

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma nº 9**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhorar a atenção à saúde dos Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS Boa União, no município do Rio Branco Estado AC**

Tania González Lastre

**Pelotas 2016**

Tania González lastre

**Melhorar a atenção à saúde dos Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS Boa União, no município do Rio Branco Estado 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: Jandro Moraes Cortes

Pelotas 2016

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

L349m Lastre, Tania González

Melhorar a Atenção à Saúde dos Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS Boa União, no Município do Rio Branco Estado AC / Tania González Lastre; Jandro Moraes Cortes, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

84 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Cortes, Jandro Moraes, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

**À Deus dedico o meu agradecimento maior,  
porque têm sido tudo em minha vida.**

## **Agradecimentos**

A Deus, por ser a luz que ilumina e guia sempre meu caminho em qualquer lugar que me encontre, por ser essencial em minha vida e permitir que toda proposta que eu me faça na vida acontecesse.

A minha querida mãezinha que desde o Céu se que continua olhando cada passo que doí na vida e por aos valores que ensino para mi.

A minha amada irmã que desde longe transmite força para continuar dando o melhor ao próximo.

A meu esposo pelo companheirismo e compreensão.

A UFPEL pela excelência de ensino.

Ao professor orientador Jandro Moraes Cortes, pelos ensinamentos prestados, orientação segura e apoio incondicional. Pelo dom da sabedoria.

A meus companheiros de trabalho; Eliete, Diley, Barbosa, Glivia e Elam que graças a seu desempenho e esforço foi possível a realização desta intervenção.

A minha querida representante do programa mais medico em Rio Branco/ Acre Alberlenes Menezes que com sua guia e orientação foi possível esta realização.

Aos professores da banca examinadora pela presença e apoio.

Aos anjos que fazem parte de minha vida.

## Resumo

GONZÁLEZ, Tania Lastre. **Melhorar a Atenção à saúde dos Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS Boa União, Rio Branco/ Acre.** 2016. 84f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, 2016.

A hipertensão arterial sistêmica e o Diabetes mellitus são uma das causas de atendimento nos serviços de atenção primária, porém, a realização do acompanhamento e o tratamento adequado reduz o risco de complicações de ambas, seja a curto e /ou longo prazo. Porém, este trabalho refere-se ao desenvolvimento de uma intervenção que teve por objetivo melhorar a atenção à saúde de hipertensos e/ou diabéticos da Unidade Básica de Saúde de Boa União, do município de Rio Branco, Acre. Esta intervenção ocorreu durante três meses, entre os meses Setembro 2015 e Janeiro 2016 com o desenvolvimento de ações nos quatro eixos temáticos: organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica, engajamento público e monitoramento e avaliação. Para o monitoramento da intervenção foi utilizado a ficha-espelho e a planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso, dos 371 hipertensos e 155 diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território foram acompanhados no período da intervenção 224 (60,4%) hipertensos e 100 (64,5%) diabéticos, sendo alcançada a cobertura do programa para os usuários hipertensos e diabéticos. No entanto, a intervenção propiciou a melhoria da qualidade da atenção prestada aos hipertensos e diabéticos, a partir da realização da capacitação da equipe, cadastramento dos usuários, monitoramento e registro dos atendimentos, atividades educativas, atendimento clínico, busca ativa dos usuários faltosos as consultas. Sendo assim, com o desenvolvimento destas ações podemos promover a saúde dos hipertensos e diabéticos, diminuir o risco de complicações, gastos com medicação, transporte, internação hospitalar e mortalidade.

**Palavras-chave:** atenção primária à saúde; saúde da família; Saúde do Hipertenso e Diabético.

### Lista de Figuras

|           |  |    |
|-----------|--|----|
| Figura 1  | Gráfico 1: Proporção de cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Boa União. Rio Branco. Acre. 2016.   | 53 |
| Figura 2  | Gráfico 2: Proporção de cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Boa União. Rio Branco. Acre. 2016.  | 53 |
| Figura 3  | Gráfico 3: Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Boa União. Rio Branco. Acre. 2016.                               | 54 |
| Figura 4  | Gráfico 4: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Boa União. Rio Branco. Acre. 2016.                              | 55 |
| Figura 5  | Gráfico 5: Proporção de pessoas diabéticas com exame dos pés em dia de acordo com o protocolo na UBS Boa União. Rio Branco. Acre. 2016.                        | 55 |
| Figura 6  | Gráfico 6: Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Boa União. Rio Branco. Acre. 2016.                       | 56 |
| Figura 7  | Gráfico 7: Proporção de pessoas com diabetes com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Boa União. Rio Branco. Acre. 2016               | 57 |
| Figura 8  | Gráfico 8: Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamento de farmácia popular/Hiperdia priorizada na UBS Boa União. Rio Branco. Acre. 2016 | 57 |
| Figura 9  | Gráfico 9: Proporção de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos de Farmácia Popular/ Hiperdia priorizada na UBS Boa União. Rio Branco. Acre. 2016. | 58 |
| Figura 10 | Gráfico 10: Proporção de pessoas com hipertensão com avaliação de necessidade de atendimento odontológico na UBS Boa União. Rio Branco. Acre. 2016.            | 59 |
| Figura 11 | Gráfico 11: Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Boa União. Rio Branco. Acre. 2016.               | 59 |
| Figura 12 | Gráfico 12: Proporção de pessoas com hipertensão faltosa as consultas com busca ativa na UBS Boa União. Rio Branco. Acre. 2016.                                | 60 |
| Figura 13 | Gráfico 13: Proporção de pessoas com diabetes faltosos as consultas com busca ativa na UBS Boa União. Rio Branco. Acre. 2016.                                  | 61 |
| Figura 14 | Gráfico 14: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Boa União. Rio Branco. Acre. 2016.                                | 61 |

|           |   |    |
|-----------|---|----|
|           |   |    |
| Figura 15 | Gráfico 15: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Boa União. Rio Branco. Acre. 2016.  | 62 |
| Figura 16 | Gráfico 16: Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clinica em dia acompanhamento na UBS Boa União. Rio Branco. Acre. 2016. | 63 |
| Figura 17 | Gráfico 17: Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular por exame clinica em dia na UBS Boa União. Rio Branco. Acre. 2016.                   | 63 |
| Figura 18 | Gráfico 18: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS Boa União. Rio Branco. Acre. 2016.                              | 64 |
| Figura 19 | Gráfico 19: Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS Boa União. Rio Branco. Acre. 2016.                                 | 64 |
| Figura 20 | Gráfico 20: Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular na UBS Boa União. Rio Branco. Acre. 2016.                                     | 65 |
| Figura 21 | Gráfico 21: Proporção de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular na UBS Boa União. Rio Branco. Acre. 2016.                  | 65 |
| Figura 22 | Gráfico 22: Proporção de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na UBS Boa União. Rio Branco. Acre. 2016.                              | 66 |
| Figura 23 | Gráfico 23: Proporção de pessoas com diabetes receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na UBS Boa União. Rio Branco. Acre. 2016.                                     | 66 |
| Figura 24 | Gráfico 24: Proporção de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal na UBS Boa União. Rio Branco. Acre. 2016.                                       | 67 |
| Figura 25 | Gráfico 25: Proporção de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal na UBS Boa União. Rio Branco. Acre. 2016.  | 67 |

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

ACS – Agente Comunitário de Saúde  
APS – Atenção Primária a Saúde  
CEO - Centro de Especialidade Odontológica  
DM – Diabete Mellitus  
DSTs – Doenças Sexualmente Transmissíveis  
ESF – Estratégia de Saúde da Família  
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica  
HIPERDIA – Hipertensão e Diabete  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
MS - Ministério da Saúde  
MRPA - Medida Residencial da Pressão Arterial  
PACs – Programa de Agente Comunitário de Saúde  
PSF- Programa de Saúde da Família  
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica  
SMS – Secretária Municipal de Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
UPA – Unidade de Pronto Atendimento  
VD – Visita Domiciliar

## Sumário

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Apresentação.....</b>   | <b>9</b>  |
| <b>1 Análise Situacional .....</b>   | <b>10</b> |
| 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..... | 24        |
| <b>2 Análise Estratégica .....</b>   | <b>25</b> |
| 2.1 Justificativa .....  | 25        |
| 2.2 Objetivos e metas .....  | 27        |
| 2.2.1 Objetivo geral: .....  | 27        |
| 2.2.2 Objetivos específicos e metas .....  | 27        |
| 2.3 Metodologia.....   | 29        |
| 2.3.1 Detalhamento das ações .....   | 30        |
| 2.3.2 Indicadores.....   | 40        |
| 2.3.3 Logística.....   | 43        |
| 2.3.4 Cronograma .....   | 45        |
| <b>3 Relatório da Intervenção .....</b>  | <b>47</b> |
| 3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....   | 47        |
| 3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....  | 49        |
| 3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....                            | 50        |
| 3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....                        | 51        |
| <b>4 Avaliação da intervenção .....</b>  | <b>52</b> |
| 4.1 Resultados.....  | 52        |
| 4.2 Discussão .....  | 68        |
| <b>5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem .....</b>                   | <b>75</b> |
| <b>Anexos.....</b>   | <b>77</b> |

## **Apresentação**

Este documento refere-se ao Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas – UFPEL.

O trabalho foi desenvolvido por meio de uma intervenção em campo realizada durante duas semanas, na estratégia da saúde da família (ESF) Boa União, Da unidade básica da saúde (UBS) Boa União situada em Rio Branco/Acre o qual teve como objetivo geral melhorar Qualificar a atenção à Saúde dos hipertensos e diabéticos da UBS Boa União, no município de Rio Branco/Acre.

O volume está descrito em cinco capítulos: o primeiro contém a Análise Situacional da Equipe de Saúde da Família/ Atenção Primária a Saúde (ESF/APS) em que se desenvolveu o trabalho de intervenção; na sequência está descrita a Análise Estratégica que compreende a construção do projeto de intervenção; no terceiro capítulo consta o Relatório da Intervenção onde apresentamos as ações previstas e desenvolvidas na intervenção, aspectos relativos à coleta e a sistematização dos dados e a incorporação das ações à rotina da Unidade Básica de Saúde; o quarto capítulo abarca a Avaliação da Intervenção com a descrição dos resultados da intervenção, discussão, e o Relatório da intervenção para gestores e comunidade; para finalizar o trabalho apresentamos no quinto capítulo a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

## **1 Análise Situacional**

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

Meu nome é Tania Gonzalez Lastre, tenho 38 anos de idade, trabalho no município Rio Branco, estado do Acre. Os serviços prestados na UBS acontecem de segunda-feira a quinta-feira nos turnos manhã e tarde, se atendem consulta de demanda espontânea, pré-natal, puericultura, hiperdia, visita domiciliária, visita puerperal, com uma média de quinze a vinte atendimentos por turnos.

A área que corresponde ao Bairro Sobral tem 4970 pessoas, sendo uma área urbana com situação geográfica longe a 12 km de onde moro, com localidades distantes, a equipe está formada por uma médica, uma licenciada de enfermagem, um técnico de enfermagem, tem odontóloga, e tem seis agentes comunitários de saúde, tem um pessoal de mantimento e limpeza, os agentes comunitários são os que fazem trabalho de recepção.

O consultório não tem boa estrutura é um local alugado está pendente de construção, têm seis departamentos, um departamento da recepção, uma farmácia, um departamento de vacina, um consultório de odontologia, tem um consultório médico e outra de enfermagem, além de isso tem uma cozinha e um departamento pra injeção e curativo, tem três banheiros, não tem serviços de especialidade, os pacientes são encaminhados para uma fundação, contamos com dois Hospitais municipais para atendimentos, tem duas unidades de pronto socorro pelo só um atende emergência, ali tem outro posto de pronto socorro tem atenção diferenciada em atendimento com um protocolo novo de atendimento. A equipe trabalha para melhorar a saúde da população enfocada em as atividades de promoção e prevenção de saúde.

Os agentes de saúde cada um atende uma micro área, faltando um agente pra um micro área. Agora eu vou explicar como fazemos o atendimento

Na segunda-feira se fazem consulta de crianças, puericulturas e da pediatria mesma, além de realizar consultas a pacientes que precisam de assistências de atendimento espontâneo.

Na terça-feira se faz atendimento a livre demanda e grávidas, e na tarde visita a domicilio. Na quarta se realizam atendimento aos Hipertensos e Diabéticos e na tarde visita ao domicilio e estratégias com grupos específicos como hipertensos, diabéticos, adultos e adolescentes. Quinta-feira atendimento aos idosos e na tarde reunião de equipe para programar atendimento da próxima semana além de isso se discutem caso com dificuldade e interessantes.

Antigamente não tínhamos uma programação deste tipo, mais agora sim, já temos uma programação melhor planejada. Os prontuários estão organizados por micro áreas e classificados dependendo da patologia e grupo de risco. Existe muita demanda de pacientes e as Doenças mais frequentes são Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Hiperlipidêmica Mista e Asma Bronquial com um por cento elevados de pessoas idosas. Ajeitam-se 15 pacientes pela manhã e 12 a 15 pacientes pela tarde, quase sempre são 12 para que a doutora não canse tanto. Além disso, contamos com consulta de enfermagem onde se fazem os procedimentos de ginecologia, ali são atendidas as grávidas, se realizam PCU nas mulheres.

Temos dificuldades como, por exemplo, não temos serviço de internet, mais temos um computador onde se fazem os planejamentos, estamos trabalhando em conjunto para melhorar as dificuldades e elevar o nível de saúde de nossa população, com um atendimento de qualidade em 100% dos indivíduos, atender suas necessidades, assim como facilitar o acesso deles á UBS.

A atenção do atendimento em relação na atenção primaria à saúde, melhoram consideravelmente, os pacientes tem um acompanhamento adequado seguem grupo de risco. Meu vínculo com a população é muito bom, conseguem entender-me sem muitas dificuldades quando falo na consulta ou fora dela. Às visitas domiciliares que estamos fazendo como partes das atividades programadas pela UBS são perfeitas pra desenvolver melhor às relações com a comunidade e vão me conhecendo melhor. A população mostra gratidão. Eu fico contente.

As semanas de Recepção foram muito interessantes para nós. Os casos interativos muito importantes os quais refletiram as mobilidades, mas frequentes em nossas consultas. Os protocolos estabelecidos no Brasil são muito similares aos de Cuba. Tenho certeza que os restos das unidades serão do mesmo jeito e me permitirá concluir exitosa mente a especialização em saúde da família com o apoio de minha orientadora Simone e o resto do coletivo de professores.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

Conforme designação da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) as atividades estão sendo exercida na Unidade Básica de Saúde (UBS) denominada BOA UNIÃO, localizada na Rua Boa União, Barrio Sobral, no município de Rio Branco, Acre (AC). Respondemos a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) Hidalgo de Lima. No que tange a composição da equipe, nossa UBS é composta com uma única equipe formada por um médico, seis agentes comunitários de saúde (ACS), uma enfermeira e um técnico de enfermagem, dispomos até o presente momento de dois dentistas, previstos a permanecer até dois meses. Sendo que, antigamente esta era uma carência para a área de abrangência da unidade em questão, mas que agora, já esta resolvida. Tal unidade garante atendimento à comunidade de segunda à sexta-feira, em período integral. Porém com atendimento médico restrito de segunda a quinta-feira, visto que dispomos de oito horas semanais para a realização das atividades voltadas a esse curso.

O engajamento público pode ser observado quanto a participação de ambos os agentes, no processo, profissionais da área de saúde e sociedade. Consiste na participação ativa de todos os envolvidos, o pessoal da saúde no cumprimento das propostas trazidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e a comunidade na devida participação em palestras e cursos oferecidos, na aceitação e utilização de materiais explicativos disponibilizados com fins de prevenção; o termo profissional da saúde inclui todos os envolvidos, dos ACS aos gestores, todos como atores de extrema importância para o cumprimento do Sistema proposto através do exercício de suas funções, atendendo as exigências propostas; tendo como princípios fundamentais: universalidade, integralidade e equidade. Para que se consiga a efetivação do Controle Social.

Nosso objetivo consiste em viabilizar atendimento, estamos prontos a atender a sociedade em Atenção Primária de Saúde (APS). O atendimento permite um mapeamento da área de abrangência daquela UBS, de forma a possibilitar o planejamento de ações conforme as necessidades daquela comunidade, informações essas detectadas ao longo da semana. Trabalhamos então com foco nas doenças mais frequentes, como tema de abordagem em palestras, trabalhando com prioridade nos grupos mais vulneráveis. O atendimento é realizado a toda pessoa que busque o serviço, sem distinção. E ainda, sendo propiciado o atendimento em domicílio duas vezes na semana dependendo da necessidade, denominado como visitas domiciliares às pessoas impossibilitadas de deslocamento, momento em que se viabiliza uma conversa educativa com a família. A demanda de atendimento se dá de forma espontânea na unidade. São realidades de atendimento naquela unidade: pacientes com doenças, tanto crônicas como transmissíveis, assim como lactantes, gestantes, puérperas e idosos. Respeitando as prioridades previstas legalmente.

As palestras realizadas na estrutura da UBS proporcionam a abordagem de temas de maior frequência naquela unidade, conforme mencionado anteriormente. Vale expor que a comunidade tem se apresentado amplamente receptiva aos serviços prestados e aos espaços educativos oferecidos, embora não consigamos realiza-las em grandes grupos tão assiduamente quanto necessárias, dada a demanda espontânea existente. Trata-se de uma unidade alugada naquela localização, uma vez que essa estrutura foi locada há pouco tempo, porém, mesmo que em funcionamento em estrutura temporária vem sendo amplamente aceita. Vale ressaltar, que as pessoas visitadas em seus domicílios apresentam em sua maioria muita satisfação pela presença dos ACS.

A UBS é uma casa alugada e adaptada para um posto de saúde provisório, conta com uma sala de espera para somente dez pessoas, um consultório médico, uma farmácia pequena, três banheiro, não tem banheiro para pessoas portadoras de necessidades especiais, um consultório para enfermagem, uma consulta de odontologista, uma sala de vacinas, uma sala para curativos e um espaço que pequeno que fica entre a consulta medica e a consulta de enfermagem adaptada para copa. Não tem sala de reuniões. Os insumos e medicamentos são provenientes da URAP Hidalgo de Lima, limitados devido aos poucos procedimentos que se pode fazer. Temos grandes problemas de falta de medicamentos, sobre tudo falta de anti-

inflamatórios. Contamos com equipamentos básicos como: balanças, estetoscópios e esfigmomanômetros para adultos e para crianças e um nebulizador, a manutenção destes é realizada anual.

A experiência em outra missão permite acúmulo de conhecimento e diferentes experiências vividas. É perceptível que as enfermidades infectocontagiosas e a gestação em jovens, as doenças crônicas não transmissíveis como a HAS e DM são mais frequentes, sendo um tema a ser explorado no planejamento de ações. Permito-me mencionar a satisfação em trabalhar com a equipe daquela unidade, tanto pela disposição na prestação do serviço, quanto na execução do trabalho em conjunto.

O Acre é um estado de peculiaridades, guarda o patrimônio arqueológico deixado pelo povo que habitou e também o fato de ser um estado que lutou para pertencer ao Brasil. Composto por 22 municípios, numa área de 164.123,040 ampliada há poucos anos, com uma população estimada em 2014 de 790.101 habitantes, apresenta uma densidade demográfica de 4,47. Conforme dados obtidos junto a Wikipédia, com base de dados do IBGE. Essa breve introdução se faz necessária para apresentar um Acre composto de diferentes culturas, com um histórico de trabalho pesado por uma comunidade oprimida que lutou pelo título de cidadão brasileiro.

Rio Branco é um município brasileiro, distante 3.123 quilômetros da capital federal, localiza-se às margens do Rio Acre, no Vale do Acre e na microrregião homônima, conta com uma população de 336.038 habitantes, numa área de 8.835,541 km<sup>2</sup>, apresentando uma densidade demográfica de 38,3 por km<sup>2</sup>.

Mediante estruturação determinada, que estabelece a Estrutura Organizacional Básica da SEMSA, determinando como VIII estrutura organizacional básica a Diretoria de Assistência a Saúde é dividida em: Secretaria Administrativa; Departamento de Assistência Farmacêutica; Departamento de Apoio e Diagnóstico (com subdivisões); Departamento de Programas Estratégicos (estando essa responsável pela área técnica de saúde bucal, entre outras); Departamento de URAP e Centro de Saúde: composto por quatro URAP: Augusto Hidalgo; São Francisco; Roney Meireles e Eduardo Assmar.

Atualmente, contamos com 59 UBS com Estratégia de Saúde da Família (ESF), e 10 Centros de Saúde Tradicionais em Rio Branco.

A saúde pública, enquanto linha ideológico-filosófica é tida como direito de todos e dever do Estado. Para alcance do objetivo proposto na linha do SUS, tornou-se necessário um trabalho de gestão que viabilizasse tal serviço, inicialmente na criação da estrutura física necessária e conseqüentemente a montagem de equipe para devida atuação. Em exemplo, é trazida a unidade denominada Boa União que será detalhada no decorrer deste texto, no intuito de enquadramento ou não naquilo que é proposto pelo Ministério como adequado. Sendo esta uma unidade básica urbana, assim identificada. Vinculada a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados – URAP Augusto Hidalgo de Lima.

A UBS Boa União, responsável de uma área do Bairro Sobral é composta por equipe multiprofissional que possui um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e seis ACS, dois profissionais de saúde bucal atuando, atuando de forma a suprir a demanda, sendo previsto este atendimento por dois meses. Conforme informações obtidas junto à coordenação daquela unidade. Para realizar uma cobertura de 4970 habitantes, sendo 2160 homens e 2640 mulheres, onde fica uma área de abrangência sem a prestação de ACS. Superando a legislação vigente, dada à necessidade emergencial existente naquela localidade.

O número de ACS não se apresenta suficiente para cobrir 100% da população cadastrada. Estando hoje, toda equipe atendendo uma população maior do que o devidamente planejado.

A UBS não possui vínculo com instituições de ensino e conta apenas com só uma equipe de saúde, conforme mencionado anteriormente, não conta com recepcionista, nem tão pouco com segurança, mas agrega em nosso quadro uma auxiliar de limpeza.

A carga horária é de 40 horas semanais para todos os profissionais de saúde da ESF exceto ao médico e aos dentistas que são dois quem labora nesta unidade um deles trabalha o horário de pela manhã e outro dentista no horário pela tarde cumprem vinte horas cada um na semana.

O bairro que circunda a UBS Boa União, é caracterizado por ruas não asfaltadas e asfaltada, e perto um afluente do rio Acre que em temporadas de chuva as ruas ficam totalmente alagadas e inclusas o posto também fica o que propicia um agravamento ou geração de questões tal qual problemas respiratórios. Dentre outros fatores existentes como falta de drenagem pluvial, esgotamento sanitário, água potável e outros. Que se resolvidos poderiam auxiliar na tarefa de evitar doenças e

da propagação destas, além de zelar pra que os doentes com doenças crônicas não se descompensem.

É fato de que as barreiras arquitetônicas inviabilizam o acesso às UBS, de forma a serem consideradas inadequadas para acesso de idosos e portadores de deficiências. Usuários esses que necessitam de corrimãos, rampas, banheiros adaptados para os cadeirantes e salas de espera adequadas, com devida substituição dos degraus ou a criação de outra via de acesso no mesmo local. Pode se constatar que o Brasil vem trilhando uma política de adaptação dos prédios públicos, muito mais voltados a mobilidade, assunto esse tratado pelo Ministério das Cidades em matérias e Programas. Porém, as ações ainda não atingem o ideal, uma vez que unidades como a qual eu trabalho que não conta com as devidas adaptações necessárias para o acolhimento/recebimento dos usuários. São realidades daquela localidade, ruas sem asfaltamento, com muito barro e poeira, inexistência de rampas de acesso para deficientes físicos ou idosos, porém trata se de uma unidade plana, que não apresenta degraus. E conta com três banheiro, não adaptado. Mesmo se tratando de uma pequena unidade, a mesma encontra se devidamente identificada, com ambientes bem definidos, com janelas grandes que viabilizam a circulação de ar, mas o clima regional, em meu ponto de vista, é extremamente quente, a estrutura conta ainda com pintura predial conservada e boa área de circulação, mas que não atende a demanda existente. O espaço é provisório, uma vez que a unidade esta em construção.

Ao analisar a questão da estrutura, temos que elos estão longe de minha governalidade. O fator de a unidade ser de uso temporário nos remete ao pensamento da necessidade de um ponto de atendimento, sendo essa ao que procurei saber a única opção viável existente na localidade.

A UBS possui um mapa do território datado de 2013. Porém, o mesmo encontra-se desatualizado e ao que consta, não existe conhecimento de previsão para atualização do mesmo. É sabido que existe um grande fluxo transitório na localidade. Porém, alterações sempre existirão, uma vez que, os indivíduos buscam uma nova realidade. Ao quadro existente hoje de ACS torna-se inviável um período específico para o cadastramento, provendo assim a atualização dos dados. Neste caso, como medida estratégica adotada, a equipe vem realizando uma atualização de dados durante as visitas e atividades com a comunidade de forma a melhorar a realidade cadastral da localidade.

O cuidado em saúde vem sendo realizado tanto na UBS Boa União, quanto nas visitas domiciliares realizadas; vem sendo com grande aceitação por parte daquela comunidade. É realizado o acompanhamento e controle de doenças, identificação de pacientes dependentes, seja de álcool ou drogas, trabalhos de prevenção de câncer de colo de útero e mamas, devidamente acompanhado pelo técnico de enfermagem quem tem um labor destacada e esmerada na saúde da comunidade, além de Enfermeira ou ACS quem jogam o importante papel dentro da comunidade. São ainda realizadas curativos, nebulizações, aplicações de medicamentos intramusculares e intravenosos, vacinação e entrega de medicamentos. A unidade vem realizando o cuidado também na forma de conversas com as famílias no que tange as questões relevantes identificadas, tal qual contaminação da água, utilização adequada e consumo de Hipoclorito de sódio.

A unidade, não conta com estrutura para atendimento de urgências e emergências, vale aqui explicar que este estado conta em sua estrutura de saúde com Unidades de Pronto Atendimento – UPA e um Pronto Socorro – PS. Porém, são efetuadas, em caso de ocorrência destes procedimentos para Reanimação Cardiopulmonar (RCP) básica e hemostasia podem ser realizados para compensar hemodinamicamente e reestabelecer sinais vitais antes de realizar o devido encaminhamento ao atendimento adequado a UPA ou PS.

Conforme mencionado anteriormente, as visitas são realizadas. Porém, vale ressaltar a inexistência de meio de transporte destinado a essa estrutura o que vem pode dificultar o atendimento aos pacientes que moram mais distantes desta unidade, mais são realizadas com os médios de transporte como motos e carros próprios dos profissionais da equipe de trabalho.

A equipe realiza todos os registros necessários conforme as orientações obtidas. O Gerenciamento dos insumos necessários para o funcionamento da UBS é realizado pela URAP a qual pertencemos, e o técnico de enfermagem de posto sendo este gerente da unidade.

A atenção básica lida com situações e problemas de saúde de grande variabilidade (desde as mais simples até as mais complexas), que exigem diferentes tipos de esforços de nossa equipe. A estrutura é enxuta para o atendimento de aproximadamente 4970 de população, porém não sendo a totalidade de nossa área de abrangência, uma vez que o cadastro encontra-se desatualizado.

A complexidade deste serviço de saúde se caracteriza pela exigência de se considerarem, a todo tempo e de acordo com cada situação, as dimensões orgânica, subjetiva e social do processo saúde-doença-cuidado, para que as ações de cuidado possam ter efetividade. Além disso, as equipes da atenção básica estão fortemente expostas à dinâmica cotidiana da vida das pessoas nos territórios, em contato com as variáveis existentes. Diante do exposto, a capacidade de acolhida e escuta das equipes aos pedidos, demandas, necessidades e manifestações dos usuários no domicílio, nos espaços comunitários e nas unidades de saúde é um elemento-chave. Existe grande preocupação em mantermos um bom fluxo de comunicação com a comunidade, principalmente quanto ao tipo de serviço que prestado naquela unidade, respeitando o atendimento prioritário, conforme determinação legal.

Diante dos números expostos, quanto ao acolhimento, a capacidade de acolhida e escuta da equipe aos pedidos, demandas, necessidades e manifestações dos usuários no domicílio, nos espaços comunitários e nas unidades de saúde é um elemento-chave. Existe grande preocupação em mantermos um bom fluxo de comunicação com aquela comunidade, principalmente quanto ao tipo de serviço que prestado naquela unidade, respeitando o atendimento prioritário, conforme determinação legal. Mas é fato que a grande quantidade de demanda espontânea compromete o trabalho direto com a saúde familiar. Uma vez que, demanda grande parte de tempo para o referido atendimento. Na forma de encaixe junto aos atendimentos programados.

Conforme análise dos dados na parte de Saúde da Criança do Caderno de Ações Programáticas (CAP) vê que a cobertura está em 78% (96) crianças, isso é de acordo ao número estimado, porém o número real é de 75 crianças, as quais receberam atendimento completo em sua totalidade. A falta de atualização cadastral pode comprometer a reflexão que vem sendo feito quanto a real cobertura do atendimento à crianças na área de abrangência.

A ausência de atendimento antigamente por parte de Dentista na unidade nos cabe agir na forma de breve avaliação da saúde bucal. O tema é difícil porque não tínhamos Equipes de Saúde Bucal na ESF em nossa unidade, foi difícil preencher os números no CAP e também acho que no Brasil tem muitas unidades com essa situação. Como também no Brasil todo tem um numero alto de equipe de saúde bucal na estratégia de saúde da família, isto faz que um por cento grande de minha área seja atendido pela equipe de saúde bucal de outras áreas as outras

unidade na qual minha população de área abrangência de minha unidade seja atendida o que é infelizmente difícil pra mim e para o resto de equipe preencher os pontos no caderno de ações programáticas.

Quanto aos indicadores da qualidade da atenção à Puericultura avaliada vemos que a maioria deles está em 100% a exceção de: Consulta em dia de acordo com o Protocolo do MS em 81%; atraso da consulta agendada em mais de 07 dias: 19%; primeira consulta nos primeiros 07 dias de vida: 73%.

A ESF não possui localmente um protocolo físico de atendimento à saúde da criança, porém o atendimento vem sendo realizado de forma instruída pelo Protocolo da SEMSA, pois a equipe se disponibiliza a buscar outras formas de acesso. As ações de atenção às crianças que estamos realizando estão encaminhadas a atualizar as puericulturas pendentes, ter todas as crianças devidamente pesadas e com índice de massa corporal atualizado para poder trabalhar sobre aqueles que estejam fora dos percentis aceitados. Até agora, não temos uma forma de registro confiável para as crianças, mas estamos trabalhando num modelo que permita registrar os dados mais importantes das crianças para facilitar nossas intervenções. As atividades educativas são feitas principalmente pelas ACS, mas na maioria das vezes, são assistidas pela equipe completa. Realizam-se principalmente palestras nas escolas e para as mães das crianças na UBS.

Podemos afirmar que a forma de registro das grávidas, utilizada na ESF Boa União, permitiu utilizar estatísticas para obter os dados necessários, para isso utilizamos os prontuários e os cartões de Pré-natal de nossa unidade. As informações obtidas apresentam uma cobertura de pré-natal em 33% (72) gestantes, mas o número de grávidas atendidas foi de 24, as quais receberam atendimento completo em sua totalidade. Estas gestantes recebem um acompanhamento conforme o estabelecido é orientado quanto ao aleitamento materno exclusivo, solicitação dos exames laboratoriais preconizados, uma vez que nossa unidade está restrita a testes de gravidez e exames de mamas, demais exames são devidamente encaminhados às unidades pertinentes, quanto ao tipo de atendimento ali executado, contamos com a devida prescrição de sulfato ferroso e ácido fólico e vacinação antitetânica e contra hepatite tipo B. A cobertura pré-natal é deficiente ainda, pois só estão recebendo atenção a 33% da população grávida estimada. Este indicador está muito baixo e temos que traçar estratégias para melhorar o

cadastramento das mulheres grávidas da área, para alcançar uma cobertura maior e uma atenção mais eficiente para nossa comunidade.

Quanto à cobertura de consulta de puerpério, o número é de 83% na cobertura, de forma a especificar as informações, foram atendidas 35 puérperas. Em detalhamento, consultaram antes dos 42 dias pós-parto o montante de 83%, todas elas tiveram a sua consulta puerperal registrada, orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido. Este indicador está melhor comparando com o pré-natal, mas ainda falta trabalho para fazer. Os indicadores do puerpério ainda precisam ser mais bem trabalhados para alcançar melhores resultados, destacando o tempo quase três meses sem enfermagem por apresentar sérios problemas de saúde.

Tomamos como guia de trabalho o Protocolo da SEMSA. As ações de atenção aos pré-natais e puérperas que estamos realizando estão encaminhadas a atualizar as consultas programáticas e de seguimento pendentes. Precisamos ter todas as grávidas devidamente cadastradas e com as avaliações e exames atualizado para poder trabalhar sobre aqueles que apresentem algum problema. Até agora não temos uma forma de registro confiável para as grávidas e puérperas, mas estamos trabalhando num modelo que permita registrar os dados mais importantes delas para facilitar nossas intervenções. Realizam-se principalmente palestras na unidade de saúde para as futuras mães.

A equipe tem se proposto a realizar estratégias de pesquisa para aumentar o cadastro de pré-natais de forma a constituir um maior número de atendidas, na área de abrangência da unidade. Nas visitas domiciliares e com o apoio da equipe toda, já que muitos moram na comunidade, a realização de pesquisa das mulheres grávidas da localidade. Estas e alternativas tais como reforçarmos o trabalho que vem sendo realizado junto à comunidade sobre os temas: importância de aleitamento materno, exposições de técnicas adequadas de aleitamento, cuidados de recém nascidos, informações quanto a como se evitar acidentes com a criança recém nascida serão tomadas para melhorar o desempenho da ESF.

Arquivos e papel estão sujeitos ao desgaste do tempo, seria muito importante se tais informações fossem cadastradas de forma digital, alimentando diretamente uma base para a SEMSA. Isso viabilizaria uma otimização das informações, bem como concentração de dados no nível de estado e fácil consulta.

Na UBS existem em acompanhamento 671 mulheres entre 25 e 64 residentes na área. A saúde da mulher muitas vezes cai no descaso devido ao

cotidiano de dedicação à família, esquecendo aquelas doenças que podem aparecer próprias do seu gênero. Sendo então esta uma questão a ser acompanhada pelos profissionais da saúde. Sobre a cobertura existente, menciono que estão sendo realizados os cadastramentos e atualizações cadastrais da localidade.

Sendo então, de extrema importância orientações sobre doenças desse gênero durante as visitas domiciliares. Apresento a existência de dados referentes aos registros de exames em atraso, permitiu preencher o questionário, onde temos um total de 11% de cobertura. O percentual de exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia encontra-se em 60%.

No controle do Câncer da Mama, após realização do preenchimento do CAP e avaliação apresento um percentual de 44% da estimativa apresentada, uma vez que, temos o número de 105 mulheres entre 50 e 69 residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de mama. Avalio como positiva a aplicação da cobertura de controle do câncer de mama, os poucos indicadores estão sendo bem avaliados. Temos dificuldades com a assistência das mulheres em idades de risco na consulta médica porque a maioria delas trabalha e não têm tempo, também porque moram muito distante do posto e tem elas preferir ir a outras unidades de saúde além do transporte é muito difícil.

Utilizamos neste caso o Protocolo da SEMSA. Todas as ações de atenção às mulheres nas idades de risco são instruídas a atualizar os exames e realizar os pendentes, é de extrema importância que todas as mulheres estejam devidamente cadastradas e com a estratificação de risco atualizada para que possamos trabalhar sobre a parcela da comunidade que sejam mais propensas a sofrer alguma destas patologias, até agora não temos uma forma de registro confiável para estas mulheres, mas estamos trabalhando num modelo que permita registrar os dados mais importantes para facilitar nossas intervenções. Monitorar periodicamente os registros de todas as mulheres acompanhadas na unidade de saúde é uma estratégia de ação que vem sendo realizada.

São realizados esclarecimentos e instruções principalmente em palestras na unidade de saúde para as mulheres nas idades de risco. A principal ação é orientar o maior número das mulheres cadastradas sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) e fatores de risco para câncer de mama.

A estimativa apresentada pelo CAP para hipertensos e diabéticos é de 843 para HAS e de 241 para DM, não sendo esta a realidade da área de abrangência. O

número existente de hipertensos com 20 anos ou mais é de 371 pessoas do estimado. A HAS é uma doença que muitas vezes passa inadvertida para o doente, cabe aos profissionais de saúde fazerem o cadastramento adequado da população para identificar os mesmos.

Atualmente, é perceptível que exista uma estimativa exagerada do número de hipertensos para a localidade, mesmo que o cadastramento não esteja devidamente atualizado. A meta proposta encontra-se extremamente distante da realidade atual, sendo importante uma intensificação no trabalho realizado pela equipe de ACS. Acredito que os poucos indicadores da qualidade da atenção à HAS estão bem avaliados, no que diz respeito a realização de exame apropriado e encaminhamento para a realização de exames complementares.

Em atenção de que vem sendo realizado um trabalho de orientações quanto a prática de exercícios físicos regulares e alimentação saudável, bem como, periodicidade na realização de exames. O atendimento é realizado a toda pessoa que busque o serviço, sem distinção. E ainda, sendo propiciado o atendimento em domicílio, denominado como visitas domiciliares às pessoas impossibilitadas de deslocamento, momento em que se viabiliza uma conversa educativa com a família.

Usa-se o Protocolo da SESACRE. As ações de atenção aos pacientes em idade de risco e para os hipertensos e diabéticos que estamos realizando, estão encaminhadas a atualizar as consultas pendentes, pesquisar todos os possíveis casos não cadastrados ainda, para poder trabalhar sobre aqueles que estejam descompensados e sobre os casos novos recém-cadastrados. Até agora, estamos trabalhando num modelo que permita registrar os dados mais importantes deles para facilitar nossas intervenções.

No caso da DM, o número estimado foi de 241, tendo realmente uma cobertura total de atendimentos na UBS de 155 diabéticos com 20 anos ou mais. Acredita-se que há uma necessidade de atualização dos cadastros e inserção de novos moradores, de forma que se comprove ou ultrapasse o sugerido no caderno.

Avalio de não positividade a cobertura, mas temos que aprofundar no diagnóstico e cadastro de mais pacientes que com certeza tem evoluindo ou com fatores de risco potencialmente modificáveis.

Eles estão bem avaliados, com a maioria dos indicadores acima de 84%. Contudo, temos um número considerável de pacientes cadastrados. Com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, demandas como mutirão

de atendimento tem garantido uma ação bastante significativa naquela região. O índice de 84% nos permite analisarmos como satisfatório ao fato de que as pessoas cadastradas vêm realizando consultas rotineiras com devido acompanhamento e quanto à realização dos exames complementares solicitados. São encontrados todos os medicamentos básicos para o tratamento, surgindo à necessidade de aquisição de qualquer outro tipo de medicação, o protocolo de priorização quanto à prescrição de medicamentos da farmácia popular deve ser devidamente seguido.

Referente à saúde dos idosos, existe uma grande dificuldade ao fato de não estar organizada na forma de dados, ao contrário, toda documentação é feita em papel, obedecendo a método de arquivamento.

Segundo as estimativas das estatísticas do CAP, o estimado é de 307 idosos possíveis para nossa população, porém o número é de 255 idosos registrados que representa 83% de cobertura.

Existe uma realidade próxima ao estimado. Quanto à atenção em Saúde da Pessoa Idosa, a maior dificuldade é a avaliação da saúde bucal, já que nossa equipe neste aspecto agora é que se esta reorganizando uma vez que a unidade não contava com profissional qualificado para esse tipo de atendimento.

O trabalho de cadastramento e atualização deve ser contínuo, acredito que para melhorarmos o atendimento dos idosos precisamos aprimorar o cadastramento das pessoas maiores de 60 anos. A estratégia a serem criadas com finalidade de melhoramento desse tipo de atendimento deve ser: prática de exercícios contínuos, acompanhamento dos doentes crônicos, palestra sobre hábitos dietéticos favoráveis, entre outros.

Utilizamos o Protocolo da SESACRE. As ações de atenção aos pacientes idosos que estamos realizando, estão encaminhadas a atualizar as consultas pendentes, pesquisar todos os possíveis casos não cadastrados ainda, para poder trabalhar sobre aqueles tenham maior compromisso da independência e com doenças crônicas associadas, estamos trabalhando para que se permita registrar os dados mais importantes deles para facilitar nossas intervenções. Todos os registros solicitados pela SEMSA são realizados, mas friso a necessidade de ampliação e atualização cadastral.

As atividades educativas são feitas principalmente pelos ACS mais a maioria das vezes são assistidas pela equipe completa. Realizam-se principalmente em

palestras para os idosos e para os idosos doentes na unidade de saúde e nas casas deles.

A estrutura busca atender as necessidades, mas os quantitativos existentes fogem a uma margem de absorção, sendo em meu ponto de vista uma redistribuição de equipes ou mesmo a ampliação destas, o maior desafio a ser enfrentado. Outro fator demasiadamente preocupante é a manutenção de dados, pois são visíveis as dificuldades encontradas com estes. Não coloco a informatização como ponto de solução, uma vez que a tecnologia apenas pode fluir de forma positiva quando os processos são bem desenhados, ou seja, a alimentação e fluxo de dados devem estar devidamente identificados, agregando valor em todas as suas etapas, continuamente e recebendo um feedback do trabalho executado. Assim a informática viria somatizar ao processo.

A educação popular vem causando um forte impacto na realidade local da comunidade, promovendo a mudança de hábitos prejudiciais à saúde. Podemos destacar o forte engajamento destes, reforçando uma política de saúde democrática. A satisfação dos usuários demonstra que a vinda de profissionais mesmo que de outro país para a composição da equipe vem sendo bem aceita.

A experiência até aqui vivenciada proporciona um maior conhecimento da cultura local e o oferecimento de serviço na área de saúde com dedicação, buscando o atendimento dos anseios daquela comunidade.

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

É perceptível que a visão com um melhor conhecimento sobre a política pública de saúde e as diretrizes do SUS – Sistema Único de Saúde subsidiem uma análise mais acentuada quando de uma reflexão quanto aos questionamentos existentes no material de apoio deste curso que direcionam as expectativas existentes quanto ao funcionamento da UBS. Mas tal análise nos remete a um questionamento quanto a demanda espontânea existente na área de abrangência, quanto ao esforço existente para que se garanta o acolhimento e devida atenção aos usuários dessa política pública.

Sobre o comparativo, temos que o enfoque da participação ativa de todos os envolvidos, o pessoal da saúde no cumprimento das propostas trazidas pelo SUS, os gestores e a comunidade na devida participação em palestras e cursos oferecidos; torna-se uma tarefa primordial para a efetividade do Programa.

Comparando esta análise, muito mais detalhada e profunda com o realizado na unidade de ambientação, é possível observar um equívoco conceitual da real situação em que se encontra a unidade e a comunidade que a circunda, tanto a parte estrutural como a assistencial. Podendo então, concluir a existência de muitos problemas superando aos observados num primeiro momento. A questão torna-se ainda mais crítica ao se aprofundar na questão de dados, visto que ao longo do curso foram detectadas várias deficiências, tanto quanto a forma de registro, armazenamento de dados e ao fato do cadastro não estar atualizado. Embora, a equipe venha realizando um grande esforço de forma a conseguir cumprir esta tarefa. Diante de todas essas questões, com a visão mais ampla obtida através das atividades, possibilita mais conhecimentos para enfrentá-los.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A hipertensão arterial sistêmica é uma das maiores causas de atendimento em serviços de atenção primária à saúde, é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA>ou igual

140/90 mmHg). Frequentemente está associada a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos e alterações metabólicas, e aumento de riscos cardiovasculares dados que são referidos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; BRASIL, 2013 a). Porém a Diabetes mellitus (DM) é uma síndrome caracterizada por hiperglicemia crônica, causada pela deficiência da secreção e/ou da ação da insulina. Essa doença pode permanecer assintomática por longo tempo ou pode manifestar-se por signo e sintomas relevantes na medicina familiar como perda de peso, coceira, necessidade de beber água abundante e de alimentar-se frequentemente, manifestações que se observam de forma primária na atenção familiar, porém as equipes de Atenção Básica tem papel fundamental na detecção clínica, permanecendo atentos aos sintomas do diabetes e seus fatores de risco como, hábitos alimentares não saudáveis, sedentarismo e obesidade (BRASIL, 2013 b). Assim, o atendimento clínico adequado, o apoio ao usuário e a continuidade dos cuidados são eficazes na diminuição das complicações e consequentemente mortalidade por DM e HAS.

Em relação ao contexto relatado, e devido ao número de doentes crônicos não controlados de forma adequada na área de abrangência da UBS de Boa União e a associação dessas doenças a mortes precoces, sequelas e queda da qualidade de vida, faz-se necessário que nossa equipe de saúde adote novas estratégias. Tais medidas devem ser direcionadas à prevenção de agravos e promoção de saúde, tendo por finalidade melhorar a qualidade de vida dos usuários da UBS Boa União portadores de HAS e DM.

Em relação aos dados do último recadastramento do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o número de hipertensos com vinte anos ou mais a UBS Boa União é 843 como estimativa (IBGE, 2010), sendo 371 acompanhados nossa unidade, o que equivale a uma cobertura do Programa de Atenção ao Hipertenso na área de 44%. Já o número de diabéticos com vinte anos ou mais como estimativo é 155, destes só 85 usuários é acompanhada nossa UBS, representando 64% da cobertura do programa de atenção ao diabético na área, sendo que grande parte destes está em controle irregular.

Porém é bom destacar que neste período em que os usuários hipertensos e diabéticos que procuram o serviço na UBS se encontravam descompensados. Situação que até um tempo esta sendo melhorada, durante a decorrência das orientações prestadas durante as consultas e com o trabalho desenvolvido pela

equipe, sendo assim muitos usuários modificaram seus estilos de vida, realizam atividade física e participam de um grupo de caminhada. Embora, à saúde desta população seja prestada com qualidade, sabemos que muitos aspectos precisam ainda, mas ser melhorados. Porém, acredita-se que através do desenvolvimento desta intervenção será possível encontrar novas estratégias de promoção e prevenção de agravos à saúde da população hipertensa e diabética e sensibilizar a equipe da UBS quanto aos problemas prevalentes e relevantes nessa comunidade. Assim, realizar atividades educativas seja individual ou em grupo, onde seu objetivo principal seja de estimular o desenvolvimento do autocuidado e de hábitos de vida mais saudáveis, no momento do diagnóstico e ao longo do acompanhamento podem ser úteis em todos os níveis de promoção e prevenção.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral:**

Qualificar a atenção à Saúde dos hipertensos e diabéticos da UBS Boa União, no município de Rio Branco.

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

1-Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas.

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

3-Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

4-Melhorar o registro de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

5-Melhorar a avaliação de risco de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

6-Melhorar a promoção de saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Metas: (São 25 metas)

Meta 1: Cadastrar 60% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Meta 2: Cadastrar 60% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Meta 3: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 4: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

Meta 5: Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Meta 6: Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 7: Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 8: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastrados na UBS.

Meta 9: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastrados na UBS.

Meta 10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 11: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

Meta 12: Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Meta 13: Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Meta 14: Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 15: Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

Meta 16: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 17: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

Meta 18: Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 19: Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 20: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 21: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 22: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 23: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 24: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 25: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

## **2.3 Metodologia**

Este projeto terá duração de três meses, tendo como população alvo os hipertensos e diabéticos da área de abrangência da UBS Boa União, no município do Rio Branco, Estado AC. Toda a equipe de saúde da UBS participará ativamente das ações.

Em relação aos portadores de hipertensão e diabetes, em nossa UBS Boa União, temos uma estimativa 843 hipertensos (IBGE, 2010), com 44% de cobertura, e diabéticos temos uma estimativa 241 (IBGE 2010), para uma cobertura de 64%.

### 2.3.1 Detalhamento das ações

Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica.

Ações: Monitorar o 60 % de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS Boa União, através da ficha espelho de todos os hipertensos e diabéticos com a frequência de três em três meses, com indicação e avaliação de exames em consulta agendada e sessões grupais.

Ações: Monitorar o 60 % de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS Boa União, através da ficha espelho de todos os hipertensos e diabéticos. Com a frequência de três em três meses, com indicação e avaliação de exames em consulta agendada e sessões grupais.

Detalhamento: O número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, será monitorado pelo médico, e a equipe de saúde mensalmente, através da ficha e planilha de coleta de dados fornecidos pela coordenação pedagógica desta instituição de ensino (UFPEL).

Ações: Garantir o registro de pessoas com hipertensão e Diabetes cadastradas no Programa na unidade.

Detalhamento: O médico garantirá o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa solicitando aos profissionais da unidade o preenchimento dos dados do usuário nos registros (ficha, o e planilha de coleta de dados), visando cadastrar o maior número possível durante o período de três meses.

Ações: Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e diabéticos, com boa informação e orientação.

Detalhamento: A equipe de saúde e o médico diariamente melhorarão o acolhimento para os usuários portadores de HAS e diabetes, através da liberação de consultas

na agenda, motivando-os a aderir ao tratamento, além de sua importância para diminuir suas complicações.

**Ações:** Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde na UBS.

**Detalhamento:** Nas reuniões mensais da equipe, o médico informará à coordenador da unidade, para garantir material adequado incluindo ações para uso adequado do manguito nas tomada da medida da pressão arterial e para que serem realizada hemoglicoteste na UBS, além que será informado ao gestor do município a necessidade deste material para o atendimento aos usuários.

**Ações:** Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus na UBS.

**Detalhamento:** O médico e sua equipe básico de saúde, diariamente nas consultas e visitas domiciliares, realizaram palestras e colocaram murais sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde Boa União.

**Ações:** Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente e sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

**Detalhamento:** O médico e sua equipe básico de saúde, diariamente nas consultas e visitas domiciliares, através de atividades educativas se informaram a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente e sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

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

**Detalhamento:** O médico e sua equipe básico de saúde, diariamente nas consultas e visitas domiciliares, orientaram a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Ações: Capacitar os ACS para o cadastramento e atualização da população da área da UBS Boa União.

Detalhamento: Na reunião mensal da equipe de saúde o médico e enfermeiro, capacitarão os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

Ações: Capacitar a equipe da UBS Boa União para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: Na reunião mensal o médico, capacitará a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo.

Detalhamento: Iremos monitorar o cumprimento da periodicidade nas consultas previstas no protocolo através do controle dos registros (da ficha espelho e planilha de coleta de dados).

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

Detalhamento: Os profissionais da UBS (médica e enfermeira) vão realizar visita domiciliar para buscar os usuários faltosos e será organizado um espaço na agenda de médicos e enfermeiros para o acolhimento de hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas. Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes (se houver número excessivo de faltosos). Esclarecer aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Nas consultas médicas e por meio de ações educativas a comunidade será informada sobre a importância de realização das consultas, sobre

a periodicidade preconizada para a realização das consultas e a comunidade será ouvida sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes.

**Ação:** Treinar os profissionais de saúde para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade

**Detalhamento:** Durante as reuniões de equipe os profissionais de saúde serão capacitados sobre a orientação de hipertensos e diabéticos quanto à realização de consultas e sua periodicidade.

**Ação:** Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos.

**Detalhamento:** O monitoramento da realização e frequência do exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos será realizado pela médica da UBS e por meio do controle dos registros (da ficha espelho e planilha de coleta de dados).

**Ação:** Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos. Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais. Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

**Detalhamento:** Durante as reuniões de equipe serão definidas as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico destes usuários. Será oferecida uma capacitação aos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS e dispondo a cada um deles a versão atualizada do protocolo para consulta e estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais através de educação continuada.

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

**Detalhamento:** Nas consultas médicas e por meio de ações educativas os usuários e a comunidade serão informados quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

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

**Detalhamento:** Durante as reuniões de equipe serão orientados pela médica da UBS na própria unidade sobre a realização de exame clínico apropriado.

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

Detalhamento: O monitoramento do número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na UBS e de acordo com a periodicidade recomendada será realizado através do controle e avaliação dos registros (da ficha espelho e planilha de coleta de dados).

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares. Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: Com o auxílio do gestor será garantida a solicitação de exames complementares e a agilidade para a realização dos exames aos usuários hipertensos e diabéticos que procurarem a UBS. Ainda serão estabelecidos na UBS sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

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

Detalhamento: Nas consultas médicas e por meio de ações educativas os usuários e a comunidade serão informados quanto à necessidade e periodicidade com que devem ser realizados os exames complementares. Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: Durante a reunião de equipe os profissionais serão orientados a seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

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

Detalhamento: O monitoramento do acesso aos medicamentos da Farmácia Popular será realizado através de um registro específico que será utilizado pelos funcionários da farmácia.

Ação: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: Será solicitada aos funcionários da farmácia a realização do controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos, entradas e saídas por meio de um registro específico de monitoramento das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Detalhamento: Nas consultas médicas e por meio de ações educativas os usuários e a comunidade serão orientados quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento do diabetes. Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Durante as reuniões de equipe será realizada atualização profissional no tratamento do diabetes e os mesmos serão capacitados sobre como orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

Detalhamento: Mensalmente um profissional da UBS fará o levantamento de hipertenso e diabéticos acompanhados na UBS consultando os registros (ficha espelho e planilha de coleta de dados).

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas. Implantar planilha/registro específico de acompanhamento. Pactuar com a equipe o registro das informações. Definir responsável pelo monitoramento registros. 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: Alimentar o SIAB mensalmente, elaborar um registro junto com a equipe para acompanhamento dos usuários que possa viabilizar as 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. Informar a equipe sobre a relevância do registro correto das informações.

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

Detalhamento: Nas consultas médicas e por meio de ações educativas os usuários e a comunidade serão orientados pelos profissionais da UBS sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Ação: Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético. Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: Durante a reunião de equipe os profissionais serão orientados sobre o preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético e sobre o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

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

Detalhamento: O monitoramento do número de hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano será realizada através da consulta aos registros (ficha espelho e planilha de coleta de dados).

Ação: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco. Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Será priorizado na UBS o atendimento dos usuários considerados de alto risco deixando disponibilizado na agenda horário para o atendimento desta demanda.

Ação: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular. Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como deve ser sua alimentação).

Detalhamento: Nas consultas médicas os usuários serão orientados quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular e por meio de ações educativas os usuários e a comunidade serão orientados pelos profissionais

da UBS quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Ação: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgão alvo, nos diabéticos em especial a avaliação dos pés. Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação. Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: Durante a reunião de equipe os profissionais serão orientados sobre a realização da estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgão alvo, nos diabéticos em especial a avaliação dos pés; sobre a importância do registro desta avaliação e quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Ação: Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista.

Detalhamento: Como a UBS não disponibiliza atendimento odontológico será solicitado ao próprio usuário se ele tem realizado consultas periódicas anuais com o dentista, às informações colhidas serão registradas nos instrumentos ficha espelho e planilha de coleta de dados.

Ação: Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso. Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico. Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes usuários.

Detalhamento: Será solicitado ao gestor que disponibilize um número adequado de consultas odontológicas junto ao CEO para hipertensos e diabéticos da UBS; Será proposto ao CEO que disponibilize na agenda atendimento priorizado para usuários classificados com risco odontológico.

Ação: Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde. Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.

Detalhamento: Nas consultas médicas e nos grupos de educação em saúde informar a comunidade sobre os seus direitos como usuários, mobilizando-os para solicitar ao gestor garantia de atendimento com o dentista, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.

Ação: Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do hipertenso e diabético.

Detalhamento: Durante a reunião de equipe os profissionais serão orientados sobre a avaliação e tratamento bucal do hipertenso e diabético.

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

Detalhamento: O monitoramento quanto à realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos será realizada através do registro das informações prestadas na ficha espelho e planilha de coleta de dados.

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável. Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento: As práticas coletivas sobre alimentação saudável serão realizadas pelos profissionais da UBS em espaços públicos para acesso de toda a comunidade; Será solicitado ao gestor parcerias institucional, para envolver nutricionistas nestas atividades de práticas educativas.

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

Detalhamento: Nas consultas médicas e por meio de ações educativas os usuários e familiares serão orientados pelos profissionais da UBS sobre a importância da alimentação saudável.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável e sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Durante a reunião de equipe os profissionais serão orientados sobre as práticas de alimentação saudável e sobre metodologias de educação em saúde.

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

Detalhamento: O monitoramento da realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos será realizada através do registro das informações prestadas na ficha espelho e planilha de coleta de dados.

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física. Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: As práticas coletivas sobre atividade física serão realizadas pelos profissionais da UBS em espaços públicos para acesso de toda a comunidade; Será solicitado ao gestor parcerias institucional, para envolver educadores físicos nestas atividades de práticas educativas.

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

Detalhamento: Nas consultas médicas e por meio de ações educativas os usuários e a comunidade serão orientados pelos profissionais da UBS sobre a importância da prática de atividade física regular.

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

Detalhamento: Durante a reunião de equipe os profissionais da UBS serão orientados sobre a promoção da prática de atividade física regular e sobre metodologias de educação em saúde que podem ser utilizadas com os usuários.

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

Detalhamento: O monitoramento da realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos será realizada através do registro das informações prestadas na ficha espelho e planilha de coleta de dados.

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

Detalhamento: Solicitar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo", enfatizando a importância do uso desse medicamento por hipertensos e diabéticos para qualidade de vida.

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

Detalhamento: Nas consultas médicas e por meio de ações educativas os hipertensos e diabéticos tabagistas serão orientados pelos profissionais da UBS sobre a existência de tratamento e, realizá-lo para abandonar o tabagismo.

Ação: Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas e sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Durante a reunião de equipe os profissionais da UBS serão orientados sobre o tratamento de usuários tabagistas e sobre metodologias de educação em saúde.

### **2.3.2 Indicadores**

Os indicadores propostos neste projeto e que serão observados e avaliados para garantir o monitoramento e alcance das metas se mencionam em baixo paragrafo se descrevem:

Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.  
Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

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

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde. Proporção de hipertensos faltosos com a consulta médica com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos à consulta médica com busca ativa.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas. Proporção de diabéticos faltosos com a consulta médica com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos à consulta médica com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas. Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde. Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde. 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. 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. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos. 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. 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. 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. 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. Proporção de hipertensos com avaliação odontológica.

Numerador: Número de hipertensos que realizaram avaliação odontológica.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde. Proporção de diabéticos com avaliação odontológica.

Numerador: Número de diabéticos que realizaram avaliação odontológica.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Proporção de hipertensos com orientação sobre prática de atividade física regular.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde. Proporção de diabéticos com orientação sobre prática de atividade física regular.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde. Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **2.3.3 Logística**

Para realizar a intervenção da saúde dos Hipertensos e Diabéticos vamos apoiar-nos e adotar todo o refletido no Caderno de Atenção Básica: hipertensos e diabéticos, Ministério da Saúde 2013 e utilizaremos os prontuários já existentes dos usuários. Ficaremos utilizando a ficha espelho e a planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). As fichas-espelhos serão xerocadas e ficaram disponíveis na UBS para o preenchimento das informações dos hipertensos e diabéticos durante o atendimento. Mediante e durante as realizações da reunião de equipe, pretende-se relatar e expor aos profissionais a proposta de intervenção e intercambiar ideias da melhor maneira de fazê-la com o auxílio do grupo. Na sequência, será realizada a capacitação da equipe sobre o Caderno de Atenção Básica: hipertensos e diabéticos, Ministério da Saúde, 2013, para que todos utilizem essa referência. A capacitação se realizara na própria UBS e será feita durante as reuniões de equipe. A equipe é formada por um médico, uma enfermeira, um auxiliar de enfermagem (sendo este o coordenador) e os agentes de saúde quem desempenham o papel importante em minha unidade. O acolhimento dos hipertensos e diabéticos será realizado pelos profissionais da equipe. Os usuários que estarão realizando a consulta médica, já sairão com a próxima consulta agendada, temos uma programação de realizar entre 18/19 consultas para os hipertensos por semana e entre 9/10 consultas para diabéticos por semana, além de as consultas normais que se efetuam diário na unidade, todo para poder atingir a meta. Será organizado também o Grupo de Hipertensos e Diabéticos que será divulgado para a comunidade da área da UBS pela equipe em geral.

Essas ações têm por finalidade ampliar o número de Hipertensos e Diabéticos acompanhados na UBS e de esclarecer sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional. Mensalmente durante os três meses serão realizados um levantamento dos atendimentos dos hipertensos e

diabéticos nos registros, a fim de identificar os usuários faltosos para que seja realizada a busca ativa. A busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos será feita durante o turno de serviço pela equipe de saúde. Os atendimentos clínicos serão realizados pela médica da equipe e as informações coletadas serão consolidadas em uma planilha eletrônica.





### **3 Relatório da Intervenção**

Durante os três meses de intervenção marcada na data desde as duas primeiras semanas do mês de Setembro 25/09/2015-5/10/2015 dando inicio nesta data e logo foi interrompida pelas minhas ferias em cuba. Logo se retoma a intervenção no dia 16/11/2015 ate o dia 29/01/2015.

No dia 25 de setembro 2015 foi realizado na UBS Boa União, no município de Rio Branco, Estado Acre, a intervenção com o objetivo geral de melhorar a atenção à saúde dos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM).

Para o cumprimento deste projeto, foram desenvolvidas diversas ações.

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

O início da intervenção foi realizado uma reunião com o coordenador e todos os funcionários da UBS para explicar os objetivos da intervenção. Nesta reunião inicialmente agradei a presença de todos, apresentei o tema de projeto de intervenção e destaquei a importância do engajamento e colaboração de cada um de nós nas atividades previstas.

Para qualificar a prática clínica fizemos a capacitação da equipe para o acolhimento aos Hipertensos e Diabéticos, assim como treinamento dos ACS e da equipe para a orientação dos usuários em estudo, quanto à realização das consultas e sua periodicidade, além de estabelecer junto à equipe as visitas domiciliares. Durante a capacitação junto à enfermeira da unidade abordamos diferentes temas como o preenchimento da ficha espelho e a abertura de cadastros, importantíssimas ações para aumentar a cobertura do programa. A enfermagem, apesar de já conhecer e ser parte de seu trabalho diário, foi capacitada para a realização do hemoglicoteste em adultos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg, além da verificação da Pressão Arterial de forma criteriosa, incluindo o uso adequado do

manguito, tendo como referência a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010) e o Caderno de Atenção Básica para Hipertensão (2006).

Durante este período de 12 semanas de intervenção ocorreram algumas mudanças na rotina do serviço na UBS a partir da introdução da ficha espelho, do cadastro dos usuários, convocação de usuários faltosos, encaminhamento para odontologia mesmo sem queixa apenas por ser portador de HAS e DM, o que foi tornando-se rotina e sendo aprimorado, porém ser necessário na intervenção.

Para melhorar a adesão ao programa foi revisada a forma de agendamento proporcionando os conhecimentos necessários ao pessoal da equipe dedicados exclusivamente ao projeto. O agendamento, porém de presencial, passou a ser feito também por telefone e nas visitas domiciliares realizadas pelas ACS, ou seja, com prévio agendamento pelo telefone. Permaneceu a garantia da consulta de retorno e também foi priorizado agendamento de faltosos.

Em muitas ações fiquei preocupada em não conseguir convocar os usuários faltosos pela situação do clima pelo foi muito gratificante ouvir comentários dos usuários nas reuniões e encontros, isso só enriqueceu ainda mais o trabalho desenvolvido pelo equipo. As dúvidas relatadas pelos usuários durante os encontros e consultas foram esclarecidas no momento, também se abordo as dúvidas no desenvolvimento das palestras, esclarecendo as dúvidas que se manifestarem. Realmente com a intervenção mudamos muitas coisas, foi ótimo, se presídio mudanças dos usuários e acredito que ambas as partes foram beneficiadas.

Dentro as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas se podem descrever as reuniões com os profissionais da equipe para apresentar o projeto de intervenção, pois foram atividades simples e destacar que até o momento pôde contar todos os funcionários à exceção de aqueles que no período tiverem feiras programadas. A capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de HAS e DM, há sido totalmente satisfatória, porém conto com ajuda de todos os funcionários até o momento. Sobre o estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática, foi ótimo. Sempre existiu alguma observação mais se tomam sempre alternativas rápidas, para não comprometer o trabalho.

Em relação ao monitoramento da intervenção, o cadastro dos HAS e DM da área adstrita se desenvolvem bem, a enfermeira e ACS organizam o serviço e realizam o cadastramento dos usuários em estudo de maneira integral.

A organização do registro de atendimento dos HAS e DM não apresentam o momento dificuldade, pois o técnico de enfermagem que ficou responsável por esta ação quando não pode fazer eu mesma fazia o preenchimento das informações. Então isso me facilitando o monitoramento eu mesma pessoalmente.

Durante este tempo os profissionais da equipe percebem a importância do registro e começam a valorizar o desenvolvimento desta ação, assim conseguimos melhorar a qualidade da atividade.

O atendimento clínico dos hipertensos e diabéticos foi realizado de maneira integral, com o preenchimento da ficha-espelho. Semanalmente foram repassadas as informações das fichas-espelho para as planilhas de coleta de dados, assim é possível visualizar os indicadores obtidos com a intervenção, sendo um grande aprendizado.

O grupo de hipertensos e diabéticos foi realizado de maneira integral, porém é um grande desafio porque inicialmente foram feitos três grandes grupos com uma periodicidade de um encontro semanal com cada um deles, com uma participação de 20 membros em cada um. Eu acredito que não é o que se espera ainda assim se trabalho muito para melhorar os mesmos, já que a mesma foi feita, mediante cartazes, divulgação, pelos diferentes membros da equipe, porém ainda faltou, mas esforço no trabalho sobre isto para um melhor trabalho de divulgação.

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

Todas as ações acontecerem dependendo o planejado, menos a consulta odontológica que em um inicio minha unidade tinha Dentista, mais nas ultimas semanas ficamos estamos sim dentista ainda com essa situação se logrou resolver que na unidade mais próxima que nos temos prestarem ajuda, não em toda a quantidade que se precisa atender mais com uma pequena quantia de pessoas. Destacar que o atendimento odontológico ficarem estagnado, já que não tínhamos dentista no ultimo mês de intervenção, interferindo além nas metas a serem atingidas e na integração do atendimento ainda assim com a instrução de minha orientadora se logro visitar os usuário nas ultimas semanas e realizar um exame bucal aos usuários que faltaram por o exame integral bucal. Pelo menos a intervenção ajudou a equipe a ser mais participativa e unida. E é muito satisfatório ter modificado a realidade na unidade. Então, uma das ações previstas no projeto

desenvolvida parcialmente durante a intervenção foi à capacitação para orientações de saúde bucal, assim como a visita domiciliar odontológica, já que no momento final nossa unidade não conta com dentista, próprio de equipe.

O clima prejudica muito as ações, além de clima a data em que esta transcorrendo a intervenção que é boa destacar os feriados que tem o mês de dezembro, pois entorpece a intervenção pelo o acumulo de pacientes com outras doenças que se põhem de manifesto em nossa area ainda assi se tomaram alternativas para que não perjudicarem tanto o feriadão de dezembro Isso atrapalho nosso trabalho, mesmo assim se programo um intinerante para suprir a ausencia em nossa férias, atraveçamos um período de concientização da equipe na busca dos hipertensos da comunidade e sua incorporação no projeto de saúde.

Outra dificuldade são as visitas domiciliares do médico, as mesmas são feita com meios próprios de locomoção da enfermeira da unidade, as motos de os agentes de saúde e a pé, já que a unidade de saúde não tem carro, isso faz que nosso trabalho fique um pouco que divagar mais se fez todo com muito entusiasmo.

Não foi possível o contato com todos os líderes da comunidade para falar sobre a importância da ação programática de HAS e DM, e para solicitar apoio para a captação dos usuários, porém nem os funcionários antigos sabem dizer quem são esses líderes da comunidade, estão todos desatualizados. Quando pergunte ao coordenador sobre o desenvolvimento desta ação, ele me passou alguns contatos telefônicos, porém ao entrar em contato, alguns não existiam e/ou não conheciam, outros disseram que não faziam mais parte. Porém isto impossibilita meu conhecimento. Logo percebi que não dependia apenas de mim, nem de meu esforço.

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

Devo ressaltar que tive dificuldades como foi na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, no principio pense que iria ser fácil, como em relação aos dados da UBS, pois apenas um funcionário soube dizer o número total da população da UBS além de corrigir realizando uma soma de total de população de cada um de os agentes comunitários e o número total de HAS e DM com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência, porém logo achei esse dado descrito em

documentos oficiais do município. Ainda podemos destacar como dificuldade o não envolvimento dos demais profissionais da equipe na coleta de dados, sendo eu mesma quem fez esse preenchimento tendo em valorização que em minha equipe não tem estudantes e tem faltoso um agente de saúde, destacar que durante as consultas eu fiz o preenchimento da mesma.

Na UBS não contamos com computador disponível para realizar esta atividade, para a qual foi necessário usar notebook pessoal.

Tive algumas dificuldades no cálculo dos indicadores no fechamento do primeiro mês tive essa dificuldade porque não preenchia os dados do mês somado ao segundo mês. Pude superar a dificuldade graças a minha orientadora que soube corrigir e explicar bem essa dificuldade.

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

Além de que ainda faltam muitas coisas a melhorar no programa de HIPERDIA é uma realidade de que em nossa UBS, hoje o usuário hipertenso e/ou diabético tem um adequado cadastrado e na qual continuamos exercitando um protocolo de atenção individual de progressão por excelência em qualidade. A ficha espelho é um mapa que facilita esse processo ao serviço, bem como o monitoramento das ações.

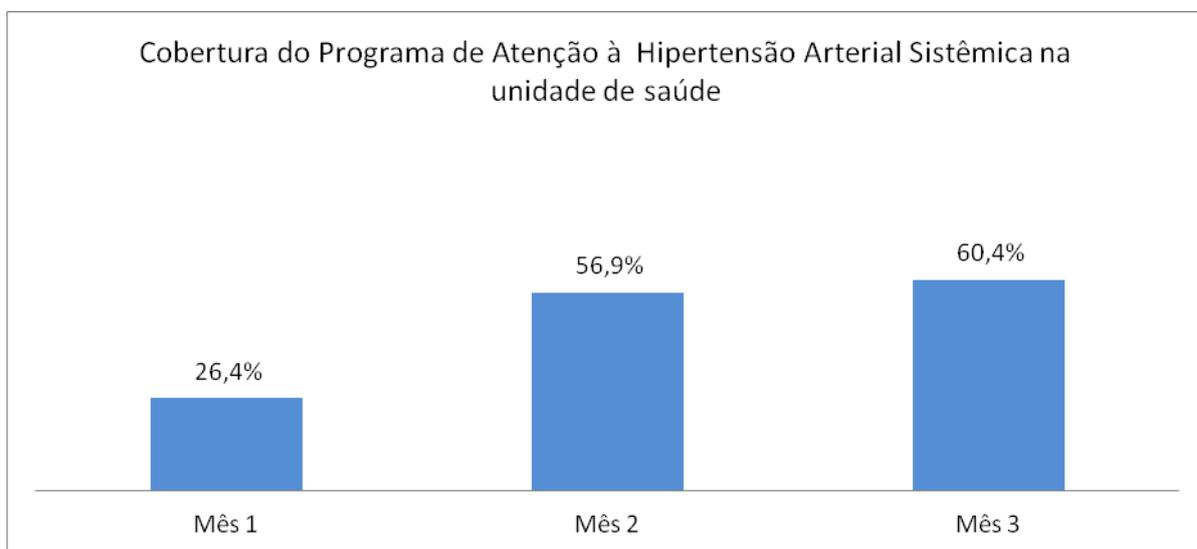
A garantia de consulta médica ao usuário com a realização do exame físico sistematizado, incluindo o exame dos pés; a garantia dos exames complementares de acordo com o protocolo; registros de qualidade, visita domiciliar aos faltosos, é uma garantia da consulta de retorno, destacar as facilidades em agendamento, orientações preventivas sistematizadas. Acredito que com a continuidade da intervenção se continua criando gestões e soluções para os problemas que à medida que foi passando a intervenção se foram identificando problemas e se buscarem soluções que contribuíssem com o melhoramento da unidade.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

O desenvolvimento da intervenção estabeleceu-o e forneceu o melhor a atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos na área de abrangência da UBS Boa União localizada no município Rio Branco do Estado Acre, que tem um total de 4970 de população em sua área de abrangência, na qual conta com 3329,9 a estimativa de pessoas de 20 anos ou mais, com 371 hipertensos e 155 diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território. Para lograr o objetivo de ampliar a cobertura de hipertensos, nos propusemos como meta cadastrar 60% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes mellitus de nossa unidade de saúde. Em relação aos hipertensos, foi conseguido alcançar ao final da intervenção uma cobertura de apenas 60,4%. No primeiro mês foram cadastrados 98 hipertensos (26,4%), no segundo mês 211 (56,9%), e no terceiro mês 224 (60,4%). Ao analisar que a meta proposta na intervenção era cadastrar 60% de hipertensos, este foi muito positivo, pois conseguimos alcançar nossa proposta. Analisar que houve muitos avanços e melhorias com o desenvolvimento da intervenção na UBS, todo graças à equipe de trabalho, porém esclarecer que tivemos dificuldade no princípio da intervenção devido a minhas feiras. Uma das dificuldades encontradas foi o fato do preenchimento das fichas espelho tive que preencher quase toda, só dois agentes comunitários me prestarem sua ajuda, ficando apenas sobre minha responsabilidade o preenchimento da ficha espelho e cadastramento dos hipertensos e diabéticos foi levado pelos agentes comunitários e a enfermeira da unidade.

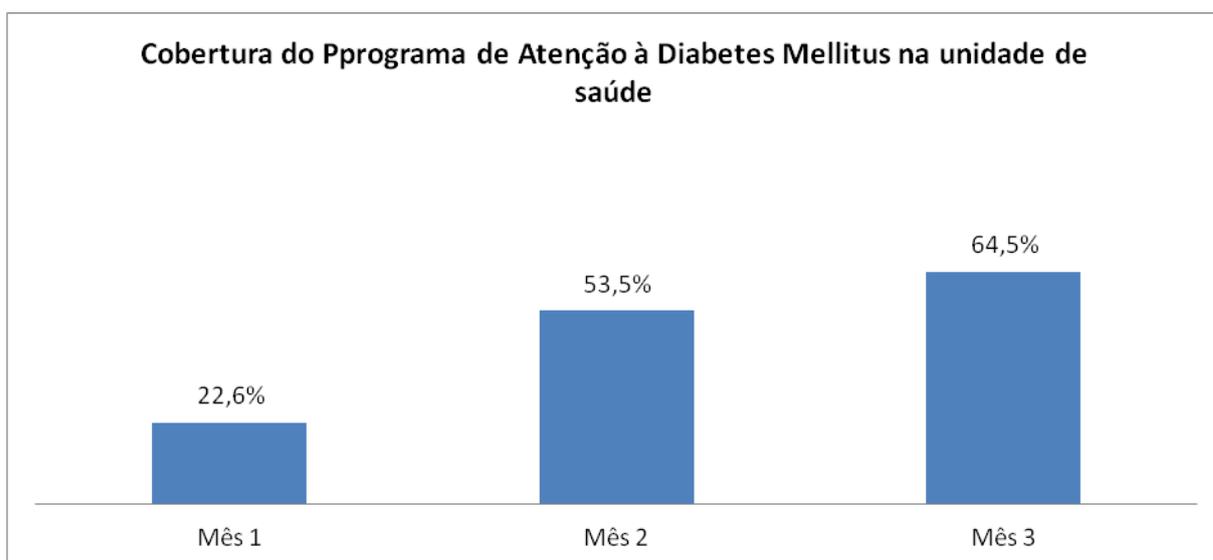
Gráfico 1: Proporção de cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Boa União. Rio Branco. Acre. 2016.



Fonte: Planilha de coleta de dados

Em relação aos diabéticos, durante a intervenção alcançamos uma cobertura de 64,5%, alcançando a meta de cobertura proposta. No primeiro mês foram cadastrados 35 diabéticos (22,6%), no segundo 83 (53,5%), no terceiro 100 (64,5%).

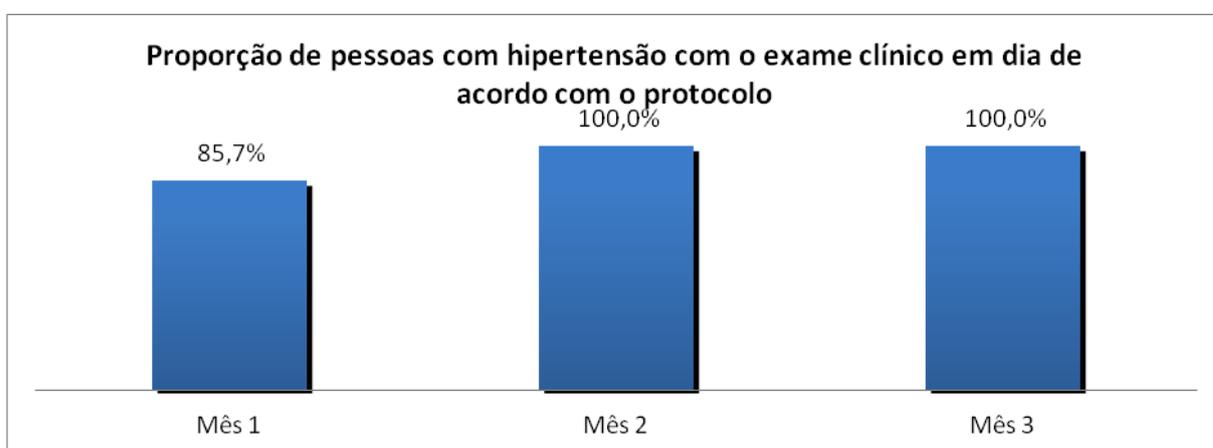
Gráfico 2 : Proporção de cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Boa União. Rio Branco. Acre. 2016.



Fonte: Planilha de coleta de dados.

Para alcançar o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento ao hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde, tínhamos como meta realizar exame clínico em dia de acordo com o protocolo em 100% dos hipertensos e diabéticos. Em quanta relação à proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, foi realizado no primeiro mês o exame clínico em 84 hipertensos (85,7%), já no segundo em 211 (100%) e no terceiro mês em 224 (100%). Alcançando praticamente de maneira integral a meta proposta de 100%.

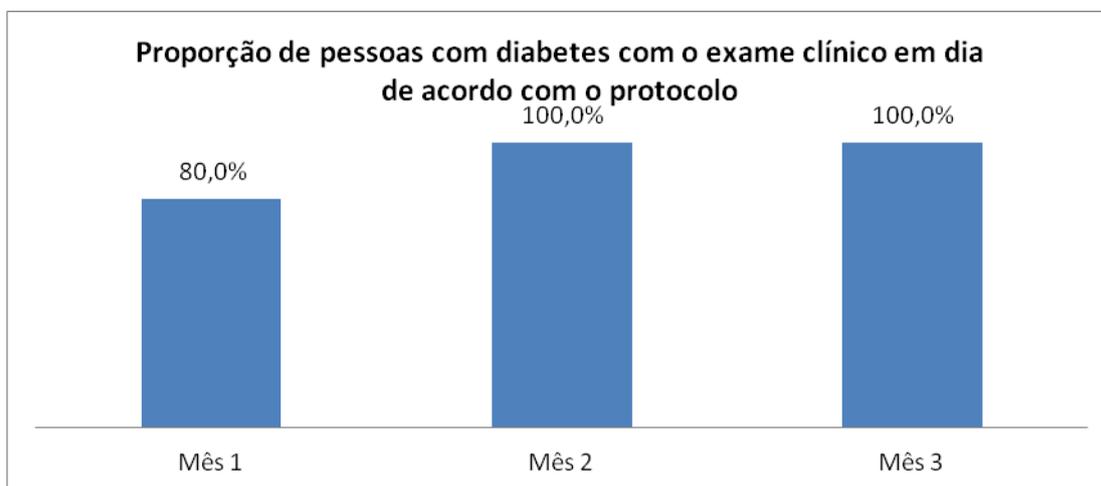
Gráfico 3: Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Boa União. Rio Branco. Acre. 2016.



Fonte: Planilha de coleta de dados.

Já para a proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, no primeiro mês conseguimos realizar o exame clínico nos 28 (80%) diabéticos que receberam atendimento clínico na UBS, no segundo mês em 83 (100%) diabéticos e no terceiro mês em 100 (100%). Podemos observar que no primer mês não se consegue realizar o atendimento clínico em 100% dos diabéticos, porém, o resultado foi em assenso, não começamos bem porem logo se logro o objetivo com as orientações dadas pela orientadora. Acredito que um fator que contribuiu para isso foi o fato das minhas feiras.

Gráfico: 4 : Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Boa União. Rio Branco. Acre. 2016.

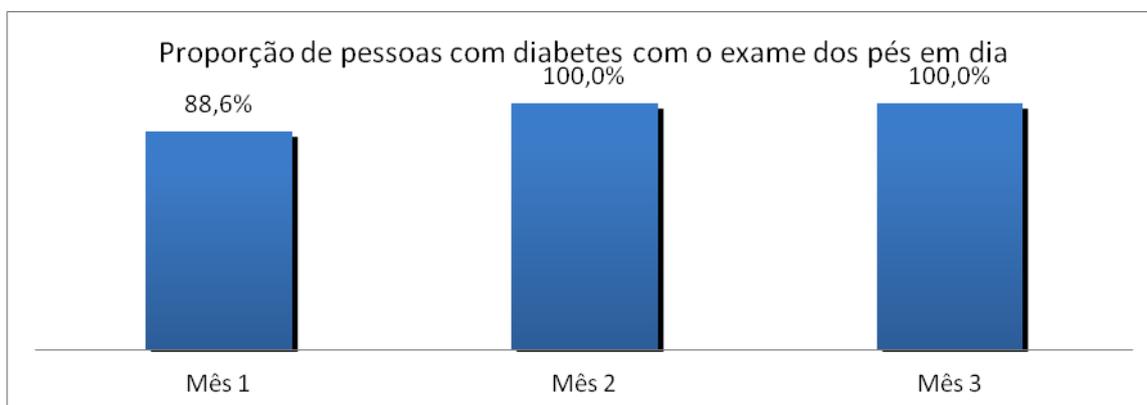


Fonte:

Planilha de coleta de dados

Já em relação na proporção de pessoas com Diabetes com exames de os pés em dia, pode observar que no primer mês não se logro alcançar o 100%, se logro examinar no primer mês 31 usuário para (88,6%), no segundo mês 83 para uns (100%) usuários diabéticos e no terceiro mês 100 usuário para um (100%).

Gráfico 5: Proporção de pessoas diabéticas com exame dos pés em dia de acordo com o protocolo na UBS Boa União. Rio Branco. Acre. 2016.

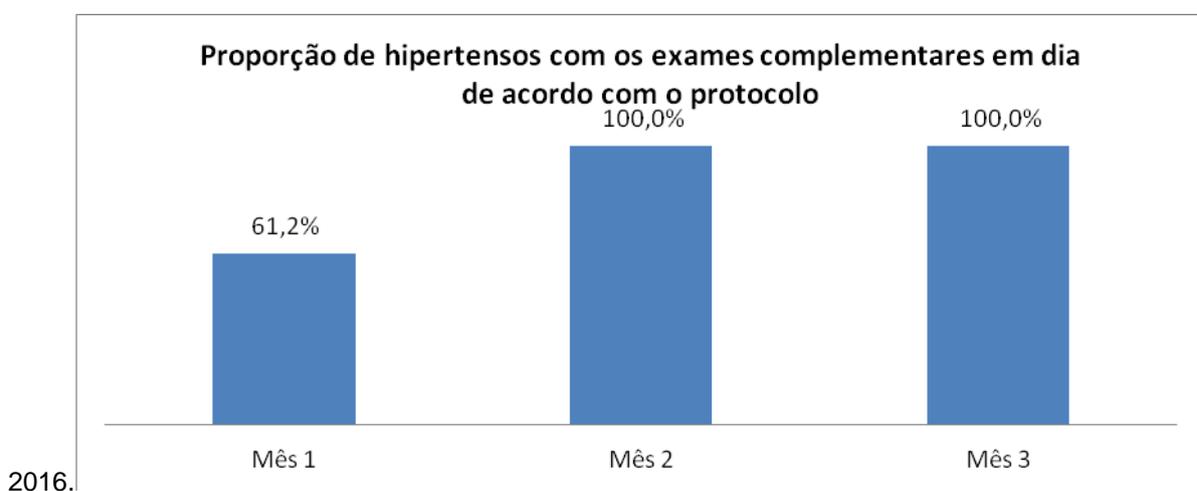


Fonte: Planilha de coleta de dados.

Para melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético estimamos garantir para 100% deles a realização de exames

complementares em dia de acordo com o protocolo. Em relação aos hipertensos, conseguimos alcançar com sucesso que 100% deles no segundo mês e terceiro mês, já no primeiro mês as coisas não estiverem bem e acredito que foi devido a minhas feiras já que os exames se indicarem mais não forem avaliados por que eu tive que sair de feiras então logo em meu retorno se logro reverter a dificuldade o poço disser que estivessem com os exames complementares em dia durante o decorrer de os dois últimos meses de intervenção.

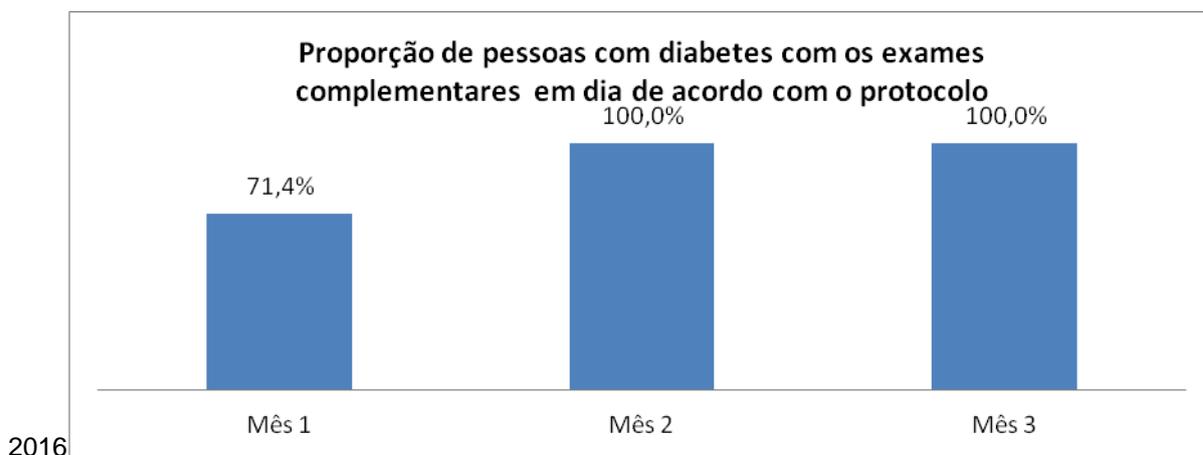
Gráfico 6: Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Boa União. Rio Branco. Acre.



Fonte: Planilha de coleta de dados.

Já em relação à proporção e diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, foi possível observar que no primeiro mês de intervenção não alcançamos a meta proposta, porém no segundo e terceiro mês se alcanço o 100% com os exames complementares em dia. Atingiram-se de maneira integral a meta proposta de 100 %.

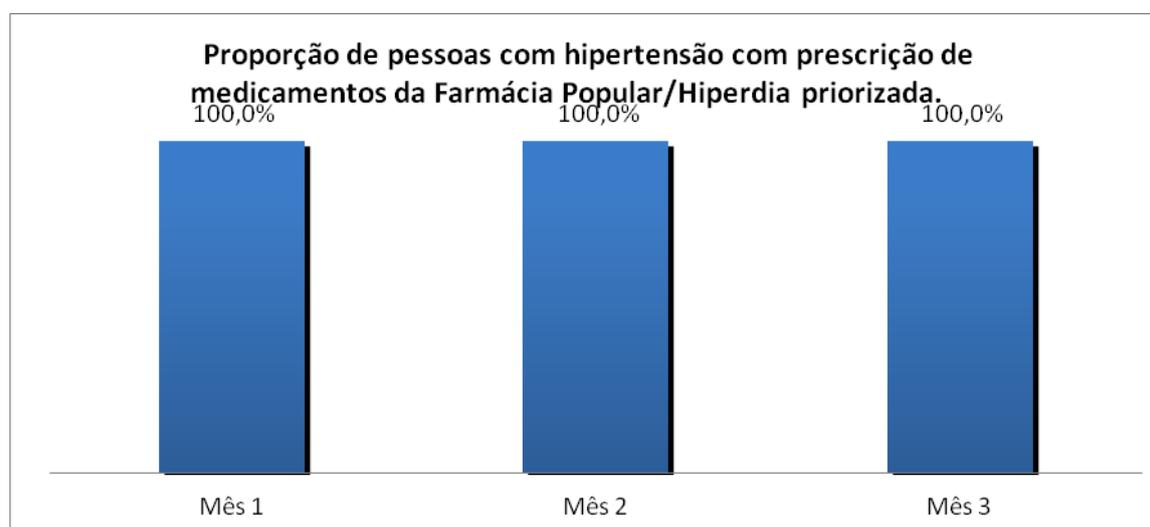
Gráfico 7: Proporção de pessoas com diabetes com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Boa União. Rio Branco. Acre.



Fonte: Planilha de coleta de dados.

Com a finalidade de melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético, foi proposto como meta garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde. No primeiro, segundo e terceiro mês da intervenção foi prescrito medicamento da farmácia popular para 100% de hipertensos. Conseguimos atingir 100% da meta desde o início até o final da intervenção.

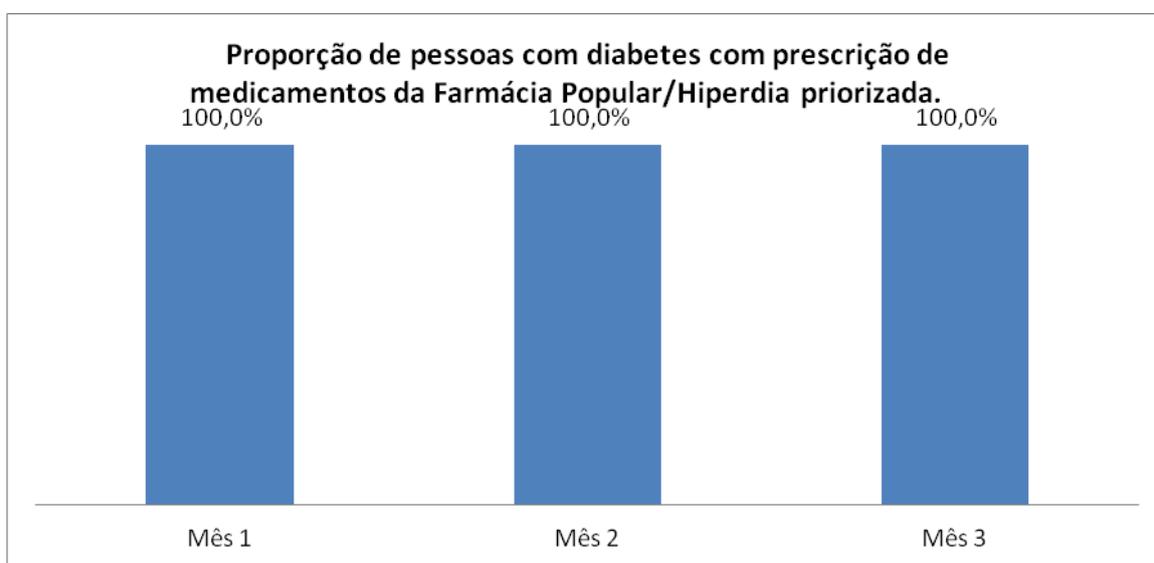
Gráfico 8: Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamento de farmácia popular/Hiperdia priorizada na UBS Boa União. Rio Branco. Acre. 2016.



Fonte: Planilha de coleta de dados.

Do mesmo jeito aconteceu com os diabéticos, à proporção deles com prescrição de medicamentos na farmácia popular foi 100% de usuários diabéticos. No caso este, nossa equipe logro mudar os medicamentos de os usuários para todos tiverem os mesmo medicamentos adquire de a farmácia popular. A maioria de os usuários diabéticos encontrasse controlada.

Gráfico 9: Proporção de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos de Farmácia Popular/ Hiperdia priorizada na UBS Boa União. Rio Branco. Acre. 2016.

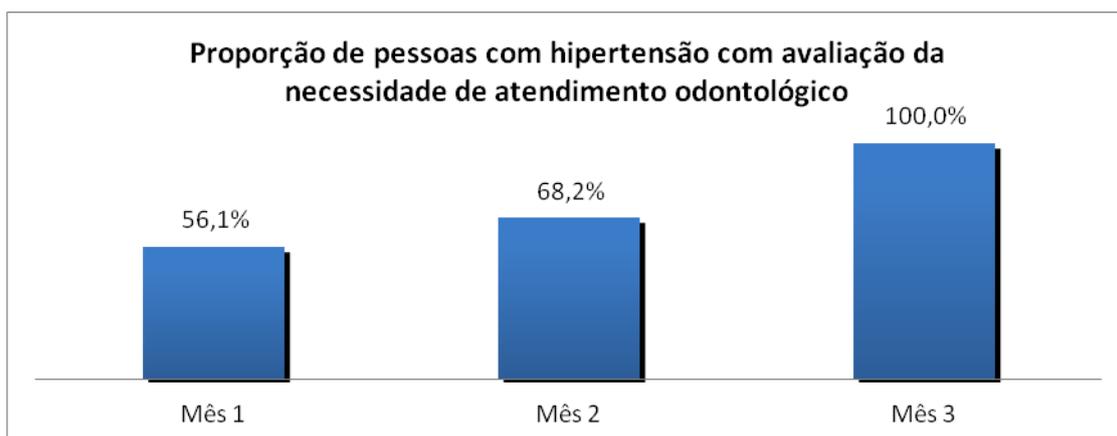


Fonte: Planilha de coleta de dados.

Para alcançar o objetivo de promover a saúde dos hipertensos e/ou diabéticos, estabelecemos como meta garantir avaliação odontológica em 100% dos usuários hipertensos e diabéticos. A proporção de hipertensos com avaliação odontológica foi de 55 (56,1%) no primeiro mês, 144 (68,2%) no segundo mês, e 224 (100%) no terceiro mês, como pode observar os dos primeiros meses não foi atingindo a meta proposta de 100% já que nossa equipe fica sim dentista próprio da unidade, logo no terceiro mês a enfermeira e eu começamos a realizar a avaliação de os pacientes em na consulta àqueles que precisarem de atendimento odontológico eram encaminhado e acompanhado para a unidade mais próxima de

nossa unidade e ali eram atendidos por médio de uma parceria com a unidade próxima a nossa unidade o que propicio o atendimento dos 100 % de os usuários.

Gráfico 10: Proporção de pessoas com hipertensão com avaliação de necessidade de atendimento odontológico na UBS Boa União. Rio Branco. Acre. 2016.

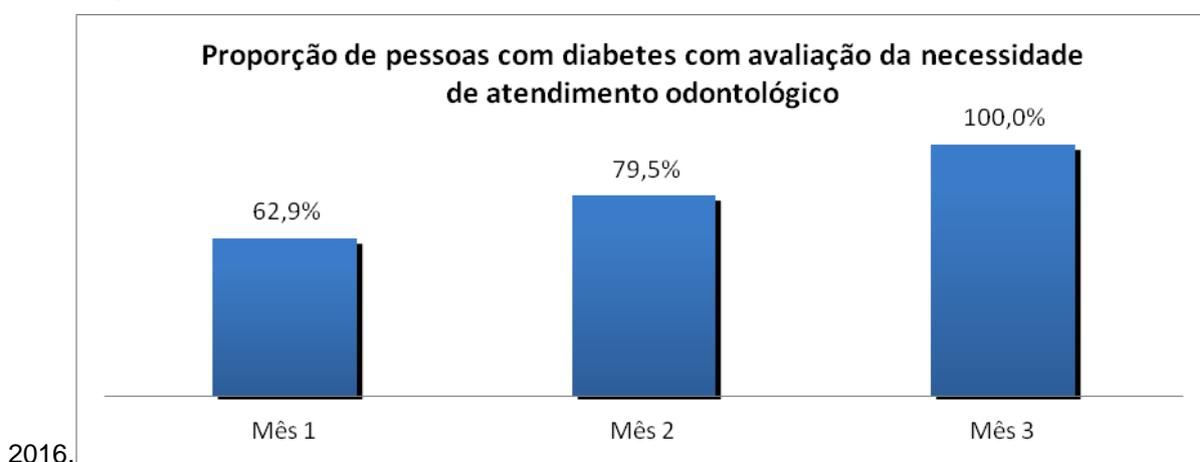


Fonte:

Planilha de coleta de dados.

Já a proporção de diabéticos com avaliação odontológica no primeiro mês foi de 22 (62,9%), no segundo mês 66 (79,5%), e no terceiro mês 100 (100%). Observou-se que entre os dois primeiros meses da intervenção houve resultados por debaixo dos 100 % nos resultados, neste caso se toma as mesmas estratégias que tem sido explicado em no gráfico anterior para ser possível atingir a meta estabelecida de 100%.

Gráfico 11: Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Boa União. Rio Branco. Acre.

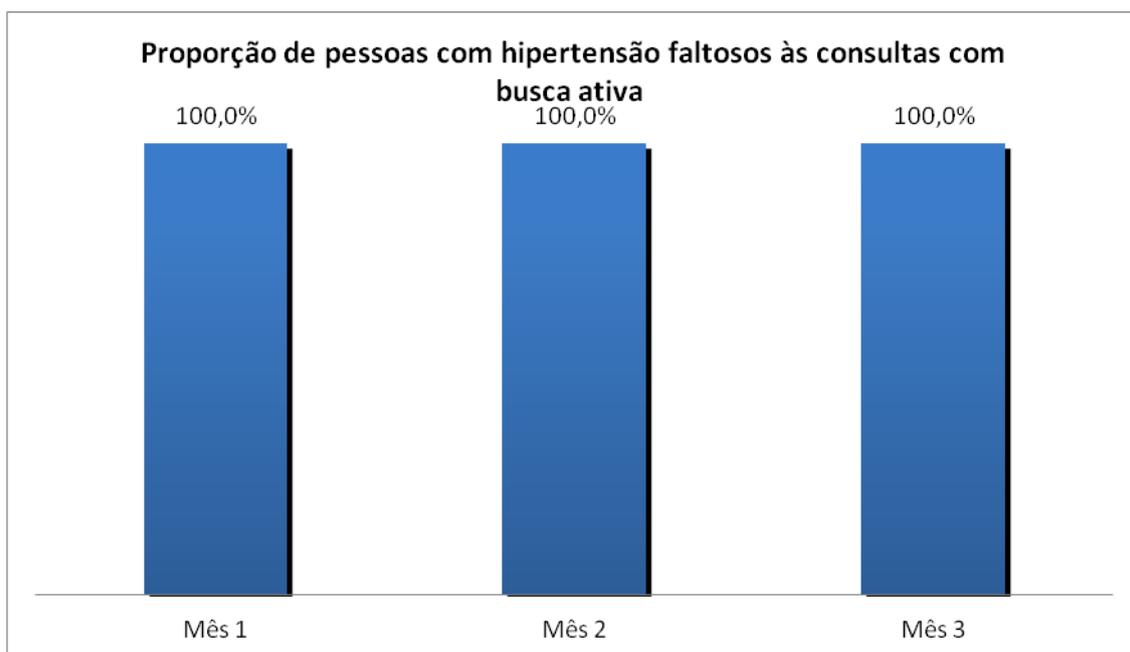


2016.

Fonte: Planilha de coleta de dados

Com o objetivo de alcançar melhoria na adesão dos hipertensos e/ou diabéticos ao programa, foi estimado como meta buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na UBS conforme na periodicidade recomendada. Com relação ao item proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa conseguimos alcançar no primeiro, segundo e terceiro mês da intervenção em 100%, pois para todos os hipertensos faltosos as consultas se realizaram a busca ativa. Entretanto, depois que iniciamos nosso projeto de intervenção observei que os usuários da área de abrangência aderiram tanto ao tratamento, as palestras e atividades propostas, e se surgia um imprevisto eles desmarcavam a consulta e se reagendavam outra consulta.

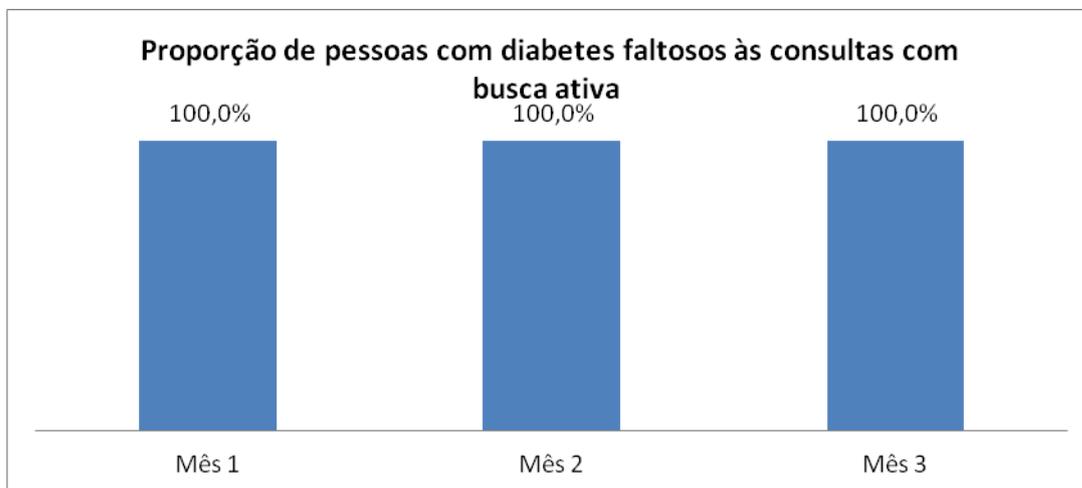
Gráfico 12: Proporção de pessoas com hipertensão faltosa às consultas com busca ativa na UBS Boa União. Rio Branco. Acre. 2016.



Fonte: Planilha de coleta de dados

Em relação à proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa, também obtivemos 100% no segundo e terceiro mês da intervenção, já que no primeiro mês não houve nenhum diabético faltoso a consulta.

Gráfico 13: Proporção de pessoas com diabetes faltosas às consultas com busca ativa na UBS Boa União. Rio Branco. Acre. 2016.



Fonte: Planilha de coleta de dados

Para alcançar o objetivo de melhorar o registro das informações propusemos manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Assim, durante o desenvolvimento da intervenção a proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento foi de 100% para os três meses, atingindo a meta inicialmente proposta.

Gráfico 14: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Boa União. Rio Branco. Acre. 2016.



Fonte: Planilha de coleta de dados.

Em relação aos usuários com diabetes, a proporção destes com registro adequado na ficha de acompanhamento para o primeiro e segundo e terceiro mês foi de 100%, se logro à meta proposta nesse período, com registro adequado na ficha de acompanhamento.

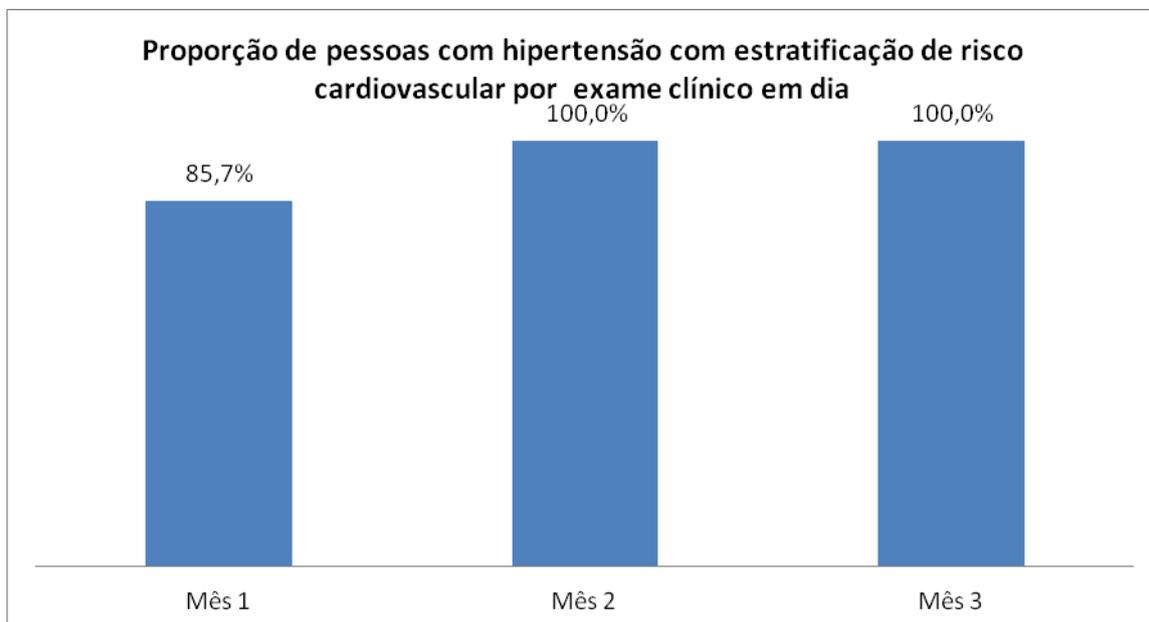
Gráfico 15: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Boa União. Rio Branco. Acre. 2016.



Fonte: Planilha de coleta de dados.

Para lograr o objetivo de mapear hipertensos e/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular, foi estimado como meta realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS. Nesse sentido, a proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia foi de 100% durante o segundo e terceiro mês da intervenção, como pode observar no primer mês não se logro o objetivo por que alguns usuários não tinham feito os exames coisa que prejudico realizar uma avaliação de risco completo além que nesse tempo eu estive de feiras estas coisas atingiram no cumprimento da meta no primer mês ficando este em 84 (85%) da meta proposta.

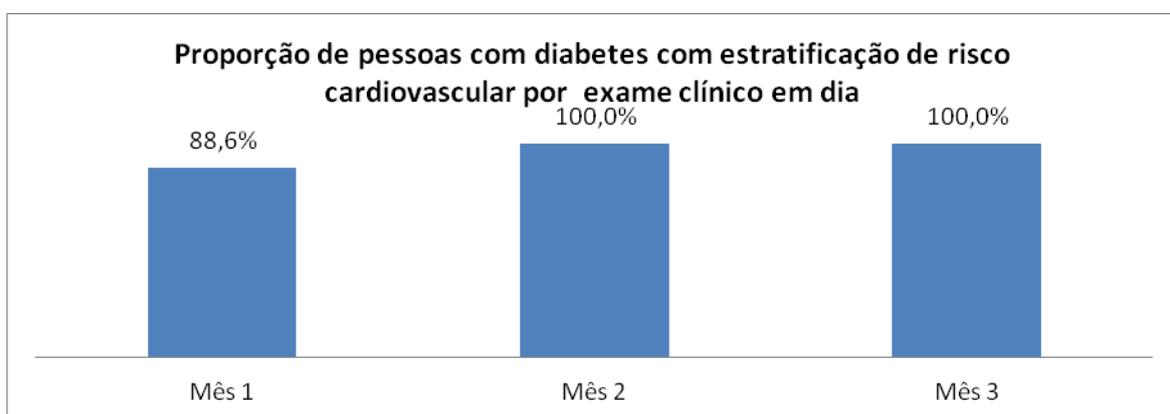
Gráfico 16: Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia acompanhamento na UBS Boa União. Rio Branco. Acre. 2016.



Fonte: Planilha de coleta de dados.

Em relação aos diabéticos, a proporção destes com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia foi de 100% no segundo e terceiro mês da intervenção, porém no primer mês obtivemos 31 (88,6%) da meta proposta.

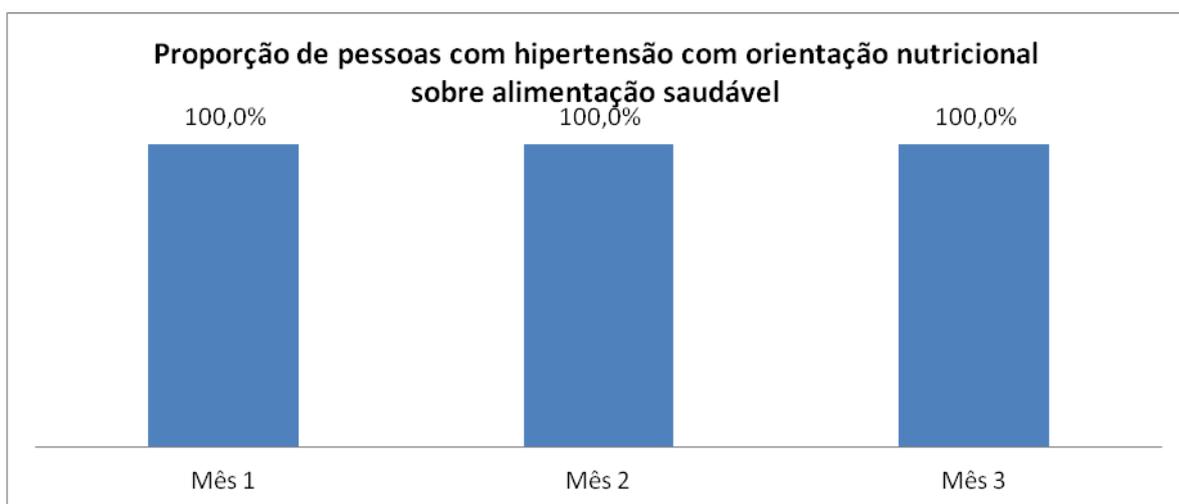
Gráfico 17: Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Boa União. Rio Branco. Acre. 2016.



Fonte: Planilha de coleta de dados.

Também propomos como meta garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos. Quanto aos hipertensos a proporção deles que receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável durante os três meses da intervenção foram de 100%, cumprindo a meta estabelecida.

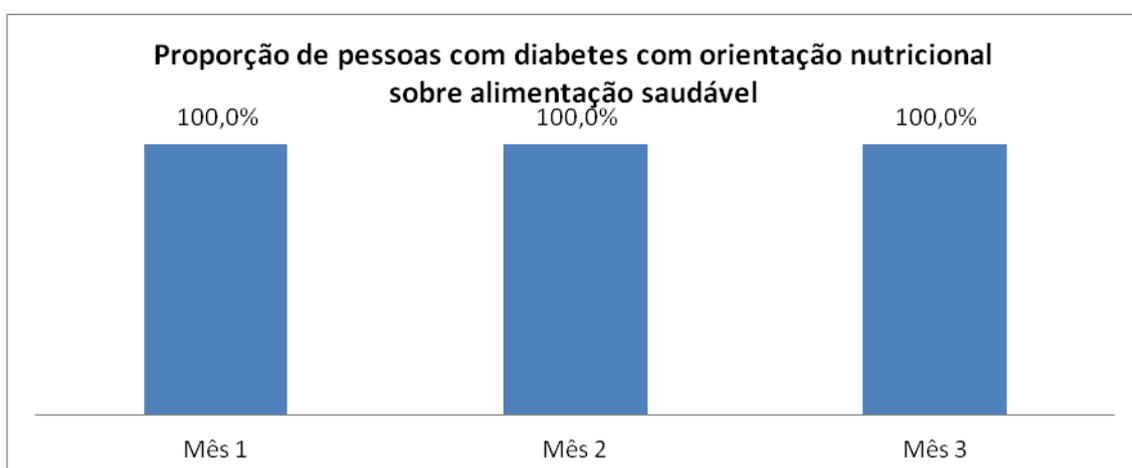
Gráfico 18: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS Boa União. Rio Branco. Acre. 2016.



Fonte: Planilha de coleta de dados.

Também a proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável foi de 100% durante os três meses de intervenção, logrando chegar à meta proposta.

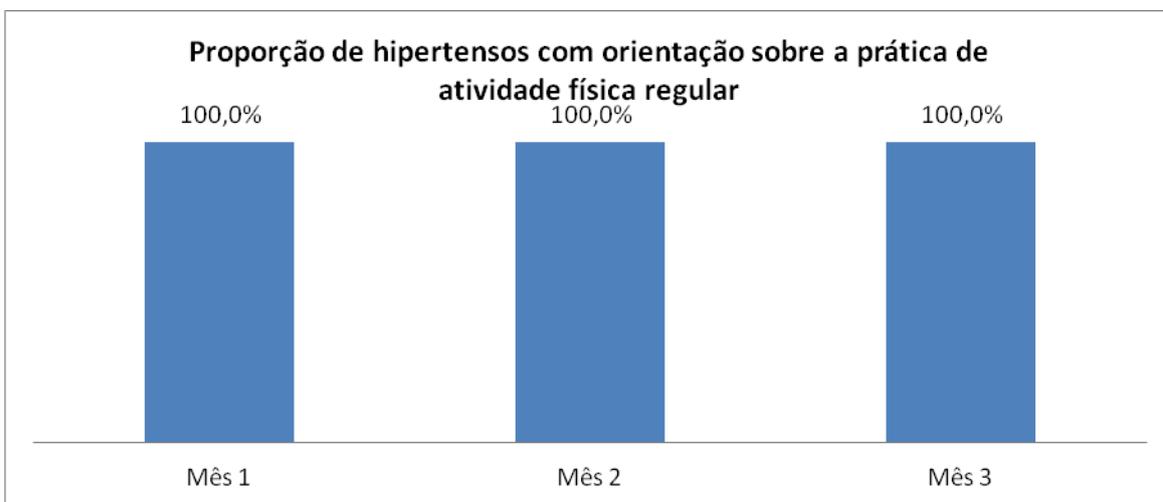
Gráfico 19: Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS Boa União. Rio Branco. Acre. 2016.



Fonte: Planilha de coleta de dados.

Outra meta proposta na intervenção foi garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos hipertensos e diabéticos. A proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular foi de 100% em todos os meses da intervenção, alcançando a meta proposta.

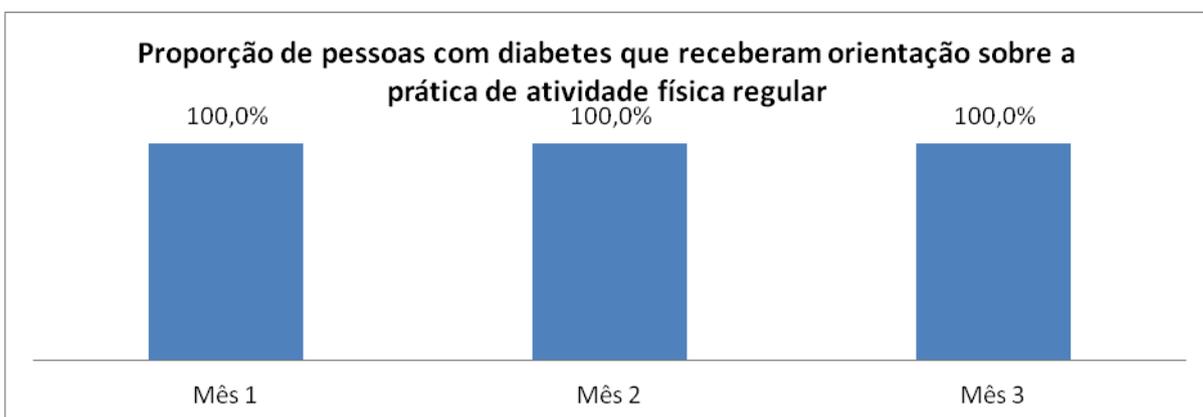
Gráfico 20: Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular na UBS Boa União. Rio Branco. Acre. 2016.



Fonte: Planilha de coleta de dados.

Porém, da mesma maneira a proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular foi de 100% durante os três meses da intervenção logrando alcançar a meta proposta.

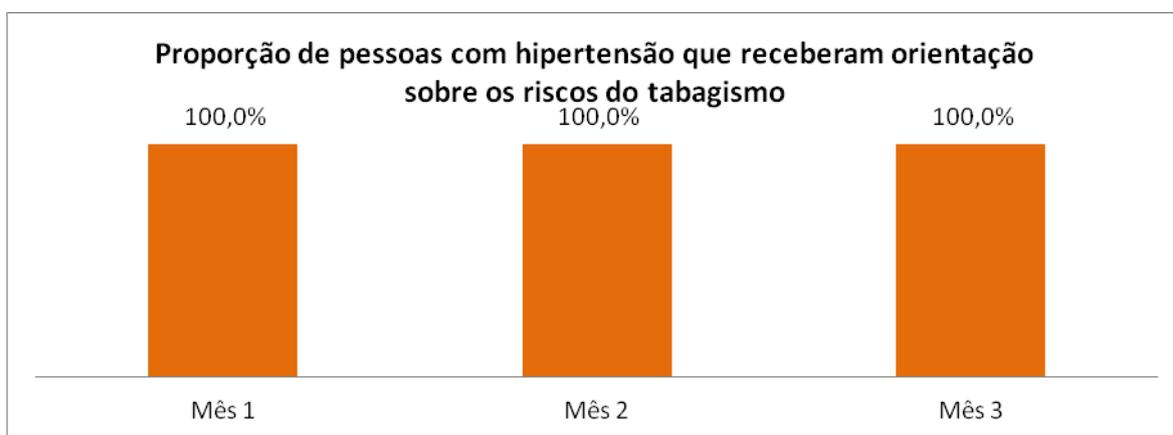
Gráfico 21: Proporção de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular na UBS Boa União. Rio Branco. Acre. 2016.



Fonte: Planilha de coleta de dados.

Propomos como meta durante a intervenção garantir orientação sobre o risco do tabagismo a 100% dos hipertensos e diabéticos. Diante disso, a proporção de hipertensos que recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo foi de 100% durante os três meses da intervenção, alcançando a meta proposta.

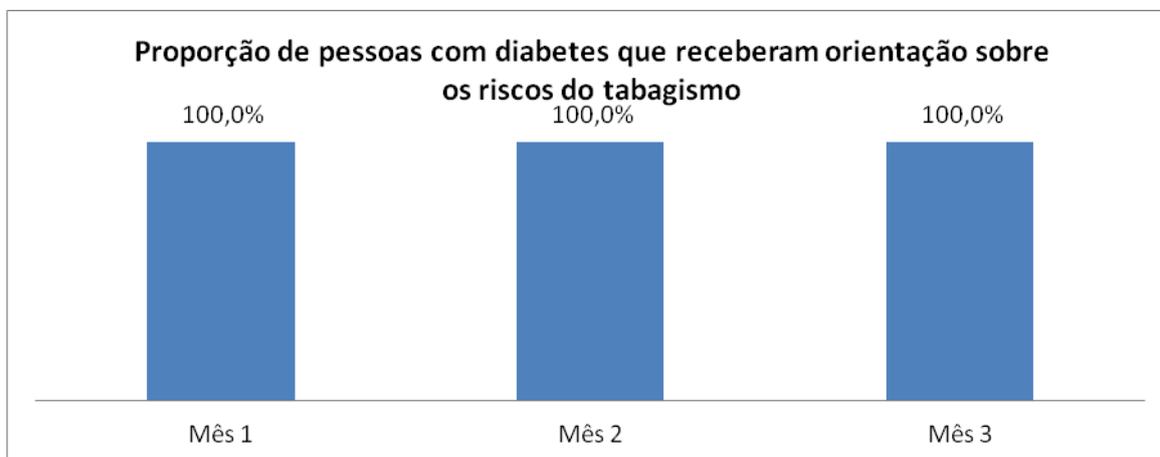
Gráfico 22: Proporção de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na UBS Boa União. Rio Branco. Acre. 2016.



Fonte: Planilha de coleta de dados.

Em relação aos diabéticos, a proporção destes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo foi de 100% durante os três meses da intervenção.

Gráfico 23: Proporção de pessoas com diabetes receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na UBS Boa União. Rio Branco. Acre. 2016.



Fonte: Planilha de coleta de dados.

Propomos como meta durante a intervenção garantir orientação sobre higiene bucal aos 100% dos hipertensos e diabéticos. Diante disso, a proporção de hipertensos que recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo foi de 100% durante os três meses da intervenção, alcançando a meta proposta.

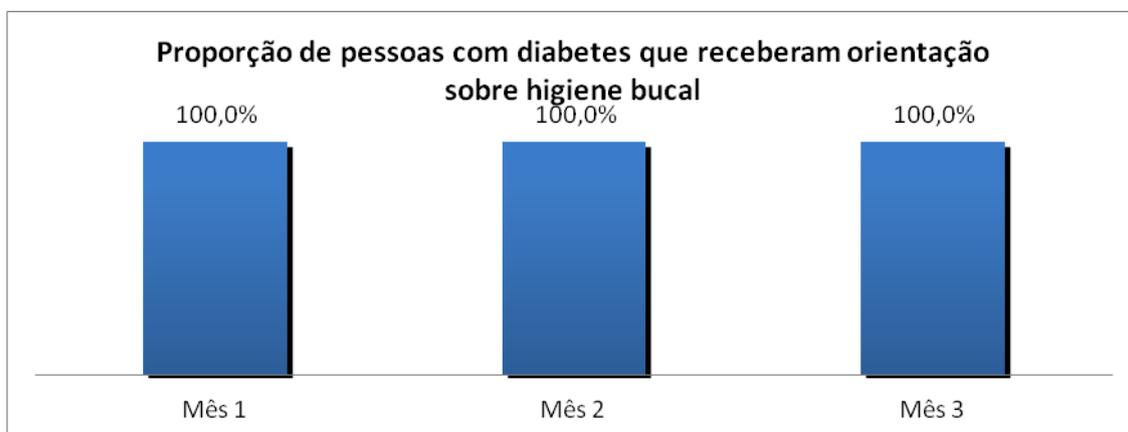
Gráfico 24: Proporção de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal na UBS Boa União. Rio Branco. Acre. 2016.



Fonte: Planilha de coleta de dados.

Em relação aos diabéticos, a proporção destes que receberam orientação sobre higiene bucal foi de 100% durante os três meses da intervenção. Nossa equipe todo foi realizando as orientações sobre higiene durante a intervenção.

Gráfico 25: Proporção de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal na UBS Boa União. Rio Branco. Acre. 2016.



Fonte: Planilha de coleta de dados.

## 4.2 Discussão

Durante o desenvolvimento da intervenção na UBS Boa União do município de Rio Branco do estado de Acre, conseguimos melhorar a atenção à saúde dos hipertensos e/ou diabéticos e ampliar a meta de cobertura para o programa de atenção ao diabético na UBS, a partir da realização da capacitação da equipe, implantação de registros específicos, busca ativa dos hipertensos e/ou diabéticos faltosos as consultas, atendimento clínico qualificado, a realização de atividades educativas, os encaminhamentos dos usuários para o serviço de odontologia e monitoramento da intervenção.

Para atingir os objetivos propostos na intervenção, o projeto de intervenção foi apresentado para o coordenador e funcionários da UBS, destacando a partir deste momento a importância do engajamento e colaboração de toda a equipe no desenvolvimento das ações. A intervenção orienta que a equipe seja capacitada para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes. Porém, a participação da equipe nas atividades previstas não ocorreu conforme o previsto, eu precisando em algumas situações desenvolver em algumas das ações, como por exemplo, no preenchimento das fichas em espelho eu sozinha fez, sem o auxílio dos colegas.

Pude contar com a ajuda da enfermeira e de dois ACS, o engajamento na realização de cadastro de todos HAS e DM da área adstrita, além de contar com ajuda de técnico de enfermagem, sendo este o administrador na impressão das planilhas e artigos utilizados na intervenção. Posso acrescentar que, durante a realização da intervenção obteve-se organização do serviço e, foi muito importante para o serviço de saúde, ocorrendo várias mudanças positivas na rotina do serviço, contribuindo com a qualificação do atendimento prestado aos hipertensos e/ou diabéticos na UBS Boa União.

Antes da intervenção, as atividades de atenção à Hipertensão e Diabetes eram só concentradas na consulta médica e renovação de receitas médicas, além das consultas pelas complicações que tiveram os usuários e com a realização e desenvolvimento da intervenção se pode destacar como aspectos positivos o cadastramento de todos os hipertensos e/ou diabéticos com 20 anos ou

mais pertencentes à área adstrita, implantação de registros específicos como a ficha-espelho, atendimento clínico integral e humanizado.

Todas as ações foram desenvolvidas com objetivo de melhorar a atenção à saúde daquele grupo populacional da USF Boa União, propiciando prevenir e evitar as complicações causadas pelas doenças em questão, a hipertensão e a diabetes. Acredito que na comunidade, e a intervenção apresentou um impacto positivo, pois as mudanças foram claramente percebidas e relatadas pelos hipertensos e /ou diabéticos. Acredito ainda, que foi gratificante vivenciar sentimentos de satisfação dos usuários, pelas atividades desenvolvidas no decorrer destes três meses de intervenção.

Com a intervenção muitas ações realizadas na UBS Boa União foram modificadas e melhoradas, os usuários também mudaram muito em seus conhecimentos e cultura médica, porém acredito que ambas as partes foram beneficiadas. Se tiver que realizar alguma outra intervenção a faria do mesmo modo, já que o nível de ações se encontra ótimo, para desenvolver uma intervenção, além de ter apresentado algumas dificuldade, como foi durante o decorrer da atividade como a falta de engajamento da equipe toda durante o desenvolvimento das atividades realizadas na UBS.

Embora, gestores e equipe tivessem conhecimento dos benefícios que a intervenção iria trazer para a população, outra dificuldade que verificou-se, foram minhas férias, isso propiciou um desequilíbrio na estabilidade da intervenção. Em virtude desta, tive que retomar tudo de novo como no princípio ficando atrasada em relação aos demais colegas da turma de especialidade, para mim foi uma experiência constrangedora, pois fiquei triste com a situação.

Foi como começar novamente a intervenção, porém dar seguimento ao desenvolvimento das ações no serviço de saúde, mas foi só no princípio do retorno de minhas férias, pois logo se logrou equilibrar tudo, e as ações estão incorporadas à rotina de trabalho da unidade.

Portanto, a partir desta experiência vivenciada pretendo continuar com as ações desenvolvidas na intervenção em outras ações programáticas.

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

### **Relatório da Intervenção para gestores**

Senhor Prefeito Municipal, Secretário Municipal de Saúde, e demais funcionários do município de Rio Branco do estado de Acre:

Através deste relatório, apresento os resultados obtidos durante o desenvolvimento da intervenção na UBS Boa União do município de Rio Branco do estado do Acre, realizado com o objetivo de melhorar a atenção prestada aos usuários hipertensos e diabéticos da Unidade Básica de Saúde Boa União. Durante o período de três meses, foi realizado um projeto de intervenção direcionado à saúde de hipertensos e/ou diabéticos, pois dentre as ações programáticas típicas da Atenção Primária a Saúde (APS), a direcionada à Hipertensão e Diabetes necessitava ser amplamente trabalhada no serviço de saúde.

A intervenção ocorreu no período de três meses, durante o mês de outubro de 2015, sendo interrompido pelas minhas férias, dando continuidade no mês de novembro, dezembro e janeiro de 2015/2016, abordando o desenvolvimento de ações nos quatro eixos temáticos, propostos pelo curso de especialização: Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica.

Para que as ações do projeto de intervenção pudessem ser realizadas na UBS, foi desenvolvida uma reunião com o coordenador de equipe da UBS para apresentar o projeto, destacando-se a importância do envolvimento e participação de cada profissional da UBS para o sucesso da intervenção.

Os profissionais de saúde da UBS também foram capacitados sobre o protocolo de HAS e DM, e deve-se considerar também que o estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática foi ótimo, cada profissional desenvolveu uma função. Para registrar o acompanhamento dos usuários cadastrados na UBS, utilizamos a ficha-espelho de hipertensão e diabetes disponibilizada pelo curso, semanalmente as informações obtidas nas fichas-espelho foram repassadas para as planilhas de coleta de dados com o objetivo de facilitar o monitoramento da intervenção.

Durante a intervenção, cadastrou-se 224 hipertensos e 100 diabéticos e realizou-se um atendimento clínico humanizado, com solicitação de exames

complementares, realização de exame clínico e de estratificação de risco cardiovascular, priorização de prescrição de medicamentos da farmácia popular; encaminhamento para avaliação odontológica; grupos de educação em saúde; orientação sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular e risco do tabagismo; e busca ativa dos faltosos às consultas.

Podemos ressaltar que, com desenvolvimento destas atividades durante a intervenção, houve uma melhoria na atenção à saúde de hipertensos e diabéticos na UBS Boa União, com um total de 4.970 de população de área de abrangência, no início da intervenção tínhamos em acompanhamento o 26% de hipertensos e 44% de diabéticos, durante toda a intervenção foram acompanhados no período da intervenção 224 hipertensos representando o 100% e 100 diabéticos representando 95 %, sendo alcançada a cobertura do programa para os usuários diabéticos. Os usuários se mostraram satisfeitos com a melhoria da atenção à saúde prestada aos hipertensos e diabéticos, e isso ficou evidenciado nos relatos prestados durante os atendimentos clínicos e grupos de educação em saúde.

Embora, tivemos alcançado resultados positivos com a intervenção poderíamos ter atingido de maneira integral algumas metas propostas, se tivéssemos contado durante todo o período de intervenção com o apoio e engajamento de todos os membros da equipe no desenvolvimento das ações. Porém, como isso não ocorreu, alguma atividade de odontologia se realizou com ajuda de outra unidade Maria de Fatima I e centro de Saúde Augusto Hidalgo de Lima, como foram no atendimento de odontologia e o preenchimento das fichas-espelho teve que executar sozinha, sem o envolvimento de alguns colegas de equipe.

Um aspecto relacionado à gestão que poderia ter ajudado a qualificar ainda mais a atenção à saúde na UBS Boa União e, viabilizar a ampliação da intervenção e/ou programa de outras ações programáticas, porém, pretendo utilizar a experiência adquirida nesse período na UBS em outras ações programáticas futuramente.

## 6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezada comunidade da área da UBS Boa União:

Com o objetivo de melhorar a atenção prestada aos hipertensos e/ou diabéticos na Unidade Básica de Saúde Boa união, foi realizado um projeto de intervenção no período de 12 semanas, do início de mês de setembro de 2015 interrompidas pelas minhas férias e sendo retomada a intervenção, no mês novembro, dezembro e início de janeiro de 2015/2016, com a realização de ações encaminhadas ao Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica.

A intervenção se encontrou direcionada a ação programática Hipertensão e Diabetes, a mesma teve (tem) como objetivos específicos ampliar a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos ao programa, melhorar o acompanhamento e adesão destes usuários ao programa, para melhorar a qualidade do atendimento ao hipertenso e/ou diabético, realizado em nossa unidade de saúde, também melhorar o registro das informações, mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular e promover a saúde destes usuários.

Durante o período da intervenção, foram desenvolvidas algumas ações com a finalidade de qualificar o atendimento prestado aos hipertensos e diabéticos na UBS, dentre elas, reunião com os profissionais da equipe para apresentar o projeto de intervenção, realizando-se uma capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de HAS e DM e para busca ativa de faltosos às consultas, além de ser estabelecido o papel de cada profissional na ação programática, para atender melhor todos os usuários hipertensos e diabéticos da unidade.

Organizou-se o instrumento de registro específico de acompanhamento dos hipertensos e/ou diabéticos (ficha-espelho); cadastramento de todos HAS e DM com vinte anos ou mais pertencentes à área adstrita; realização do atendimento clínico de maneira integral e humanizada; busca ativa de hipertensos e diabéticos faltosos às consultas, através de contato telefônico e com o auxílio de familiares ou vizinhos; grupos de educação em saúde e monitoramento da intervenção. Com o desenvolvimento destas ações, durante a intervenção foi possível ampliar a meta de cobertura para o programa de atenção ao diabético nossa UBS, ou seja, mais usuários hipertensos e diabéticos passaram a ser

atendidos na unidade, bem como, melhorou-se a qualidade do atendimento prestado aos hipertensos e/ou diabéticos através da realização do exame clínico e, exames complementares de acordo com o protocolo e, preferimos prescrever os medicamentos da farmácia popular.

Ainda conseguimos melhorar a participação dos hipertensos e diabéticos no programa a partir da busca ativa dos usuários faltosos às consultas. O apoio da comunidade foi fundamental, para que as ações fossem realizadas na UBS. Com a intervenção também, melhoramos o registro das informações na UBS com a implantação da ficha-espelho dos hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS, contribuindo significativamente, para o monitoramento da intervenção e acompanhamento dos usuários.

Durante os atendimentos clínicos e nos grupos de hipertensos e diabéticos, foram desenvolvidas atividades direcionadas para a promoção da saúde de hipertensos e/ou diabéticos, com orientações sobre avaliação odontológica, alimentação saudável, prática de atividade física regular e sobre os riscos do tabagismo, com o intuito de diminuir o risco de complicações causadas pelas doenças, gastos com medicação e possível internação hospitalar.

Pretendemos continuar desenvolvendo outras ações que possam melhorar o atendimento em outras doenças, e que são de importante acompanhamento, a fim de melhorar a atenção à saúde de toda a população de área de abrangência da unidade de saúde Boa União de município de Rio Branco Acre.

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

Durante o desenvolvimento desde trabalho na minha profissão, posso dizer que tive muito benefício para a aprendizagem pessoal além de ser maravilhoso, me fez ter uma visão diferente, acolhedora e humanizada diante das divergências, e dificuldades encontradas em meu meio de trabalho.

Mesmo assim, tendo dificuldade com mão de obra insuficiente, pude perceber que se pode sim mudar uma realidade, mesmo com pouca ajuda, mas que no fim esta se transforma em suficiente, para mudar uma realidade e trazer uma visão diferente, porém soube que se podem incorporar estas vivencias aos dias atuais, ao realizar palestras educativas, ensinar, isto é, o suficiente para começar a mudar a situação em outras doenças dentro da população do USF.

Quero transmitir minha experiência pessoal durante a intervenção, relatando que quando iniciei minhas atividades nesta unidade, percebi que a grande maioria dos usuários se encontrava descompensados, mas com o início de meu trabalho, fui mostrando que isso não ficaria assim, e logo tive a oportunidade de realizar a intervenção. A mesma me serviu de auxílio e contribuição para as divergências encontradas, então percebi que era possível ter mudanças por meio das consultas e palestras realizadas, elas mostrarem como elas eram importantes para obter as mudanças do estilo de vida de cada um dos pacientes, muitas deles não tinham o conhecimento sequer do que poderiam ingerir em sua alimentação, a importância da prática de atividade física, tomada dos medicamentos em dia e horários certos, o prejuízo de tabagismo, a importância de realizar exames clínicos e complementares, associados ao fácil contato com os profissionais durante as visitas realizadas os seus domicílios.

Sempre que tive oportunidade falava para os usuários, que quando tiverem dúvida ou se precisarem de algo que viessem falar comigo, com isso percebi como aderiram ao tratamento proposto e, notei que muitos descompensados começaram a mudar, percebi ainda que quando iam às consultas se encontravam compensados. Que maior gratificação para o medico esta situação!

Devo ressaltar que, durante a intervenção apresentamos dificuldades que interferiram na intervenção, como por exemplo, as limitações impostas pela padronização dos medicamentos disponibilizados na unidade básica de saúde. O mesmo aconteceu quando se indicavam os exames complementares, pois

demoravam muito para que os pacientes os recebessem, isso me deixava insatisfeita. Outra experiência que, se experimentou com um “pouquinho de magoa”, foi quando os pacientes precisavam de atendimento nos níveis de atenção mais complexos, por especialidades como cardiologia, oftalmologia, cirurgia vascular e endocrinologia, que também foi limitada ou ausente.

Mas devo ressaltar que além de “alegrias e magoas” que prevalecerem mais as “alegrias”, durante esta intervenção eu pessoalmente, minha experiência foi maravilhosa e, ainda mais tive a oportunidade de aprofundar ainda mais em meus conhecimentos médicos e, nas minhas experiências da prática clínica diária. Isso foi muito gratificante!

Por estas e outras situações, é que valem a pena investir no diálogo com o usuário e exame clínico, pois assim poderemos desvendar um diagnóstico, uma patologia e tratá-la corretamente e, assim diminuir seus agravos, e suas complicações.

## Referências

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36) b.

## **Anexos**

## Anexo A - Documento do comitê de ética



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

---

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

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

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

Prezada Pesquisadora;

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

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







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

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

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

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

\_\_\_\_\_

Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

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

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

\_\_\_\_\_

Assinatura do declarante