

**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 à Saúde de Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica  
e Diabetes Mellitus na UBS Fernando Azevedo Correia II, Brasileia/AC**

**Odelvis Perdomo Pérez**

**Pelotas, 2015**

**Odelvis Perdomo Pérez**

**Melhoria da Atenção à Saúde de Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na UBS Fernando Azevedo Correia II, Brasileia/AC**

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

Orientador: Leandro Leitzke Thurow

Pelotas, 2015

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

P438m Perez, Odelvis Perdomo

Melhoria da Atenção à Saúde dos Portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na UBS Fernando Azevedo Correia li, Brasileira/AC / Odelvis Perdomo Perez; Leandro Leitzke Thurow, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

79 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. Thurow, Leandro Leitzke, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico essa conquista à minha filha Melisa, o segundo coração batendo eternamente dentro de mim, meu bebê, que é a maior de todas as vitórias e conquistas da minha vida.

## **Agradecimentos**

Ao meu esposo, Alexander, que representa minha segurança em todos os aspectos, meu companheiro incondicional, o abraço espontâneo e tão necessário, especialmente por ficar longe de nossa filha e resto da família. Obrigada por me fazer sentir tão amada, também nos momentos mais difíceis da nossa vida.

À minha família, em especial minha mãe, sem a qual não seria possível passar por esta etapa de minha vida.

Ao meu orientador Leandro Thurow, pelo desprendimento, apoio e disponibilidade.

## Resumo

PEREZ, Odelvis Perdomo. **Melhoria da Atenção à Saúde dos Portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na UBS Fernando Azevedo Correia II, Brasileia/AC.** 2015. 78f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A hipertensão arterial e o diabetes mellitus representam dois dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, primeira causa de morte no Brasil, contribuindo decisivamente para o agravamento deste cenário. São doenças crônicas, e produzem complicações em órgãos como o coração, rins, cérebro, nervos periféricos, além de complicações ósseas, que podem ser evitadas com mudanças de estilo de vida. Melhorar a atenção a usuários com hipertensão e diabetes na atenção básica é muito importante, o que deve ser baseado em uma série de estratégias e ações integradas para a promoção da saúde, prevenção de riscos, agravos e doenças, redução dos anos perdidos por incapacidade e aumento da qualidade de vida dos indivíduos e populações. Na Unidade Básica de Saúde Fernando Azevedo Correia II, zona rural do município de Brasileia, estado do Acre, havia baixa cobertura do programa de atenção aos usuários com hipertensão e diabetes, e os indicadores de qualidade indicavam necessidade de melhorar. Isso motivou a realização deste trabalho de intervenção, que teve o objetivo de melhorar a atenção à saúde de usuários com hipertensão e diabetes, residentes na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Fernando Azevedo Correia II. Envolveu um total de 112 usuários com hipertensão e 26 usuários com diabetes, alcançando uma cobertura de 71.8 % e 68.4 %, respectivamente. Melhoramos a qualidade da atenção, com 100% de usuários hipertensos e diabéticos com exame clínico em dia, de acordo com o protocolo, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, estratificação de risco cardiovasculares, e orientados quanto a alimentação saudável, prática regular de atividade física, abandono e riscos do tabagismo, e higiene bucal. Todos os faltosos foram buscados, e mais de 90% dos hipertensos e diabéticos apresentaram prescrição de medicamentos da farmácia popular. A intervenção exigiu que a equipe toda passasse por uma boa capacitação para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao acolhimento, registro, rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da hipertensão e diabetes. A melhoria do agendamento viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea, e a intervenção provocou muita satisfação nos hipertensos e diabéticos em relação a seu atendimento priorizado, e melhorou o acolhimento e a qualidade do acompanhamento feito de forma integral, tendo aumentado a adesão dos usuários nesta ação programática. Como resultado final, as ações da intervenção foram incorporadas à rotina do serviço.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Hipertensão Arterial Sistêmica; Diabetes Mellitus; Saúde Bucal.

## Lista de Figuras

- Figura 1 Cobertura do programa de atenção à saúde de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica, na UBS Fernando Azevedo Correia II, Brasileia-AC, 2015. 53
- Figura 2 Cobertura do programa de atenção à saúde de usuários com Diabetes Mellitus, na UBS Fernando Azevedo Correia II, Brasileia-AC, 2015. 54
- Figura 3 Proporção de usuários com Diabetes Mellitus com exame clínico em dia de acordo com o protocolo, na UBS Fernando Azevedo Correia II, Brasileia-AC, 2015. 55
- Figura 4 Proporção de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, na UBS Fernando Azevedo Correia II, Brasileia-AC, 2015. 56
- Figura 5 Proporção de usuários com Diabetes Mellitus com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, na UBS Fernando Azevedo Correia II, Brasileia-AC, 2015. 57
- Figura 6 Proporção de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada, na UBS Fernando Azevedo Correia II, Brasileia-AC, 2015. 58
- Figura 7 Proporção de usuários com Diabetes Mellitus com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada, na UBS Fernando Correia II, Brasileia-AC, 2015. 59
- Figura 8 Proporção de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, na UBS Fernando Azevedo Correia II, Brasileia-AC, 2015. 59

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

ACS	Agente Comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAB	Caderno da Atenção Básica
CAP	Caderno de Ações Programáticas
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EaD	Educação à Distância
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
PCCU	Preventivo do Câncer Cérvico-uterino
SUS	Sistema Único de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas



## Sumário

Apresentação .....	9
1 Análise Situacional .....	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	10
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	18
2 Análise Estratégica .....	19
2.1 Justificativa .....	19
2.2 Objetivos e metas .....	20
2.2.1 Objetivo geral .....	20
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	20
2.3 Metodologia .....	22
2.3.1 Detalhamento das ações .....	23
2.3.2 Indicadores .....	38
2.3.3 Logística .....	44
2.3.4 Cronograma .....	47
3 Relatório da Intervenção .....	49
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	49
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	51
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	51
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	51
4 Avaliação da intervenção .....	53
4.1 Resultados .....	53
4.2 Discussão .....	66
5 Relatório da intervenção para gestores .....	69
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	71
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem .....	73
Referências .....	75
Anexos .....	76

## **Apresentação**

O presente exemplar contempla o Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família, da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), na modalidade de educação a distância (EaD). O trabalho consiste em uma intervenção, realizada de abril a junho de 2015, que teve como objetivo a melhoria da atenção à saúde dos usuários com hipertensão e diabetes na Unidade Básica de Saúde Fernando Azevedo Correia II, descrevendo todo o processo de estruturação e qualificação do cuidado ofertado aos usuários portadores destas doenças crônicas.

O volume está estruturado em sete capítulos. O capítulo 1 é a Análise Situacional, que descreve a situação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), população adstrita, profissionais que fazem parte da equipe e seu funcionamento. O capítulo 2 consiste na Análise Estratégica, que apresenta o Projeto de Intervenção, com a justificativa, objetivos e metas, metodologia e o detalhamento das ações nos quatro eixos pedagógicos (monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica), indicadores, logística e cronograma de intervenção. O capítulo 3 apresenta o Relatório da Intervenção, descrevendo as ações desenvolvidas e não desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades, a coleta e sistematização de dados e a possibilidade da incorporação das ações à rotina do serviço. O capítulo 4 consiste na Avaliação da Intervenção, com apresentação dos resultados e discussão. Os capítulos 5 e 6 trazem os relatórios para o gestor e para a comunidade, respectivamente. E o capítulo 7 é uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem. No final, têm-se as referências e os anexos utilizados.

## **1 Análise Situacional**

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

O município de Brasília localiza-se na fronteira com a Bolívia e o Peru, possui aproximadamente 22.300 habitantes (IBGE, 2010), dos quais aproximadamente 60% da população vive em zona rural, com baixo nível sociocultural e sua principal atividade trabalhista é a agricultura e a ganadeira.

O sistema de saúde de Brasília tem uma boa estrutura, com nove equipes de Saúde da Família atuando, e disponibilidade de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Temos um Centro de Saúde, um hospital pequeno, sendo que está sendo construído um hospital maior. Na atenção especializada, contamos no município com um ortopedista e uma ginecologista apenas, e as demais especialidades são encontradas em Rio Branco, capital do Estado. Quanto ao acesso aos exames, só se realizam no hospital municipal exames de rotina de laboratório clínico e radiografias simples. Para ultrassonografia, tomografia, ressonância magnética, dosagem hormonal, os usuários são encaminhados para Rio Branco, sendo o agendamento às vezes demorado, até dois ou três meses.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Fernando Azevedo Correia II é recém implantada, depois que o Centro de Saúde Fernando Azevedo Correia, transformou-se em duas UBS. Localizada na zona rural, atende aproximadamente 241 famílias. A equipe de saúde está formada por um médico, um enfermeiro, uma cirurgiã-dentista, uma auxiliar de enfermagem, uma auxiliar em saúde bucal, seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), dois recepcionistas, uma auxiliar de limpeza e uma farmacêutica. Também trabalha na UBS uma ginecologista, que faz atendimento de pré-natal de alto risco e a todos os usuários que são encaminhados para ginecologia, já que é a única ginecologista em Brasília. E temos uma nutricionista, uma psicóloga e uma assistente social, pertencentes ao NASF, uma vez por semana

em nossa UBS. É uma equipe nova, com um cadastro novo, população nova, tem boa estrutura física, com uma sala de espera comum para as duas UBS, já que o antigo Centro de Saúde foi transformado em duas UBS. Temos uma sala de recepção, vacinação, dois banheiros, uma para os usuários e outro para funcionários, uma copa, uma sala para gerente, uma sala para enfermagem, sala para atendimento médico, uma sala para odontologia, uma sala para ginecologia e realização de preventivo de colo de útero, farmácia e uma sala de curativo.

Temos muito trabalho a fazer para organizar o processo de trabalho, já que no Centro de Saúde acessavam muitas pessoas de todo município, até que as pessoas entendam que o atendimento deve ser feito nas UBS de suas localidades. Isso dificulta o trabalho da equipe no desenvolvimento de suas tarefas e planejamento das atividades.

Temos dificuldade com a disponibilidade de alguns instrumentos, como sonar, otoscópio e oftalmoscópio. Só há um sonar, que fica com a ginecologista, que tem muita demanda. Contamos com o apoio da secretaria de saúde quando um equipamento está quebrado. Como Brasileia fica em zona franca, muitas vezes não temos conexão com a internet. Não existe prontuário eletrônico, não temos meios de transporte próprios, mas para as visitas domiciliares agendadas contamos com apoio da secretaria de saúde. O município disponibiliza transporte para os usuários que precisam ser atendidos na capital.

Cumprimos com as atribuições comuns para toda equipe. Conhecemos a realidade das famílias pelas quais somos responsáveis, suas características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas. Estamos trabalhando na identificação dos problemas de saúde e fatores de risco a que população está exposta, para alcançar uma boa relação com o usuário e com a família, e para a criação de um bom vínculo de confiança, de afeto e de respeito. Estamos planejando as visitas domiciliares para ter assegurado o transporte por parte da prefeitura. Já se implantou o atendimento de forma geral com o cartão nacional de saúde, já se está implementando ações intersetoriais com as organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento dos problemas que são identificados e os usuários tem garantido acesso à continuidade do tratamento. Estamos em uma etapa de planejamento e organização de nosso trabalho. Temos que fomentar e planejar a participação popular no conselho local de saúde, e a

criação de grupos como hipertensos, diabéticos, de saúde mental, gestantes, crianças, adolescentes.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

O Brasil está realizando muitas mudanças positivas no Sistema Único de Saúde. Para oferecer este serviço com qualidade e excelência e poder chegar até os lugares com maior dificuldade e acesso ao mesmo, criou o programa “Mais Médicos” para a cobertura de muitas áreas que precisavam de atenção médica, fundamentalmente em Estados como Amazonas e Acre, onde me encontro trabalhando há 6 meses, especificamente no município de Brasiléia. O município se encontra em zona fronteira com a Bolívia e o Peru, possui aproximadamente 22.300 habitantes (IBGE 2010), dos quais aproximadamente 60% da população vive em zona rural, com baixo nível sociocultural e sua principal atividade trabalhista é a agricultura e a ganadeira.

O sistema de saúde de Brasiléia tem uma boa estrutura, com capacidade instalada de nove equipes de saúde devidamente atuando, com habilitação autorizada pelo Ministério da Saúde, em coordenação com a Secretaria de Saúde, e disponibilidade de NASF. Temos um Centro de Saúde, um hospital pequeno e agora está sendo construído um hospital muito maior, que favorecerá melhor atendimento da população de Brasiléia e municípios vizinhos, já que só contamos no município com um ortopedista e uma ginecologista, as demais especialidades só podemos encontrar em Rio Branco, capital do Estado. Quanto ao acesso aos exames, só se realizam no hospital municipal exames de rotina de laboratório clínico e radiografias simples. Para ultrassonografia, tomografia, ressonância magnética, dosagem hormonal, os usuários são encaminhados para Rio Branco, sendo o agendamento às vezes demorado, até dois ou três meses.

A UBS Fernando Azevedo Correia II é recém implantada, depois que o Centro de Saúde Fernando Azevedo Correia, transformou-se em duas UBS. Localizada na zona rural, atende aproximadamente 241 famílias. A equipe de saúde está formada por um médico, um enfermeiro, uma cirurgiã-dentista, uma auxiliar de enfermagem, uma auxiliar em saúde bucal, seis ACS, dois recepcionistas, uma auxiliar de limpeza e uma farmacêutica. Também trabalha na UBS uma ginecologista, que faz

atendimento de pré-natal de alto risco e a todos os usuários que são encaminhados para ginecologia, já que é a única ginecologista em Brasília. E temos uma nutricionista, uma psicóloga e uma assistente social, pertencentes ao NASF, uma vez por semana em nossa UBS. É uma equipe nova, com um cadastro novo, população nova, tem boa estrutura física, com uma sala de espera comum para as duas UBS, já que o antigo Centro de Saúde foi transformado em duas UBS. Temos uma sala de recepção, vacinação, dois banheiros, uma para os usuários e outro para funcionários, uma copa, uma sala para gerente, uma sala para enfermagem, sala para atendimento médico, uma sala para odontologia, uma sala para ginecologia e realização de preventivo de colo de útero, farmácia e uma sala de curativo.

Temos muito trabalho a fazer para organizar o processo de trabalho, já que no Centro de Saúde acessavam muitas pessoas de todo município, até que as pessoas entendam que o atendimento deve ser feito nas UBS de suas localidades. Isso dificulta o trabalho da equipe no desenvolvimento de suas tarefas e planejamento das atividades.

Temos dificuldade com a disponibilidade de alguns instrumentos, como sonar, otoscópio e oftalmoscópio. Só há um sonar, que fica com a ginecologista, que tem muita demanda. Contamos com o apoio da secretaria de saúde quando um equipamento está quebrado. Como Brasília fica em zona franca, muitas vezes não temos conexão com a internet. Não existe prontuário eletrônico, não temos meios de transporte próprios, mas para as visitas domiciliares agendadas contamos com apoio da secretaria de saúde. O município disponibiliza transporte para os usuários que precisam ser atendidos na capital.

Com o trabalho iniciado há pouco tempo, cumprimos com as atribuições comuns para toda equipe. Conhecemos a realidade das famílias pelas quais somos responsáveis, suas características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas. Estamos trabalhando na identificação dos problemas de saúde e fatores de risco a que população está exposta, para alcançar uma boa relação com o usuário e com a família, e para a criação de um bom vínculo de confiança, de afeto e de respeito. Estamos planejando as visitas domiciliares para ter assegurado o transporte por parte da prefeitura. Já se implantou o atendimento de forma geral com o cartão nacional de saúde, já se está implementando ações intersetoriais com as organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento

dos problemas que são identificados e os usuários tem garantido acesso à continuidade do tratamento. Estamos em uma etapa de planejamento e organização de nosso trabalho. Temos que fomentar e planejar a participação popular no conselho local de saúde, e a criação de grupos como hipertensos, diabéticos, de saúde mental, gestantes, crianças, adolescentes. Ainda temos muita demanda espontânea, o que atrapalha um bom planejamento, no entanto contamos com ajuda de nossa secretaria de saúde com implementação e funcionamento de outros programas, como o NASF, que faz avaliação sobre todos os pacientes com obesidade, transtornos psicossociais. Dessa forma, temos uma nutricionista, uma psicóloga e uma assistente social uma vez por semana em nossa UBS.

A UBS tem na área adstrita 1.023 habitantes, com predomínio do sexo masculino e faixa etária entre 20 e 39 anos, uma população jovem. Acredito que a equipe de saúde é adequada para esta população, só que temos um número importante de pacientes fora da área de abrangência, o que não nos impede de realizar adequadamente nosso trabalho com um bom acolhimento e planejamento.

A demanda espontânea é uma das funções da atenção básica, somada às funções de cuidado continuado e programado e de promoção e prevenção. Como é UBS recém-construída, ainda tem muita demanda espontânea, já que os usuários estão acostumados a receber atendimento nesta unidade quando funcionava como Centro de Saúde. Então a solução é um bom acolhimento, com uma boa orientação individualizada para evitar riscos potenciais à saúde, como automedicação, abandono de tratamentos de doenças crônicas, congestionamentos nos agendamentos. Ademais como a população da área de abrangência não é muito grande, poderemos seguir dando acompanhamento, sobretudo aos usuários com doenças crônicas, até que retornem às suas áreas de saúde.

A atenção à saúde da criança na UBS ocorre de forma programática, com o programa de vacinação, triagem neonatal e a puericultura de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde (MS). Antes de passar pela sala de vacinas, toda criança tem uma consulta médica, com preenchimento de registro específico pela enfermeira da pré-consulta para monitoramento segundo o protocolo. As consultas de puericultura são realizadas em dois turnos por semana, por enfermeira ou médico, com o objetivo de alcançar um adequado acompanhamento e desenvolvimento das crianças. A maior dificuldade é que as mães acreditam que só precisam de atendimento quando as crianças ficam doentes.

Temos um total de seis crianças menores de um ano acompanhadas na UBS, o que representa uma cobertura de 30%, considerando a estimativa do Caderno de Ações programáticas (CAP), de 20 crianças menores de um ano residentes na área. Em relação à avaliação da qualidade, apenas 67% tem consulta em dia de acordo com o protocolo do MS. Na faixa de 1 a 6 anos, temos 126 crianças acompanhadas na UBS. Estamos trabalhando fortemente com as atividades de educação em saúde, como palestras, e programação de visitas domiciliares a crianças faltosas e com vacinas atrasadas.

A atenção ao pré-natal ocorre de forma programática. Contamos com registros específicos preenchidos pela enfermeira. Ela faz o cadastro de pré-natal, e em cada consulta de retorno vai atualizando os registros. As consultas ocorrem num turno por semana, com a participação de toda a equipe, de acordo com o protocolo de atenção pré-natal do MS. A consulta de pré-natal de baixo risco é feita por enfermeira ou médico, e as gestantes de alto risco são encaminhadas para a ginecologista para acompanhamento. Cada gestante atendida sai com a próxima consulta agendada. Estamos buscando organizar os registros para um bom andamento e planejamento do nosso trabalho. Atualmente estamos acompanhando apenas quatro gestantes, o que representa 26% de cobertura, considerando o total estimado pelo CAP, que é de 15 gestantes.

Uma dificuldade no seguimento das gestantes é que não temos ultrassonografia na rede pública do município, e muitas vezes as usuárias não podem realizar na rede privada, por terem baixos recursos econômicos. Além disso, os resultados dos exames demoram muitos, às vezes dois meses depois da solicitação. Devemos investir nas ações de promoção à saúde como as atividades educativas, e no planejamento de visitas domiciliares às gestantes faltosas a consulta, com exames atrasados ou não realizados, ou com vacinas atrasadas .

Além disso, contamos com um registro de puérperas atualizado também pela enfermeira, que faz a primeira consulta de puerpério, encaminhando-a para a consulta médica.

Também trabalhamos com o programa de prevenção e controle do câncer do colo de útero e do câncer de mama, de forma programática e de acordo com protocolo do MS. Realizamos a coleta para preventivo do câncer cérvico-uterino (PCCU) em dois turnos por semana, feita pela enfermeira, que encaminha os casos para o médico da equipe, se assim julgar necessário. Toda mulher sexualmente



ativa, com filhos antes de 25 anos, recebe a solicitação de PCCU, aquela que possui entre 25 a 64 anos que chega à consulta tem seu PCCU realizado, e as que têm entre 50 e 69 anos recebe a solicitação para mamografia. Temos acompanhadas na UBS um 88% de total de mulheres entre 25 e 64 residentes na área para prevenção de câncer de colo de útero. A ginecologista é bastante importante no atendimento dessas mulheres. Ainda temos muitas dificuldades com o retorno das usuárias na data agendada, pois muitas mulheres ainda não têm consciência da importância dessa prevenção. Fazemos controle dos fatores de risco reconhecidos e modificáveis, como obesidade, dislipidemia, pós-menopausa, sedentarismo e consumo excessivo de álcool. Realizamos atividade para controle do peso corporal e prática de atividade física regular, com ajuda e orientação dos membros do NASF, como nutricionista e psicólogo uma vez por semana.

Temos um total de 189 mulheres entre 25 e 64 anos acompanhadas na UBS, o que representa 88% de cobertura para prevenção de câncer de colo de útero, considerando a estimativa feita pelo CAP de 214 mulheres nessa faixa etária. Das 189, apenas 136 (71%) está com exame em dia, foram avaliadas quanto ao risco para câncer de colo de útero, e foram orientadas sobre prevenção de câncer de colo de útero e doenças sexualmente transmissíveis (DST). Entre 50 e 69 anos, acompanhamos um total de 50 mulheres, o que representa 100% de cobertura para prevenção de câncer de mama, de acordo com a estimativa do CAP. Delas, apenas 15 (30%) estão com mamografia em dia, mas todas foram avaliadas quanto ao risco de câncer de mama e orientadas quanto à prevenção.

As ações e atenção à saúde aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) estão estruturadas de forma programática, e procuramos seguir os manuais do MS, mas é muito difícil trabalhar sem um adequado planejamento e agendamento dos usuários, com uma equipe acostumada a trabalhar apenas com demanda espontânea e não conhece os protocolos. Realizamos palestras educativas na prevenção destas doenças com identificação de fatores de risco modificáveis, e trabalhamos na pesquisa de usuários com hipertensão ou diabetes, com a medição de pressão arterial em usuários acima de 18 anos, e a realização de glicemia capilar em jejum.

Atualmente acompanhamos 28 usuários com hipertensão, o que representa 16% do total estimado pelo CAP, de 175 hipertensos, e quatro diabéticos, o que representa 8% do total estimado pelo CAP para a área de abrangência da UBS, que

é de 50 diabéticos. Dos usuários acompanhados com hipertensão, 90% tem estratificação de risco cardiovascular, 32% tem atraso nas consultas agendadas, 84% tem os exames periódicos em dia, todos tem orientação de mudanças de estilos de vida com a prática de exercícios físicos e orientação nutricional adequada. Dos usuários com diabetes, 100% têm um bom acompanhamento e seguimentos em consultas e visitas domiciliares, só que de forma geral a avaliação de saúde bucal ainda não é boa.

A atenção à saúde da pessoa idosa na UBS tem como objetivo promover o envelhecimento ativo e saudável, prevenir a perda da capacidade funcional através da preservação da sua independência física e psíquica, promover alimentação adequada e balanceada, prática de exercícios físicos regulares, diminuição da automedicação, convivência social estimulante e atividades prazerosas que atenuem o estresse. De forma geral minha população é jovem, temos 65 usuários residentes na área de abrangência o que representa um 100% da população maior de 60 acompanhada pela UBS, com identificação de suas doenças e necessidades. A equipe trabalha com muita demanda espontânea e poucas consultas agendadas, o que dificulta um bom acompanhamento, programação e avaliação clínica dos usuários. Mas a equipe está se esforçando para melhorar o planejamento e os agendamentos dos usuários de forma programada, assim como para melhorar e atualizar os registros dos usuários. Além disso, estamos trabalhando com os usuários para que compreendam que agora a unidade é uma UBS com ESF, cujo objetivo principal é a promoção da saúde e prevenção de doenças.

Durante o relatório pude chegar à conclusão de que temos um bom desafio pela frente. Durante os seis meses que estivemos trabalhando no Centro de Saúde, nosso principal trabalho foi atenção de demanda espontânea de forma assistencial e não podíamos desenvolver o trabalho de Atenção Primária à Saúde (APS) de forma integral, de promoção à saúde e prevenção de doenças, assim como realizar planejamento e seguimento dos diferentes grupos. Agora, com uma UBS recém-construída, temos muito trabalho, que tem que ser programado e planejado.

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

Em relação ao “Texto inicial sobre a situação da ESF/APS”, posso dizer que demos um giro de 180º graus, pois depois de trabalhar durante seis meses em um Centro de Saúde, realizando um trabalho essencialmente assistencial, com aproximadamente 10.000 mil usuários, estamos trabalhando em uma UBS nova, atendendo 1.023 usuários. Agora podemos planejar, organizar e desenvolver nosso trabalho.

A partir das estimativas do CAP, pudemos perceber que o número de usuários acompanhados em cada grupo prioritário está muito abaixo do que se espera para uma população de 1.023 habitantes. Precisamos identificar as causas e aumentar a pesquisa de hipertensos e diabéticos, trabalhar para melhorar o seguimento das crianças com as consultas de puericultura, aumentar as pesquisas de câncer de colo de útero e câncer de mama, mediante atividades educativas.

Sei que temos um grande desafio pela frente, mas a equipe toda tem muita vontade de trabalhar. Poderemos realizar juntos atividades de promoção e prevenção e mudanças em nossa comunidade. Depois de seis meses é que me sinto realizada como uma médica comunitária.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A hipertensão arterial e o diabetes mellitus representam dois dos principais fatores de risco das doenças cardiovasculares, primeira causa de morte no Brasil. São doenças crônicas e incuráveis, e produzem complicações em órgãos como o coração, rins, cérebro, nervos periféricos, complicações ósseas crônicas que podem ser evitadas com mudanças de estilo de vida (BRASIL, 2013). Por isso, faz-se necessário o desenvolvimento de uma atenção de qualidade na APS, com fins de promoção à saúde, prevenção de riscos, agravos e doenças, redução da incapacidade e o aumento da qualidade de vida dos indivíduos e populações.

A UBS Fernando Azevedo Correia II localiza-se na zona rural, tem boa estrutura física recém-construída, e apresenta uma população adstrita de 1.023 pessoas, aproximadamente 241 famílias, com predomínio do sexo masculino e faixa etária de 20 a 39 anos. A equipe de saúde é formada por um médico, uma enfermeira, uma cirurgiã-dentista, uma auxiliar de enfermagem, uma auxiliar em saúde bucal, seis ACS, dois recepcionistas, uma auxiliar de limpeza e uma farmacêutica. Também trabalha conosco uma ginecologista, e temos o apoio do NASF.

Atualmente a UBS acompanha 28 hipertensos e quatro diabéticos, o que confere coberturas muito baixas, quando consideramos as estimativas populacionais do CAP ou da Planilha de Coleta de Dados. A população estimada pelo CAP é de 175 hipertensos e 50 diabéticos, e o total estimado pela Planilha de Coleta de Dados é de 156 hipertensos e 38 diabéticos. Em relação aos indicadores de qualidade da atenção, podemos dizer que entre os usuários acompanhados com hipertensão, 90% receberam estratificação de risco cardiovascular, 32% tinham

atraso nas consultas agendadas, 84% tinham os exames periódicos em dia, e todos receberam orientação de mudanças de estilos de vida com a prática de exercícios físicos e orientação nutricional adequada. Entre os usuários com diabetes, todos apresentavam um bom acompanhamento e seguimento em consultas, mas de forma geral a avaliação de saúde bucal ainda não era boa. Com ajuda da nutricionista do NASF, realizamos atividades educativas sobre os fatores de risco para HAS e DM, e a importância do acompanhamento dos índices da Pressão Arterial (PA) em usuários acima de 18 anos, e glicemia aos usuários com fatores de risco para DM.

Assim, as ações de intervenção nesse programa são necessárias para a organização e qualificação da atenção a esse grupo, com registros específicos e monitoramento sistemático, e permitem estimular mudanças no estilo de vida das pessoas com riscos. Ainda temos dificuldades e algumas limitações em nosso município que podem prejudicar as ações de intervenção, como a dificuldade de realização de exames complementares, e a indisponibilidade de medicamentos para o controle das doenças crônicas e de insumos odontológicos. Mas a equipe está disposta a organizar o trabalho, principalmente porque estamos iniciando as ações na nova UBS.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na UBS Fernando Azevedo Correia II.

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

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

Meta 1.1 Cadastrar 75% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2 Cadastrar 75% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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.

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

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

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na UBS Fernando Azevedo Correia II, no município de Brasileira-AC. A população alvo estimada é de 156 hipertensos e 38 diabéticos residentes na área de

abrangência da UBS, considerando a estimativa da Planilha de Coleta de Dados. A população estimada pelo CAP é de 175 usuários hipertensos e 50 diabéticos, mas avaliamos que a estimativa da Planilha de Coleta de Dados se aproxima mais de nossa realidade.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

Para alcançar os objetivos propostos, foram traçadas ações, detalhadas a seguir, organizadas por eixos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público, e qualificação da prática clínica.

**Objetivo 1: Ampliar a cobertura da atenção a os hipertensos e diabéticos.**

**Metas 1.1 e 1.2: Cadastrar 75% 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: O médico e a enfermeira farão monitoramento, semanalmente, das fichas espelho para verificar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.

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

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

Detalhamento: O pessoal da recepção, junto com o médico e a enfermeira, fará o registro de todos os usuários com hipertensão e diabetes cadastrados no programa, com preenchimento dos dados na ficha espelho.

Ação: Melhorar o acolhimento aos pacientes portadores de HAS e DM.

Detalhamento: Será feita uma capacitação para equipe toda na primeira semana da intervenção sobre o que é o acolhimento, que ocorrerá primeiramente pela recepcionista, quando o usuário chega à UBS, dando continuidade com a



enfermeira, que preencherá a ficha espelho, e o médico e o dentista, que farão atendimento.

Ação: Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde no caso de os pacientes hipertensos.

Detalhamento: A gerente da UBS tem agendada uma reunião na primeira semana da intervenção com os gestores da secretaria para solicitar e garantir os recursos necessários para a pesquisa e acompanhamento dos hipertensos.

Ação: Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde para os diabéticos.

Detalhamento: A gerente da UBS tem agendada uma reunião na primeira semana da intervenção na secretaria da saúde com os gestores municipais para solicitar e garantir os recursos necessários para a pesquisa e acompanhamento dos diabéticos.

#### 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: Será feita uma palestra educativa pelos ACS na comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde na primeira semana da intervenção.

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

Detalhamento: Será feita uma palestra na primeira semana da intervenção na UBS, pela enfermeira, com ajuda de um vídeo sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

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

Detalhamento: Será feita uma palestra educativa mensal pelos ACS na comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

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

Detalhamento: Será feita uma palestra educativa pela enfermeira na segunda semana da intervenção na comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes e depois semanal pelos ACS.

#### QUALIFICAÇÃO DE PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: Será feita uma capacitação pelo médico e a enfermeira na primeira semana da intervenção na UBS a todos os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

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

Detalhamento: Será feita pelo médico uma capacitação na primeira semana de intervenção para a equipe da unidade de saúde sobre a verificação da pressão arterial de forma criteriosa incluindo uso adequado do manguito.

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

Detalhamento: Será feita uma capacitação na segunda semana de intervenção pela enfermeira à equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

### **Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos e diabéticos na Unidade de Saúde.**

**Meta 2.1 e 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos.**

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e diabéticos

Detalhamento: O médico junto com a enfermeira farão avaliação e controle das fichas espelho semanalmente para a verificação de exame clínico apropriado dos hipertensos e diabéticos.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: A enfermeira fará controle de pressão arterial a todos os usuários com mais de 18 anos e glicemia capilar aos diabéticos e a critério médico, além disso, verificará peso e altura do usuário, passando para o médico para seu acompanhamento e avaliação geral junto com o agendamento ou acompanhamento da consulta de saúde bucal.

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

Detalhamento: Será feita uma capacitação à equipe toda na primeira semana pelo médico na UBS, de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: Será feita uma capacitação de atualização a equipe toda na primeira semana da intervenção pelo médico na UBS, e serão feitos esclarecimentos individualizados semanalmente em caso de dúvidas.

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

Detalhamento: Versão atualizada impressa já disponível.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Esta ação será realizada nas palestras educativas na unidade, pelo médico e enfermeira, na segunda semana da intervenção, e os ACS farão orientações na comunidade em suas visitas domiciliares, além das orientações nas consultas a cada usuário.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: Temos programado na primeira semana da intervenção a capacitação da equipe toda pelo médico para a realização de um adequado exame físico.

**Meta 2.3 e 2.4: Garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização 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: O médico e a enfermeira farão monitoramento semanal das fichas espelhos para avaliar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde.

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão monitoramento semanal das fichas espelhos para avaliar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

## ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento O médico fará solicitação dos exames complementares durante o acompanhamento de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde e a periodicidade recomendada.

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

Detalhamento: Será agendada uma reunião com a gerência do hospital municipal para garantir agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo já que o município só tem um laboratório centralizado no hospital e Brasileia tem uma população total aproximada de 23.000 pessoas o que dificulta a realização dos exames em dia de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde.

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão semanalmente uma avaliação das fichas espelho para avaliar os casos que precisarem dos exames complementares preconizados.

## ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Os ACS farão palestras semanais nas comunidades para orientar sobre a necessidade de realização de exames complementares.

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

Detalhamento: Os ACS farão palestras semanais nas comunidades para orientar sobre a periodicidade com que devem ser realizados 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: O médico fará na primeira semana uma capacitação da equipe toda para a solicitação de exames complementares seguindo o protocolo adotado na unidade de saúde.

**Meta 2.5 e 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.**

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão monitoramento semanal das fichas espelhos para avaliar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia para os hipertensos e diabéticos na unidade de saúde.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

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

Detalhamento: O controle de estoque e a validade dos medicamentos serão feito na farmácia da UBS pela farmacêutica, com ajuda e supervisão da gerente da UBS semanalmente.

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

Detalhamento: A farmacêutica da unidade tem um registro com atualização mensal das necessidades dos pacientes diabéticos e hipertensos.

#### 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: O médico junto com a equipe toda orientará os usuários da nossa comunidade o direito de ter acesso aos medicamentos de nossa farmácia e possíveis alternativas para obter este acesso a farmácias de outras UBS.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: O médico fará uma capacitação na primeira semana para a equipe toda sobre o tratamento da hipertensão e diabetes.

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

Detalhamento: O médico fará uma capacitação na primeira semana com a equipe toda para poder orientar aos usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia de nossa UBS ou da UBS vizinha.

### **Meta 2.7 e 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos.**

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: O médico e enfermeira verificarão as fichas espelho, semanalmente para identificar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: Todos os pacientes de nosso projeto com necessidades de atendimento odontológico serão enviados a sala de odontologia para agendar as consultas de acordo com o planejamento pelos grupos de trabalho.

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: A auxiliar em saúde bucal fará semanalmente o planejamento da agenda de saúde bucal conforme as necessidades de atendimento odontológico.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: A auxiliar em saúde bucal fará junto com a dentista uma palestra educativa mensal 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 e os diabéticos.

Detalhamento: O médico e a dentista farão uma capacitação mensal sobre necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

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

**Meta 3.1 e 3.2: Buscar 100 % dos hipertensos 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: O médico e a enfermeira farão avaliação e monitoramento semanal das fichas espelho, para verificar o cumprimento da periodicidade das consultas de acordo com o protocolo.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento: O médico junto com a gerente da UBS planejarão as visitas domiciliares semanais para buscar os faltosos com ajuda dos ACS.

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

Detalhamento: A enfermeira fará um bom planejamento da programação das consultas agendadas para os pacientes hipertensos e diabéticos semanalmente, com vagas disponíveis para acolher aos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO.

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

Detalhamento Será feita uma palestra mensal na UBS pela enfermeira sobre a importância de realização das consultas e com ajuda dos agentes comunitários e notas informativas, informaremos a comunidade sobre a importância das mesmas.

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

Detalhamento: A equipe toda terá uma reunião mensal com os membros da comunidade para conhecer possíveis estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabéticos

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

Detalhamento: O médico junto com a enfermeira em cada uma das consultas de acompanhamento esclarecerá aos pacientes a periodicidade preconizada para a realização das consultas, e os agentes comunitários, mediante palestras semanalmente, orientarão a comunidade.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: Será feita uma capacitação pelo médico mensalmente aos ACS, de acordo com o protocolo em nossa UBS, para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

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

**Meta: 4.1 e 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e 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: O médico e a enfermeira farão monitoramento semanal da qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde, através da verificação das fichas espelho.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

Ação: Manter as informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) atualizadas.



Detalhamento: A recepcionista, responsável pelo preenchimento das informações no SIAB junto com a gerente da UBS, farão os preenchimentos dos dados sempre que necessário, pelo menos uma vez por mês.

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento.

Detalhamento: Será implantada a ficha de acompanhamento dos usuários desde o primeiro dia do início da intervenção.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: Será feita uma reunião na UBS com a equipe toda no primeiro dia da intervenção para sua capacitação e treinamento no registro das informações.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: O médico e a enfermeira serão os responsáveis pelo monitoramento dos registros, e isso será acordado em reunião na UBS com a equipe toda no primeiro dia 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: O alerta será feito durante a verificação das fichas, semanalmente, por médico e enfermeira, sinalizando os usuários que estão em atraso na realização de consulta de acompanhamento e na realização de exame complementar, não realizaram estratificação de risco, e não foram avaliados quanto ao comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: O médico e a equipe toda farão palestras na UBS e na comunidade mensalmente sobre os direitos dos pacientes em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso e diabético.

Detalhamento: A equipe toda terá uma capacitação na primeira semana da intervenção feita pelo médico no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do hipertenso e diabético.

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

Detalhamento: O médico, junto com a enfermeira, fará uma capacitação à equipe na primeira semana da intervenção para realizar o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

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

**Meta 5.1 e 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.**

#### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão monitoramento semanal das fichas espelho dos hipertensos e diabéticos, para a identificação do número de usuários com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

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

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

Detalhamento: O médico fará na primeira semana de intervenção uma capacitação da enfermeira sobre a estratificação de risco cardiovascular para garantir a prioridade no atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco.

Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão a capacitação das recepcionistas na primeira semana de intervenção sobre o acolhimento dos usuários de alto risco e o agendamento dos hipertensos e diabéticos serão feitos priorizando os de alto risco.

#### **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira orientarão os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular, durante as consultas.

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira, durante as consultas de acompanhamento, esclarecerão aos usuários a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação) e os agentes comunitários farão palestras mensais nas comunidades.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: O médico fará na primeira semana de intervenção uma capacitação da equipe acerca da estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

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

Detalhamento: O médico fará na primeira semana de intervenção uma capacitação da equipe toda sobre a importância do registro desta avaliação

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

Detalhamento: O médico fará na primeira semana de intervenção uma capacitação da equipe toda sobre as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

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

**Meta 6.1 e 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos.**

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão avaliação e monitoramento das fichas espelho dos hipertensos e diabéticos, para verificar se os usuários receberam orientação nutricional.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão uma palestra mensal sobre a importância de uma alimentação saudável.

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

Detalhamento: A gerente da UBS será a encarregada de agendar as consultas com a nutricionista duas vezes por mês, e, junto com ela, planejará as palestras sobre alimentação saudável.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira, durante as consultas de acompanhamento, orientarão os usuários e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, e os agentes comunitários farão palestras mensais nas comunidades.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: O médico fará, mensalmente na UBS, capacitação da equipe sobre práticas de alimentação saudável.

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

Detalhamento: Médico e enfermeira farão capacitação mensal da equipe sobre metodologias de educação em saúde.

**Meta 6.3 e 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos e diabéticos.**

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão avaliação e monitoramento das fichas espelho dos hipertensos e diabéticos, semanalmente, para verificar se receberam orientação sobre a prática regular de atividade física.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: A enfermeira fará uma palestra na UBS mensalmente sobre a importância da prática de atividade física, e os agentes comunitários farão a palestra na comunidade.

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

Detalhamento: Ainda não temos educadores físicos, mas a secretaria de saúde está trabalhando na contratação.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Médico e enfermeira, durante as consultas de acompanhamento na UBS, orientarão os hipertensos e diabéticos sobre a importância da prática de atividade física regular, e os agentes comunitários orientarão a comunidade durante as visitas sobre a importância da prática de atividade física regular.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: Médico e enfermeira farão uma capacitação na segunda semana para toda a equipe sobre a promoção da prática de atividade física regular.

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

Detalhamento: Médico e enfermeira farão capacitação mensal da equipe sobre metodologias de educação em saúde.

**Meta 6.5 e 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.**

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão avaliação e monitoramento das fichas espelho dos hipertensos e diabéticos, semanalmente, para verificar se receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: Será feito um cadastramento pela técnica de enfermagem, de todos os hipertensos e diabéticos fumantes para garantir a compra dos medicamentos com os gestores da secretaria de saúde encarregados, garantindo acesso aos medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: O médico e toda a equipe orientarão os hipertensos e diabéticos tabagistas, durante as consultas, sobre a existência de um programa e de tratamento para abandonar o tabagismo, e os agentes comunitários orientarão a comunidade em cada durante as visitas domiciliares.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: Será feita uma capacitação da equipe, na segunda semana, pelo médico, sobre o tratamento de usuários tabagistas.

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

Detalhamento: Médico e enfermeira farão capacitação mensal da equipe sobre metodologias de educação em saúde.

**Meta 6.7 e 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.**

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão avaliação e monitoramento das fichas espelho dos hipertensos e diabéticos semanalmente, para verificar se receberam orientação sobre higiene bucal.

#### Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: O médico acordará com a dentista o tempo médio de consultas para garantir orientações em nível individual.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Os agentes comunitários orientarão, durante as visitas, os hipertensos e diabéticos e a comunidade sobre a importância da higiene bucal, assim como médico e enfermeira durante as consultas de acompanhamento.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: A dentista fará na segunda semana de intervenção na UBS uma capacitação da equipe sobre higiene bucal, para poder oferecer aos usuários e familiares orientações adequadamente.

### 2.3.2 Indicadores

Para monitorar o alcance das metas, foram elencados indicadores, conforme descrito a seguir.

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

**Meta 1.1: Cadastrar 75% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.**

**Indicador 1.1:** Proporção de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes da unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes da unidade de saúde.

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

**Meta 1.2: Cadastrar 75% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.**

**Indicador 1.2:** Proporção de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes da unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes da unidade de saúde.

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

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

**Indicador 2.5:** Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/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: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.**

**Indicador 2.6:** Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/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: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável para 100% de diabéticos.**

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **2.3.3 Logística**

Para realizar a intervenção no programa de atenção aos usuários com HAS e DM, vamos adotar os Cadernos da Atenção Básica (CAB) nº 36 (BRASIL, 2013a) e nº 37 (BRASIL, 2013b), do Ministério de Saúde. Utilizaremos a ficha espelho (Anexo C) e a planilha eletrônica de coleta de dados (Anexo B), disponibilizadas pelo curso. Considerando a meta proposta, estimamos alcançar com a intervenção 119 hipertensos e 27 diabéticos. Faremos contato com o gestor municipal para disponibilizar as fichas espelho necessária.

A análise situacional e a definição do foco para a intervenção foram realizadas junto com todos os membros da equipe anteriormente. Mas devemos começar a intervenção com a capacitação da equipe, pelo médico, na UBS, com a participação de toda a equipe. Na primeira semana será sobre os CAB do Ministério da Saúde que utilizaremos como protocolo, e sobre a verificação da pressão arterial de forma criteriosa para a equipe da unidade de saúde, com o estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática. Na segunda semana, será feita a capacitação para os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos sobre a importância de realizar as consultas e sua periodicidade.

Na terceira semana será feita atividade demonstrativa para a equipe, pela Odontóloga, quanto à técnica de escovação dos dentes e principais doenças das gengivas e prevenção das cáries dentárias, e uma técnica grupal na comunidade sobre processo da alimentação e dicas para uma boa alimentação, com ajuda da auxiliar de saúde bucal, do médico e dos ACS. Na quarta semana será desenvolvida pelo médico a conferência para a equipe, acerca de fatores de risco modificáveis para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes, como os hábitos de alimentação inadequados, sedentarismo, obesidade e consumo de álcool. Na quinta semana está planejada uma palestra e conferência que abordarão “qualidade da alimentação e alternativas de alimentação para hipertensos e diabéticos”, pela nutricionista do NASF, além de uma conferência sobre alternativas de tratamento para o tabagismo, assim como uma palestra na comunidade sobre o que é Diabetes e Hipertensão desenvolvida por toda a equipe com a liderança do médico. Na sexta semana será desenvolvida uma atividade demonstrativa e participativa sobre a importância da prática de atividade física regular, com ajuda do técnico em esporte. Na sétima semana será feita uma palestra sobre os riscos do tabagismo e uso do álcool em hipertensos e diabéticos, pela enfermeira, com ajuda do médico. E na oitava semana será desenvolvida uma atividade demonstrativa para os usuários sobre a técnica correta de escovação dos dentes feita pela técnica de enfermagem.

O acolhimento inicial será feito pela recepcionista, quando o usuário chega até a UBS, e depois pela enfermeira, responsável por preencher a ficha espelho e encaminhar ao médico ou dentista, de acordo com a necessidade ou indicação. As consultas de acompanhamento serão agendadas pela enfermeira, que fará planejamento da programação das consultas para hipertensos e diabéticos semanalmente, com vagas disponíveis para acolher os hipertensos e diabéticos

provenientes das buscas domiciliares e para os usuários que acessarem a UBS precisando de atendimento mediato. O médico e a odontóloga farão diariamente atendimento clínico e odontológico, respectivamente, dos hipertensos e diabéticos.

A gerente da UBS fará uma reunião com os gestores da secretaria para solicitar e garantir os recursos necessários para a pesquisa e acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, para dispor da versão impressa dos manuais, e para garantir a parceria com a Nutricionista para consultas e atividades educativas na UBS. Além disso, também fará uma reunião com a gerência do hospital municipal para garantir agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Na terceira semana, será feita uma reunião com os gestores para discutir a disponibilização de medicamentos do tratamento do abandono ao tabagismo.

A equipe de saúde, sobretudo o médico, fará contato com as lideranças comunitárias na primeira semana da intervenção para falar sobre a importância da ação programática de atenção aos usuários com hipertensão e diabetes, solicitando apoio para a captação desses usuários e para as demais estratégias que serão utilizadas. Apresentaremos o projeto, esclarecendo a importância do controle dos fatores de risco das doenças crônicas, e do acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, a periodicidades das consultas, os riscos do tabagismo e álcool, e a realização dos exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada, promovendo, além disso, a participação comunitária nas modificações do estilo de vida com a prática de atividade física regular.

Os ACS farão o cadastramento de todos os hipertensos e diabéticos da área de abrangência. O médico e a enfermeira examinarão com uma frequência semanal as fichas espelho para a verificação e coleta dos dados necessários ao monitoramento da ação programática, identificando e sinalizando aqueles que apresentam consultas, exames laboratoriais e físicos em atraso. Os ACS farão a busca ativa dos faltosos ao final de cada semana. Os dados coletados na ficha espelho serão inseridos na planilha eletrônica de coleta de dados.





programática de Hipertensão e Diabetes solicitando apoio para a captação deles e para as demais estratégias que serão concretadas.													
Atualizações dos dados de novos pacientes diabéticos e hipertensos identificados pelos ACS, no SIAB.		x		x		x		x		x			x
Realizar reunião com Secretario de Esporte para obter ajuda na organização de atividades físicas.			x										
Atualizações do estoque de medicamentos presentes na farmácia do município				x				x					x
Atualização na farmácia dos cadastros de hipertensos e diabéticos correspondentes a nossa área.				x				x					x
Monitoramento geral da intervenção	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Palestra e conferência que abordaram Qualidade da alimentação e Alternativas de alimentação para hipertensos e diabéticos					x								
Conferência para a equipe acerca de fatores de risco modificáveis para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes como os hábitos de alimentação inadequados, sedentarismo, obesidade e consumo de álcool.				x									
Atividade demonstrativa para a equipe, pela Odontóloga, quanto à técnica de escovação dos dentes, Principais doenças das gengivas e Prevenção das cáries dentais			x										
Conferência sobre alternativas de tratamento para o tabagismo					x								
Criação por micro áreas de grupos para pratica de exercícios físicos								x					
Capacitação aos ACS, para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade	x												
Técnica grupal na comunidade sobre Processo da alimentação e Dicas para uma boa alimentação			x			x			x				x
Palestra em a comunidade sobre o que é Diabete e Hipertensão.					x				x				
Atividade demonstrativa e participativa sobre a importância da prática de atividade física regular						x				x			
Palestras sobre os riscos de o tabaquismo e álcool em os hipertensos e diabéticos								x				x	
Técnica de escovado dos dentes. Atividade demonstrativa para os usuários									x				x

### **3 Relatório da Intervenção**

O presente relatório descreve as ações desenvolvidas e não desenvolvidas durante a intervenção proposta pelo curso de especialização em Saúde da Família da UFPel e que aconteceu na UBS Fernando Azevedo Correia II e em sua área adstrita.

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

No início, a intervenção foi desenvolvida com certa dificuldade, mas as ações previstas no projeto foram desenvolvidas em sua maioria integralmente. É importante mencionar que no período da intervenção ocorreu a maior alagação da história de nosso município, que comprometeu em parte o êxito do nosso trabalho. As chuvas atrapalharam a realização de algumas atividades, por exemplo, dificultaram a chegada da nossa equipe à comunidade e, sobretudo o trabalho dos ACS. Além disso, tivemos que mudar várias vezes a data planejada de algumas ações programadas pela falta de transporte para chegar a nossa comunidade, por outras atividades municipais agendadas para a mesma data, feriados municipais, etc. No entanto, a equipe, contando com o apoio dos gestores, sempre encontrou algum jeito de cumprir com o planejado para que os resultados do trabalho fossem positivos e para oferecer um serviço de qualidade.

Foi disponibilizado na unidade a versão atualizada impressa dos protocolos e manuais, e estoque de esfigmomanômetro e acessórios dos glicosímetros de modo satisfatório.

Fizemos contato com as lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática em Hipertensão e Diabetes, solicitando apoio para a captação dos usuários e para as demais estratégias, e foi feita a divulgação do projeto com uma boa aceitação por parte da população.

Forem desenvolvidas as capacitações para toda a equipe os CAB, com o estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática, como realizar a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, importância do registro desta avaliação a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. Foi desenvolvida uma atividade pratica para os profissionais sobre procedimentos clínicos, as técnicas e valores de medição utilizados no registro de sinais vitais, exames complementares e medições antropométricas, além da capacitação para a verificação da pressão arterial de forma criteriosa.

Foram desenvolvidas palestra e conferência que abordaram qualidade da alimentação e alternativas de alimentação para hipertensos e diabéticos; conferência para a equipe acerca de fatores de risco modificáveis para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes como os hábitos de alimentação inadequados, sedentarismo, obesidade e consumo de álcool; conferência sobre alternativas de tratamento para o tabagismo; técnica grupal na comunidade sobre Processo da alimentação e Dicas para uma boa alimentação; palestra na comunidade sobre o que é Diabete e Hipertensão; atividade demonstrativa e participativa sobre a importância da prática de atividade física regular; palestras sobre os riscos do tabagismo e álcool nos hipertensos e diabéticos; e atividade demonstrativa para os usuários sobre a técnica de escovação dos dentes.

Foi realizado em toda semana: cadastramento dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no programa, atendimento clínico e odontológico dos hipertensos e diabéticos, busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas, organização da agenda de saúde bucal e dos atendimentos e monitoramento geral da intervenção, assim como atualização dos dados de novos usuários diabéticos e hipertensos no SIAB, tudo conforme planejado.

Foram desenvolvidas algumas atividades fora da data planejada, como a reunião de coordenação de medicamentos do município que buscou estratégias para garantir os tratamentos do "abandono ao tabagismo" e a reunião com Secretario de Esporte para obter ajuda na organização de atividades físicas.

No entanto outras atividades não foram exequíveis como planejado. Nem todos os usuários apresentavam exames complementares em dia de acordo com o protocolo, e não foi possível garantir para 100% dos hipertensos e diabéticos a realização dos mesmos, motivado por questões municipais, com uma população total de mais de 23 mil habitantes e só um hospital pequeno para garantir a

demanda de exames de toda essa população. Outra ação programática que não foi desenvolvida totalmente foi o monitoramento e acesso aos medicamentos da farmácia Popular/Hiperdia. Tivemos problemas de estoque e validade dos medicamentos. O município não tinha Farmácia Popular, a qual foi aberta recentemente e ainda continua fazendo o cadastramento de todos os usuários com doenças crônicas. Essas ações forem desenvolvidas na farmácia da UBS na data planejada.

As consultas eram um pouco demoradas pelo preenchimento das fichas espelhos, mas aos poucos, com a rotina do trabalho e a experiência acumulada, a atividade foi melhorando. Ainda chegavam muitos usuários em demanda espontânea, sendo que a recepcionista fez um trabalho maravilhoso com o acolhimento inicial dos usuários oferecendo uma explicação adequada sobre o funcionamento da UBS.

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

Não tivemos ações previstas não desenvolvidas.

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

A coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculo dos indicadores foram difíceis, já que no início ficaram usuários sem cadastrar ou faltavam dados nas fichas espelho. Foi difícil entender como trabalhar com a planilha de coletas de dados, que era novidade para a equipe toda. Mas aos poucos, com a rotina do trabalho e a experiência acumulada, a atividade foi melhorando.

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

O desenvolvimento da intervenção foi uma experiência de trabalho ótima para nossa UBS já que todas as ações programáticas desenvolvidas hoje fazem parte de nossa rotina de trabalho, com a diferença de que agora existe mais

experiência, melhor acolhimento e planejamento de nosso trabalho. Continuaremos na busca ativa de usuários com risco para doenças crônicas; faltosos às consultas agendadas; realização do exame clínico a todos os pacientes, classificação de risco cardiovascular e identificação de outros riscos para a saúde; orientações de saúde sobre diferentes temas e promoção de mudança de estilo de vida; avaliação odontológica; oferecimento de orientações da importância da saúde bucal, orientações nutricionais, riscos do tabagismo e importância da prática de exercícios físicos; e preenchimento de todos os registros e fichas de acompanhamento dos usuários de forma adequada.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A intervenção proposta teve como objetivo geral “Melhorar a atenção à saúde de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na UBS Fernando Azevedo Correia II”. A UBS conta com uma população adstrita de 1.023 pessoas, aproximadamente 241 famílias, com predomínio do sexo masculino e faixa etária entre 20 e 39 anos, com estimativa de 156 usuários com hipertensão e 38 usuários com diabetes.

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

**Meta 1.1: Cadastrar 75% dos hipertensos 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.**

Nossa meta foi cadastrar 75% do total de usuários hipertensos da área de abrangência. Durante o primeiro mês da intervenção conseguimos cadastrar 40 usuários hipertensos, o que representa 25,6%. No segundo mês chegamos a 75 usuários hipertensos, representando 48,1%. E no terceiro mês chegamos a 112 usuários hipertensos cadastrados, alcançando 71,8% do total estimado de hipertensos de nossa área de abrangência, aproximando-se da meta proposta (Figura 1).

Apesar das dificuldades encontradas, como as chuvas e falta de transporte, a equipe, contando com o apoio dos gestores, sempre encontrou algum jeito de cumprir com as ações programadas, inclusive com acolhimento, cadastramento e atendimento dos usuários.

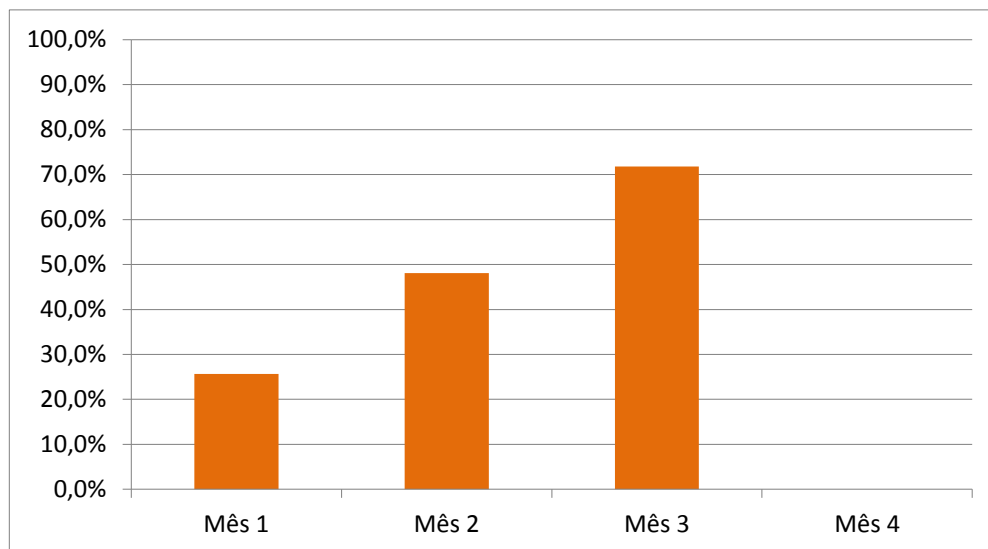


Figura 1: Cobertura do programa de atenção à saúde de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica, na UBS Fernando Azevedo Correia II, Brasileira-AC, 2015.

**Meta 1.2: Cadastrar 75% 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.**

Nossa meta foi cadastrar 75% do total de usuários diabéticos da área de abrangência. Durante o primeiro mês da intervenção conseguimos cadastrar 11 diabéticos, 28,9%, no segundo mês somamos 22 usuários, representando 57,9%, e no terceiro mês chegamos a 26 usuários diabéticos, alcançando 68,4% dos usuários diabéticos de nossa área de abrangência (Figura 2). A meta não foi alcançada, mas os resultados foram bons, e se devem ao esforço e motivação de nossa equipe, e o trabalho feito pelos ACS de busca de usuários para inserção no programa.

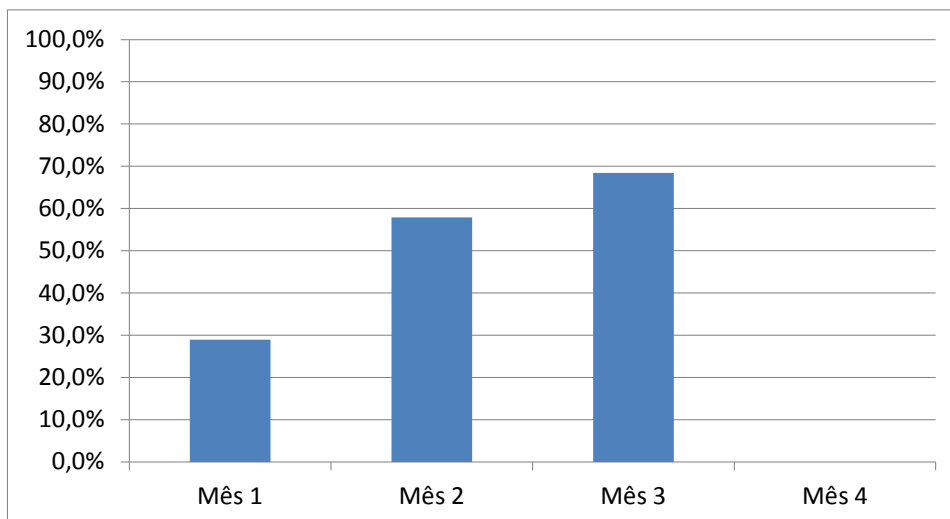


Figura 2: Cobertura do programa de atenção à saúde de usuários com Diabetes Mellitus, na UBS Fernando Azevedo Correia II, Brasileira-AC, 2015.

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

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

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

Foi possível realizar exame clínico apropriado periódico em 100% dos hipertensos cadastrados durante o período da intervenção. O exame clínico adequado e de qualidade de acordo com o protocolo foi realizado sem dificuldades, com registros adequados nas fichas de acompanhamento e nas fichas espelho. No primeiro mês da intervenção os 40 usuários hipertensos cadastrados foram examinados. No segundo mês chegamos a 75 usuários hipertensos e no terceiro mês chegamos a 112 usuários hipertensos. Os resultados alcançados foram graças ao esforço de toda a equipe, a boa capacitação dos profissionais e a todas as ferramentas garantidas pelos gestores de saúde para o bom desenvolvimento das ações.

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

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

Foi possível a realização do exame clínico em dia de acordo com o protocolo em 100% dos usuários diabéticos ao fim da intervenção. No primeiro mês, 10



usuários diabéticos tinham o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, o que representa 90,9%. No segundo mês, 21 usuários diabéticos tinham o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, que equivale a 95,5%. E no terceiro mês os 26 usuários diabéticos cadastrados no programa tinham o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, atingindo a meta estipulada (Figura 3). Foi possível realizar o exame clínico apropriado conforme o protocolo em 100% dos usuários cadastrados graças ao profissionalismo, conhecimento e envolvimento de cada membro da equipe com o cumprimento das ações, e garantia dos materiais pelos gestores de saúde.

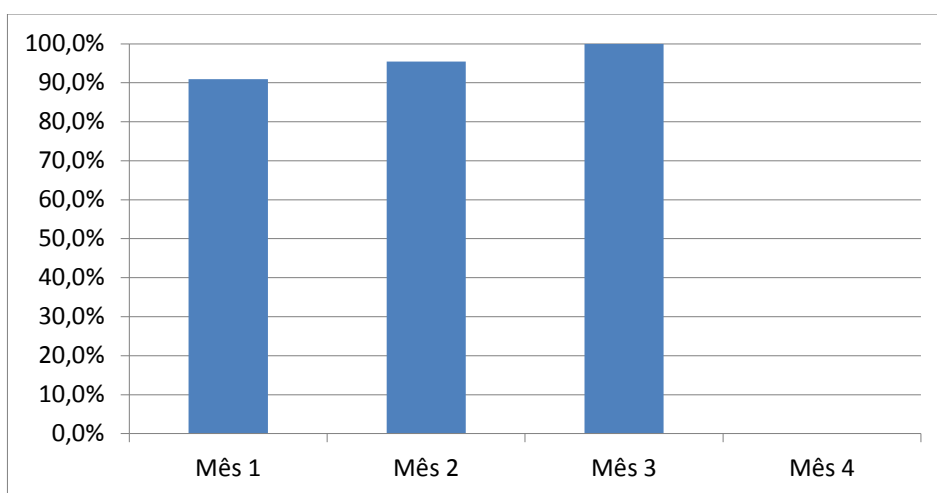


Figura 3: Proporção de usuários com Diabetes Mellitus com exame clínico em dia de acordo com o protocolo, na UBS Fernando Azevedo Correia II, Brasileia-AC, 2015.

**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 exames complementares em dia de acordo com o protocolo.**

Esse indicador ficou bem abaixo da meta estipulada, apresentando comportamento descendente do primeiro para o segundo mês. No primeiro mês, dos 40 usuários hipertensos cadastrados no primeiro mês, só 15 tinham os exames em dia, que representa 37,5%. No segundo mês, dos 75 usuários, apenas 26 tinham os exames complementares em dia, que equivale a 34,7%. E no terceiro mês, de 112 usuários cadastrados, apenas 40 ficaram com os exames em dia de acordo com o protocolo, finalizando a intervenção com 35,7% nesse indicador (Figura 4).

Este indicador foi o mais afetado de todos. Todos os usuários que não possuíam exames recentes receberam a solicitação, e todos que já tinham exames, tiveram os resultados avaliados. Mas não foi possível garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, em função da indisponibilidade do serviço de maneira suficiente para os usuários, considerando que o município possui uma população total de cerca de 23 mil habitantes e apenas um hospital pequeno para garantir a demanda de exames de toda essa população. Assim, foram priorizados alguns exames de acordo com os recursos econômicos de cada usuário, para fazer em clínicas particulares, mas considerar exames em dia de acordo com o protocolo exige a realização de todos, e não apenas de alguns.

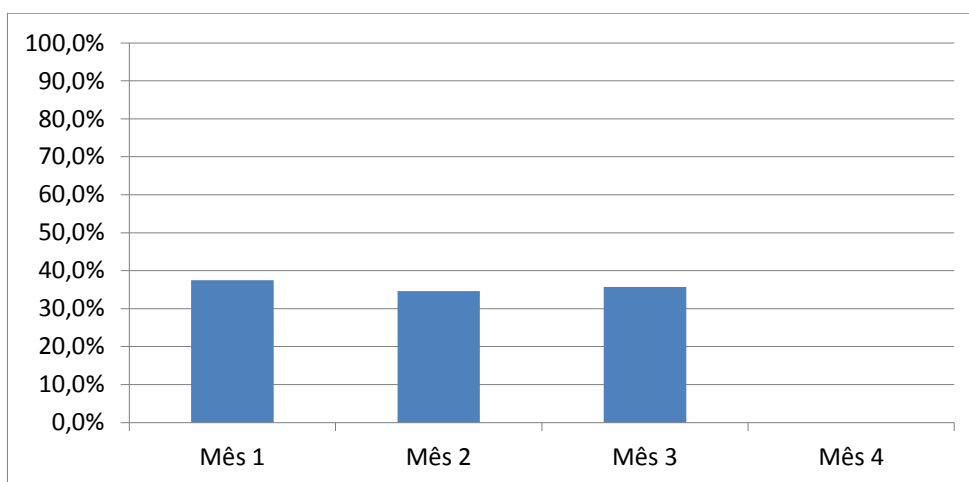


Figura 4: Proporção de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, na UBS Fernando Azevedo Correia II, Brasileia-AC, 2015.

#### **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 exames complementares em dia de acordo com o protocolo.**

Da mesma forma, essa meta não foi alcançada, e o indicador também apresentou comportamento descendente do primeiro para o segundo mês. No primeiro mês foram cadastrados 11 diabéticos, mas apenas seis fizeram os exames, que representa 54,5%. No segundo mês eram 22 cadastrados, mas apenas oito estavam com exames em dia, que equivale a 36,4%. E no terceiro mês haviam cadastrados 26 diabéticos, deles apenas 10 ficaram com exames em dia, finalizando a intervenção com 38,5% nesse indicador (Figura 5).

A meta deste indicador não foi possível alcançar, e o motivo é o mesmo manifestado no indicador anterior, muita demanda, poucos recursos e apenas um hospital pequeno.

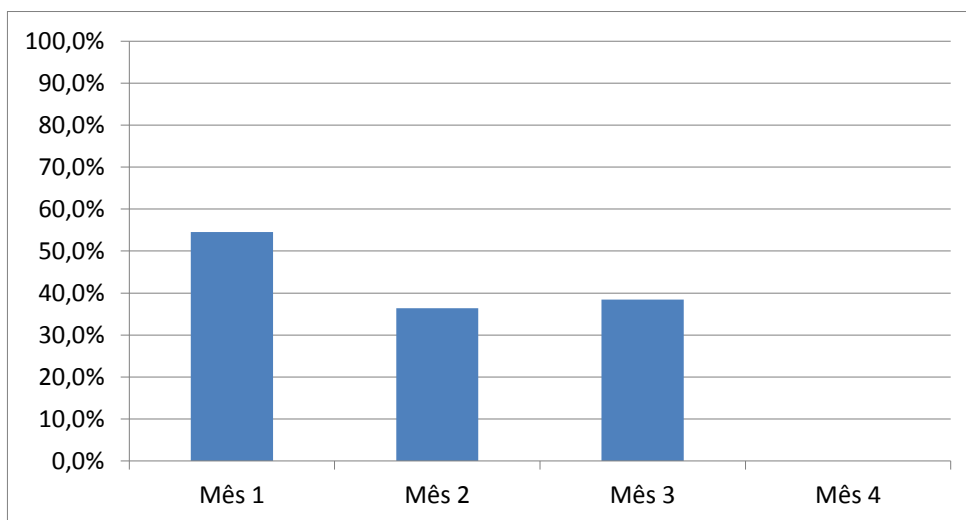


Figura 5: Proporção de usuários com Diabetes Mellitus com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, na UBS Fernando Azevedo Correia II, Brasileia-AC, 2015.

**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.**

No primeiro mês, dos 38 usuários hipertensos que faziam uso de medicamento, todos apresentavam prescrição de medicamento da farmácia Popular/Hiperdia. Da mesma forma aconteceu no segundo mês, dos 71 que usavam medicamentos, 100% apresentavam prescrição de medicamento da farmácia Popular/Hiperdia. Mas no terceiro mês, dos 107 que usavam medicamento, apenas 102 usuários tiveram prescrição de medicamentos da farmácia Popular/Hiperdia representando 95,3% (Figura 6). É importante ressaltar que faz aproximadamente um mês que foi aberta a Farmácia Popular do município. Até então, os medicamentos eram distribuídos na farmácia existente em cada UBS, e nem sempre chegavam a tempo ou estavam disponíveis. Assim, em alguns casos foi necessário prescrever medicamentos que não eram do elenco da farmácia Popular/Hiperdia, fato que atrapalhou o alcance de 100% no terceiro mês.

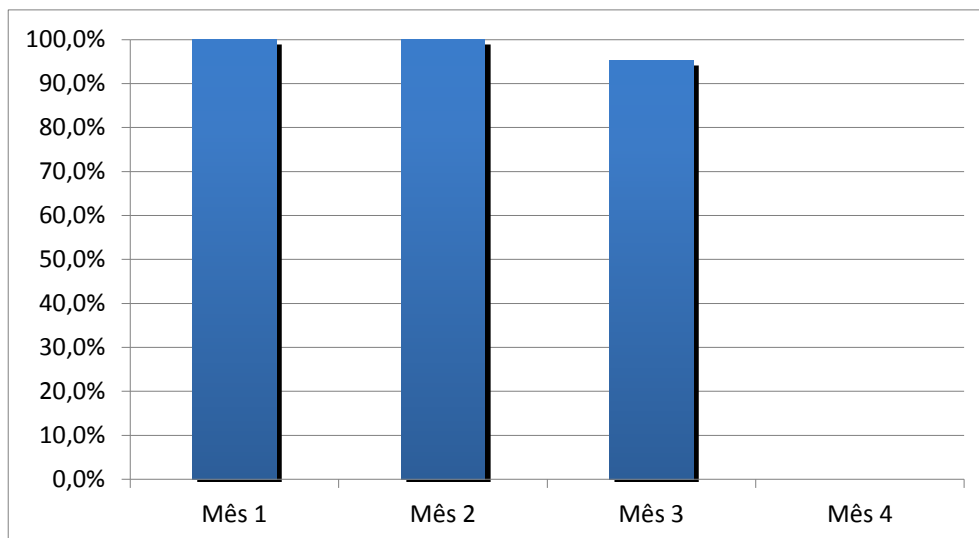


Figura 6: Proporção de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada, na UBS Fernando Azevedo Correia II, Brasileia-AC, 2015.

**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.**

Não foi possível atingir 100% nesse indicador. No primeiro mês, os 11 usuários diabéticos cadastrados usavam medicamento, mas 10 tinham prescrição medicamentosa da farmácia Popular/Hiperdia, representando 90,9%. No segundo mês o percentual aumentou para 95,5%, sendo 20 usuários com prescrição de medicamentos da farmácia Popular/Hiperdia, entre os 21 cadastrados que usavam medicamento. E no terceiro mês, dos 26 usuários, apenas 24 tinham prescrição de medicamentos da farmácia Popular/Hiperdia, representando 92,3% (Figura 7).

Os usuários e a comunidade em geral foram orientados quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da farmácia Popular/Hiperdia e as possíveis alternativas para obter este acesso. Dos dois usuários que não têm prescrição de medicamentos da farmácia Popular/Hiperdia, um tem tratamento com glibeprida, por prescrição do endocrinologista, e outro veio de outro estado bem controlado, e não aceitou mudança no tratamento medicamentoso.

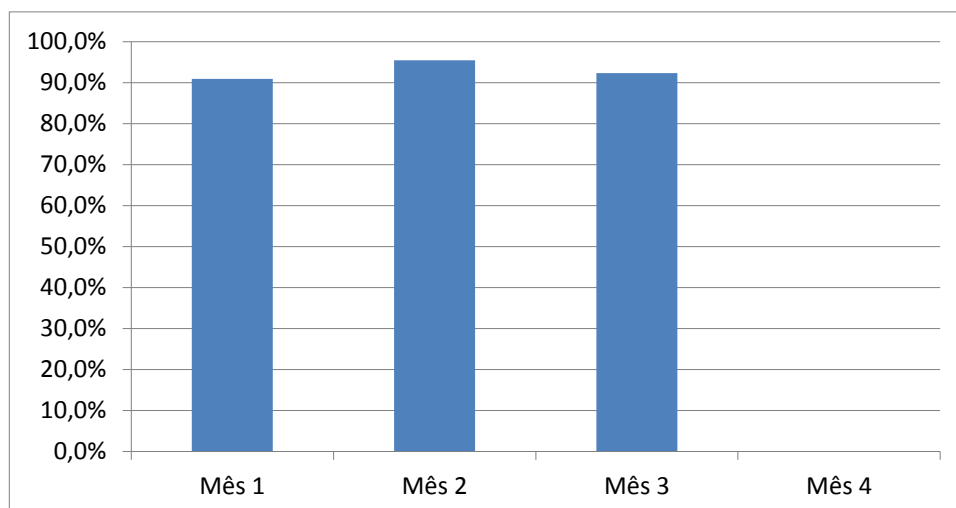


Figura 7: Proporção de usuários com Diabetes Mellitus com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada, na UBS Fernando Correia II, Brasileia-AC, 2015.

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

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

No primeiro mês, dos 40 usuários cadastrados, apenas 37 tinham avaliação da necessidade de atendimento odontológico, o que representa 92,5%. No segundo mês, dos 75 cadastrados, 72 receberam avaliação da necessidade de atendimento odontológico, que representa 96%. E no terceiro mês foi possível alcançar 100% dos usuários cadastrados, com 112 avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico, sendo a meta alcançada (Figura 8).

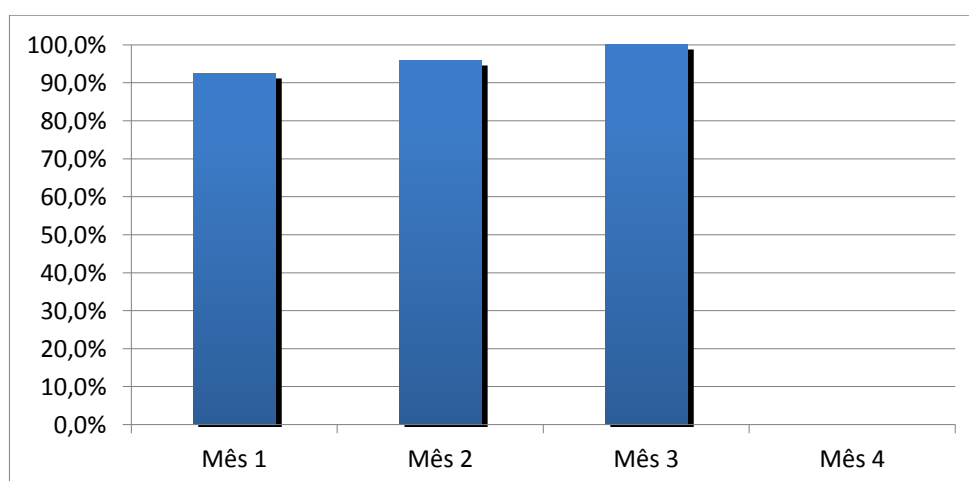


Figura 8: Proporção de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, na UBS Fernando Azevedo Correia II, Brasileia-AC, 2015.

No primeiro mês tivemos dificuldades com essa avaliação, já que nossa odontóloga estava de férias e nossa UBS recebia muita demanda espontânea. Mas com o esforço da equipe e graças ao trabalho planejado, e ao esforço da dentista no seu retorno, alcançamos a meta.

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

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

A meta foi alcançada nos três meses de intervenção, com 100% dos usuários diabéticos avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico. No primeiro mês foram 11, no segundo mês foram 22, e no terceiro mês, 26 usuários. É válido destacar o esforço da odontóloga e de toda a equipe, priorizando os usuários diabéticos por risco de complicação, sobretudo o esforço das ACS, pilar fundamental para nosso projeto.

**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.**

Durante os três meses de intervenção, foi feita a busca ativa de todos os usuários hipertensos faltosos à consulta. No primeiro mês foi necessário realizar a busca ativa de 26 usuários hipertensos, no segundo mês, 53, e no terceiro mês tivemos 78 faltosos com busca ativa, totalizando 100%. É bom destacar que esta meta foi possível ser cumprida com trabalho integrado da equipe, especialmente dos ACS, pilares fundamentais em nossa intervenção, e do transporte disponibilizado pela secretaria de saúde para cumprir com a busca ativa, por se tratar de uma área rural.

**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.**

Durante os três meses de intervenção, foi feita a busca ativa de todos os usuários diabéticos faltosos à consulta. No primeiro mês, foi feita a busca ativa dos seis diabéticos faltosos à consulta, no segundo mês buscamos 16 usuários faltosos, e durante o terceiro mês foi feita busca de 19 usuários faltosos à consulta. Graças ao trabalho integrado da equipe, protagonizado especialmente pelos ACS, e o transporte disponibilizado pela secretaria de saúde, foi possível realizar a busca ativa dos usuários faltosos, desenvolvendo sem dificuldades nossa intervenção.

**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.**

Alcançamos 100% dos hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento nos três meses de intervenção, graças ao esforço da equipe, já que encontramos muitos usuários sem registros prévios na UBS, e alguns deles com registros incompletos. Além disso, muitos usuários foram cadastrados durante a intervenção e o registro foi feito no momento do cadastro. Foram 40 usuários no primeiro mês, 75 no segundo mês, e os 112 no terceiro mês.

**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.**

Também alcançamos 100% dos diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento nos três meses de intervenção, com o registro feito no momento do atendimento. No primeiro mês foram 11 usuários, no segundo mês, 22, e no terceiro mês, 26 usuários.

**Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doenças cardiovasculares**

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

**Indicador: Proporção de hipertensos com estratificação do risco cardiovascular por exame clínico em dia.**

Realizamos a estratificação de risco cardiovascular conforme escala de Framingham em 100% dos usuários hipertensos cadastrados nos três meses de intervenção, com alcance da meta definida. Foram 40 usuários no primeiro mês, 75 no segundo mês, e os 112 no terceiro mês, permitindo a classificação de risco em baixo, moderado ou alto risco, para planejar seu acompanhamento ou consulta especializada. Conseguimos alcançar a meta graças ao esforço da equipe e dos usuários, já que, respeitando os recursos econômicos de cada um, foram priorizados alguns exames para serem realizados em unidades privadas como, por exemplo, colesterol, necessário para calcular o escore de Framingham.

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

**Indicador: Proporção de diabéticos com estratificação do risco cardiovascular por exame clínico em dia.**

Realizamos a estratificação de risco cardiovascular conforme a escala de Framingham em 100% dos usuários diabéticos cadastrados, sendo a meta alcançada. No primeiro mês foram 11 usuários, no segundo mês, 22, e no terceiro mês, 26 usuários. A partir da classificação de risco, planejamos seu acompanhamento. Como já dito, foram priorizados alguns exames para serem realizados em unidades privadas como, por exemplo, colesterol, permitindo calcular o escore de Framingham.

**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 que receberam orientação sobre alimentação saudável.**

Esta meta foi cumprida, alcançando 100% durante os três meses da intervenção. Todos os usuários hipertensos cadastrados receberam orientações sobre alimentação saudável. Foram 40 no primeiro mês, 75 no segundo, e 112 no



terceiro mês. O alcance dessa meta foi possível graças ao esforço e compromisso dos profissionais da equipe capazes de orientar aos usuários na comunidade de forma adequada, além da consulta individualizada e trabalho com os grupos, e a colaboração da nutricionista que realizou a capacitação à equipe, a realização de atividades educativas na unidade e acompanhamento dos usuários com IMC acima de 30 com alto risco de doenças cardiovasculares.

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

**Indicador: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.**

Esse indicador teve a meta cumprida, com 100% durante os três meses da intervenção. Todos os usuários diabéticos cadastrados receberam orientações sobre alimentação saudável. Foram 11 no primeiro mês, 22 no segundo, e 26 no terceiro mês. O resultado foi graças à superação dos profissionais da equipe, com uma alta preparação, sendo capazes de orientar os usuários de forma adequada tanto na consulta individualizada, como na comunidade, na atividade do grupo e com ajuda da nutricionista de nosso município.

**Meta 6.3 Garantir orientação sobre a prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.**

**Indicador: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.**

A meta foi cumprida nos três meses da intervenção, com 100% dos usuários hipertensos orientados em relação à prática regular de atividade física, sua importância na prevenção de doenças cardiovasculares e melhora da qualidade de vida dos usuários com doenças crônicas. Foram 40 no primeiro mês, 75 no segundo, e 112 no terceiro mês. Foi feita em consulta individualizada, coletiva e em visitas domiciliares, com a ajuda do técnico em esporte. Ofereceu-se algumas dicas a nossa equipe durante a capacitação, possibilitando maior propriedade na ocasião do repasse das orientações aos usuários.

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

**Indicador: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.**

O indicador teve a meta alcançada nos três meses da intervenção, com 100% dos usuários diabéticos orientados em relação à prática regular de atividade física, através da consulta individualizada, coletiva e em visitas domiciliares mediante a capacitação da equipe toda e ajuda do técnico em esporte. Foram 11 no primeiro mês, 22 no segundo, e 26 no terceiro mês.

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

**Indicador: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.**

O indicador teve a meta alcançada, durante os três meses da intervenção. Todos os usuários hipertensos cadastrados receberam orientações sobre os riscos e complicações do hábito de fumar. Foram 40 no primeiro mês, 75 no segundo, e 112 no terceiro mês. Aconteceu nas consultas individualizadas, coletivas, durante as visitas domiciliares feitas pelos ACS e nas consultas de desabitação tabáquica, acompanhados pelos membros do NASF, sendo solicitada pela secretaria de saúde a compra de medicamento para ajudar ao tratamento de abandono do tabagismo.

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

**Indicador: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.**

O indicador teve a meta alcançada, com 100% dos usuários diabéticos cadastrados orientados sobre os riscos e complicações do hábito de fumar durante todos os três meses de intervenção. Foram 11 no primeiro mês, 22 no segundo, e 26 no terceiro mês. Aconteceu nas consultas individualizadas, coletivas, durante as visitas domiciliares feitas pelos ACS e nas consultas de desabitação tabáquica, acompanhados pelos membros do ASFI, sendo solicitada pela secretaria de saúde a compra de medicamento para ajudar no tratamento de abandono do tabagismo.

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

**Indicador: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.**

Todos os hipertensos receberam orientações sobre higiene bucal, dicas oferecidas mediante palestras demonstrativas feitas pela odontóloga e sua auxiliar e ajuda de alguns estudantes de enfermagem. Além das orientações feitas de forma individual nas consultas, grupais na sala de espera da UBS e durante as visitas domiciliares feitas pelos ACS e membros da equipe. . Foram 40 no primeiro mês, 75 no segundo, e 112 no terceiro mês.

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

**Indicador: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.**

O indicador atingiu a meta. Todos os diabéticos receberam orientações sobre higiene bucal e dicas oferecidas mediante palestras demonstrativas feitas pela odontóloga e sua auxiliar e ajuda de alguns estudantes de enfermagem. Além das orientações feitas de forma individual nas consultas, orientações grupais na sala de espera da UBS e durante as visitas domiciliares feitas pelos ACS e membros da equipe. Foram 11 no primeiro mês, 22 no segundo, e 26 no terceiro mês.

## **4.2 Discussão**

A intervenção realizada na UBS Fernando Azevedo Correia II, facilitou a ampliação da cobertura e a qualificação da atenção aos hipertensos e diabéticos; a melhoria dos registros e informações existentes; o mapeamento dos hipertensos e diabéticos de risco para doenças cardiovasculares; e propiciou a promoção da saúde de hipertensos e diabéticos com destaque para a ampliação do exame dos pés dos diabéticos, glicemia capilar e as dicas para mudanças de estilos de vida e para a classificação de risco cardiovascular de ambos os grupos .

A intervenção exigiu que a equipe toda passasse por uma boa capacitação para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao acolhimento, registro, rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da hipertensão e diabetes. Esta atividade de capacitação promoveu o trabalho integrado e preparação

científica da médica, da odontóloga e da enfermeira, da auxiliar de enfermagem e auxiliar em saúde bucal, agentes comunitários de saúde e da recepção, além da identificação e orientação de cada um dos membros da equipe quanto às atribuições e ações a desenvolver em cada ação programática. Isto acabou tendo um impacto muito positivo também em outras atividades no serviço, como foi o acolhimento e desenvolvimento da atenção pré-natal, programa de saúde de criança e saúde da mulher.

Antes da intervenção e tendo em conta que nossa UBS foi um Centro de Saúde que trabalhava só com demanda espontânea e urgências, as atividades de atenção a Hipertensão e Diabetes eram concentradas fundamentalmente na médica. Não existia um bom acolhimento e planejamento das atividades a serem desenvolvidas, não contávamos com uma agenda planejada de saúde bucal e controle de hipertensão e diabetes. A intervenção foi um êxito e uma escola de aprendizagem para todos nós já que revimos as atribuições da equipe, viabilizando a atenção a um maior número de pessoas de forma planejada, com agendamento de seu retorno. A melhoria do registro e o agendamento dos hipertensos e diabéticos viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. Além disso, a classificação do risco cardiovascular dos hipertensos e diabéticos tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos e realizar uma adequada seleção em seu tratamento.

A intervenção provocou muita satisfação nos hipertensos e diabéticos em relação a seu atendimento priorizado, melhorou o acolhimento e a qualidade do acompanhamento feito de forma integral, mas gerou insatisfação de forma geral na sala de espera entre os outros membros da comunidade, em função do desconhecimento do motivo desta priorização, sobretudo nos usuários com demanda espontânea. O impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade já que precisa de mais divulgação sobre todos os avanços alcançados. Além disso, apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos muitos hipertensos e diabéticos sem acompanhamento.

A intervenção poderia ter sido melhor se fossem orientados, desde o início da realização da análise situacional, os objetivos geral e específico, o trabalho com as fichas espelho, para um adequado cadastramento e mapeamento dos usuários hipertensos e diabéticos. Certamente eu teria discutido todas as atividades que vinha desenvolvendo com a equipe com um maior cuidado e disponibilidade de

tempo, melhoraria a logística, alcançaria maior contato com a comunidade para explicitar os critérios e objetivos da intervenção, a priorização da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos, discutiria a melhor maneira de implementar as ações, disponibilizaria um maior tempo com os orientadores e técnicos em esporte e os gestores municipais. Foi possível perceber agora que estamos no fim do projeto desenvolvido, que a equipe está integrada, com uma preparação científica maior, com uma maior capacitação e mais experiência de trabalho.

A intervenção em nossa UBS está sendo incorporada a rotina do serviço. A equipe toda considera que será necessário alcançar maior impacto na comunidade, trabalhando com mais qualidade. Também precisamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação às necessidades de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco. A falta de algumas informações em nossos registros acabou prejudicando a coleta de dados, como por exemplo, o número de usuários com registro adequado na ficha de acompanhamento, a proporção de usuários com exames complementares em dia de acordo o protocolo. Será necessário intensificar o uso da ficha dos hipertensos e diabéticos, com um preenchimento adequado e com qualidade para poder coletar e monitorar todos os indicadores que tínhamos previsto no projeto, incluindo a cobertura.

Os próximos passos previstos para toda a equipe é a ampliação da cobertura do programa de atenção dos hipertensos e diabéticos com seu adequado cadastramento, e melhora do número de usuários com exames complementares em dia de acordo com o protocolo, já que foi o indicador que alcançou menor porcentagem. Além disso, pretendemos tomar este projeto como exemplo e implementar o programa de atenção as crianças.

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

Prezados gestores, sou Odelvis Perez, médica da UBS Fernando Azevedo Correia II, e trago o presente relatório, que descreve a intervenção proposta pelo curso de Especialização em Saúde da Família da UFPel, que aconteceu na referida UBS, e que teve como objetivo geral “melhorar a atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus”.

A UBS conta com uma população adstrita de 1.023 pessoas, aproximadamente 241 famílias, com predomínio do sexo masculino e faixa etária entre 20 e 39 anos, com um total de 156 usuários portadores de hipertensão e 38 usuários portadores de diabetes. No início, a intervenção foi desenvolvida com certa dificuldade, porém as ações previstas no projeto foram desenvolvidas quase que integralmente. A equipe, contando com o apoio dos gestores, sempre encontrou algum jeito de cumprir com as ações programadas para que os resultados do trabalho fossem positivos e para oferecer um serviço de qualidade, garantindo a satisfação dos usuários e a divulgação do projeto com uma boa aceitação por parte da população. Conseguimos uma boa capacitação para todos os profissionais da equipe, estudamos os objetivos gerais e específicos de nossa intervenção, sendo esclarecidas todas as dúvidas durante os diferentes temas das capacitações. Foi esclarecido o papel de cada membro da equipe na ação programática a desenvolver, que foi aceito de bom grado e desenvolvido com qualidade.

Dentre as ações desenvolvidas conseguimos ampliar a cobertura da atenção à saúde de hipertensos e/ou diabéticos para 71,8% e 68,4%, respectivamente. Melhoramos a qualidade da atenção, com 100% de usuários hipertensos e diabéticos com exame clínico em dia, de acordo com o protocolo, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, estratificação de risco cardiovascular, e orientados quanto a alimentação saudável, prática regular de atividade física,

abandono e riscos do tabagismo, e higiene bucal. Todos os faltosos foram buscados, e mais de 90% dos hipertensos e diabéticos apresentaram prescrição de medicamentos da farmácia popular. Percebemos a importância dos profissionais agentes comunitários de saúde que realizaram busca ativa dos usuários hipertensos e diabéticos faltosos às consultas em 100% dos casos.

Identificamos como maior dificuldade a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Apenas 35,7% dos hipertensos e 38,5% dos diabéticos tiveram seus exames complementares em dia. Chegamos a conclusão que este indicador foi o mais afetado de todos, devido a questões municipais. Brasileia tem uma população total de mais de 22 mil habitantes e apenas um hospital pequeno para garantir a demanda de exames de toda população. Os usuários contam com baixos recursos econômicos, não tendo como arcar com as despesas, além de muitos residirem em locais distantes, dificultando o acesso. Pedimos um olhar especial da gestão no sentido de estudar alternativas.

A intervenção para a nossa equipe foi desafiadora desde o seu início, já que nossa UBS foi durante muito tempo um centro de saúde, com demanda espontânea o tempo todo. Essa realidade foi mudando lentamente graças ao trabalho, esforço e empenho da equipe. Além disso, passamos pela maior alagação da história de nosso município, que comprometeu em parte o êxito do nosso trabalho, especialmente os poucos recursos que tínhamos, mas com ajuda dos nossos gestores, orientadores e muita vontade por parte de nossa equipe, foram cumpridas todas as ações planejadas e, apesar de não poder alcançar 100% de todas as metas propostas, o resultado da intervenção foi avaliado exitoso já que o desenvolvimento da intervenção foi uma ótima experiência de trabalho para nossa UBS, e que todas as ações desenvolvidas hoje fazem parte de nossa rotina de trabalho, com mais experiência, melhor acolhimento e planejamento de nosso trabalho.

Contamos com a continuidade do apoio dos gestores municipais, para melhorar ainda mais o programa de atenção dos hipertensos e diabéticos, e para implementar outras ações programáticas, como o programa de atenção às crianças.

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

Prezados usuários, sou Odelvis Perez, médica da UBS Fernando Azevedo Correia II, e apresento este relatório, direcionado para a comunidade de Fernando Correia II, para que conheça o resultado da intervenção realizada em nossa UBS e que teve como objetivo geral “melhorar a atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus”.

A intervenção teve uma duração de 12 semanas, e foi desafiadora desde o seu início, já que nossa UBS foi durante muito tempo um Centro de Saúde, com demanda espontânea o tempo todo. Essa realidade foi mudando lentamente graças ao trabalho, esforço e empenho da equipe. Além disso, tivemos a maior alagação da história de nosso município, que comprometeu em parte o êxito do nosso trabalho, especialmente os poucos recursos que tínhamos, mas com ajuda de nossos gestores, orientadores e muita vontade por parte de nossa equipe foi desenvolvida.

Para dar início à intervenção, foi necessária a divulgação do projeto que contou com o apoio dos gestores, e a capacitação dos membros da equipe para um melhor conhecimento e desenvolvimento das ações programadas. Contamos com a ajuda da comunidade, sobretudo com seus líderes. Foram oferecidas palestras sobre alimentação saudável, risco do tabagismo, a importância da prática regular de exercício físico e higiene bucal. Garantimos consultas de qualidade com exame clínico completo, avaliação e indicação de exames complementares, estratificação de risco cardiovascular, realizamos busca ativa dos faltosos com visitas domiciliares, acompanhamentos com consultas agendadas e atendimento priorizado, tudo graças ao trabalho integrado da equipe.

Durante a intervenção, ampliamos a cobertura de atenção para 112 hipertensos e 26 diabéticos. Infelizmente não foi possível garantir a os hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia, motivado pela falta de recursos laboratoriais. Brasileia ter uma população total de mais de 22 mil habitantes



e apenas um hospital pequeno para garantir a demanda de exames e a população em geral não pode pagar pelos mesmos. Hoje já temos a farmácia popular e poderemos garantir acesso aos medicamentos da farmácia Popular/Hiperdia.

Queremos compartilhar as conquistas alcançadas com a intervenção:

- 1- Ampliamos a cobertura de atenção aos hipertensos e diabéticos;
- 2- Melhoramos a qualidade do atendimento aos Hipertensos e Diabéticos;
- 3- Incorporamos as ações desenvolvidas durante a intervenção à nossa rotina de trabalho, incentivando também o desenvolvimento de outros Programas em nossa área, como a atenção às gestantes, idosos e crianças.
- 4- Aprendemos a trabalhar em equipe;
- 5- Melhoramos nossa preparação científica;
- 6- Trabalhamos de forma planejada;
- 7- Contamos com o apoio da comunidade nas tarefas desenvolvidas na Saúde.

O resultado da intervenção foi avaliado exitoso já que o desenvolvimento da intervenção foi uma ótima experiência de trabalho e agora todas as ações desenvolvidas fazem parte de nossa rotina de trabalho, com mais experiência, melhor acolhimento e planejamento de nosso trabalho.

Nosso agradecimento a todas as pessoas que colaboraram com o desenvolvimento da intervenção! Fica o convite àqueles que ainda não participaram, para que participem e usufruam de todos os benefícios!

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

O processo de aprendizagem é um fenômeno extremamente complexo, envolvendo aspectos cognitivos, emocionais, orgânicos, psicossociais e culturais. A aprendizagem é resultante do desenvolvimento de aptidões e de conhecimentos, bem como da transferência destes para novas situações (BOCK, 1999).

O processo de aprendizagem deste curso foi minha primeira experiência de aprendizagem à distância em ambiente virtual. Diferente de como estava acostumada, o tempo todo de forma presencial, como é em Cuba. É uma experiência inesquecível, com grandes vantagens, por exemplo, a liberdade de fazer minhas tarefas e estudos da prática clínica em qualquer momento e horários de forma confortável, descansada, em particular, facilitando o estudo e a aprendizagem, motivados com casos interativos fora da rotina de estudo, com a possibilidade do intercâmbio de ideais, opiniões com outros colegas e orientadores. Também melhorei muito o uso do idioma português. Levando para o lado pessoal, conhecimentos, cultura, boas experiências nas intervenções e sobretudo em nossa prática diária, em nossas consultas e acompanhamento de cada uma das pessoas que no dia a dia procuram um profissional com qualidade humana e uma boa preparação científica, já que sobre nós temos o compromisso e a responsabilidade de melhorar a qualidade da atenção médica e a qualidade de vida dos brasileiros.

Olhando o comportamento das doenças crônicas e sua incidência em minha área de saúde, percebi a importância de incrementar a cobertura e melhorar a Atenção à Saúde dos Portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na comunidade, e assim foi como escolhi meu foco de intervenção. Com nossa experiência de trabalho em atenção primária em Cuba, e a existência de programas de controle das doenças crônicas no Brasil, percebi que poderia ser o campo de desenvolvimento da intervenção, no entanto não seria tarefa fácil, mas

possível, com o trabalho em equipe, as capacitações e a vontade de todos de aprender coisas novas a planejar e organizar nosso trabalho e programar as ações programáticas em outros grupos, como o de gestantes, e incrementar a preparação científica de nossos profissionais.

O curso favoreceu o incremento da minha autoestima e autonomia para desenvolver e enfrentar os problemas com maior preparação científica, além de ajudar a formação da equipe com capacidade técnica e científica efetiva em relação ao planejamento e desenvolvimento na gestão e incremento do vínculo com a população assistida.

A integração com a equipe de saúde foi muito positiva, providenciamos protocolos de atendimento de diferentes doenças que poderiam apresentar-se na unidade, e usamos alguns casos clínicos na reunião da equipe como método de capacitação.

Com minhas práticas clínicas garanti uma maior preparação científica e conhecimentos de temas muito importantes próprios do Brasil, como os princípios e diretrizes do SUS, comportamento de algumas doenças no processo de transição epidemiológica, vigilância em saúde e fiz revisão bibliográfica de muitas doenças alcançando uma boa atualização em seu comportamento epidemiológico e uma terapêutica atualizada.

Alcançamos com a intervenção melhorar a qualidade da atenção médica, promovendo maior satisfação dos usuários e impactando na saúde da comunidade. Aprendi a promover e realizar junto com a equipe um adequado engajamento público, realizando promoção e educação em saúde através de grupos específicos e outras ferramentas junto ao resto da equipe, melhorando o acolhimento da atenção aos usuários com demanda espontânea, já que dela depende a adesão da comunidade.

Por último e não menos importante, quero agradecer ao meu orientador que teve e ainda tem um papel muito importante em todo este processo de aprendizagem. Muito obrigada!

## Referências

BOCK, A. M. B. (org). **Psicologias: uma introdução ao estudo de Psicologia**. 13ª ed. São Paulo: Saraiva, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Cadernos de Atenção Básica, n. 36. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Cadernos de Atenção Básica, n. 37. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. 2010. [Internet]. Disponível em <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=160015>>.

## **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



