem banheiro, uma sala triagem compartilhada com sala de curativo, uma sala para vacina, sala de atendimento odontológico (não funciona), uma sala de espera, uma sala de coleta de exames laboratoriais, uma recepção onde realizam o SAME, uma farmácia pequena, uma cozinha, três banheiros, um deles para usuários com deficiência física, outro para os profissionais e outro para usuários. De maneira geral a UBS tem um ambiente muito confortável, e sua estrutura permite o acesso de pessoas deficientes com limitações físicas.

As carências que comprometem o trabalho da equipe de saúde e desamparam o usuário estão relacionadas aos equipamentos básicos como oftalmoscópio, otoscópio, fitas para hemoglicoteste. Não existe no município a existência de um sistema de manutenção e reposição de equipamentos, tampouco pessoal de revisão de calibragem de esfigmomanômetros e balanças. Há dificuldade com insumos (material para sutura, material de curativo, máscara para nebulização), contando apenas com um sistema de reabastecimento de medicamento, mas que é insuficiente (existem muitas dificuldades com medicamentos para doenças crônicas). Existem precariedades na comunicação da unidade com a rede básica ou com os centros de referência (não dispomos de telefone fixo) e os profissionais não possuem acesso à bibliografia. Nossa UBS não tem serviço de internet, e dispõem de poucos materiais bibliográficos atualizados para nossa preparação, não dispomos de nenhum leito para permanência de usuários em observação em caso que fora necessário, nem consultas odontológicas isto ultimo afeito muito nosso trabalho de intervenção (SIQUEIRA, 2009; BRASIL, 2008).

Em minha unidade trabalham duas equipes da saúde da família e temos delimitado a área de atuação de todos os uns, temos um total de 8176 habitantes cadastrados, especificamente nossa equipe atende um total de 4254 mil habitantes, onde tamanho da população em nossa área de abrangência não se ajusta ao estabelecido, pois atendemos uma demanda maior do que e preconizado pelo ministério de saúde, na UBS utilizamos os espaços físicos de uma forma organizada, compartilhada, entre diferentes profissionais. Além do atendimento na UBS, fazemos visitas e consultas domiciliares, atividades educativas dentro das escolas, igrejas, para manter o atendimento de qualidade. Para ajudar os usuários

com os exames de laboratórios, realizamos uma coleta semanal (terça de manhã agora suspendida) que é encaminhada ao laboratório municipal, mas isto não é suficiente já que demoram em ocasiões até um mês para voltar os resultados a pesar de as limitações, nós trabalhamos para fornecer a qualidade de atenção à os usuários. (SIQUEIRA, 2011; BRASIL, 2008; BRASIL, 2011).

Em relação às barreiras arquitetônicas, nossa UBS não apresenta adequações que permitem o acesso de pessoas deficientes e de pessoas com limitações, como porta com dimensões ampliadas e rampas para o acesso destes pacientes tem ausência corrimãos que não permitindo acessibilidade possível a pacientes portadores de deficiência com a locomoção, não possuímos cadeira de rodas na UBS. Como ponto positivo tem um banheiro para pessoas com deficiências, o equipe para superar estas dificuldades, sempre que possível realizamos a atenção domiciliar para ofertar um atendimento qualificado a estas pessoas com deficiência as quais tem dificuldades para assistir a o posto, garantindo a entrega dos seus medicamentos, estes usuários também são visitados pelo NASF em o caso necessário, mas considero que do ponto de vista estrutural a UBS tem as condições indispensáveis para o trabalho das equipes.

O sistema de manutenção e reposição de equipamentos e revisão da calibragem de as equipes (esfigmomanômetro e balança) não existe nem na UBS nem no município e depende de serviços privado, contamos com um esfigmomanômetro para os dois consultórios uma peça de adulto e uma de criança, para solucionar, mas todos os profissionais têm estes equipamentos de nossa propriedade para contribuir na qualidade da atenção. E relação aos medicamentos que segue as recomendações para o elenco de Referência Nacional, Medicamentos integrantes da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), em nossa UBS essa e uma das principais limitações general mente não temos medicamentos para o tratamento das mais comuns doenças assistidas no dia a dia nas consultas e os que temos não é suficiente, o que dificulta os atendimentos e gera desconforto na população também a falta de material pra curativos e pra atendimento odontológico, o qual desde meu ponto de vista constitui a principal ameaça para dar uma atenção médica com qualidade. Os materiais de consumo são bastante estáveis, pois os formulários e materiais impressos necessários para trabalhar tem tido certa estabilidade e não constituem um problema. Também temos dificuldades com os meios diagnósticos (Raios-X, Ultrassom, Endoscopias, mamógrafo) tudo isto é de

conhecimento da Secretaria de Saúde, que alegam que esta dificuldade está em via de solução. O programa de vacinas se cumpre em nossa UBS existem todas as vacinas para criança, grávidas, os idosos em fim para toda a população que precise.

Em relação à população da área adstrita em nossa UBS temos duas áreas de abrangência com um total de 8176 habitantes cadastrados. O número de equipes /tamanho da equipe não é adequado ao tamanho da população em nossa área de abrangência e trabalham somente duas equipes de saúde da família. Nossa equipe atende um total de 4254 mil habitantes, onde tamanho da população em nossa área de abrangência não se ajusta ao estabelecido, pois atendemos uma demanda maior do que e preconizado pelo ministério de saúde. Isto acontece porque a área de abrangência de nossa UBS é muito extensa, necessitando de outra equipe de saúde para que possamos desenvolver um trabalho satisfatório dentro da atenção primária.

O técnico de Enfermagem realiza procedimentos de enfermagem dentro das suas competências técnicas e legais; nos diferentes ambientes, UBS e nos domicílios, dentro do planejamento de ações traçado pela equipe; prepara o usuário para consultas (realiza triagem) médicas e de enfermagem participam das atividades de atenção realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão exames e tratamentos na UBS assim zelar pela limpeza e ordem do material.

O enfermeiro da Estratégia realiza consultas de enfermagem, solicita exames complementares, prescrever/transcrever mediações, conforme protocolos estabelecidos nos Programas do Ministério da Saúde e as disposições legais da profissão; planeja, gerencia, coordena, executa e avalia a UBS; executa as ações de assistência integral em todas as fases do ciclo de vida: criança, adolescente, mulher, adultos e idoso; no nível de suas competências também realiza procedimentos e atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas, consulta de gestante, solicitação de exames complementares, coleta de Papanicolau ou Preventivo do Colo Uterino (PCCU), prescrição de medicações e encaminhamento do usuário quando necessário para avaliação médica. Além disso, supervisionar e coordenar ações para capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde e de Auxiliares de enfermagem, com vistas ao desempenho de suas funções.

Em nossa UBS também temos a inserção de outros profissionais, especialmente nutricionistas, assistentes sociais, ginecologista, psicólogo que são vistas como bastante enriquecedora, destacando-se a importância da ação interdisciplinar para a prevenção e controle das doenças.

Minha equipe cumpre com as diretrizes do programa, pois estamos realizando o cadastramento de nossa área de abrangência com acompanhamento das crianças, das gestantes; todos participam da busca ativa das pessoas com doenças transmissíveis e não transmissíveis fazemos reunião todas as semanas, onde participam todos os integrantes analisamos o trabalho da semana e organiza-se o da semana seguinte. A distribuição da população por sexo e faixa etária em minha área de abrangência é similar à distribuição no Brasil, tomando em conta como referência para elo o achado nele Caderno de ações programáticas mais a Pirâmide etária da população brasileira (BRASI, 2010) onde predomina a população adulta entre 15 e 59 anos, com tendências ao aumento das pessoas adultas e idosas, pelo aumento da expectativa de vida reflexo do desenvolvimento do país e da melhoria da saúde da população, também predomina o sexo feminino, no Brasil predomina o sexo feminino sobre o masculino. Com o antes exposto queda explicito que a população do Brasil como a de nossa área de abrangência e uma população jovem.

Depois da leitura do Manual do Ministério da saúde 2011, "Acolhimento A Demanda Espontânea, Caderno da Atenção Básica, nº 28 capítulo 1,2 e 3" e o "Questionário de Processo de trabalho Atenção à Demanda Espontânea" (BRASIL 2011), posso dizer que a demanda espontânea em nossa UBS é boa, onde desenvolvemos o mesmo no intuito de incluir os usuários, pois não só assistimos as pessoas agendadas, mas também a demanda espontânea apresentada no dia a dia.

É importante que a demanda apresentada pelo usuário seja acolhida, escutada, problematizada, reconhecida como legítima, também é fundamental que as unidades de atenção básica estejam abertas e preparadas para acolher o que não pode ser programado, as eventualidades. Existe uma predominância da nossa população que é ribeirinha, e ponte, que não tem cobertura médica e são atendidos pelo médico que se encontra na UBS naquele momento (BRASIL, 2008).

Muitas vezes, o acolhimento a essas situações demandará continuidade no cuidado. Em outras, poderá requerer, inclusive, apoio matricial e/ou encaminhamento para outros serviços. Não devemos esquecer, também, que mesmo os usuários que são acompanhados regularmente pelas ações programáticas podem apresentar exacerbações em seu quadro clínico e demandar atenção em momentos que não o de acompanhamento agendado.

Até o momento a pesar de estar atendendo uma população por acima do que preconizado pôr o ministério tentamos desenvolver ló melhor possível nosso trabalho até agora o excesso de demanda não a sido um problema em nossa ubs. Em algumas situações, a própria pessoa que realiza a escuta pode ser a responsável por realizar intervenções (em maior ou menor grau) e cada usuário é acolhido pelos profissionais de sua equipe, de modo que um ou mais profissionais de cada equipe realizam a primeira escuta, negociando com os usuários as ofertas mais adequadas para responder às suas necessidades evitando esperas desnecessárias.

Em relação à saúde da criança, nossa UBS atualmente realiza o acompanhamento de um total de 92 menores de um ano (53,17%). Os registros da nossa UBS permitiram o preenchimento dos vários aspetos desta parte do Caderno de Ações Programáticas, pois nós temos registradas, de forma nominal, todas aquelas crianças segundo a idade fisiológica (por data de nascimento) por micro área de cada ASC com idade para puericultura. Também fica em nossa unidade de forma quantitativa já que cada semana se atualiza em nossa reunião da ESF como uma forma de melhorar o trabalho neste grupo etário por suas prioridades e influência em a morbimortalidade. Ainda a forma de registro é insuficiente, pois falta uma série de dados muito importante para a avaliação integral da criança. Na UBS não temos assistência pediátrica, no entanto o índice de vacinação está em 100%, assim como as ações relacionadas à prevenção e promoção da saúde. No parâmetro de avaliação de saúde bucal está em torno de 2% o que é muito e penoso, mas é a verdade, pois temos que encaminhar para outras unidades e nem sempre são atendidos ou existe muita demora.

Das crianças com consultas em dia de acordo com protocolo do Ministério da Saúde somente 10% delas têm atraso da consulta em mais de sete dias, 100% têm feito o Teste do pezinho e Triagem auditiva, 100% recebeu orientação para aleitamento materno e prevenção de acidentes, 100% tem as vacinas em dia, tudo isto é devido ao trabalho desenvolvido por toda a equipe. A atenção à saúde da criança está estruturada de forma programática, apesar de não contar com um protocolo de atendimento pré-natal para avaliação. Acredito que ainda devemos melhorar muito, pois existem muitas mães que não levam seus filhos a consulta, algo que estamos trabalhando no momento. Temos que fortalecer as ações educativas no período do pré-natal e puerpério, incrementar as atividades de

promoção e educação em saúde com as mães das crianças menores de um ano em relação cuidado do recém-nascido, com aleitamento materno, vacinação, alimentação saudável, criar um melhor registro das mesmas por parte da equipe de saúde familiar em conjunto com o trabalho desenvolvido pelos agentes de saúde na comunidade, levar registros dos atendimentos da puericultura com a finalidade de verificar as crianças faltosas, verificar procedimentos em atraso e identificar crianças de risco. Outro fator que poderia contribuir para a qualidade de atenção é se contássemos com um pediatra que avaliaria os recém-nascidos na área conforme o protocolo. Assim avaliaria os lactantes ou menores de um ano trimestralmente assim como os menores de 72 meses anualmente, e em cada reunião da equipe discutiria os indicadores de qualidade e de cobertura. Examinando o questionário preenchido acho como já comentei antes que devemos trabalhar, mas a parte educativa porque ainda temos mães que não percebem a importância da puericultura com todas as ações que se derivam da mesma, o seguimento do desenvolvimento da criança, diagnóstico precoce de doença entre outras e continuam com falta nas consultas, não cumprem com as indicações médicas para a alimentação ou prevenção de acidentes, aspectos observados por nós em visitas domiciliar.

A assistência ao pré-natal e puerpério de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal. Os objetivos básicos da assistência pré-natal são: rastreamento de indicadores de risco gestacional imunizações e profilaxia, aconselhamento e educação, intervenção terapêutica obstétrica.

Em relação ao pré-natal em nossa UBS a atenção está planejada e estruturada de forma programática, apesar de que no início de nosso trabalho não contávamos com um protocolo de atendimento para avaliação das grávidas e puérperas. Nossa equipe garantiu-o de forma organizada a atenção pré-natal, através da busca ativa, onde identificamos as grávidas e atualizamos de forma sistemática os registros na UBS. Hoje meu serviço tem um protocolo para a atenção as grávidas e tudo fica devidamente registrado. Realizamos monitoramento regular destas ações e oferecemos uma atenção à saúde da gestante de qualidade o que garante a adesão da população às ações propostas.

As folhas de atendimento individual e coletiva, cartão da gestante, cartão de vacinação e preenchimento do Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, oferece os dados que se precisam para avaliar a qualidade do atendimento pré-natal os mesmos mostram o número de

consultas, os exames e resultados dos mesmos, as principais intercorrências durante a gravidez e como foram atendidas além da conduta da equipe (BRASIL, 2012).

Sobre a cobertura de pré-natal atualmente atendemos um total de 67 grávidas, correspondendo a (55%) da cobertura a partir da estimativa segundo o Caderno de Ações Programáticas. Um dos principais problemas detectados foi que algumas gestantes que moram na nossa área fazem seu atendimento no centro de atenção à mãe e ao filho que se localiza perto da nossa UBS.

Com relação aos indicadores de qualidade da atenção ao Pré-natal, podemos descrever que todos aqueles que dependem da atuação da equipe são bons, pois temos 100% de captação no primeiro trimestre da gestação, o total de consultas oferecidas às grávidas permanecem de acordo com o preconizado, 100% das grávidas tem as suas consultas em dia, às consultas se planejam mensalmente até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais até o término da gravidez, quando o parto não ocorre até a 41ª semana, se encaminha a gestante para fazer estudos de bem-estar fetal, grau placentário incluindo avaliação do índice do líquido amniótico, peso, monitoramento cardíaco e respiratório fetal. Temos 100% de gestantes com indicação de exames na primeira consulta 100% com as vacinas do programa em dia.

Atualmente temos sérias dificuldades com o acompanhamento odontológico porque não contamos com estes serviços em nossa UBS e temos que encaminhá-las para outras unidades existindo demora no atendimento por falta de vagas, ou de material para ser atendidas. Também estamos tendo dificuldade com os medicamentos de profilaxia para a anemia e com a realização de coleta de exame e ultrassom. Estes atualmente só estão disponíveis na rede particular. Estas dificuldades foram informadas para a secretaria de saúde e ainda não temos resolutividade. Precisamos envolver tanto a ginecologista, nutricionista na avaliação sistemática de todas as gestantes e puérperas de nossa UBS.

Acredito que devemos enfatizar mais ainda em a busca ativa e cadastramento das grávidas em nossa comunidade, assim como aumentar as ações de promoção acerca da captação precoce, realização dos exames complementares em cada trimestre da gestação assim como da ultrassonografia entre as 18 e 22 semanas para o diagnóstico de defeitos ou malformações estruturais fetais entre outras coisas. Temos que rastrear as gestantes em nossa área de abrangência para que nenhuma fique sem assistência pré-natal.

O puerpério é outra etapa onde ocorrem múltiplas mudanças já que todos os órgãos e sistemas voltam ao fisiológico. Daí que sua avaliação nos primeiros dias assim como o seguimento da involução uterina e lóquios é importante. Após o parto, as puérperas devem retornar a UBS na primeira semana para consulta coisa que a maioria não faz apesar de que todas são orientadas sobre a importância deste seguimento durante todo o pré-natal.

Neste caso a cobertura da consulta de puerpério é baixa, o indicador é de 62% o qual não é representativo de um trabalho meritório. Neste caso, para que a mesma aconteça temos que ficar detrás das usuárias e aproveitar quando elas trazem os recém-nascidos para se vacinarem ou realizar a avaliação de puericulturas. Nossa UBS não conta com um registro adequado para estas puérperas.

Nossa equipe tenta corrigir a baixa cobertura e realizar busca ativa das puérperas faltosas para receberem um atendimento de qualidade. Os aspectos que poderiam ser melhorados de forma geral a contribuir para a cobertura e a qualidade da atenção pré-natal seriam: Fortalecer as ações educativas no período do pré-natal e puerpério, realizar captação precoce para o pré-natal na maioria das grávidas, melhorar o registro das mesmas por parte da equipe de saúde familiar em conjunto com o trabalho desenvolvidos pelos ACS, contar com um protocolo de atendimento de pré-natal para avaliação e atendimento as grávidas e puérperas, realizar avaliação ginecológica e psicológica para as mesmas. Além destas, devemos discutir os indicadores de qualidade e de cobertura com a equipe de forma sistemática, fazer um esforço para melhorar a atenção odontológica, identificar as gestantes e puérperas de alto risco e as encaminha ao serviço de referência, prescrever não só durante a gravidez, mas também durante o puerpério medicamentos profiláticos para a anemia, que esforçar-nos mais, incrementar as ações preventivo-educativas para a população em geral, pois os esposos nunca vêm à consulta com as grávidas e nem conhecem a evolução da gravidez, outros não cooperam com o tratamento das DST.

O controle dos cânceres do colo de útero e da mama depende de uma atenção básica qualificada e organizada, integrada com os demais níveis de atenção. Somente dessa forma é possível combater essas doenças e diminuir a mortalidade por elas. As ações de saúde desenvolvidas pela nossa equipe tentam fazer mudanças nos hábitos e estilo da vida dos usuários. Para isso fazemos



palestras que falam sobre a necessidade de diminuir o hábito de fumar, que é a regra mais importante para prevenir o câncer, evitar uso prolongado de pílulas anticoncepcionais, vacinação, fazer exame preventivo de forma periódica a toda mulher com vida sexual ativa, uma alimentação saudável, uso de camisinha, ensinar como se realiza autoexame de mama e importância de realizá-lo de forma periódica. Na oportunidade do rastreamento, avaliamos resultados dos exames solicitados e coletados, e, de acordo com os protocolos e diretrizes clínicas, realizamos o encaminhamento para os serviços de referência em diagnóstico e/ou tratamento dos cânceres de mama e do colo do útero.

A pesar de ter elevadas taxas de morbimortalidade por câncer ginecológico no Brasil e de ter muita importância na atenção primária saúde, temos que dizer que ainda hoje estes dois programas não são levados de maneira certa em nosso município e em específico na nossa UBS, pelo que foi quase impossível o preenchimento do Caderno de Ações Programáticas, já que não existe registro algum do seguimento destes indicadores. Somente existe registro das usuárias que neste ano realizaram exames preventivos (PCCU), onde a maioria destas não conhece os resultados por que demoram muito ou nunca chegam, provocando insatisfação entre elas. Na atualidade nosso município não está fazendo PCCU por falta de material, e desta maneira não temos maneira alguma de avaliar os indicadores de qualidade relacionados com o câncer de colo e do câncer de mama, programa que hoje não tem funcionalidade em nosso município. Não dispomos equipamento para realizar a mamografia no município, apenas no hospital da capital, onde só tem acesso ao mesmo, aquelas usuárias já diagnosticada ou aquelas com suspeita de câncer. Não temos como fazer a mamografia como exame preventivo como sugere o programa, assim não é possível à monitoração regular destas ações. Ambos hoje não têm funcionalidade em nosso município.

No entanto, mantemos educação constante deste tema, um bom exemplo é a campanha de vacinação contra HPV que alcançamos 98% de cobertura em nossa UBS com o trabalho educativo nas escolas. Apesar disto, não conseguimos atingir os objetivos para este programa, de aumentar a cobertura de exame cito patológico em mulheres de 25 a 64 anos e tratar 100% mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer, tampouco os indicadores de qualidade, pela falta de prestação deste serviço e falta de registro em nossa UBS.

Examinando o questionário preenchido sobre os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do Controle do Câncer de Colo de Útero este ano em nossa UBS vai ser muito difícil alcançá-lo, partindo de que em nossa UBS faz mais de cinco meses não realiza este serviço por falta de material e ainda a secretaria de saúde não tem resolutividade. Podemos fazer um registro de todas as mulheres com idade entre 25 e 64 anos que devem realizar o exame preventivo ginecológico, verificando os resultados e priorizando aquelas de maior risco para esta doença; garantir os encaminhamentos para a unidade de referência para diagnóstico e tratamento da lesão precursora; manter a educação constante da população garantindo o acesso à informação sobre o tema. Interessante seria envolver mais a ginecologista da nossa UBS em nosso trabalho sobre todo com este tema

Com respeito ao Controle do Câncer de Mama, em nossa UBS, não existe registros de controle do Câncer da Mama, sendo impossível determinar com precisão a avaliação de cobertura de controle de Câncer de Mama e dos indicadores de qualidade. As mulheres com 40 anos ou mais devem realizar o exame clínico das mamas anualmente. Aquelas que estiverem entre 50 e 69 anos devem realizar ainda a mamografia a cada dois anos. Esses exames devem ser feitos mesmo que mulher não perceba nenhum sintoma. Se uma pessoa da família - principalmente a mãe, irmã ou filha - teve esta doença antes dos 50 anos de idade, a mulher tem mais chances de desenvolver um câncer de mama. Quem já teve câncer em uma das mamas ou câncer de ovário, em qualquer idade, deve ficar mais atenta. Nestes casos, a partir dos 35 anos, o exame clínico das mamas e a mamografia devem ser feitos uma vez por ano.

Os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do Controle do Câncer de Mama seriam: atender as usuárias de maneira integral, referir a consulta e a coleta do exame cito patológico, de acordo com a faixa etária e o quadro clínico da usuária, realizar consulta e o exame clínico das mamas, de acordo com a faixa etária e o quadro clínico das usuárias, solicitar mamografia, de acordo com a faixa etária e o quadro clínico da usuária, examinar e avaliar usuárias com sinais e sintomas relacionados aos cânceres do colo do útero e da mama, bem como solicitar os exames adicionais, avaliar resultados dos exames solicitados e

coletados, e, de acordo com os protocolos e diretrizes clínicas, realizar o encaminhamento para os serviços de referência em diagnóstico e/ou tratamento dos cânceres de mama e do colo do útero, prescrever tratamento para outras doenças detectadas, como Doença Sexualmente Transmissível (DST). Na oportunidade do rastreamento, realizar cuidado paliativo, na UBS ou no domicílio, de acordo com as necessidades da usuária para o adequado controle dos sintomas e suporte social e psicológico. Realizar e participar das atividades de educação permanente de todos os membros da equipe; realizar ações que promovam acesso à informação e ampliem oportunidades para controle dos fatores de risco e amplo acesso da população a informações claras, consistentes e culturalmente apropriadas; fortalecer e ampliar o acesso às informações sobre a detecção precoce do câncer da Mama para todas as mulheres, ressaltando o alerta para os primeiros sinais e sintomas do câncer da mama; organizar o rastreamento das mulheres de 40 a 69 anos garantindo o exame clínico das mamas uma vez por ano e não de forma casuística registrando o mesmo em o prontuário; realizar o registro de todas as informações do programa e realizar o diagnóstico precoce de lesões sugestivas de câncer de mama e encaminhá-las com prioridade para atenção especializada; garantir que toda mulher com câncer da mama tenha direito aos cuidados.

A estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área é muito baixa, segundo o caderno de ação programática. Isto pode estar associado a vários fatores, como a falta de atualização do cadastro, constantes mudanças de moradia da população que dificulta no cadastro atualizado, a falta de conhecimento e pensamento crítico do que é estar doente, já que muitos usuários não acreditam que são portadores destas patologias e por isto, não procuram atenção médica. Até o momento temos uma “ estimativa “ de 224 (18%) usuários com diagnóstico e controlado. Embora eu não possa afirmar que seja a realidade de nossa área de abrangência, porque acredito que devem existir muitas pessoas que não procuram atendimento para esta doença. No entanto, sempre mantemos nossa pesquisa compulsiva nas vistas domiciliares e nas consultas clínicas, mantendo ações educativas com a população sobre o tema com ênfases nos estilos de vida saudável para aprender a reconhecer os sintomas.

Os indicadores da qualidade da atenção à HAS que posso avaliar são bons, em todos os usuários com HAS se realiza a avaliação de risco cardiovascular assim como recebem orientações sobre alimentação saudável, sobretudo quanto ao

consumo de sal, sobre os benefícios dela prática regular de atividade física para o controle do seu peso, sobre os importância abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool, de manter tratamento de sua doença de forma correta, e cuidados da higiene bucal.

Examinando os questionários preenchidos, os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à HAS, é a existência do registro geral de controle desta doença que permita avaliar qualidade da atenção e medir cobertura atualmente nossa UBS. Cada equipe tem um registro de HAS onde fica a programação de visitas, mas as demais informações ficam no prontuário do usuário. Também podemos realizar os grupos de usuários para orientarmos os mesmos, aumentando seus conhecimentos acerca de sua.

Com relação à estimativa do número de diabéticos com 20 anos ou mais residente na área, ainda é muito baixa (25%), segundo as estimativas do caderno de atenção programática. Esta porcentagem corresponde a 103 usuários com diagnóstico e em controle 303 dos que devemos ter. Esta baixa cobertura não é por falta de recursos materiais e humanos, acredito que seja mais devido à falta de conhecimento da população a respeito da doença. Apesar de que os indicadores de cobertura ficam ainda baixos podemos dizer que já encontra se recebendo a atenção de saúde de qualidade quase a metade de os diabéticos. No entanto falta um grande grupo que ainda não estão diagnosticados atualmente. Estamos realizando nossa pesquisa compulsiva nas visitas domiciliares e nas consultas, realizando orientações com a população sobre o tema com ênfases em estilos de vida saudável e como identificar os sintomas, tentamos alcançar 100% destes usuários.

Alguns pontos importantes no planejamento de nosso trabalho é: abordar/orientar a população sobre controle da glicemia, sinais e sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia e orientações sobre como agir diante dessas situações; motivação para modificar hábitos de vida não saudáveis (fumo, estresse, bebida alcoólica, obesidade e sedentarismo); percepção de presença de complicações e como evitá-las; uso de medicamentos prescritos (hipoglicemiante oral e ejetáveis), indicação, doses, horários, reações adversas, modo correto de uso da insulina para evitar lipodistrofias; solicitar e avaliar os exames previstos no protocolo assistencial

quando pertinente, encaminhar a especialista(endocrinologista),ou a outros profissionais de ser necessário.

Os indicadores da qualidade da atenção foram bons realizamos a todos os pacientes estudado exame clinico dentro dele avaliação de risco cardiovascular, exame geral de mãos e pés assim como de sensibilidade, receberam e orientações sobre a prática regular de exercícios físicos e alimentação saudável, higiene bucal, tabagismo como ló estabelecido no protocolo de atendimento desta doença.

Atualmente em nossa UBS cada equipe tem um registro de DM onde fica a programação de visitas, o resto das informações fica no prontuário dos usuários, Estamos nos organizando para que todos os profissionais realizem um controle específico desta doença, através de ações como visitas domiciliares e nas consultas clínicas, onde programamos estratégias para melhorar qualidade de vida destes, aumentando seus conhecimentos acerca de sua doença, sempre tentando elevar o nível de cobertura da DM assim como manter a vigilância de todos os fatores de risco e as avaliações com os outros especialistas.

Profundas mudanças vêm ocorrendo na estrutura etária da população, caracterizada pela acentuada longevidade e atribuída às melhores condições de vida das pessoas, em especial no que se refere ao acesso às novas tecnologias de atendimento à saúde. O Brasil apresenta uma taxa de envelhecimento populacional exuberante. Entre 1950 e 2025, a população idosa terá crescido 16 vezes contra cinco vezes a população total, para ano 2025, o Brasil será o sexto país no mundo em número de idosos. Os principais determinantes dessa acelerada transição demográfica no Brasil são a redução expressiva na taxa de fecundidade, associada a forte redução da taxa de mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida. A mesma é um indicador que muitos países desejam mostrar como prova de seu desenvolvimento económico e social, mas isso vem acompanhado de uma responsabilidade maior para a infraestrutura em saúde os idosos tornam se os principais usuários dos serviços de saúde, tais serviços nem sempre estão devidamente preparados para atender às necessidades dessa parcela da população de forma a garantir qualidade de vida por meio da promoção, prevenção, cura e reabilitação da saúde (BRASIL, 2010).

Em vista desse contexto, verifica-se a necessidade de transformação no modelo assistencial e iniciativas inovadoras de informação, educação e comunicação. A atenção à saúde do idoso reveste-se de grande complexidade,

principalmente quando a assistência é direcionada por um conceito ampliado do processo saúde/doença, com vistas à melhoria da qualidade de vida. Atuar desta forma é o desafio que se coloca aos serviços de saúde, em especial, às equipes da ESF que vêm sendo implantadas em todo o território nacional (BRASIL, 2010; BRASIL, 2013)

Na minha UBS temos escassos registros, sem qualidade ou que não tem todas as informações que são preconizadas pelo ministério da saúde para a avaliação das pessoas idosas. Somente contamos com os registros feitos por nossos ACS que às vezes não têm informações necessárias, não refletindo a realidade. Nossa UBS não faz uso da Caderneta de Saúde da pessoa Idosa, e não temos como conhecer se realizamos a avaliação dos indicadores de fragilização na velhice já que esta não existe. Além disso, o atendimento da saúde bucal destes usuários é muito quase nulo, já que não temos esse serviço na nossa UBS e para os Idosos é muito difícil movimentar-se até outra UBS para receber atenção odontológica.

A estimativa do número de idosos residente em nossa área de abrangência é de 419 pessoas com mais de 60 anos, no entanto temos apenas 275 idosos cadastrados, correspondendo a 65,6% de cobertura. A realidade não é adequada, pois ainda temos muitas dificuldades para abarcar toda a população idosa da nossa área de abrangência. Acreditamos que temos subregistro destes, apesar de que contamos com nove ACS, mais do que é preconizado pelo Ministério de Saúde. Devemos melhorar o sistema de registro e recadastrar totalmente a nossa área assim como implementar o preenchimento da caderneta do Idoso em nossa UBS. Temos muitos fatores que dificultam o acesso ao total de pessoas moradoras da nossa área, já que temos população que ficam muito longe da área e de difícil acesso.

Os idosos que melhor atendimento recebe são aqueles que sofrem de doenças crônicas como hipertensão e diabetes, os quais têm acompanhamento e um seguimento periódico. Estes recebem orientações sobre alimentação saudável, higiene bucal, pratica rede atividades física, tabagismo, cuidados gerais para a pessoa idosa, em consulta realiza se exame de avaliação multidimensional, avaliação de risco de morbimortalidade, de risco cardiovascular e de acidentes e como evitá-los.

Ainda temos que realizar mais ações com os idosos sem nenhuma doença crônica diagnosticada. Para isso é imprescindível estimular uma maior participação dos mesmos em nossa comunidade, criação de grupos de pessoas idosas, casas de alimentação e recreação onde a pessoa idosa possa compartilhar com outros de sua mesma idade, prevenindo assim a depressão que acontece com frequência nessa idade. Também temos que trabalhar com a implementação da caderneta da pessoa idosa, além de um atendimento de saúde bucal para eles, situação está que temos esperanças que melhore algum dia. Outro indicador a melhorar é a investigação da fragilização na velhice para estabelecer os grupos risco dentro desta população, para poder trabalhar com um enfoque de risco para os principais fatores incidentes.

Atualmente em nossa UBS temos atendimento prioritário para estas pessoas, tanto na unidade quanto no domicílio, que é realizada pelo médico geral e todos os profissionais do NASF, fazendo ações de educação em saúde da família sobre prevenção de acidentes e supervisão de tratamentos.

Finalizando, os maiores desafios que apresentam minha UBS são conseguir fazer todos os registros dos diferentes programas de forma que permita o planejamento e controle dos mesmos. Tentar restabelecer os serviços de odontologia em nossa UBS, fomentar a formação dos conselhos de saúde comunitária para melhorar o funcionamento da nossa UBS. Conhecemos que temos muito caminho por andar e muito a fazer, mas hoje temos uma importante ferramenta nas mãos, que é a análise detalhada da situação de saúde da nossa área, o que contribuirá no desenvolvimento do nosso trabalho, encaminhado aos setores mais necessitados. Destaca-se que os melhores recursos que temos é o fator humano (nossa equipe de trabalho), que muito mais acima de qualquer dificuldade, mantém os esforços em oferecer um serviço de saúde gratuito e de qualidade para à comunidade.

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

Após a leitura do texto apresentado sobre a Situação ESF/APS em meu serviço e fazendo uma comparação quando chegue a minha ubs com o Relatório Análise Situacional posso dizer que hoje, graças à intervenção, temos já um cadastramento certo de nossa população, um maior fluxo de pessoa para

atendimento tanto agendados como demanda espontânea, assim como uma melhora dos indicadores de qualidade com cuidado continuado dos usuários com doenças crônicas. Os registros de hipertensão em sua maioria estão atualizados, implementamos estratégias que reforçam as atividades fora da unidade, como ações de saúde nas áreas, através das visitas domiciliares e reuniões com a comunidade a fim de obter um melhor conhecimento da situação de saúde da nossa área de abrangência o qual vai a permitir à equipe realizar ações para ajudar a resolver as dificuldades percebidas na nossa população para que no futuro, possamos alcançar uma saúde de excelência para nossa comunidade. Acredito que ainda falta muito para melhora, mas com passo firme vamos atingir nosso compromisso. Também acreditamos que através da participação de todas as equipes da ubc, do apoio da comunidade, da prefeitura e secretaria de saúde é possível modificar a situação e concretizar esse sonho de uma melhor saúde comunitária para o povo brasileiro.



## **2 Análise Estratégica**

### **2.1. Justificativa**

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as doenças crônicas não transmissíveis são atualmente, a principal causa de morbimortalidade no mundo, sendo que no Brasil, as doenças do aparelho circulatório constituem hoje a principal causa de morte. A hipertensão arterial e diabetes mellitus além de serem uns dos principais problemas de saúde no Brasil, eleva o custo médico-social, principalmente pelas complicações que causa, como as doenças cerebrovasculares, arterial coronariana, vascular de extremidades, insuficiência cardíaca e insuficiência renal crônica. No Brasil, os estudos de prevalência de hipertensão arterial são poucos e não representativos, mas mostram alta prevalência. Já a diabetes é outro importante e crescente problema de saúde pública, sua incidência e prevalência estão aumentando no mundo todo, alcançando proporções epidêmicas (OMS, 2014).

A hipertensão arterial e o diabetes mellitus são doenças altamente prevalentes e representam um sério problema de saúde pública, em decorrência das suas complicações crônicas, entre elas, as doenças cardiovasculares. Ambas as patologias constituem a principal causa de morbidade na população brasileira representando, de forma mútua, uma das principais causas de óbitos em todo o país. A hipertensão arterial, além de ser um dos principais problemas de saúde no Brasil, eleva o custo médico-social, principalmente pelas complicações que causa, como as doenças cerebrovasculares, arterial coronariana, vascular de extremidades, insuficiência cardíaca e insuficiência renal crônica, cerca de 90 % dos usuários com acidente vascular encefálico e 40 % das vítimas de infarto do miocárdio apresentam hipertensão associada. A diabetes é outro importante e crescente problema de saúde pública. Sua incidência e prevalência estão aumentando no mundo todo, alcançando proporções elevadas. O diabetes pode atingir as pessoas em todas as

faixas etárias, sem distinção de raça, sexo ou condições socioeconômicas. Na população adulta sua prevalência é de 7,6% com frequência, essas doenças levam a invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para os usuários e sua família (OMS, 2014).

Diante do exposto, pretendemos desenvolver ações que visem qualificar a atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos, pois em nossa UBS, as ações de atenção aos hipertensos e diabéticos estão estruturadas de forma programática, no entanto, ainda não é suficiente, pois temos um registro baixo com relação ao total de população que é atendida na nossa área de abrangência. Com relação à população de hipertensos registrados, apenas 324 dos 1243 estão cadastrados totalizando apenas 26% desta população. Já na população diabéticas, dos 411 usuários, somente cadastramos até o momento 103, correspondendo a 25% algo que devemos melhorar, já que na maioria dos casos podem ser tratados na rede básica. Diante estas informações e que pretendemos trabalhar para elevarmos estes indicadores. Outro ponto ser destacados através dos resultados obtidos pelos indicadores do (CAP) e a posterior Análise Situacional apresentado á coletivo, é que percebemos que as ações qualitativas estão muito aquém do preconizando. Assim esta intervenção será fundamental para melhorar a situação da atenção à saúde deste grupo populacional ao garantir o acompanhamento sistemático dos usuários identificados como portadores desses agravos.

Com isso, esperava-se prevenir complicações da hipertensão e/ou da diabetes, esclarecer sobre os fatores de risco cardiovasculares, alcançando maior adesão dos usuários ao tratamento, valorizando a mudança de comportamento do hipertenso e do diabético, estimulando o autocontrole. Esperava-se também envolver familiares e comunidade no diagnóstico precoce e no apoio ao hipertenso e/ou ao diabético, organizar o atendimento desses, proporcionando um seguimento regular e racionalizar a demanda por consulta médica assistencial.

As dificuldades para a realização deste projeto assim como as limitações estão relacionadas nas características da população de nossa área de abrangência a qual tem áreas de difícil acesso (zonas ribeirinhas e pontes) e o constante movimento da população. Outros problemas estão relacionados à falta de medicamentos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes nas unidades, a falta de recursos materiais necessários para a realização das atividades de promoção e prevenção na comunidade, a não aceitação dos usuários para modificar sua

condição de saúde, pois muitos deles não aceitam suas doenças. Acreditamos que apesar dos problemas identificados, a intervenção proposta auxiliará na qualificação das ações de saúde deste grupo populacional. Sabemos que ainda há muito caminho para andar em relação a estas doenças, mas a nossa equipe está iniciando os primeiros passos.

## **2.2 Objetivos e metas**

Melhorar a atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes mellitus, na UBS Parque das Laranjeiras, Santana-AP.

### **2.2.1 Objetivo geral**

1. Ampliar a cobertura do Programa de Hiperdia.
2. Melhorar a qualidade da atenção dos Hipertensos e Diabéticos na Unidade de Saúde.
3. Melhorar a adesão dos Hipertensos e Diabéticos ao Programa de Hiperdia.
4. Melhorar o registro das informações.
5. Mapear os hipertensos e diabéticos com risco cardiovascular da área de abrangência.
6. Promover a saúde dos Hipertensos e Diabéticos da área de abrangência da Unidade de Saúde.

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

Relativas ao objetivo 1. Ampliar a cobertura do Programa de Hiperdia

Meta 1.1. Cadastrar 100% dos hipertensos e diabéticos 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.

Relativas ao objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção dos Hipertensos e Diabéticos na Unidade de Saúde

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.

Relativas ao objetivo 3. Melhorar a adesão dos Hipertensos e Diabéticos ao Programa de Hiperdia

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.

Relativas ao 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.

Relativas ao objetivo 5. Mapear os hipertensos e diabéticos com risco cardiovascular da área de abrangência

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.

Relativas ao objetivo 6. Promover a saúde dos Hipertensos e Diabéticos da área de abrangência da Unidade de Saúde

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 12 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Parque das Laranjeiras, do município de Santana, estado do Amapá-AP. Conforme orientação do curso houve a necessidade do encurtamento de 16 para 12 semanas para que fosse possível ajustar as defesas e a finalização da Turma 7 ao calendário estabelecido com a Universidade. Nosso trabalho consiste em uma intervenção que vai ser realizada através de estudos, levantamento de dados e desenvolvimento de ações programáticas de assistência, promoção e prevenção à saúde dos hipertensos e

diabéticos da área de abrangência da nossa UBS. O trabalho será realizado com os usuários hipertensos e/ou diabéticos de nossa área que possuem 20 ou mais anos.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

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

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

Monitoramento e avaliação.

**Ação:** monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: Procurar junto com os ACS todos os hipertensos e diabéticos cadastrados na área da abrangência incluindo os usuários diagnosticados até o momento e aqueles que ainda não estão recebendo acompanhamento. Realizar reuniões pactuadas para a entrega dos nomes onde se designará um profissional da equipe para monitorar e avaliar as ações para ampliar a cobertura e todo isto será discutido em reuniões semanais da equipe. Pactuar com os demais profissionais da UBS e aproveitar todos os espaços para captar um maior número de hipertensos e diabéticos como são: na hora de agendar o usuário o de entregar-lhes medicamentos na farmácia, na sala de vacinação, nas consultas de planificação familiar, na consulta para coleta de PCCU e incluso nas consultas dos médicos de outras especialidades (ginecologista, nutricionista) que tem consultas em nossa ubs que não formam parte da ESF.

Organização e gestão do serviço.

**Ação:** garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento: Criar um bom registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados, que permita obter os dados com facilidade através das consultas, visitas domiciliares, ações na área toda a equipe participará do cadastramento dos usuários.

**Ação:** melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

Detalhamento: Ofertando informações claras e corretas, garantir um local com melhores condições assim como reorganizar a agenda de trabalho de modo tal que permita dois dias de consulta para os usuários na semana, um dia de manhã e outro de tarde o qual facilitaria muito o nosso trabalho e permitiria oferecer um melhor acolhimento aos mesmos.

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

Detalhamento: Através do diálogo com a diretora a ubs e secretaria de saúde solicitar estes materiais em condições adequadas e em número suficiente para todas as equipes de saúde assim como de insumos necessários para a intervenção. Neste caso precisamos de fitas para o hemoglicosimetro para realizar teste de glicemia aos diabéticos e de uma balança para pesar os usuários nas visitas domiciliares.

Engajamento público.

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

Detalhamento: aproveitar todos os cenários para informar a nossa comunidade, sobre a existência do programa de atenção a pacientes Diabéticos e Hipertensos, estes momentos podem ser nos horário de maior afluência de usuários a ubs, nas consultas tanto do médico coma dela enfermagem, em as ações de saúde desenvolvidas na área de abrangência, nas visitas domiciliares. Também elaboraremos propagandas que informem de forma bem clara a existência e aplicação do programa na UBS.

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

Detalhamento: Aproveitar todos os cenários possíveis a traves de palestras na sala de espera, visitas domiciliares, ações desenvolvidas na área, na UBS antes do início das consultas e nos horários de maior afluência de público. Além disso, utilizar cartazes com as informações sobre o porquê da importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente. Colocar eles na UBS em lugares de fácil visualização, nas igrejas da comunidade, nas escolas

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

Detalhamento: Utilizar os espaços antes mencionados para afixar cartazes e documentos individuais com as informações descritas de forma didática e de fácil entendimento. Prepararemos aos agentes de saúde para que tenham conhecimentos destes assuntos para assim poder orientar os usuários durante suas atividades com a comunidade.

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

Detalhamento: De igual forma se aproveitarão todos os cenários possíveis como consultas médicas ou de enfermagem, nas visitas domiciliares para orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes, assim como preparar aos agentes de saúde para que possam transmitir estas informações através dos meios de comunicação ou utilizar cartazes com as informações precisas escritas em forma acessível a todos e colocar eles nas áreas de maior afluência de público na comunidade e na UBS.

Qualificação da prática clínica.

**Ação:** Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

Detalhamento: Capacitaremos e treinaremos aos agentes de saúde para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda a área de abrangência. Facilitar os protocolos do Ministério de Saúde que permita um melhor entendimento da necessidade de aumentar a cobertura dos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. As capacitações serão feitas na UBS nos horários da tarde, nas duas semanas iniciais da intervenção.

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

Detalhamento: Capacitar à equipe da unidade para uma correta verificação de pressão arterial explicando bem as técnicas a seguir para evitar erros no proceder, baseados nos protocolos atualizados de Hipertensão Arterial Sistêmica.

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

Detalhamento: Ensinar e treinar os mesmos sobre a realização de Hemoglicotestes em adultos com PA sustentada maior de 135/80 supervisionando a realização da mesma. Para isso serão utilizados material de apoio que permitam um



melhor entendimento dos conteúdos. De igual forma as capacitações serão realizadas nos horários da tarde na UBS as duas primeiras semanas da intervenção

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

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

Monitoramento e avaliação.

**Ação:** Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos seguindo como protocolo o Caderno de Atenção Básica: Hipertensão Arterial Sistêmica e o Caderno de Atenção Básica: Diabetes Mellitus, os dois do ano 2013, do Ministério da Saúde do Brasil.

Detalhamento: Monitorar a realização de exame clínico apropriado nos hipertensos. Designar um integrante da equipe para o monitoramento da realização do exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos. Nas reuniões da equipe o responsável apresentará um relatório sobre o monitoramento, se discutiram as dificuldades encontradas e se criaram soluções para resolvê-las.

**Ação:** Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos diabéticos seguindo como protocolo o Caderno de Atenção Básica: Hipertensão Arterial Sistêmica e o Caderno de Atenção Básica: Diabetes Mellitus, os dois do ano 2013, do Ministério da Saúde do Brasil.

Detalhamento: Monitorar a realização de exame clínico apropriado nos diabéticos. Designar um integrante da equipe para o monitoramento da realização do exame clínico apropriado dos pacientes diabéticos. Nas reuniões da equipe o responsável apresentará um relatório sobre o monitoramento, se discutiram as dificuldades encontradas e se criaram soluções para resolvê-las.

Organização e gestão do serviço.

**Ação:** Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos seguindo como protocolo os Cadernos de Atenção Básica: Hipertensão Arterial Sistêmica e o Caderno de Atenção Básica: Diabetes Mellitus, os dois do ano 2013, do Ministério da Saúde do Brasil.

Detalhamento: Na primeira reunião da equipe para iniciar a intervenção vai ser definidas as atribuições de cada profissional da equipe na realização do exame clínico dos hipertensos segundo os protocolos.

**Ação:** Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes diabéticos.

Detalhamento: Na primeira reunião da equipe para iniciar a intervenção vamos definir as atribuições de cada profissional da equipe na realização do exame clínico dos diabéticos segundo os protocolos.

**Ação:** Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Detalhamento: Nas duas semanas iniciais da intervenção vão ser feitas as capacitações dos profissionais que participarão na intervenção segundo os protocolos adotados pela unidade de saúde.

**Ação:** Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: As capacitações vão ser feitas com uma periodicidade semanal nas duas primeiras semanas, mas se é preciso podem ser estendidas a mais duas semanas.

**Ação:** Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: Pactuar com o gestor da UBS e gestores municipais para garantir a impressão dos protocolos atualizados.

Engajamento público.

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

Detalhamento: Aproveitar todos os cenários possíveis para fazer palestras sobre estes temas, além disso, utilizar cartazes e documentos explicando os conteúdos de forma didática para garantir um entendimento fácil e colocar eles nos lugares de maior fluxo de público.

Qualificação da prática clínica

**Ação:** Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Nas duas primeiras semanas da intervenção serão feitas as capacitações da equipe sobre como realizar o exame clínico apropriado dos hipertensos e diabéticos, além disso, sempre estaremos dispostos a esclarecer dúvidas se for preciso.

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

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

#### Monitoramento e avaliação

**Ação:** Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Detalhamento: Para isso se designará um responsável pelo monitoramento da ação o qual tem que levar às reuniões da equipe, um relatório com os resultados, para serem discutidos.

**Ação:** Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: Da mesma forma será designado um responsável que neste caso vai ser a enfermeira da equipe para monitorar se os exames laboratoriais são solicitados na periodicidade estabelecida e os resultados vão ser discutidos nas reuniões da equipe.

#### Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Em todas as consultas de captação e nas consultas subsequentes dos hipertensos e diabéticos vão ser solicitados os exames complementares segundo os protocolos.

**Ação:** Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Detalhamento: Será pactuado através do gestor da unidade, com a secretaria de saúde do município, para garantir a agilidade da realização dos exames complementares, dos usuários, já que em serviço contamos com laboratórios. Para isso será programada uma reunião onde participem todos os gestores e os integrantes da equipe.

**Ação:** Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados.

Detalhamento: Nos arquivos criados para organizar os prontuários dos usuários vão se colocar separadores de cores para estabelecer alertas em quanto ao atraso de exames complementares preconizados.

#### Engajamento público

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

Detalhamento: Em todos os cenários possíveis como consultas, visitas domiciliares, nas ações feitas nas igrejas e escolas, nas palestras feitas na UBS, serão orientados os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

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

Detalhamento: Em todos os cenários possíveis como consultas, visitas domiciliares, nas ações feitas nas igrejas e escolas, nas palestras feitas na UBS, serão orientadas os pacientes e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados os exames complementares.

#### Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Treinar a equipe segundo os protocolos adotados na UBS para solicitação de exames complementares nas primeiras semanas da intervenção e em cada reunião da equipe serão atualizados estes temas e esclarecidas as dúvidas.

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

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

#### Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Será designado um responsável da equipe para monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e em cada reunião da equipe vai trazer um resumo das dificuldades achadas na monitorização as quais vão ser discutidas e no possível, solucionadas.

#### Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Para realizar dita ação, trabalharemos em conjunto com a responsável da farmácia da UBS para juntos poder revisar periodicamente o estoque dos medicamentos usados no programa de Hiperdia, solicitando eles, segundo a quantidade dos usuários, os medicamentos que usam e as doses, os quais será recolhido em um registro com todos os dados fazendo um estudo de consumo de os mesmos.

**Ação:** Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: Em conjunto com o responsável de farmácia da UBS será mantido o registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde segundo o estudo de consumo.

#### Engajamento público

**Ação:** Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: Em todos os cenários antes mencionados, principalmente nas consultas, visitas domiciliares e palestras será explicada aos usuários a possibilidade de obter os medicamentos na farmácia da UBS, nas farmácias populares e nas farmácias pague menos.

#### Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Em todas as reuniões da equipe serão abordados temas de atualização do tratamento da Hipertensão utilizando os protocolos atualizados.

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

Detalhamento: A equipe será capacitada nas primeiras semanas da intervenção sobre as possibilidades de orientar aos usuários para obter os medicamentos principalmente na farmácia da UBS, nas farmácias populares do município que tem convenio com o Governo Federal, para garantir os medicamentos do programa de Hiperdia de forma gratuita.

Meta 2.78: 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

**Ação:** Monitorar os usuários hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Em todas as consultas feitas aos usuários hipertensos vai ser avaliada a necessidade de atendimento odontológico. Um responsável da equipe vai monitorizar o cumprimento da ação com uma periodicidade semanal.

**Ação:** Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Em todas as consultas feitas aos usuários diabéticos vai ser avaliada a necessidade de atendimento odontológico. Um responsável da equipe vai monitorizar o cumprimento da ação com uma periodicidade semanal.

#### Organização e gestão do serviço

**Ação:** Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Em todas as consultas vai se disponibilizado o tempo para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

**Ação:** Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: Será pactuado com o gestor da UBS, a necessidade de organizar uma agenda com da equipe de saúde bucal da UBS mais próxima a nosso posto, para realizar essa avaliação a todos os usuários e se possível, organizar o atendimento daqueles que precisem, dando prioridade aos mais afetados.

#### Engajamento público

**Ação:** Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Realizar palestras na comunidade e na UBS com a participação da equipe de saúde bucal de outro UBS sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

#### Qualificação da prática clínica

**Ação:** Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.

Detalhamento: Realizar uma capacitação com a ajuda do odontólogo da UBS mais próxima a nossa aos integrantes da equipe sobre avaliação da

necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos utilizando os protocolos atualizando e entregando documentos com as informações precisas a cada membro da equipe.

**Ação:** Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

Detalhamento: Realizar uma capacitação com a ajuda do odontólogo da UBS mais próxima a nossa UBS aos integrantes da equipe sobre avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos utilizando os protocolos atualizando e entregando documentos com as informações precisas a cada membro da equipe.

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos diabéticos e hipertensos cadastrados na UBS às consultas segundo periodicidade estabelecida no 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 e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Um integrante da equipe vai ser designado responsável de monitorar o cumprimento desta ação com uma frequência semanal. O cumprimento da periodicidade das consultas, segundo os protocolos de ministério de saúde, será monitorado nas reuniões da equipe efetuadas semanalmente onde serão entregues os nomes dos faltosos a consulta e se realizará a visita aos mesmos.

Organização e gestão do serviço

**Ação:** Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

Detalhamento: Neste caso os ACS com apoio dos demais integrantes da equipe realizaram as visitas para procurar os hipertensos e diabéticos faltosos a consulta e tentar convencer eles da importância da realização das mesmas com a periodicidade estabelecida.

**Ação:** Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Na agenda de trabalho teremos um horário priorizado cada dia para realizar a o atendimento dos hipertensos e diabéticos procurados nas visitas domiciliares.

Engajamento público

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

Detalhamento: Realizar palestras nas igrejas, escolas e na UBS e colocar cartazes nos lugares de maior fluxo de público e providenciar panfletos com a importância de realização de consultas.

**Ação:** Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Ao finalizar todas as palestras serão ouvidos os participantes da comunidade sobre ideias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes

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

Detalhamento: Aproveitar as visitas domiciliares, as consultas, as palestras para esclareces este tema, além disso, colocar as informações em cartazes de forma didática para garantir que todos entendam a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Qualificação da prática clínica

**Ação:** Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: Nas capacitações aos integrantes da equipe nas primeiras semanas da intervenção realizaremos cursos, baseados nos protocolos utilizados, para treinar os ACS de como podem orientar melhor os usuários. Criaremos modelos de fácil entendimento para orientar melhor e de forma mais precisa aos usuários. Para isso nos apoiaremos nos manuais do Ministério de Saúde.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

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



#### Monitoramento e avaliação

**Ação:** Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde

Detalhamento: As fichas de acompanhamento dos hipertensos e diabéticos serão monitorizadas semanalmente. Serão designados profissionais responsáveis pelo preenchimento dos registros. Nas reuniões da equipe semanalmente serão avaliadas com rigor a qualidade dos mesmos.

#### Organização e gestão do serviço

**Ação:** Manter dados do SIAB atualizados.

Detalhamento: Este sistema será atualizado com uma frequência semanal pela enfermeira e o médico da equipe

**Ação:** Implantar a ficha de acompanhamento para todos os pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados.

Detalhamento: Todos os hipertensos e diabéticos terão a ficha de acompanhamento com todos os dados preenchidos na mesma, esta serão fornecidas com a ajuda do gestor da unidade (diretora).

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

Detalhamento: Neste caso será designado um integrante da equipe que vai ser o responsável por o registro das informações.

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

Detalhamento: O médico da equipe vai ser o responsável do monitoramento dos registros e em cada reunião da equipe vai trazer os problemas apresentados no transcurso da intervenção.

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

Detalhamento: Os registros vão ter separadores de cores para identificar situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

#### Engajamento público

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

Detalhamento: Isto será feito nas ações de saúde na comunidade, nas igrejas e na escola. Além disso, ensinar aos usuários seus direitos de acesso a segundas vias se necessário e facilitar as mesmas segundo os protocolos estabelecidos.

Qualificação da prática clínica

**Ação:** Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário no acompanhamento dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Para isso utilizaremos os vídeos Fornecidos pelo Ministério de Saúde sobre a forma correta de preenchimento dos registros.

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

Detalhamento: De igual forma usaremos os vídeos e manuais do Ministério de Saúde como material de apoio para explicar melhor os conteúdos.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde 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

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

Detalhamento: A equipe toda ficara em função de monitorar a realização da estratificação de risco a todos os usuários, tanto nas consultas como nas visitas domiciliares. Em cada reunião da equipe se levaram os nomes dos pacientes aos quais é realizada a mesma e serão discutidos aqueles que ainda não tem feita a estratificação de risco e planejar as possíveis soluções do problema.

Organização e gestão do serviço

**Ação:** Priorizar o atendimento dos hipertensos e diabéticos avaliados como de alto risco cardiovascular.

Detalhamento: Uma vez que o usuário é avaliado de alto risco cardiovascular o atendimento vai ser feito no mesmo dia.

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

Detalhamento: Serão criados espaços para consultas dos pacientes avaliados de alto risco. Estes usuários precisam de um olhar diferente, de uma consulta mais profunda, por enquanto temos que agendar mais tempo para eles. Facilitaremos o encaminhamento ao nível secundário cumprindo com os fluxogramas estabelecidos.

Engajamento público

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

Detalhamento: Temos que aproveitar todos os espaços para orientar corretamente a os usuários portadores de HSA e DM, a seus familiares e a comunidade toda. Principalmente nas visitas domiciliares, nas ações feitas na comunidade, nas atividades com grupos de hipertensos e diabéticos onde explicaremos quais são os riscos, como vai ser seu acompanhamento de agora em diante.

**Ação:** Esclarecer os hipertensos e diabéticos e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: Nos cenários antes mencionados explicar como poder intervir e modificar algum os fatores como os hábitos alimentares, a atividade física, o uso de hábitos tóxicos. Além disso, entregaremos panfletos com estas informações.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Realizaremos atividades educativas utilizando vídeos e matérias baseados nos protocolos do Ministério de Saúde. Realizaremos atualizações dos temas durante todo o transcurso do projeto.

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

Detalhamento: Realizaremos atividades educativas utilizando vídeos e matérias baseados nos protocolos do Ministério de Saúde. Realizaremos atualizações dos temas durante todo o transcurso do projeto.

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

Detalhamento: Realizaremos atividades educativas utilizando vídeos e matérias baseados nos protocolos do Ministério de Saúde. Realizaremos atualizações dos temas durante todo o transcurso do projeto.

Objetivo 6. Promover saúde nos pacientes hipertensos e diabéticos.

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

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

Monitoramento e avaliação

**Ação:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Constantemente será monitorada a realização de orientação nutricional para estes usuários. Além disso, serão monitorados aqueles que ainda não tem sido avaliado por o nutricionista do NASF. Em todas as reuniões da equipe serão avaliados os resultados do monitoramento.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Realizaremos atividades grupais com grupos de hipertensos e diabéticos em parceria com o nutricionista do NASF.

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

Detalhamento: Será solicitado ao gestor da UBS a participação de nutricionistas nestas atividades.

Engajamento público

**Ação:** Orientar hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: Em todos os cenários possíveis serão dadas orientações sobre os temas, principalmente nas atividades grupais em parceria com o NASF. Entregar-se-ão panfletos com as informações de forma didática e fácil de entender.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Nas capacitações planejadas para as primeiras semanas da intervenção, vamos dar aulas sobre práticas de alimentação saudável onde utilizaremos manuais e protocolos estabelecidos.

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

Detalhamento: Para isto a enfermeira vai ser a encarregada de fornecer matérias sobre metodologia de educação em saúde e vão ser entregues no transcurso das capacitações.

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

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

#### Monitoramento e avaliação

**Ação:** Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Constantemente será monitorada a realização de orientação para atividade física regular para estes usuários. Em todas as reuniões da equipe serão avaliados os resultados do monitoramento.

#### Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Serão organizadas atividades com os grupos de hipertensos e diabéticos sobre atividade física regular.

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

Detalhamento: Será solicitada ao gestor da UBS a participação de educadores físicos, principalmente os integrantes do NASF.

#### Engajamento público

**Ação:** Orientar hipertensos e diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento: Em todos os cenários possíveis como consultas, visitas domiciliares, ações feitas na comunidade orientar hipertensos e diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, além disso

colocar cartazes com as informações precisas nos lugares de maior afluência de público.

#### Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Nas capacitações planejadas para as primeiras semanas da intervenção vão se dar aulas sobre promoção da prática de atividade física regular onde utilizaremos manuais e protocolos estabelecidos tentaremos criar grupos de hipertensos e diabéticos os quais podam realizar atividades físicas a menos dois vezes por semana.

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

Detalhamento: Em parceria com o gestor da unidade se solicitaram, à secretaria de saúde, cursos para os ACS e técnicos de enfermagem sobre educação em saúde.

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

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

#### Monitoramento e avaliação

**Ação:** Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Constantemente será monitorada a realização de orientação sobre risco de tabagismo para estes usuários. Em todas as reuniões da equipe serão avaliados os resultados do monitoramento.

#### Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Solicitar numa reunião ao gestor da UBS e gestores municipais a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

#### Engajamento público

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

Detalhamento: Nas palestras realizadas na comunidade e na UBS e em todos os contatos com os hipertensos e diabéticos orientar sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Nas capacitações realizadas as primeiras semanas da intervenção, vamos dar aulas sobre o tratamento de pacientes tabagistas, além disso vão ser solicitados cursos de treinamento sobre este e outros temas à Secretaria de Saúde do município.

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

Detalhamento: A Licenciada em enfermagem fará capacitação da equipe sobre metodologia da educação em saúde na primeira semana da intervenção.

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

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

Monitoramento e avaliação

**Ação:** Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos.

Detalhamento: Constantemente será monitorada a realização de orientação sobre higiene bucal para estes usuários. Em todas as reuniões da equipe serão avaliados os resultados do monitoramento.

Organização e gestão do serviço

**Ação:** Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual sobre higiene bucal.

Detalhamento: Vamos organizar a agenda de modo tal que exista uma margem de tempo disponível para garantir orientações em nível individual sobre higiene bucal.

Engajamento público

**Ação:** Orientar os hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: Nas palestras realizadas na comunidade e na UBS e em todos os contatos com os hipertensos e diabéticos e seus familiares orientá-los sobre a importância da higiene bucal. Apoiaremos também na utilização de cartazes e

panfletos com as informações precisas. Solicitar sempre a ajuda do odontólogo da UBS.

Qualificação da prática clínica

**Ação:** Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal a hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Realizar aulas à equipe nos espaços das capacitações, com a ajuda da equipe de higiene bucal, sobre como oferecer orientações de higiene bucal a hipertensos e diabéticos.

### **2.3.2 Indicadores**

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

Meta 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. 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. 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. 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. 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. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

Meta 2.5. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 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. 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. 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. 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. 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. 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. 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. 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. 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. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3. 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. 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.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 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. 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. 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. 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

Para realizar a intervenção na ação programática de atenção a pessoas hipertensas e diabéticas na UBS Elesbão, a equipe vai adotar como Protocolo os Cadernos de Atenção Básica nº 36 Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus e nº 37 Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica publicado pelo Ministério da Saúde. (BRASIL, 2013; BRASIL, 2013). Também utilizaremos a ficha de cadastro de Hipertensos e/ou Diabéticos – Hiperdía e a ficha espelho fornecida pela UFPEL, que contém informações sobre sinais vitais, tratamento, resultado de exames, dentre outras informações que permitem o acompanhamento dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos durante as consultas, assim como os prontuários dos hipertensos e diabéticos disponíveis em nossa unidade básica e o livro de controle dos agentes comunitários de saúde Faremos contato com o gestor da UBS e gestor municipal para dispor cópias dos manuais técnicos e das fichas espelhos. Para o acompanhamento semanal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados já que necessitamos garantir um trabalho de boa qualidade para nossa intervenção.

As ações que serão monitoradas durante a intervenção são: o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no programa de Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da UBS, a realização de exame clínico apropriado aos hipertensos e diabéticos, o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com os protocolos adotados na UBS, o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo à periodicidade estabelecida, o acesso aos medicamentos da farmácia Popular pelos hipertensos e diabéticos. Monitoraremos ainda as consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o odontólogo, o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo, a qualidade dos registros dos hipertensos e diabéticos acompanhados na UBS, o número de hipertensos e diabéticos com a realização de pelo menos uma verificação de estratificação de risco por ano, a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos, a realização de orientação sobre atividade física, sobre risco de tabagismo, sobre higiene bucal e cuidados com a saúde bucal aos hipertensos e diabéticos

No que tange ao monitoramento e avaliação das ações a serem realizadas, os agentes de saúde de minha equipe vão realizar o cadastramento dos hipertensos e diabéticos de nossa comunidade para conhecer a quantidade pessoas com hipertensão e diabetes. Para organizar o registro específico do programa a enfermeira revisará o livro de registros identificando os hipertensos e diabéticos que vieram a consulta nos últimos três meses. A profissional localizará o prontuário destes pacientes e transcreverá todas as informações disponíveis para a ficha espelho. Então realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas atrasadas, exames laboratoriais atrasados, exame clínico em atraso

O médico e enfermagem realizara o monitoramento das ações descritas acima manteremos os arquivos específicos para usuários cadastrados no programa de Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Também seremos responsáveis de como vai o cadastro e de a verificarão durante as consultas e visitas domiciliares, quais os usuários que realizaram os exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde controlaremos o registro da existência dos medicamentos para os hipertensos e diabéticos controlados na UBS mensalmente na farmácia para conhecer a disponibilidade de medicamentos que podem ser oferecidos a os hipertensos e diabéticos da nossa área.

Em cada consulta realizada agendaremos uma consulta dos usuários que necessitam atendimento odontológico, em um registro da unidade específica para este serviço. O médico e a enfermeira realizarão exame bucal aos hipertensos e diabéticos nas visitas e consultas feitas na UBS e na comunidade. Os ACS pesquisarão na comunidade os hipertensos e diabéticos com necessidades de atendimento odontológico nas visitas diárias que realizam na comunidade. Os ACS e a técnica de enfermagem pesquisarão mediante perguntas e revisão dos prontuários, a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos a UBS e na comunidade para monitorar esta ação.

Entretanto semanalmente a enfermeira fará a revisão das planilhas-espelho e planilhas complementares com o objetivo de identificar os faltosos e providenciar a busca ativa desses usuários. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) farão busca

ativa dos hipertensos e diabéticos em atraso. Ao final de cada mês os dados coletados nas fichas-espelho serão consolidados na planilha eletrônica.

O médico e a enfermeira monitorarão a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde semanalmente, para garantir que os atendimentos realizados nas consultas e visitas domiciliares tenham boa qualidade. O médico também ficará responsável por monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, durante às consultas.

Encaminharemos os usuários que necessitam de orientação nutricional para nutricionista do NASF. Isto será feito pela enfermeira e pela médica em cada consulta médica e de enfermagem.

A enfermeira solicitará a contribuição do educador físico de nossa unidade aos grupos formados nas comunidades nos dias de ações de saúde para debater sobre a importância de atividade física nesta doença. Revisaremos os prontuários para ver se constam as orientações sobre tabagismo, pois o mesmo é um dos fatores de risco mais importantes de esta doença.

Na parte da organização e gestão do serviço, o médico de forma quinzenal utilizará o livro registro de hipertensos e diabéticos na reunião da equipe para manter atualizados os registros de hipertensos e diabéticos de nossa unidade. Procurará com a enfermeira e os agentes comunitários de saúde o registro atualizado de hipertensos e diabéticos da nossa área de abrangência. Através das visitas domiciliares, toda a equipe participará do cadastramento dos usuários.

Na UBS tentaremos garantir um local adequado para realizar o acolhimento. Para viabilizar o acolhimento dos pacientes hipertensos e diabéticos o mesmo será feito pela técnica de enfermagem, ela mesma vai realizar a triagem dos pacientes: peso, altura, verificação de pressão arterial e verificação da glicemia aos diabéticos. Para que esta ação ocorra tranquilamente, a equipe vai precisar de mais um aparelho de glicemia com fitas suficientes. Toda a segunda-feira estarei me reunindo com a técnica de enfermagem e recepcionista para ver como está sendo o acolhimento. Através do diálogo com o gestor, solicitaremos o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial e do hemoglicoteste para que tenhamos estes materiais em condições adequadas e em número suficiente. Nossa equipe solicitará a diretora de UBS uma agenda para atualização dos profissionais e a versão atualizada do protocolo impresso na unidade de saúde e dialogaremos com

o gestor para a compra dos medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

O médico e a enfermeira realizarão a solicitação dos exames complementares através da solicitação destes nas consultas, explicando a importância dos mesmos. O médico explorará a sensibilidade dos pés em cada consulta realizada. Para estabelecer sistemas de alerta dos exames complementares preconizados, o médico e enfermeira revisarão os registros de exames uma vez por semana. Dialogaremos com o gestor do município para agilizar a realização dos exames complementares definidos no protocolo, assim como aumentar o número de vaga, isto será responsabilidade de toda a equipe. Os agentes informarão toda a população através palestras, a importância da realização de exames complementares.

A enfermeira revisará a validade dos medicamentos controlando semanalmente e atualizando ao registro das necessidades dos medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde para garantir a indicação dos medicamentos existentes na UBS.

Programaremos com a equipe volante para garantir avaliação odontológica dos usuários todas segunda ferias supervisionado pela técnica da equipe. A enfermeira vai solicitar o número de vagas que permita o atendimento os hipertensos e diabéticos no serviço de odontologia mensalmente, para garantir a saúde bucal dos hipertensos e diabéticos da UBS.

A enfermeira e o médico implementarão um registro que permita manter as informações do SIAB atualizadas, definindo com a equipe o registro das informações nas reuniões semanais feitas na UBS, onde participarão toda a equipe de saúde para, garantir a qualidade dos registros dos hipertensos e diabéticos. Também realizarão as consultas com um tempo de duração que permita garantir orientações individuais, seja na UBS ou na comunidade, cumprimentando a periodicidade estabelecida pelos protocolos do ministério de saúde.

A técnica de enfermagem priorizará a os hipertensos e diabéticos identificados como de alto risco no agendamento das consultas semanalmente e os mesmos provenientes das ações de recuperação de faltosos na comunidade para aumentar o controle deste grupo de doentes. Também priorizará na agenda, os usuários provenientes da busca domiciliar na marcação da consulta semanalmente na UBS para melhorar o controle dos diabéticos e hipertensos.



A enfermagem contatará com a nutricionista do NASF para participar nas atividades da comunidade, onde informará a população sobre a importância da alimentação saudável, através de palestras. Também informaremos nas comunidades, grupos onde o educador físico junto com a equipe, orientará sobre atividades físicas nas ações de saúde já agendadas pela enfermagem.

Com respeito ao engajamento público pretendemos elaborar propagandas que informem de forma bem clara a existência e aplicação do programa na UBS. Também dialogaremos com os mesmos durante as visitas domiciliares e consultas. Informaremos a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente através de palestras, visitas domiciliares, ações de saúde por parte de todo a equipe de saúde.

Prepararemos os agentes de saúde para que tenham conhecimentos sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, para assim poder orientar os usuários durante as suas atividades com a comunidade. O médico a enfermeira e os agentes de saúde orientarão os hipertensos e diabéticos quanto à necessidade de realização de exames complementares e em quanto à periodicidade com que devem ser realizados e os mesmos através de palestras, nas consultas médicas, visitas domiciliares feitas na UBS e comunidade semanalmente.

O médico ensinará a equipe a utilizar corretamente o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares nas reuniões feitas na UBS quinzenalmente. A equipe de saúde orientará e entregará um cartão aos hipertensos e diabéticos através das consultas, visitas domiciliares, ações de saúde, palestra feitas na UBS o na comunidade semanalmente para aumentar o controle de sua doença. Serão ofertadas orientações de saúde bucal durante as consultas, nas salas de espera, por meios de palestras, visitas domiciliares, ações de saúde por todos os integrantes de equipe.

A equipe realizará capacitação aos hipertensos e diabéticos sobre a importância de realização das consultas, a periodicidade preconizada para a realização das mesmas mediante palestras, visitas domiciliares, ações de saúde feitas semanalmente na UBS, comunidade e os agentes de saúde ouvirão as

opiniões da comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabéticos. A equipe de saúde vai incluir nas palestras e atividades de promoção e prevenção de saúde, feitas na unidade na comunidade semanalmente, assuntos sobre o direito do usuário em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via se necessário.

O médico e a enfermeira orientarão os hipertensos e diabéticos quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular, bem como à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis nas consultas e visitas feitas na UBS e na comunidade semanalmente. Também orientarão os hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável. Realizaremos esta ação aproveitando quando estes vêm nas consultas com seus familiares e nas visitas domiciliares por ser um dos pilares mais importantes em os pacientes diabéticos e hipertensos.

A equipe ofertará orientações a hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular nas visitas domiciliares, ações de saúde e palestras para melhorar o estado físico dos mesmos, e também sobre a importância da higiene bucal através das palestras, consultas e visitas domiciliares realizadas semanalmente na UBS e na comunidade.

Com relação à qualificação da prática clínica, treinaremos aos ACS para o cadastramento de pacientes hipertensos e diabéticos de toda a área de abrangência. Facilitaremos os protocolos do Ministério de Saúde que permita um melhor entendimento da necessidade de aumentar a cobertura dos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, capacitaremos à equipe da unidade para uma correta verificação de pressão arterial explicando bem as técnicas a seguir para evitar erros no proceder. Ensinaremos os ACS para realizar o hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmhg, supervisionando a realização da mesma, nas duas primeiras semanas da intervenção serão feitas as capacitações da equipe sobre como realizar o exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e diabéticos, em todas as reuniões da equipe serão abordados temas de atualização do tratamento da Hipertensão utilizando os protocolos atualizados ,também serão realizadas capacitações, por parte da odontologia, para toda a equipe de saúde, enfatizando as ações preventivas .

Para realizar estas ações o médico, a enfermeira, técnicas de enfermagem e agentes comunitários de saúde orientarão nas visitas domiciliares, consultas e palestras realizadas na UBS, sobre a necessidade e a periodicidade com que devem ser feitos estes exames utilizando para isso os protocolos do HAS/DM fornecidos pelo ministério de saúde para lograr melhorara a quantidade de diabéticos e hipertensos com exames ao dia.

A enfermeira capacitará a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia nas reuniões semanais realizadas na UBS. A equipe de saúde vai incluir nas palestras e atividades de promoção e prevenção de saúde feitas na unidade na comunidade o tema da importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos semanalmente.

O médico e a enfermeira capacitarão a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em as consultas através de capacitações entre os profissionais realizados mensalmente na UBS. Além disto, capacitarão sobre práticas de alimentação saudável em conjunto com a nutricionista. Isso será feito nas ações de saúde, em palestras sobre medicina preventiva. Realizaremos palestras aos familiares dos hipertensos e diabéticos para que ajudem na elaboração da dieta destes. Pretendemos ainda capacitar a equipe da UBS sobre a promoção da prática de atividade física regular e sobre metodologias de educação em saúde. Obteremos isto através de intercâmbios de experiências, fazemos palestras, nas reuniões da equipe para que os mesmos colaborem com a saúde da comunidade. Outra capacitação a ser realizada é sobre o tratamento de usuários tabagistas, com o propósito de transmitir aos mesmos e a toda a comunidade, os malefícios do tabagismo e do programa para abandonar o mesmo.

Ainda, a enfermeira e o médico realizarão a capacitação da equipe da unidade, oferecendo orientações de higiene bucal nas reuniões de equipes que se realizarão quinzenalmente na UBS. Já o médico capacitará a equipe para realizar a estratificação de risco segundo o score de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, assim como da importância do registro desta avaliação na reunião quinzenal da equipe realizada na UBS. Também o Programa será divulgado por meio de panfletos, entregues nas consultas e visitas domiciliares pôr os ACS, e murais colocados em lugares de maior circulação de pessoas. A médica, em parceria com

instituições sociais, será a responsável por elaborar o material com informações detalhadas de forma didática e fácil entendimento







### **3 Relatório da Intervenção**

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

A maioria das ações previstas no projeto foi desenvolvida sem grandes problemas, e as metas definidas para elas foram alcançadas. Realizamos um ótimo acolhimento e cadastramento dos hipertensos e diabéticos, sendo desenvolvido por todas as equipes. Também todos realizaram a revisão dos prontuários, as realizações da busca ativa foram feitas para todos aqueles que se encontravam faltosos às consultas, o atendimento clínico a todos os hipertensos e diabéticos tanto nas UBS quanto naqueles acamados e com problemas de locomoção e a realização das orientações para melhorar a qualidade de vida destes usuários. Todas as equipes de saúde trabalharam muito para ofertar uma assistência de qualidade frente às ações previstas no protocolo, estas atividades foram realizadas semanalmente.

Conseguimos também definir as atribuições de cada profissional de saúde onde a mesma foi levada com muito êxito. Garantimos a solicitação de exames para todos os usuários desta intervenção, no entanto nas últimas semanas (a partir de sétima semana de intervenção), não foi possível realizar o mesmo pela suspensão deste exame devido à falta de materiais para a coleta. Trabalhamos com todos os hipertensos e diabéticos acamados ou com problemas de locomoção que foram detectados na nossa área até o momento, mediante visitas domiciliares. A equipe realizou busca ativa dos usuários faltosos as consultas, realizamos as orientações nutricionais, de higiene bucal, a importância da prática de atividades físicas de maneira regular, a solicitação dos exames complementares, orientações sobre a necessidade do uso contínuo das medicações para evitar complicações maiores e a importância de assistir a consulta segundo o programa de atenção de doenças crônicas.



Tivemos um adequado preenchimento das fichas espelho registrando nossos usuários. No entanto, as fichas foram impressas por conta dos profissionais e saúde, pois a secretaria de saúde não disponibilizou estas alegando falta de recursos materiais.

O acolhimento, mapeamento do risco, promoção à saúde, orientações sobre a importância do seguimento no tratamento, as importâncias de fazer os exames laboratoriais necessários assim como a necessidade de atenção odontológica foram também cumpridas desde o início da intervenção até o final da mesma.

Manter a proporção de hipertensos e diabéticos com ficha de acompanhamento/espelho em dia foi uma ação desenvolvida de uma maneira ótima pela nossa equipe de saúde, pois esta integrou os ACS neste processo, já que eles ficaram com as fichas espelhos e preencherem a parte dos dados iniciais dos usuários em todas minhas consultas. Depois estas folhas foram anexadas aos prontuários. Nós monitoramos a qualidade dos registros que foram preenchidos pelo médico no momento da consulta, sempre orientando aos usuários sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário para um correto seguimento e avaliação deles. Os demais parâmetros foram preenchidos por mim no momento da consulta, mais tarde em casa, (já que em o posto não tem as condições primeiramente não tem computador muito menos internet) onde todos os dados eram introduzidos na planilha de coleta de dados e logo enviados à especialização. A dificuldade maior estava no envio desta planilha, pela instabilidade e muitas vezes ausência do sinal da internet.

Para realizar com êxito todas estas ações descritas, iniciamos nosso trabalho capacitando as equipes de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde para o atendimento integral a hipertensos e diabéticos, definindo as atribuições de cada profissional na intervenção. Todos os agentes de saúde foram entregando semanalmente, os dados do cadastramento da população atualizados e todas as quintas-feiras de tarde, a equipe realizou encontros na unidade de saúde para conhecer os resultados de cada semana, bem como as facilidades e as dificuldades encontradas na intervenção e entre todos buscar possíveis soluções. Algumas delas não se encontravam em nossas mãos (por exemplo, as dificuldades com as coletas de exames, o déficit de medicamento, inexistência de odontólogo). No entanto, outras conseguimos providenciar, como as fichas espelhos em sua totalidade, por

nossa conta, já que na secretaria de saúde, ninguém fez esforço algum para disponibilizar as mesmas, mesmo após dialogarmos com eles várias vezes.

Também durante essas reuniões semanais, planejamos as visitas domiciliares aos usuários faltosos a consultas para serem realizadas todas as terças-feiras de manhã (das 07h30min a 09h30min) junto com o técnico de enfermagem e os ACS. Realizávamos a revisão dos registros de HIPERDIA e prontuários da população a se visitar, segundo o ACS, onde este ficava encarregado de preencher a ficha espelho e a planilha de coleta de dados dos usuários avaliados.

Acreditamos que atualmente existe boa adesão destes usuários, pois percebemos algumas mudanças no estilo de vida, onde houve um aumento do número de consultas, da realização do exame clínico e dos exames laboratoriais, mesmo com as dificuldades apresentadas nas últimas semanas com a coleta de exame. Os usuários estão tomando conhecimento de que esta intervenção é uma ação para o benefício deles, para melhorar a qualidade de vida destes.

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

Também tivemos ações previstas no projeto para serem desenvolvidas nestas 12 semanas que não foram realizadas, o que é muito lamentável, pois sabemos que interferem diretamente na qualidade assistencial dos nossos usuários. Uma delas é que deixaram de coletar as amostras de exames por falta de materiais, como reativos para fazer exames, seringas, agulhas, gazes e algodão. Continuamos sem o atendimento odontológico o qual está estagnado, já que não existe o especialista na unidade há quase um ano este problema foi percebido desde o início de o projeto da intervenção. Assim, apenas uma pequena fração da população conseguiu atendimento odontológico em outras UBS, já que todo o município de Santana é carente de atendimento odontológico. Neste momento a secretaria de saúde não tem previsão para chegada do material odontológico e do atendimento odontológico para nossos usuários. Continuamos lutando para obtê-los. No entanto, nós orientamos a todos os usuários sobre a importância da escovação diária quatro vezes ao dia.

Outra interferência detectada é que durante as visitas realizadas a farmácias, constatamos a falta de medicação para estas doenças crônicas e que

infelizmente, não tem previsão de ser normalizado, devido que nosso município se encontra sem o gestor de saúde (em o momento de realização do nosso projeto em dois ocasiones tivemos cambio de secretário por mala de gestão de os mesmos permanecendo mais de uma semana sem ninguém)

A divulgação da ação não deverá continuar sendo realizada com a mesma intensidade que do início da intervenção, até por que nas semanas finais da intervenção, já não estava mais sendo realizada com o mesmo entusiasmo. Mesmo tentando diariamente motivar a equipe para isso. Acredito que essa divulgação deverá ser redefinida, ficando mais direcionada às pessoas em situações de maior risco. Para o restante, creio que o próprio andar do projeto se encarregue de continuar a manter as ações vivas, aumentando sempre o percentual atingido pelas mesmas.

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

A maioria dos dados foram coletados nas consultas no início da intervenção tivemos algumas dificuldades com a coleta e sistematização dos dados pela complexidade da mesma por isso tivemos certa resistência por parte da equipe de repassar os dados logo foram familiarizando-se com ela e a ação foi desenvolvida de forma ótima, a ficha espelho foi feita por conta da equipe de saúde, pois não tivemos nenhum apoio pôr parte da secretaria de saúde. Foram impressas um total de 800 fichas, onde o preenchimento da mesma geralmente era realizado pela técnica de enfermagem ou os agentes comunitários que ficavam nas consultas sempre com o livre consentimento do usuário. A equipe teve dificuldade com a planilha de coleta de dados, sobretudo na seção que gera os indicadores, mas com a ajuda dos orientadores do curso foi resolvido o problema. Semanalmente a atividade era realizada geralmente por mim em nossa ubs não temos condições para isso, não temos internet e o computador que fica em nossa ubs encontrava-se ruim em muitas ocasiões tive que levar meu laptop para a ubs. A equipe terminou familiarizando-se com todo o trabalho entendendo a necessidade de tal procedimento para o adequando acompanhamento da estratégia, que facilitou muito o serviço que inicialmente se demonstrava desgastante e dispendioso em relação ao tempo.

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

Ação programática foi desenvolvida envolvendo praticamente todos os setores da unidade e amplamente divulgada à população moradora na área de abrangência da unidade, fato esse que torna difícil a não continuação da ação após o final do período de intervenção. Hoje todas as ações previstas no projeto estão incorporadas a rotina diária dos serviços das diferentes equipes de saúde e os nossos usuários estão a recebendo com muita alegria. Nosso principal problema continua sendo o atendimento odontológico tanto para os grupos de risco de grávidas, crianças, idosos e os usuários estudados, mas que no momento este é um problema generalizado em todo nosso município.

Apesar das dificuldades encontradas, todos os profissionais de nossa equipe estão fazendo o máximo de esforço para melhorar a qualidade nas ações previstas no protocolo. Entramos em acordo para realizar duas vezes no mês, atividades educativas pertinentes ao programa com a comunidade, não somente os hipertensos e diabéticos, mas sim todos os demais grupos populacionais, como gestantes e puérperas, idosos, crianças, etc. Nosso objetivo é manter a educação permanente da equipe da estratégia de saúde da família conforme a política de humanização, através da adoção de protocolo referente à saúde proposta pelo ministério.

Quanto às ações previstas no início do projeto, as mesmas já estão completamente inseridas na rotina da unidade e acredito que continuarão a funcionar de forma quase que integral no nosso cotidiano, acreditando que em um futuro próximo, obteremos 100% de todos os indicadores previstos. Por enquanto estou satisfeita com o trabalho das equipes, pois estamos mais unidos atualmente, diferentes do início da intervenção. Pelo fato de termos conseguido modificar a realidade na UBS, todo este trabalho valeu a pena.



## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

Primeiramente descreverei que a nossa meta inicial de cadastrar e ampliar 100% dos hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde foi um sonho que não atingimos em apenas 12 semanas de intervenção. Alguns dos obstáculos foram que ao iniciar o nosso trabalho, não tínhamos um cadastramento certo da nossa população, pois não existiam registros dos mesmos. Assim, trabalhamos com os dados estimados segundo o Caderno de Atenção Programática, onde o mesmo nos informa que na nossa área da UBS teríamos 1243 hipertensos e 307 diabéticos. No entanto, após iniciarmos o nosso cadastramento, acreditamos que estes dados estão superestimados.

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

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

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

A progressão do número de usuários avaliados pela intervenção foi a seguinte: no primeiro mês a nossa equipe cadastrou no programa 71 hipertensos (5,7%), no segundo mês elevamos nosso cadastro para um total de 188 hipertensos (15,1%) dobrando a cifras de hipertensos do primeiro mês. No último mês avaliamos 357 hipertensos alcançando 28,7% da população hipertensa cadastrada (Figura 1).

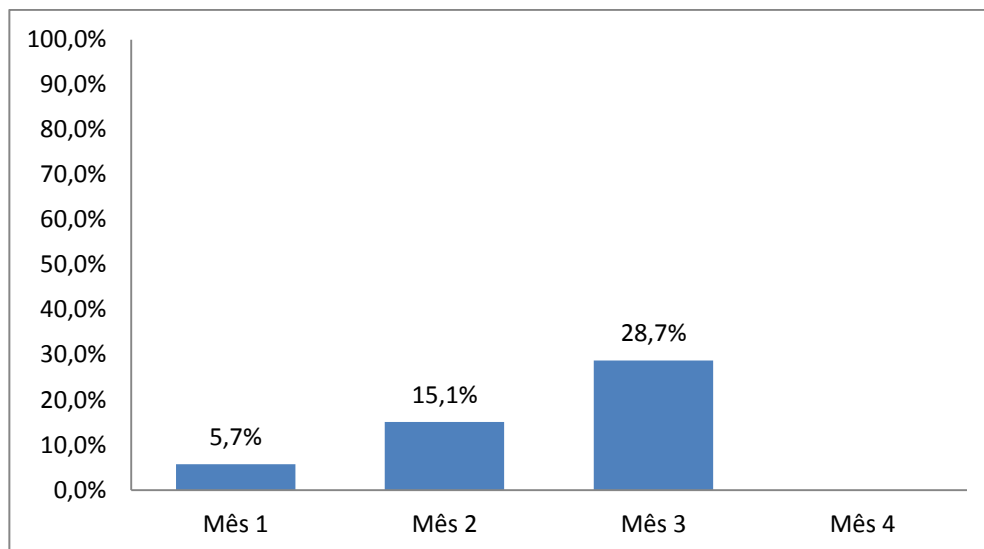


Figura 1. Cobertura do programa de atenção hipertensa na UBS.  
Fonte. Planilha de coleta de dados 2015.

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

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

A progressão do número de usuários avaliados pela intervenção foi a seguinte: no primeiro mês a nossa equipe cadastro no programa 47 diabéticos (15,3%), no segundo mês elevamos nosso cadastro para um total de 94 diabéticos (30,6%). No último mês avaliamos 149 diabéticos alcançando 48,5% população diabética cadastrada (Figura 2).

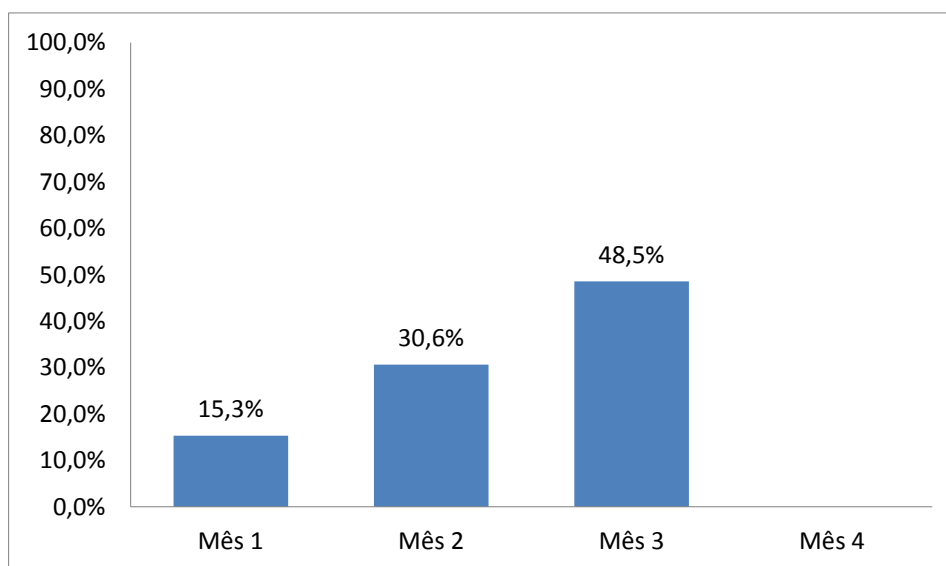


Figura 2. Cobertura do programa de atenção diabético na UBS.  
Fonte. Planilha de coleta de dados 2015.

Eu acredito que alguma questão tem influenciado estes indicadores, o primeiro aspecto está relacionado à condição climática, pois tivemos uma maior frequência das chuvas nos primeiros meses da intervenção, que impossibilitou o trabalho planejado em muitas ocasiões, onde foram suspensas as visitas domiciliares, assim como ações na área. Outras limitações estão relacionadas com as características da população de nossa área de abrangência a qual tem áreas de difícil acesso (as zonas ribeirinhas e pontes) e o constante movimento do povo que não é fixo em nossa área. Tampouco tivemos apoio da outra equipe de saúde da nossa UBS. Também o médico desta equipe esteve, durante o primeiro mês de intervenção, de férias. Esperamos atingir 100% da população o mais rápido possível, pois todas as ações previstas na intervenção estão incorporadas na rotina diária dos serviços da nossa UBS.

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

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

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

Com relação à proporção dos diabéticos e hipertensos com o exame clínico em dia apropriado, posso falar que como médica da equipe, tentei realizar o exame clínico apropriado em todos os casos que avaliei, buscando atingir nossa meta inicial de 100% mas o resultado final não ficou ótimo. Posso falar que deixaram de receber atendimento clínico apropriado 18 hipertensos e oito diabéticos os quais foram “avaliados” por outra equipe de saúde que trabalha com nós na UBS. Este indicador desde o princípio da intervenção se manteve acima de 75%, pois a equipe se propôs fazer uma avaliação de ótima qualidade a todos os usuários, que foram atendidos dentro do programa. No primeiro mês realizamos o exame clínico para 56 hipertensos correspondendo a 78,9%. No segundo mês foram examinados 170 (90,9%) hipertensos e no último mês a equipe examinou 339 (95%) hipertensos bem próximos da nossa meta inicial (Figura 3).



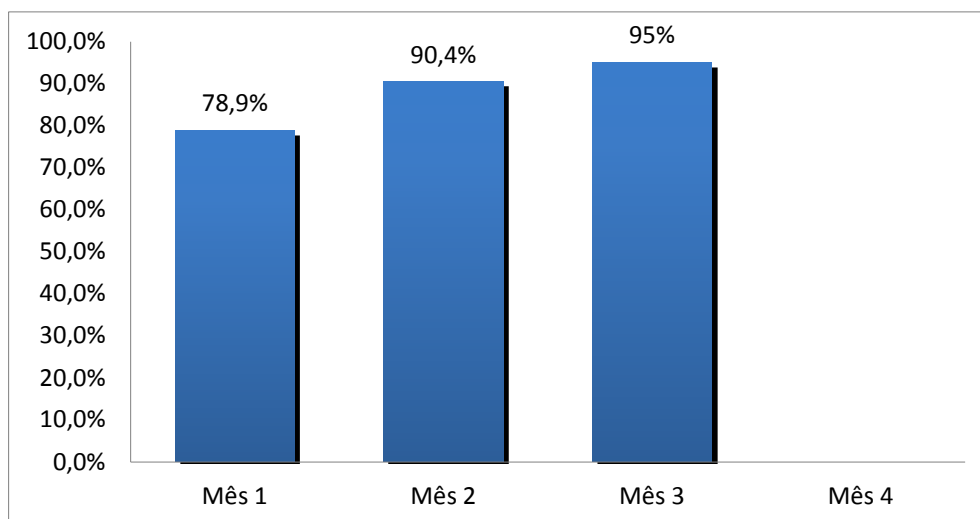


Figura 3. Proporção de hipertensos com exame clínico apropriado em dia  
Fonte: planilha de coleta de dados 2015.

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

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

No primeiro mês realizamos o exame clínico para 39 diabéticos, correspondendo 83%. No segundo mês foram examinados 86 diabéticos (91.5%) e no último mês a equipe examinou 141 (94.6%) diabéticos, bem próximos da nossa meta inicial (Figura 4).

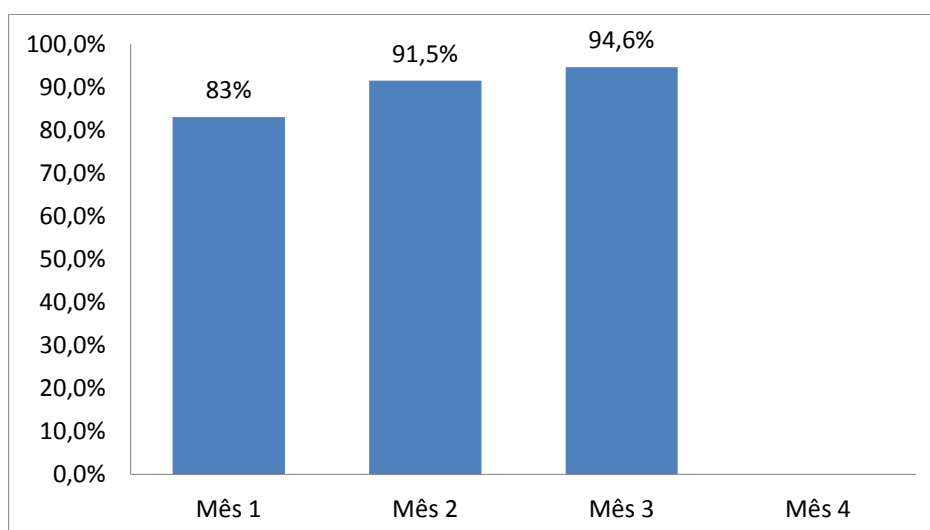


Figura 4. Proporção de diabéticos com exame clinica apropriada em dia  
Fonte: planilha de coleta de dados 2015.

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

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

Sobre o indicador relativo à proporção hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia acordo com o protocolo, a equipe adotou como estratégia garantir na ubS 100% dos exames laboratoriais solicitados aos hipertensos e diabéticos desde a primeira consulta. O mesmo inicialmente se comportou muito bom até a semana sete. Após esta, a coleta de exames foi suspensa por falta de materiais (seringas, algodão, gazes e reativos para fazer exame), pelo que não foi possível alcançar os 100% nas últimas semanas.

No primeiro mês realizamos o exame a 59 hipertensos (83.1%), no segundo mês as cifras porcentuais melhoraram, onde contemplamos 173 hipertensos (92.2%). No entanto, durante o terceiro mês chegamos a 247 (69.2%) hipertenso. Faltou realizar os exames em 89 usuários, por falta de recursos econômicos, já que a coleta foi suspensa pelo SUS (Figura 5).

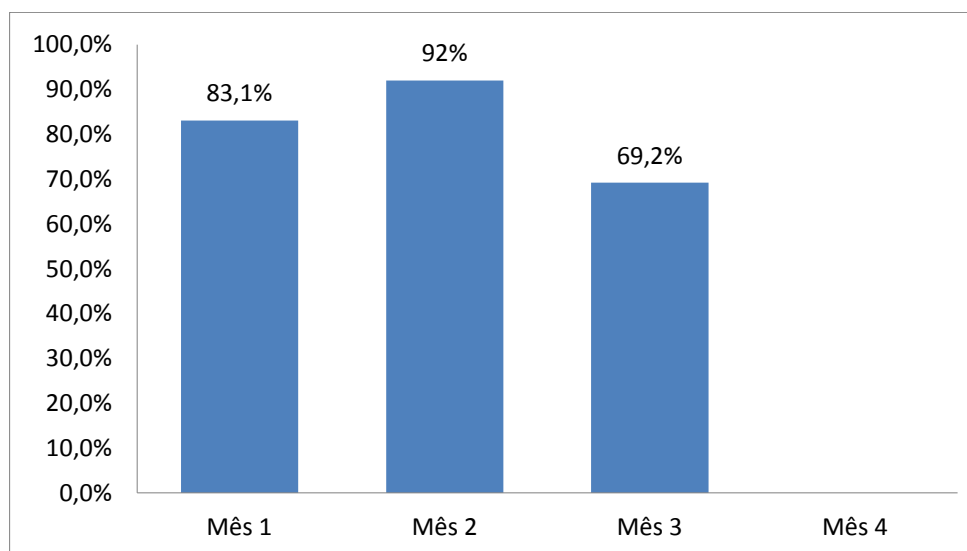


Figura 5: Proporcao de hipertensos exame complementares em dia  
Fonte: Planilla de coleta de dados 2015.

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

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

No primeiro mês se realizou o exame a 42 diabéticos (89.4%), no segundo contemplamos 89 diabéticos (94.7%). No entanto, durante o terceiro mês chegamos a 115 (77.2%) diabéticos (Figura 6).

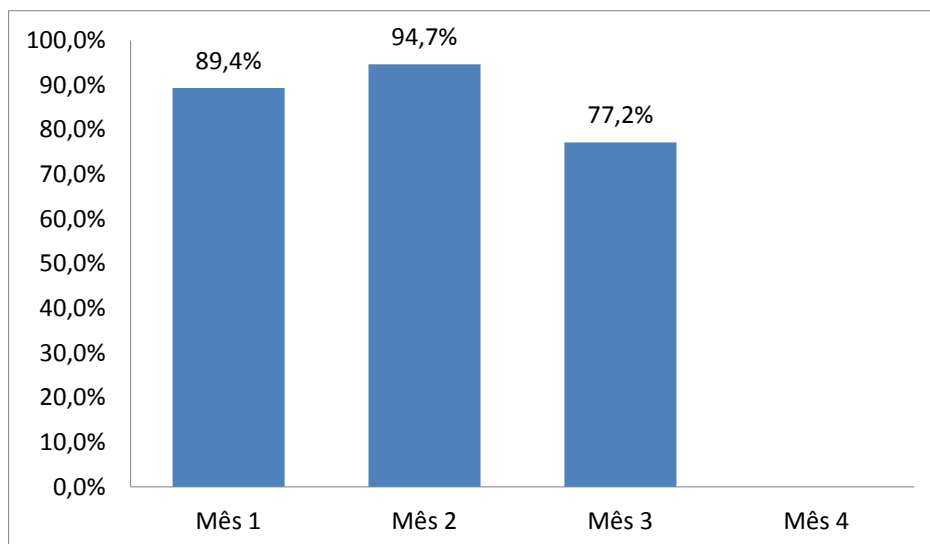


Figura 6: Proporcao de diabeticos com exame complementares em dia  
Fonte: Planilha de coleta de dados 2015.

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

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

Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde foi outra das nossas metas. Para garantir isto que estes usuários recebessem sua medicação a tempo, adotamos como estratégia em nossa intervenção, indicar só os medicamentos que estavam disponíveis na farmácia da unidade, para que eles tivessem a maior facilidade de adquirir os mesmos dentro do programa, sempre que fossem possíveis. Tivemos algumas dificuldades, entre elas constatamos a falta de medicação para estes grupos durante as visitas realizadas a farmácia da UBS. Infelizmente até o presente momento não temos previsão de ser normalizado. Outros usuários hipertensos realizavam seu tratamento com remédios manipulados, os quais não se encontravam na farmácia da UBS e tampouco nas farmácias populares do município. No caso dos usuários que usavam hipoglicemiantes (insulina

dependente) a situação foi mais crítica, pois a maioria deles tem muita dificuldade para adquiri-la atualmente no município, só é possível na capital do estado.

Apesar das dificuldades antes exposta, podemos falar que no primeiro mês, 44 (61,7%) dos hipertensos receberam a medicação. No segundo mês foram 140 (63,8%). Finalizamos o terceiro mês com 305 (75,2%) dos hipertensos. Estes resultados foram graças aos nossos técnicos em farmácia, que foram responsáveis pela realização do controle de estoque de medicamentos e do trabalho dos ACS, que orientaram os usuários e a comunidade em geral sobre o direito dos mesmos de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este em outras farmácias (Figura 7).

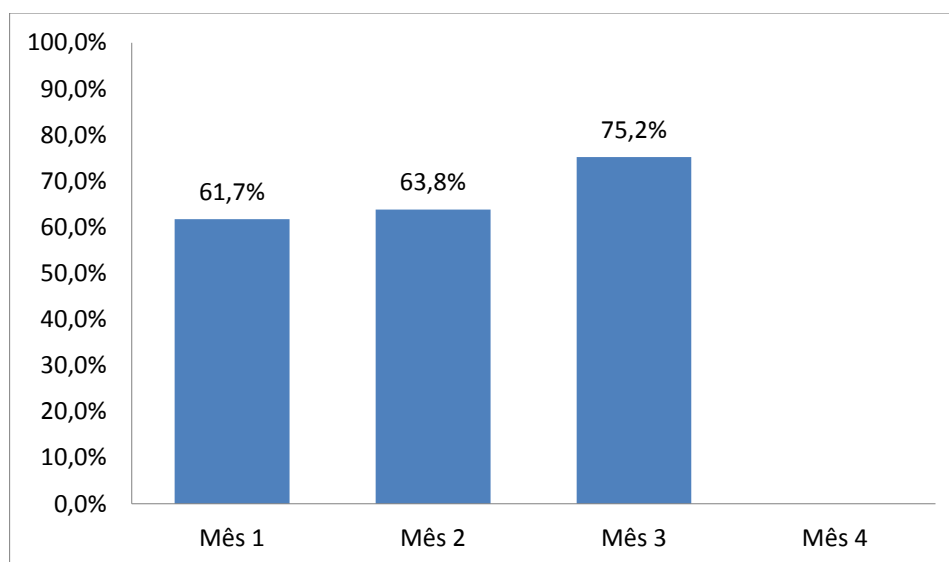


Figura 7: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamento na farmácia popular.  
Fonte: Planilha de coleta de dados 2015.

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

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

No primeiro mês, 29 (62%) dos diabéticos receberam a medicação. No segundo mês foram 60 (74,5%) dos diabéticos. Finalizamos o terceiro mês com 112 (75%) dos diabéticos (Figura 8).

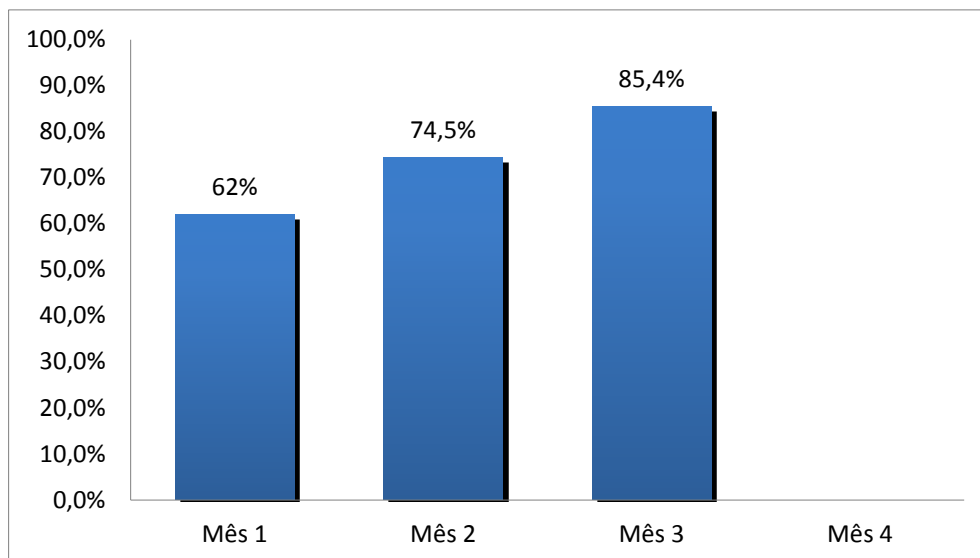


Figura 8: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamento na farmácia popular  
Fonte: planilha coleta de dados 2015.

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

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

Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos foi outra de as metas traçadas desde o começo da intervenção, percebemos que muitos dos nossos usuários hipertensos que assistiam a consulta não tinham avaliação odontológica e não conheciam que era um parâmetro importante para manter um bom estado de saúde. Foram avaliados pelas equipes 352 usuários hipertensos, onde 202 deles foram encaminhados para o serviço de odontologia o qual foi impossível cumprir indicador, pois apresentamos problemas desde o início da intervenção até o final da mesma, já que a nossa UBS não tem serviço odontológico para avaliação e tratamento. Não existe o especialista na unidade faz quase um ano e por isso apenas uma pequena fração da população conseguiu atendimento odontológico em outras UBS.

No primeiro mês foram atendidos em o serviço odontológico de outra unidade somente 3 hipertensos (4,2%). No segundo mês foram 6 hipertensos (3,2%). No terceiro mês se mante os 6 hipertensos (1,7%).

Em nosso município o atendimento odontológico, tem graves dificuldades e os poucos usuários avaliados foram examinados em outra UBS que fica longe da

nossa, onde existe somente um odontólogo para as 3 equipes de saúde. Mesmo assim, os usuários foram encaminhados até lá, mas ficou impossível que todos os usuários avaliados por nós recebessem atenção odontológica. No presente momento esse outro posto não tem insumos odontológicos para oferecer um atendimento adequado, nem para urgências. Este quadro fica pior ainda já que não temos secretário de saúde no município, sendo impossível para a nossa equipe concretar alguma ação resolutive por parte do gestor em relação ao tema (Figura 9).

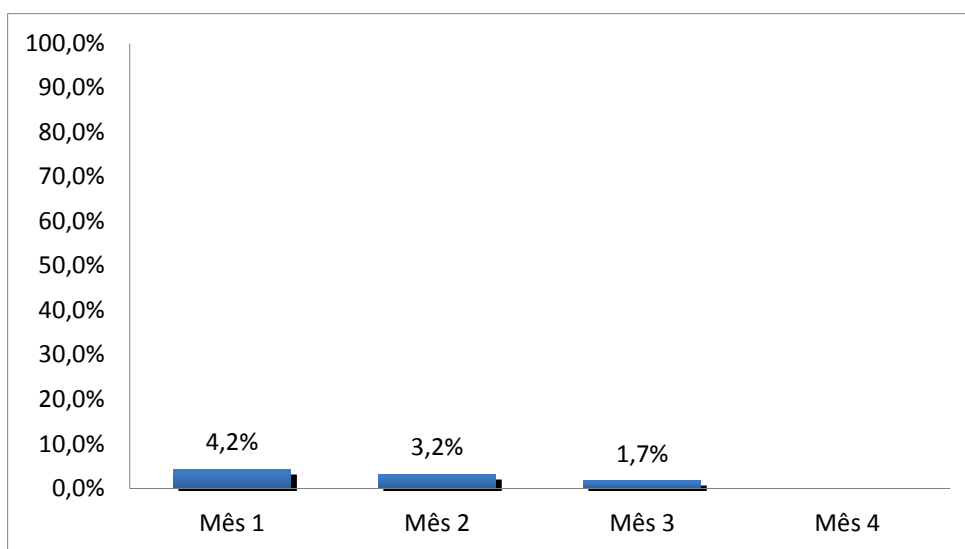


Figura 9: Proporção de hipertensos avaliados por odontólogo  
Fonte: Planilha coleta de dados 2015.

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

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

No primeiro mês foram atendidos em serviço odontológico somente 1 diabéticos (2,1%). No segundo mês foram 4 diabéticos (4,3%) e no terceiro mês foram 5 diabéticos (3,4%) (Figura 10). Sem receberem avaliação pôr a equipe o 100% dos usuários diabéticos muitos deles foram encaminhados já que necessitavam atendimento odontológico mais aconteci-o ló mesmo que com os hipertensos foi impossível para eles ser avaliado por o especialista.

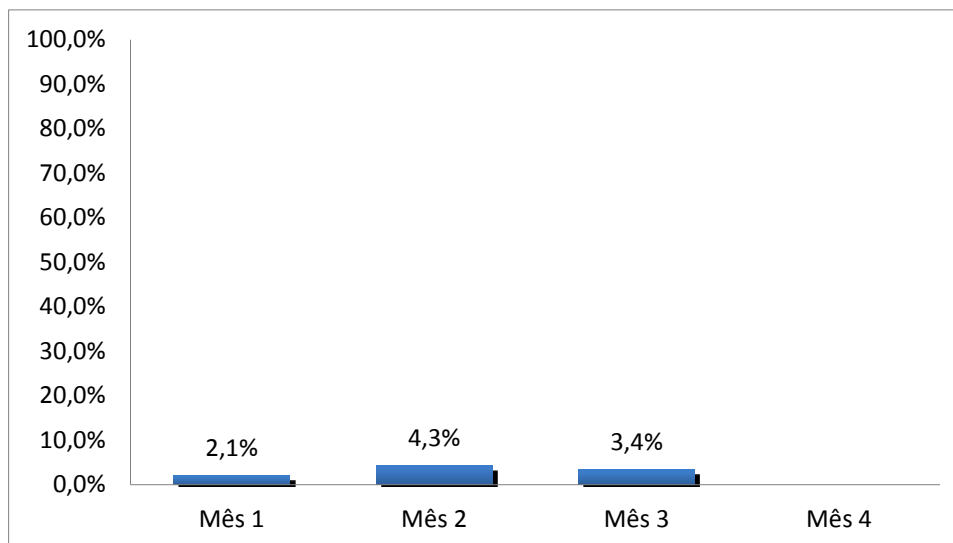


Figura 10: Proporção de diabéticos avaliados por odontólogo  
Fonte: Planilha coleta de dados 2015.

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

Para melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa e fazer a busca ativa de 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada, a equipe teve como estratégia que em todas terças feiras de manhã antes de sair às visitas, revisamos os prontuários e registros da área a visitar, para identificar os faltosos às consultas e sem os exames complementares indicados, segundo os protocolos.

Acreditamos que atualmente existe boa adesão destes usuários, percebendo algumas mudanças do estilo de vida e um aumento do número de consultas e a realização do exame clínico, assim como exames laboratoriais necessários. Apesar das dificuldades apresentadas nas últimas semanas com a coleta de exame, os usuários estão tomando conhecimento de que esta intervenção é uma ação para benefícios deles, para melhorar sua esperança de vida. Isto foi graças à estratégia da equipe de vincular e acompanhar os usuários, levando o atendimento até um lugar perto de onde moravam, fazendo o seguimento das ações de saúde aos mesmos, através das visitas domiciliares e das palestras feitas, onde falamos acerca de promoção e prevenção de saúde.

Também a formação dos grupos de hipertensos e diabéticos proporcionou a interação com eles todas as semanas, permitindo que no dia que os faltosos comparecem na unidade de saúde sem agendamento, recebam atendimento e orientação com a finalidade de melhorar sua adoção a nossa unidade. Além disso, aqueles diabéticos e hipertensos que precisavam de um seguimento mais estreito como os acamados e aqueles com dificuldades em se locomover foram visitados e avaliados e receberam orientações em sua casa.

Assim, no primeiro mês realizamos busca ativa para 19 hipertensos (95%). No segundo mês foram 41 hipertensos (97,6%) finalizando o terceiro mês com 114 (99,1%) hipertensos (Figura 11).

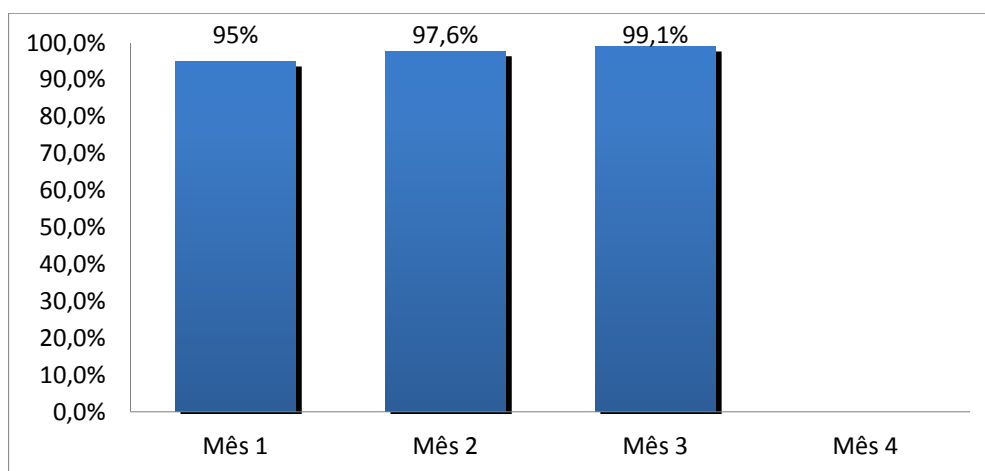


Figura 11: Proporção de hipertensos faltosos com busca ativa.  
Fonte: Planilha de coleta de dados 2015.

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

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

No primeiro mês realizamos busca ativa para 11 diabéticos (100%). No segundo mês foram 22 diabéticos (95,7%), finalizando o terceiro mês com 42 (97,7%) dos diabéticos (Figura 12).



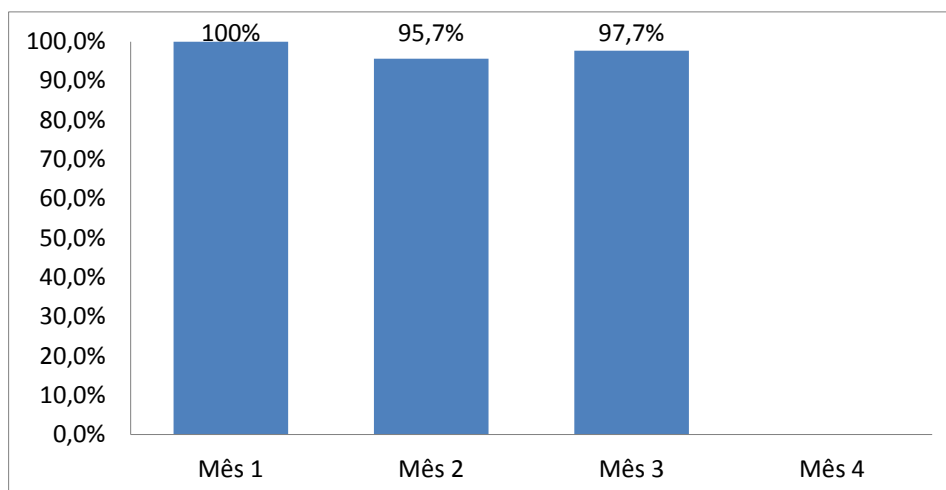


Figura 12: Proporção de diabéticos faltosos com busca ativa.  
Fonte: Planilha de coleta de dados 2015.

Objetivo 4 Melhorar o registro das informações.

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

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

Manter a proporção ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia foi um indicador desenvolvido de uma maneira ótima pela nossa equipe de saúde, pois este indicador integrou os ACS neste processo (em todas minhas consultas ficava um ACS), já que eles ficaram com as fichas espelhos e preencherem a parte dos dados iniciais dos usuários, sendo depois estas folhas anexadas aos prontuários. Nós monitorávamos a qualidade dos registros, logo os demais parâmetros foram preenchidos pela médica no momento da consulta, sempre orientando aos usuários sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário para um correto seguimento e avaliação deles.

A equipe realizava atualização dos registros todas as semanas na reunião da equipe de saúde da família como parte da rotina, cuja finalidade era conhecer o comportamento da prevalência e incidência destas doenças em nossa área de abrangência. Isto possibilitou viabilizar nosso trabalho e atingimos valores muito próximos dos 100%, que era nosso propósito. Assim no primeiro mês registramos 71 hipertensos correspondendo 100%. No segundo foram registrados 184 hipertensos

(97.9%) e no terceiro mês fechamos com um total de 353 hipertensos (98.9%) registrados adequadamente (Figura 13).

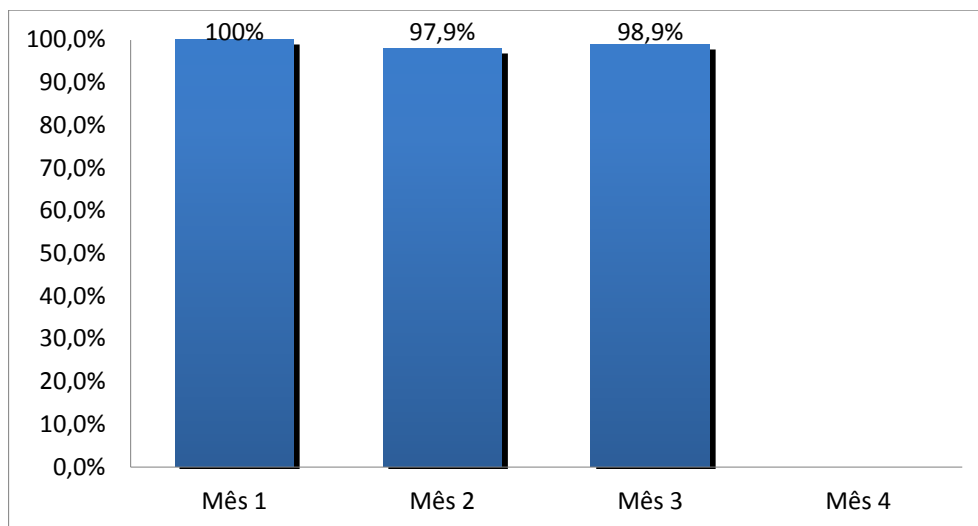


Figura 13: Proporção de hipertensos com registro adequado.  
Fonte: Planilha de coleta de dados 2015.

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

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

No primeiro mês registramos 47 diabéticos (100%). No segundo foram registrados 93 diabéticos (98%), e no terceiro mês fechamos com um total de 148 diabéticos (99.3%) registrados adequadamente (Figura 14).

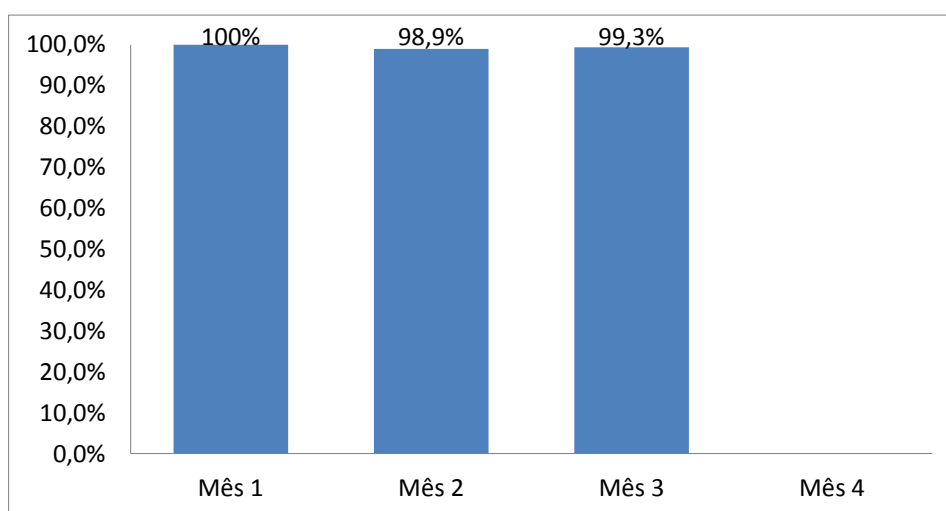


Figura 14: Proporção de diabéticos com registro adequado.

Fonte: Planilha de coleta de dados 2015.

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: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde era outro de nossos objetivos, assim como priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco. Oferecemos assistência multiprofissional aos grupos de risco para as doenças do aparelho circulatório. A proporção de hipertensos e diabéticos com avaliação de risco cardiovascular foi quase perfeita, já que tivemos prioridade com o mesmo, tanto nas consultas quanto nas visitas domiciliares realizadas. A equipe monitorizou aqueles usuários com maior risco, pois considerou que o atendimento dos mesmos tinha que ser prioritário. Também capacitaram os agentes comunitários para acompanharem os grupos e membros da família nas orientações e usos dos medicamentos dos usuários das doenças do aparelho circulatório.

Oferecemos atendimento descentralizado com nutricionista, fisioterapeuta e educador físico do NASF a aqueles usuários que em algum momento o necessitou, assim como encaminhamos para exames clínicos preventivos (ECG e exames laboratoriais). Orientamos a todos os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular, esclarecemos aos mesmos quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis.

Conseguimos avaliar no primeiro mês 67 hipertensos (94,4%), no segundo foram avaliados 184 (97,9%) e no terceiro 353 (98.9%) (Figura 15).

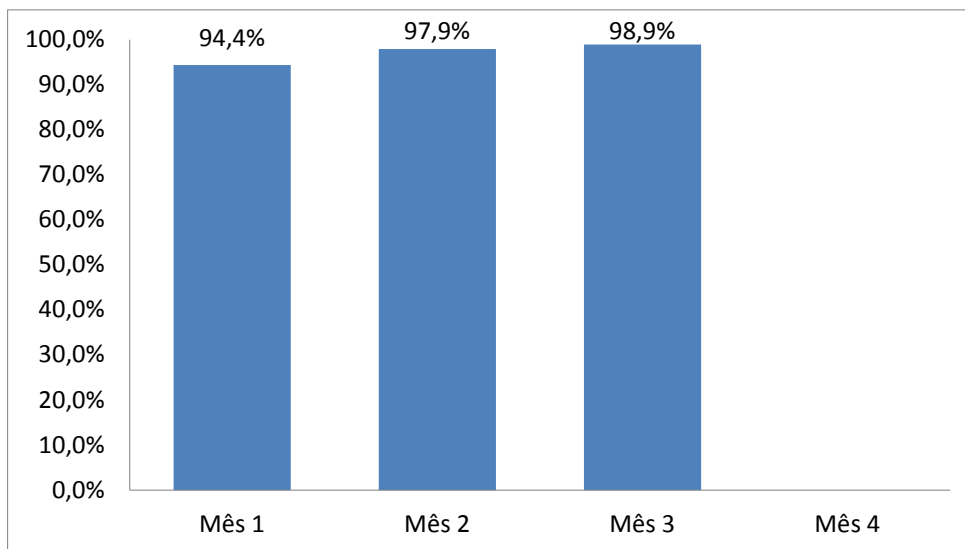


Figura 15: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.  
Fonte: Planilha de coleta de dados 2015

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

Indicador: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Conseguimos avaliar no primeiro mês 47 (100%) dos diabéticos, no segundo mês foram 94 (100%) e finalizamos com 149 (100%).

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

Para garantir a orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos organizamos práticas coletivas sobre alimentação saudável para ampliar e fortalecer as ações de alimentação saudável individual, familiar e na comunidade mediante ações de promoção de saúde através de palestras em todas as ações de saúde feita na área de abrangência. Conseguimos sensibilizar e comprometer o especialista em nutrição, para fazer atividades nas comunidades adstritas a nossa unidade, como aferição do peso corporal, medida de cintura e avaliação em todas as ações de saúde feitas em nossa área.

Com relação à proporção de hipertensos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis, conseguimos no primeiro mês orientamos 66 hipertensos (93%), no segundo foram 183 (97.3%) e no terceiro mês 352 (98.6%). A maioria destes usuários assistiu pelo menos a uma palestra sobre nutrição dada por nutricionista (Figura 16).

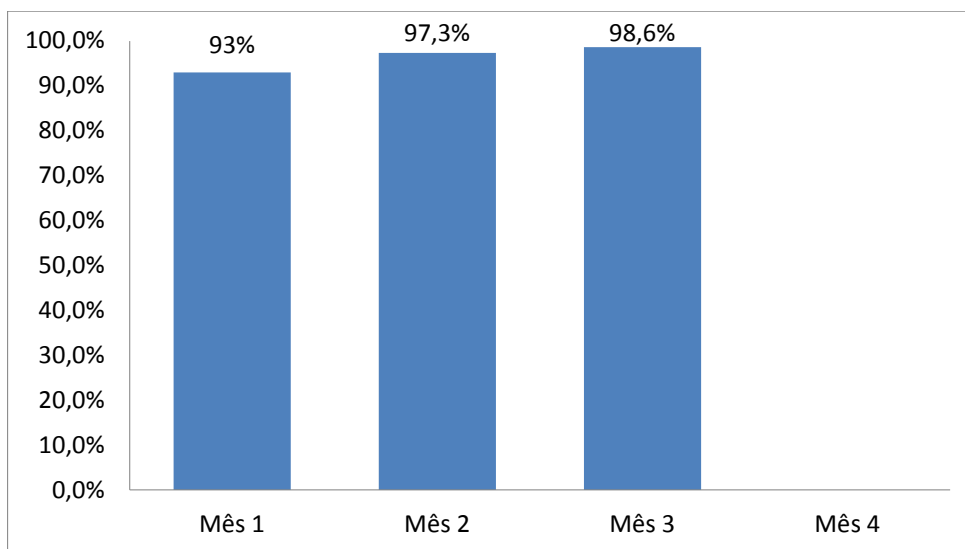


Figura 16: Proporção de hipertensos que receberam orientação nutricional.  
Fonte: Planilha de coleta de dados 2015.

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

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

Com relação à proporção de hipertensos e diabéticos que receberam orientação nutricional para hábitos saudáveis, conseguimos orientar no primeiro mês 47 (100%) dos diabéticos, no segundo mês foram 94 (100%) e finalizamos com 149 (100%).

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

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

Muitos dos usuários participaram nas palestras dadas pelo preparador físico do NASF onde falou da importância e benefício do exercício físico (caminhadas em áreas abertas). Também alguns usuários acamados receberam a visita do

fisioterapeuta em sua casa. Em cada consulta fazíamos a promoção da prática de atividade física regular, seus benéficos para a saúde (ativa a circulação, melhora a qualidade de vida).

No primeiro mês orientamos 66 hipertensos (93%), no segundo mês 183 (94,5%) e no terceiro mês 352 (98,6%) (Figura 17).

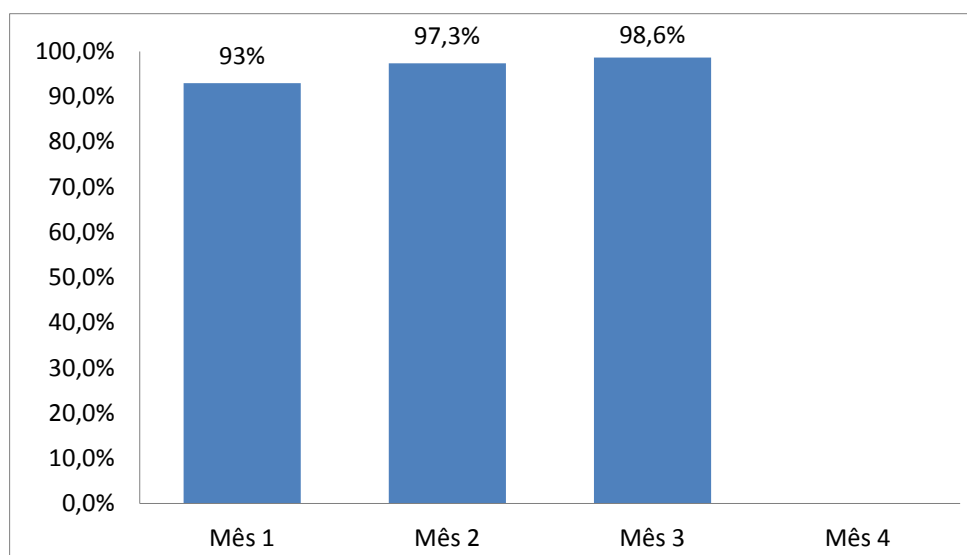


Figura 17: Proporção de hipertensos que receberam orientação de prática de atividades físicas.

Fonte: Planilha coleta de dados 2015.

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

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

Garantir 100 % de orientação e realização da prática regular de atividade física aos hipertensos e diabéticos se cumpriu para todos os diabéticos nos três meses. Conseguimos orientar no primeiro mês 47 (100%) dos diabéticos, no segundo mês foram 94 (100%) e finalizamos com 149 (100%).

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

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

Em relação a garantir a orientação sobre risco de tabagismo, primeiramente a equipe cadastrou o número de usuários tabagistas mediante a revisão dos

prontuários clínicos e entrevistas feitas nas consultas pelo médico e a enfermeira. Tanto em consultas como em palestras realizamos orientações sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos e a população em geral. Devido à repercussão negativa sobre a saúde pessoal e coletiva, foi orientado a todos os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Assim, com relação aos hipertensos, no primeiro mês receberam orientações 66 hipertensos (93%), no segundo mês 183 (97,3%) e no último mês 352 (98,6%) (Figura 18).

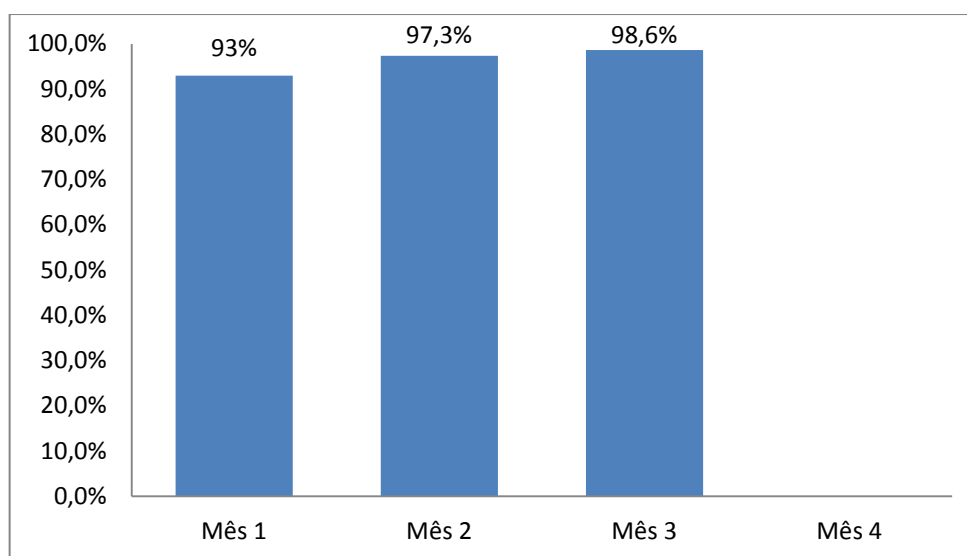


Figura 18: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Fonte: Planilha coleta de dados 2015.

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

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

Conseguimos orientar no primeiro mês 47 (100%) dos diabéticos, no segundo mês foram 94 (100%) e finalizamos com 149 (100%).

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

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

A proporção de hipertenso e diabético que receberam orientação sobre higiene bucal também foi ótima, apesar de não ter o especialista na ubS. Em cada consulta sempre falávamos da importância de manter uma boa higiene bucal. Realizamos, com ajuda da enfermagem, atividades de promoção e prevenção de saúde bucal. Não pudemos garantir o atendimento individualizado destes usuários por não ter odontologista na ubS para uma revisão da cavidade bucal daqueles que precisavam.

Assim orientamos no primeiro mês 66 hipertensos (93%), no segundo foram 183 hipertensos (97.3%) e no terceiro mês 352 (98.6%) (Figura 19).

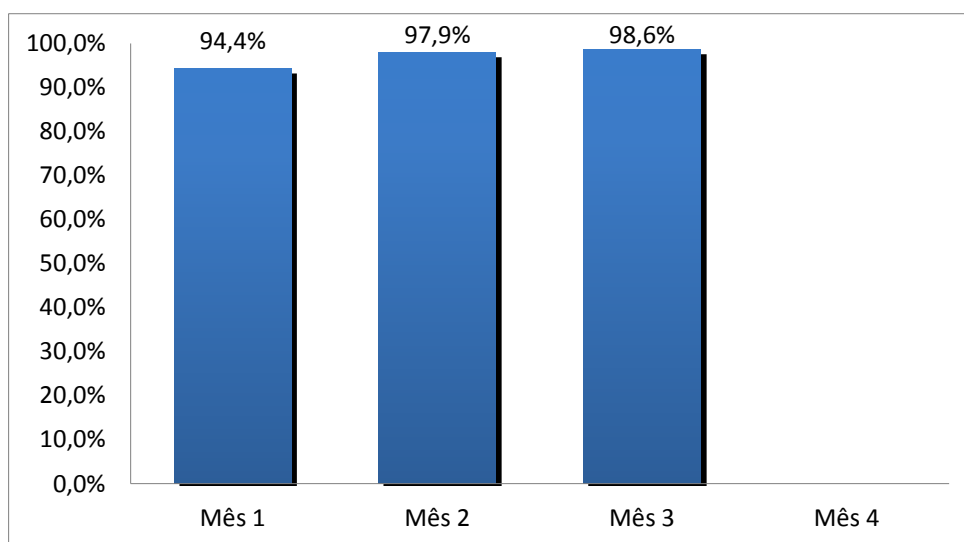


Figura 19: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.  
Fonte: Planilha coleta de dados 2015.

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

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Os usuários diabéticos foram todos contemplados em 100% nos três meses, com 47 diabéticos orientados no primeiro mês, 94 no segundo e 149 no terceiro atingindo nossa meta inicial de 100%.

Acreditamos que apesar dos problemas identificados, a aplicação da intervenção auxiliará na qualificação das ações de saúde deste grupo populacional.



Sabemos que ainda ha muito caminha para andar em relação a estas doenças, mas a nossa equipe já iniciou os primeiros passos.

## 4.2 Discussão

A intervenção na minha unidade propiciou o início do acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos os quais, anteriormente a mesma, procurava a assistência em saúde apenas nos casos em que se manifestava alguma alteração no seu estado de saúde decorrente da sua patologia. A qualificação do programa em saúde para os hipertensos e diabéticos possibilitou uma melhora nos atendimentos ofertados aos usuários, os quais passaram a ter um prontuário e registro exclusivo para o seu acompanhamento, organizando todas as ações realizadas aos mesmos.

Antes da realização da intervenção a maioria das atividades voltadas para a atenção aos hipertensos e diabéticos eram concentradas no profissional médico e as mesmas se resumiam no atendimento de consulta e alguma que outra visita domiciliar. A intervenção reviu as atribuições de cada profissional da equipe de saúde, viabilizando a atenção a um maior número de usuários, assim como incorporou todos os elementos necessários para fazer uma adequada avaliação dos mesmos, conforme estão preconizados pelo SUS.

Nossa intervenção obteve uma cobertura de 28.7% dos hipertensos cadastrados assim como de 48.5% de a população diabética cadastradas. Mesmo não atingindo os 100% da cobertura propostos inicialmente, acredito que a mesma propiciou uma ampliação da cobertura em saúde deles, já que possibilitou o aumento da quantidade de consultas realizadas na nossa UBS.

Tivemos algum os obstáculos ao iniciar o nosso trabalho, onde não tínhamos um cadastramento certo da nossa população, pois não existiam registros dos mesmos. A pesar desta melhoria dos registros e da qualificação prestadas aos mesmos, agora contamos com uma alta proporção de hipertensos e diabéticos com registros em dia, percebendo-se uma melhora significativa no seguimento dos hipertensos e diabéticos, incluindo aqueles acamados e com problemas de locomoção que não podem assistir a UBS.

Esta intervenção acarretou uma capacitação dos profissionais da unidade, para desenvolver suas práticas assistências pautadas nas recomendações do Ministério da Saúde. Assim, ações como avaliação e estratificação de risco

cardiovascular, orientação e promoção em saúde sobre alimentação saudável, prática regular de exercícios físicos, tabagismo, higiene bucal, rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento de hipertensos e diabéticos fez com que toda a equipe, em maior ou menor grau, se tornasse especialista para atender esses usuários. Tal capacitação abrangeu todos os profissionais envolvidos, ou seja, desde a auxiliar em enfermagem que realizava o acolhimento do usuário fazendo aferição da pressão arterial, do peso e altura (triagem).

Assim, os ACS além de realizarem o cadastramento da população, permitindo delimitar adequadamente as áreas de atendimento de cada um deles para facilitar a busca ativa de hipertensos e diabéticos também participaram, durante as consultas clínicas, no preenchimento dos dados iniciais dos usuários nas fichas espelhos que eram anexadas aos prontuários. Além disto, ficaram responsáveis pela classificação da necessidade e da frequência das visitas domiciliares naqueles usuários que mais necessitavam da mesma. Estas ações integraram ainda mais nossos ACS.

A enfermeira e a técnica de enfermagem sempre foram as responsáveis pelo acolhimento adequado, triagem e seguimento dos usuários atendidos, assim como a atualização dos registros. Também tiveram que incorporar em sua rotina diária a realização de aulas sobre promoção e prevenção em saúde. A médica foi a responsável de preencher a maioria das avaliações, fazer o exame clínico completo em todas as consultas, organizar as diferentes ações e palestras a ser realizadas, assim como manter uma conduta médica terapêutica adequada ante cada situação. Também realizou o seguimento dos acamados e aqueles usuários que por problemas de locomoção não puderam assistir até a UBS.

Nossa equipe se empenhou para melhorar o acolhimento dos usuários, ampliou consideravelmente sua presença nas visitas domiciliares e em ações de saúde com o adequado seguimento dos mesmos. Estas atividades promoveram o trabalho integrado do médico, da enfermeira, da auxiliar de enfermagem e dos ACS, ficando cada um com suas próprias responsabilidades dentro da equipe.

Com relação ao serviço, nossa intervenção acabou tendo impacto significativo em diversos setores da UBS, pois para alcançar as metas traçadas, todos os profissionais da unidade de saúde se envolveram na mesma, participando no acolhimento dos usuários, no SAME (Sistema de Atendimento Médico e

Estatístico), a equipe do NASF e da sala de vacinação incorporando em suas rotinas de trabalho todas as ações propostas.

A realização dos atendimentos com marcação de consultas e o início de utilização de agenda, antes não praticados na unidade, acabaram proporcionando uma melhor organização do fluxo destes usuários nos atendimentos da unidade, viabilizando a agenda para a atenção à demanda espontânea. Seguindo protocolos preestabelecidos, qualificamos nossa assistência e difundimos esta metodologia de atenção para outros programas de saúde como o pré-natal e puerpério, atenção da criança e dos idosos.

Outro aspecto que quero destacar como positivo é que através do cadastramento da população, temos um número atualizado dos usuários com doenças crônicas, permitindo efetiva distribuição e pedido de medicamentos para eles.

O impacto da intervenção na comunidade é muito bom e está sendo notada, pois, a maioria dos usuários demonstra satisfação com a prioridade no atendimento, assim como as visitas domiciliares e a realização de palestras educativas. Muitos estão querendo acompanhar a evolução de suas doenças, outro ponto que nos faz perceber a satisfação dos acompanhados é a grande quantidade de usuários que atualmente acode a consulta procurando iniciar o acompanhamento devido a informações passadas haviam iniciado o acompanhamento,

A pesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos usuários desassistidos, situação está que acreditamos estar resolvida em um futuro breve, já que atualmente estamos trabalhando neste aspecto. A maior dificuldade é que não conseguimos avanços no que se refere às ações de acompanhamento de saúde bucal, principalmente pelo fato de não conseguirmos implantar marcação de consultas nesse âmbito da atenção básica, já que ainda não temos o especialista na ub. Dependemos de outra UBS para o atendimento odontológico. A situação deste serviço no município é muito precária, pela falta de infraestrutura, especialistas e de matérias para efetuar o atendimento.

Se pudesse iniciar novamente a intervenção gostaria de iniciar a mesma baseada em uma análise situacional atualizada da população da área de abrangência, com um cadastro real de toda a população atendida na UBS, já que fazer um estudo a partir de estimativas atrapalha um pouco o trabalho. Também daria mais atenção na divulgação inicial nas comunidades, pois faltou uma

articulação com a comunidade em geral para discutir as atividades que estavam sendo desenvolvidas com a equipe, explicar os critérios para priorização da atenção aos hipertensos e diabéticos e discutir a melhor maneira de programar a mesma. Estes encontros foram feitos, mas somente com os usuários e suas famílias e não com a população em geral.

Acredito que a cobertura teria sido maior se tivéssemos realizado também uma melhor articulação com a outra equipe de saúde desde o começo, como aconteceu no final da intervenção. Com certeza teriam contribuído para obter melhores resultados nos indicadores, porque permitiria realizar um seguimento mais estreito, por exemplo, da cobertura da intervenção.

Hoje que estamos no fim da intervenção, a equipe está muito mais integrada que o início da mesma. Muitas das ações realizadas foram incorporadas na rotina do serviço, superando assim algumas das dificuldades encontradas no início. Com certeza, com o dia a dia, vamos ampliar a cobertura da intervenção e melhorar os aspectos que ficaram com pior desempenho.

Para cumprir com nosso propósito, estamos ampliando o trabalho de conscientização com a comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção dos diferentes grupos, em especial os de alto risco, sempre tentando garantir o atendimento à demanda espontânea para o resto da população.

Nos próximos meses, tentaremos ampliar a cobertura até alcançar os 100% para que todos os usuários possam receber os benefícios da intervenção. Também tentaremos elevar o resto dos indicadores, fazendo uma especial ênfase na cobertura do atendimento odontológico para os usuários da UBS. Pretendemos investir na busca ativa de hipertensos e diabéticos, assim como continuar evitando que existam usuários faltosos as consultas. O próximo passo, após a plena implantação do este programa, será a implantação na ubs do programa de atenção a saúde de idosos, tomando este projeto como exemplo. Inclusive, já estou conversando com alguns colegas que realizaram a sua intervenção nesse grupo para ter ideias de como efetivar a implantação, pois acreditamos que será possível obtermos grandes melhorias no acompanhamento desta população alvo.

Graças a nossa intervenção temos garantido um aumento considerável na qualidade da atenção dos diabéticos e hipertensos e esperamos que as experiências obtidas sejam utilizadas para aumentar a qualidade dos atendimentos em outras

áreas e programas dentro da unidade de saúde, com mais qualidade e esperança de vida para os usuários do SUS.

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

Prezado Secretário Municipal de Saúde

Senhor Aguinaldo

Sou a médica Elizabeth Alvarez Heredia, trabalho na UBS Parque das Laranjeiras, Santana-AP desde o mês de março 2015 iniciou-se em nossa Equipe de Saúde a Família, um projeto de intervenção com o objetivo de melhorar a atenção de saúde das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus como parte do Curso de Especialização à distância da UFPEL, instruído para os participantes do Programa Mais Médicos para o Brasil. Este foi o foco de nossa intervenção tendo em vista que esta era uma ação programática que tinha grandes dificuldades e fragilidades em nossa unidade e a seguir estarei descrevendo o relatório de todas as ações realizadas na nossa UBS. Conforme relatado em oportunidades anteriores, venho lhe informar sobre o relatório das 12 semanas da nossa Intervenção aos hipertensos e diabéticos pertencentes à UBS Parque das Laranjeiras.

Iniciamos nossa intervenção com uma capacitação de todo o pessoal da unidade sobre os protocolos de atendimento e rastreamento destas doenças assim como uma ampla divulgação a respeito do que estávamos pretendendo desenvolver na comunidade. Essa divulgação foi direcionada a todos os hipertensos e diabéticos existentes na nossa área de abrangência, mas não ficou restrita apenas a esta população, pois expandimos a mesma para outros grupos populacionais, uma vez que tínhamos a ideia de que quanto mais pessoas ficassem a par da intervenção, mais sucesso nós teríamos na sua implantação e mais facilmente conseguiríamos obter as nossas metas. Acreditávamos que, mesmo divulgando nossa intervenção aos usuários que não pertenciam e está população alvo, estes poderiam repassar

essas informações a outras pessoas que pudessem ser beneficiadas pela intervenção.

Em primeiro lugar tentamos melhorar a cobertura do programa pretendíamos alcançar com a implantação do projeto de cadastrar o 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos de nossa área de abrangência. Ao final de três meses, tal meta não foi alcançada, chegando somente a 28,7% de hipertensos (357) de cobertura e 48,5% (149) dos diabéticos.

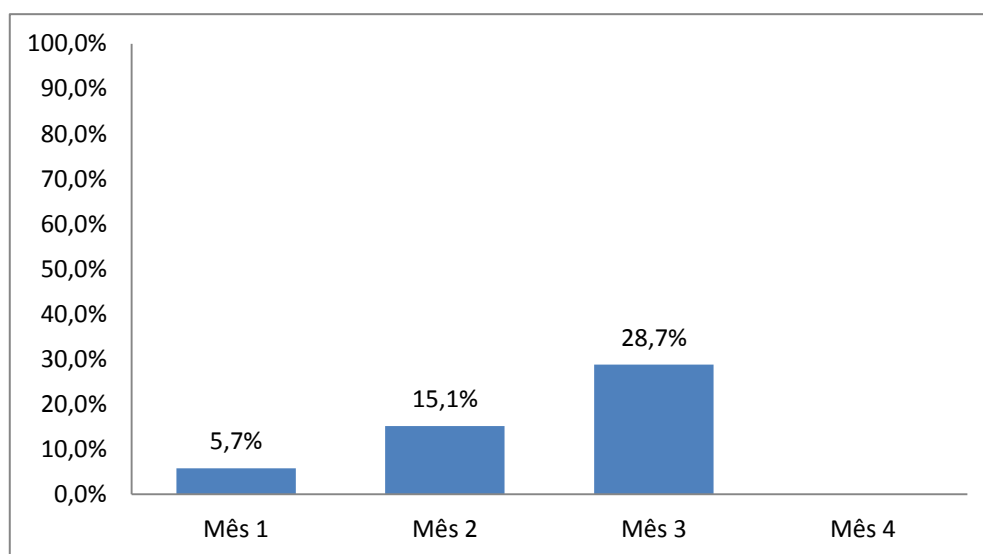


Gráfico 1 Cobertura do programa de atencao do hipertensos na UBS.

Fonte :Planilha de coleta dados 2015

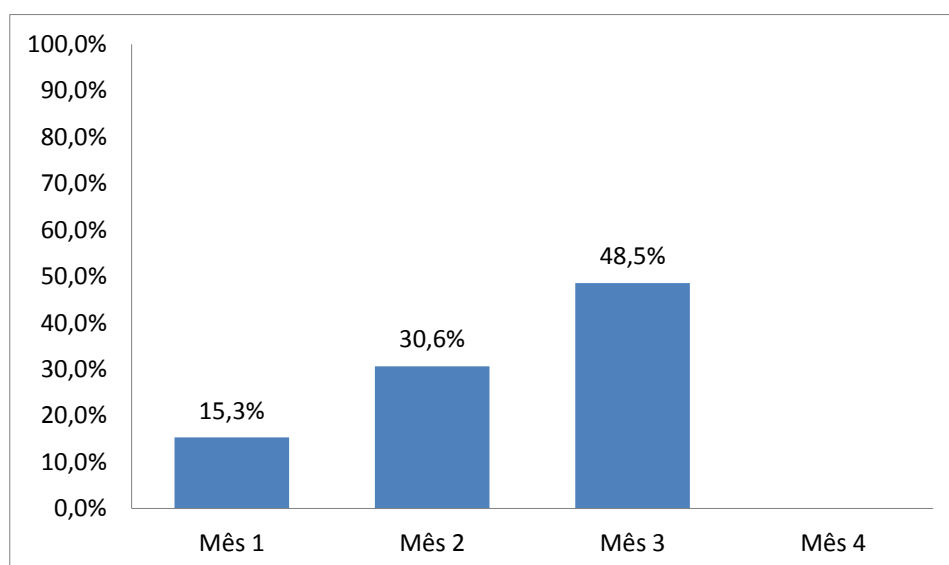


Gráfico 2: Cobertura do programa de atencao do diabeticos na UBS

Fonte :Planilha de coleta de dados 2015.

Inicialmente realizamos a divulgação da intervenção na comunidade e a preparação de todas as ferramentas necessárias para o desenvolvimento das ações traçadas durante a intervenção, seguido da capacitação de todo o pessoal da unidade sobre o protocolo de atendimento de hipertensão e diabetes disponível em nossa unidade para uso de todos os profissionais da equipe. Durante este tempo realizou-se um recadastramento deste grupo dos usuários de nossa área de abrangência. Realizaram-se tanto em na UBS como em diversos cenários, atividades de educação e promoção de saúde sobre diferentes temas: alimentação saudável, prática de exercício físico, tabagismo e saúde bucal.

Os usuários acompanhados foram avaliados com base nos manuais do Ministério da Saúde. Através do planejamento adequado, conseguimos realizar o acompanhamento e desenvolvimento dos usuários, possibilitando um diagnóstico precoce destas doenças assim de complicações. Também propiciou realizar a classificação de risco que auxiliou a prevenção e o tratamento precoce das complicações além de priorizarmos as medidas de promoção a saúde. Ainda com esta intervenção, conseguimos a priorização das atividades coletivas, como os grupos de hipertensos e diabéticos e as palestras informativas, com o objetivo de aumentar adesão da equipe às ações preventivas destinadas à população em geral, evitando predomínio de ações individuais de cunho curativo.

Acreditando-se que através do aumento da adesão da população às mudanças de estilo de vida, ao uso correto das medicações e estimulando a autonomia dos usuários em relação ao seu estado de saúde e de bem-estar, a intervenção contribuirá de forma significativa para melhoria das condições de saúde e de vida da população adstrita, aumentando a cobertura, além de um maior envolvimento e satisfação da população com a UBS, através dos atendimentos e de orientações diversificadas a esse público.

Dentre os vários pontos positivos alcançados durante a intervenção, destaco a união da equipe e a grande importância do trabalho multidisciplinar, cada um fazendo a sua parte com um objetivo final único. Outro ponto importante foi ter utilizado os manuais e rotinas predefinidas nas capacitações da nossa equipe, pois isto está se expandindo para outros programas de saúde, como a assistência pré-natal e saúde da criança. Destaca-se ainda que, através desta intervenção, conseguimos implantar a realização de consultas com hora marcada, ponto muito



importante para a organização da demanda de atendimento. Tal medida também foi estendida aos demais programas de saúde.

Outro ponto que muito nos ajudou foi à infraestrutura que nos ofereceram na unidade, pois possuíamos salas equipadas, e quando solicitávamos algum material necessário para o andamento das ações, nos foi prontamente entregue.

Algo que fazia parte do projeto, mas que foi muito difícil para conseguir foi que a secretaria de saúde nos apoiara em a confecção de fichas espelhos as quais foram feitas por nossa conta, outra coisa foi implantar à realização do acompanhamento médico sincronizado ao atendimento odontológico. O principal fator responsável para a efetivação dessa sincronização foi à impossibilidade de marcar consultas odontológicas na unidade, pois a mesma não dispõe deste profissional neste momento. Gostaria de enfatizar que esta situação foi dialogada muitas vezes com a secretaria de saúde, sim ter resposta satisfatória, o novo secretário se comprometeu para sanar esta situação. No entanto, estaremos acompanhando esta situação para que a mesma seja resolvida o quanto antes, a fim de qualificar a assistência para os nossos usuários.

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

Caríssimos usuários da UBS Parque das Laranjeiras, Santana-AP meu nome é Elizabeth Alvarez Heredia vimos por meio desse, informar a situação sobre o processo de intervenção ocorrido na UBS e conseqüentemente em nossa comunidade ao longo dos últimos três meses foi realizada uma atividade em nossa unidade com o objetivo de melhorar a atenção às pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus.

Foram realizadas atividades educativas, palestras, demonstrações sobre cuidados com a dieta, entre outras dirigidas fundamentalmente a estes tipos de usuários. Os hipertensos e os diabéticos assim como seus familiares, foram orientados sobre importância de comparecer a consulta, da necessidade de atendimento odontológico, e de não faltar às consultas marcadas. Foi feito o registro dos usuários inscritos no programa, permitindo-nos realizar avaliações mais completas e assim direcionar as orientações de forma particular para cada um.

Enfatizou-se a necessidade realizar mudanças no estilo de vida como: alimentação saudável, prática de exercício físico e saúde bucal entre outras todo isso possibilitou a melhoria do programa em saúde destes usuários assim como sua qualidade de saúde.

Ainda hoje todos os usuários cadastrados na UBS estão sendo controlado no que tange aos níveis pressão e controle de sua glicemia, ação esta que até então não era ofertada a vocês, criamos grupos de hipertensos e diabéticos onde realizamos atividades físicas, cultural és e recreativas com a participação dos diversos profissionais da saúde. Com o transcurso dos meses, isto que começou como um trabalho de intervenção; já es parte da rotina diária da unidade, os obstáculos encontrados ao longo do caminho não a impedido os

resultados alcançados. É importante sua cooperação de continuar com a divulgação para todos os comunitários, pois, nossa função como médico da atenção primária de saúde é a prevenção destas doenças para evitar complicações que ao longo de os anos acabam com a vida de tantas pessoas no mundo e no Brasil e que podem ser prevenidas.

Pretendemos estender essa forma de atendimento a outros grupos na comunidade, sendo o próximo escolhido as gestantes e as crianças. Assim, será possível unir os grupos beneficiados, pois o filho da gestante que vem sendo acompanhada pela unidade seguirá em acompanhamento, nos mesmos moldes dos atendimentos já recebidos pela mãe durante o pré-natal.

Certamente temos muito caminho por andar, e muitas coisas que melhorar, mas estamos seguro que com a participação ativa de vocês e o atuar de nossa equipe de saúde, poderemos dar um passo adiante.

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

Refletindo sobre o desenvolvimento da nossa intervenção, posso dizer que minhas expectativas iniciais foram superadas. Primeiramente ampliamos nosso conhecimento acerca das políticas de saúde públicas brasileiras e dos seus diferentes protocolos de atuação, principalmente na ESF, além de conhecer acerca de algumas doenças que atualmente são muito difícil de encontrar em meu país, como a Malária, Leishmanioses, Hanseníases e Tracoma. Também tivemos a oportunidade de melhorar os vínculos com a equipe de saúde, pois conseguimos uma maior interação entre todos os membros da nossa equipe e das demais equipes, melhorando assim, a qualidade da atenção que hoje oferecemos a nossa UBS.

Muitos foram os fatores que determinaram a minha aprendizagem durante este período, onde acredito que, dentre todas, as ferramentas utilizadas na confecção e na elaboração das tarefas e o modelo de casos clínicos com questões múltiplas foram os que mais acrescentaram no meu conhecimento. Pudemos aprender sobre problemas comuns da atenção primária à saúde, principalmente pela qualidade dos textos anexados aos questionamentos. Além disto, a experiência de fazer o curso todo pela internet foi uma barreira que tivemos que transpor porque primeiramente não estávamos acostumados a isto e em segundo, tivemos que superar a barreira do idioma, sem falar da estabilidade da internet que era ruim e muitas vezes tínhamos a ausência do sinal.

Foi ótimo poder escolher nosso foco de atuação, pois ambas as doenças (HAS e DM) são muito frequentes na atualidade e constituem a principal causa de mortalidade no mundo. Foi uma experiência bonita participar diretamente com a população nas diferentes ações de saúde realizadas, pois nossa intervenção trouxe trocas importantes dentro de nossa UBS em relação à implementação das políticas

de saúde, que até esse momento não estavam se desenvolvendo. Graças a esta intervenção, hoje conhecemos a realidade da população atendida pela nossa equipe e o nosso trabalho está propiciando melhoras significativas na assistência dos nossos usuários.

A satisfação de ver a evolução das ações programática gerava cada vez mais, vontade para estudar e se atualizar em relação ao conteúdo direcionado a intervenção. As ações desenvolvidas nesta serão, certamente, aplicadas em outras áreas.

Hoje a equipe está muito mais integrada que no início e muita das ações realizadas foram incorporadas na rotina do serviço, superando assim algumas das dificuldades encontradas no início. Com certeza, com o dia a dia, vamos ampliar a cobertura da intervenção e melhorar os aspetos que ficaram com pior desempenho. Nesse sentido, as atividades já se estenderam para os programas de saúde do pré-natal e da criança.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 56 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I). Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo\\_CAP\\_28.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_28.pdf)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. Brasília, 2010. 44 p.: il. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12). Disponível em: <<http://observasaude.fundap.sp.gov.br/pacto/Acervo/Cadernos%20do%20Pacto%20pela%20Sa%C3%BAde/volume12.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 124 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13). Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cab13.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde,

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_37.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 52 p.: il. color (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual\\_estrutura\\_ubs.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_estrutura_ubs.pdf)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.ht](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.ht)>.

Divisão territorial do Brasil e limites territoriais (19 de julho 2013) (IBGE) 2013

Estimativa populacional IBGE 2014

Malta DC, Cezário AC, Moura L, Moraes Neto OL, Silva Junior JB. **A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde.** Epidemiologia e Serviços de Saúde; 2006. p. 47-65

Organização Mundial da Saúde: **Perfil das doenças crônicas não transmissíveis por país, 2014.** Disponível em: <<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-profiles-2014/en/>> Acesso em: 15/10/2014

Siqueira, Fernando Carlos Vinhole ET al. **Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física:** um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 14(1): 39-44, 2009.

## **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







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

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

\_\_\_\_\_

Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_,

Documento \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

\_\_\_\_\_

Assinatura do declarante

## Anexo E- Fotografias de ações desenvolvidas



Figura 1- Preparador físico fazendo exercícios com os usuários



Figura 2- Preparador físico fazendo exercícios com os usuários



Figura - 3 Enfermeira fazendo triagem a usuário hipertenso

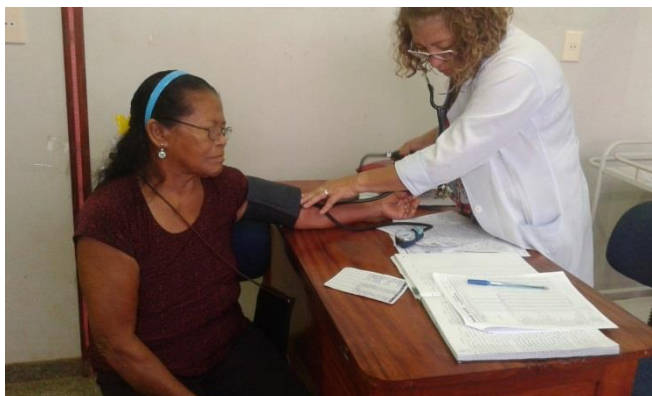


Figura - 4 Enfermeira fazendo triagem a usuário diabéticos e preenchendo dados



Figura - 5 Ações de saúde realizadas em uma igreja na comunidade



Figura - 6 Ações de saúde realizadas em uma igreja na comunidade



Figura 7. Em uma ação de saúde na comunidade atendendo usuários hipertensos e diabéticos



Figura 8. O preparador físico fazendo exercícios a grupos de hipertensos e diabéticos