

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma 8**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica  
e/ou Diabetes Mellitus na UBS Perpétuo Socorro, Macapá/AP**

**Adis Maria Garcia Quintana**

**Pelotas, 2015**

**Adis Maria Garcia Quintana**

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica  
e/ou diabetes mellitus na UBS Perpétuo Socorro, Macapá/AP**

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

Orientadora: Daniela Seady

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

Q7m Quintana, Adis María Garcia

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Perpétuo Socorro, Macapá/AP / Adis María Garcia Quintana; Daniela Seady, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

91 f. : il.

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

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

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Para minha mãe, embora ela esteja no céu, é minha luz e minha guia na vida.

## **Agradecimentos**

Para todas as pessoas que de uma forma ou de outra, têm colaborado, para chegar ao final do curso. Obrigada pela ajuda e colaboração fornecida, ao longo da execução da intervenção.

## Resumo

GARCIA QUINTANA, Adis Maria. **Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Perpétuo Socorro, Macapá/AP**. 2015. 88f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O foco escolhido para intervenção na UBS Perpétuo Socorro foi a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus, sendo ambas consideradas doenças crônicas que afetam à população, e que teve um crescimento alarmante nos últimos anos. A intervenção implementada pela equipe teve como objetivo melhorar a Atenção à Saúde da Pessoa com hipertensão e/ou diabetes na UBS Perpétuo Socorro, em Macapá/AP, adscritos na área de abrangência. Nesta área, de acordo com o Vigitel, 2011, existe uma população estimada de 2.412 pessoas maiores de 20 anos de idade, entre estes, 548 com hipertensão, constituindo 22,7%, e 135 com diabetes, 5,6% da população. O projeto foi estruturado, para ser desenvolvido no período de 04 meses, participaram da intervenção os usuários da população alvo, cadastrados na unidade de saúde, e acompanhados pela equipe. As ações realizadas na intervenção foram baseadas nos Cadernos de Atenção Básica nº36 e 37 – Estratégias para o cuidado de pessoas com doenças crônicas-Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica de 2013. Portanto, para alcançar os objetivos propostos foram estabelecidas metas e ações que foram cumpridas. Foram realizados atendimentos clínicos a população alvo adscrita, durante a intervenção, de modo que participaram 145 hipertensos, alcançando ao final da intervenção a cobertura de 26,5%, e 38 diabéticos, atingindo a cobertura de 28,1%. A intervenção teve uma grande repercussão para a equipe, pois, exigiu todo o esforço e integração dos profissionais. A implementação da intervenção, exigiu a capacitação da equipe no início, para atualização dos protocolos sobre hipertensão e diabetes estabelecidos pelo Ministério da Saúde, assim como outras questões referentes ao rastreamento, diagnóstico, tratamento, monitoramento, e metodologias de educação em saúde. O projeto implementado teve um impacto positivo no serviço, e em linha geral na unidade de saúde, pois, antes de implementar a intervenção, o programa de atenção à hipertensão e diabetes na unidade não estava organizado como deveria. A intervenção reviu as atribuições da equipe, viabilizando a atenção a um maior número de pessoas. Embora o impacto da intervenção ainda não seja percebido pela população geral, é um sucesso para a população alvo de hipertensos e diabéticos, isto é traduzido na satisfação dos usuários com o melhoramento da atenção de qualidade que está sendo oferecida pela equipe, assim como a satisfação pela prioridade nos atendimentos.

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

## Lista de Figuras

Figura 1	Tabela distribuição por idade/sexo da população na área abrangência da UBS Perpetuo Socorro, Macapá/AP.	16
Figura 2	Atividade de educação em saúde, UBS Perpetuo Socorro, Macapá/AP, 2015.	57
Figura 3	Consulta individual na UBS Perpetuo Socorro, Macapá/AP, 2015.	58
Figura 4	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde na UBS Perpetuo Socorro, Macapá/AP.	61
Figura 5	Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Perpetuo Socorro, Macapá/AP.	61
Figura 6	Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo, UBS Perpetuo Socorro, Macapá/AP.	63
Figura 7	Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo, UBS Perpetuo Socorro, Macapá/AP	64
Figura 8	Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo, UBS Perpetuo Socorro, Macapá/AP.	65
Figura 9	Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo, UBS Perpetuo Socorro, Macapá/AP	66
Figura 10	Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento, UBS Perpetuo Socorro, Macapá/AP.	69
Figura 11	Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, UBS Perpetuo Socorro, Macapá/AP.	69
Figura 12	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, UBS Perpetuo Socorro, Macapá/AP.	71
Figura 13	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, UBS Perpetuo Socorro, Macapá/AP.	71

## Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

AB	Atenção Básica
ACS	Agente comunitário da Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EAD	Educação a distância
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV	Vírus de Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
PCCU	Papanicolau ou Preventivo do Colo Uterino
PMM	Programa Mais Médicos
PMM	Programa Mais Médicos
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
UNIFAP	Universidade Federal de Amapá



## Sumário

Apresentação .....	8
1 Análise Situacional .....	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	9
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	25
2 Análise Estratégica .....	27
2.1 Justificativa .....	27
2.2 Objetivos e metas .....	29
2.2.1 Objetivo geral .....	29
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	29
2.3 Metodologia .....	31
2.3.1 Detalhamento das ações .....	31
2.3.2 Indicadores .....	45
2.3.3 Logística .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
2.3.4 Cronograma.....	54
3 Relatório da Intervenção.....	56
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	56
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	59
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	59
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	60
4 Avaliação da intervenção.....	61
4.1 Resultados.....	61
4.2 Discussão .....	74
5 Relatório da intervenção para gestores .....	78
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	80
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	82
Referências .....	84
Apêndices.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
Anexos	85

## **Apresentação**

O presente volume é parte das atividades desenvolvidas no curso de especialização em Saúde da Família, modalidade a distância (EaD), pela Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UFPeI/UNASUS). Foi realizada uma intervenção cujo objetivo foi melhorar a atenção à saúde da pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Perpétuo Socorro em Macapá/AP, a qual é uma unidade mista, que conta com Pronto Atendimento e ESF.

O volume está organizado em cinco unidades de acordo com o cronograma do curso. Inicia-se com a análise situacional da área de abrangência da UBS por meio do relatório da análise situacional, onde realizamos uma avaliação inicial da UBS. Em seguida, o projeto de intervenção, que corresponde à análise estratégica com a justificativa, os objetivos e metas a serem alcançadas na intervenção, e o detalhamento das ações. Consta também o relatório da intervenção com a descrição de todas as ações previstas e desenvolvidas, os aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados, e viabilidade da incorporação na rotina do serviço. Posteriormente, é apresentada a avaliação da intervenção, com os Resultados e a Discussão, um relatório para o gestor e outro para a comunidade a fim de apresentar os resultados do trabalho e a continuidade na rotina da unidade. Também fizemos uma reflexão crítica do processo pessoal de aprendizagem. Por último encontramos no volume as Referências e os Anexos utilizados, durante a intervenção.

O Curso de Especialização em Saúde da Família iniciou em julho de 2014 e finalizou em agosto de 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

## **1 Análise Situacional**

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

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde como objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e das comunidades. A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da atenção básica no Brasil, de acordo com os preceitos do SUS e é definida como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo do trabalho.

Além disso, é muito importante conhecer o serviço a qual fazemos parte que é fundamental para que consigamos na prática, desenvolver um trabalho eficiente, conhecer na situação dos serviços nos quais estamos inseridos mobiliza uma infinidade de possibilidades e nos auxilia a iniciar a visualização da realidade que deve ser desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, trabalho em equipe, dirigida a população do território definido e assumindo a responsabilidade das populações que nele vivem.

Considerando que uma das diretrizes do SUS é possibilitar o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde de qualidade e resolutivos, o estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que a unidade de saúde deve receber todas as pessoas que procuram os serviços de modo universal e sem diferenciações excludentes, ou seja, a ESF deve oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população. Todo isto é regido pelo Decreto no 7.508, de 28 de julho de 2011 que regulamenta a Lei no 8.080/90, define que acesso universal,

igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pela porta de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizadas.

A UBS onde me encontro trabalhando está localizada em uma área urbana é composta por cinco equipes de ESF, as equipes são formadas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agente comunitários. A UBS está composta por sala de recepção, cozinha, salas de consulta, sala de observação, sala de vacinas, farmácias, sala para o rastreamento do câncer do colo do útero, laboratório e banheiros. A unidade funciona 24 horas e tem serviço de emergência.

No entanto, há muitas dificuldades objetivas e subjetivas que impedem o melhor desempenho do nosso trabalho. Têm muitas dificuldades com a estrutura física das instalações, o que incentiva dificuldades de atendimento a população, algumas consultas não têm as condições de acontecer em tais condições, o laboratório não realiza quase nenhum tipo de exames, por isso as pessoas têm de recorrer aos hospitais ou rede privada, onde alguns são muito caros e não estão disponíveis para as pessoas com dificuldades econômicas. Além disso, a farmácia também tem muito poucos medicamentos que não podem satisfazer as necessidades da população, atualmente não há serviço odontológico, ou seja, há problemas objetivos que podem afetar a qualidade do serviço de saúde.

Apesar da estrutura física não ser completa, o local é muito importante, pois incentiva uma melhor organização. Não adiantaria ter uma estrutura perfeita se os que formam a equipe não tiverem consciência de que o trabalho deve ser realizado de forma integrada. É por isso que a estratégia de saúde em minha área é realizada por meio do trabalho da equipe de atenção básica. Está composto por uma equipe multiprofissional composta por e 5 agentes comunitárias, 1 enfermeiro, 1 médico especialista em Medicina Geral Integral e 2 técnicos de enfermagem. Esta equipe é responsável por um máximo de 691 famílias, com uma população total de 2.914. A população é, predominantemente, economicamente ativa, composta por trabalhadores autônomos, o nível de escolaridade é baixo, as doenças mais frequentes são a Diabetes Mellitus (DM), a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Hiperlipidêmias, obesidade, há muitos fumantes pelo qual as doenças pulmonares são muito frequentes, assim como o parasitismo intestinal e deficiências nutricionais nas crianças.

Tudo isso muitas vezes ocorre por hábitos higiênicos sanitários deficientes e hábitos alimentares inadequados, mesmo que tenha muito pouco tempo de trabalho,

mas temos tentado integrar nossa equipe para obter melhores resultados. Assim, buscamos a realização do planejamento das atividades que iremos realizar, as consultas são agendadas de acordo com as necessidades de nossa comunidade e nós sempre deixamos espaço livre para alguns casos que chegam através de demanda espontânea, as visitas domiciliares são continuamente realizadas, bem como ações de saúde destinadas principalmente aos grupos de risco e usuários com doenças crônicas, sempre tentando promover tais ações preventivas que melhorem a saúde da nossa comunidade. Além disso, estamos trabalhando para criar grupos de saúde fundamentalmente de grávidas, hipertensos, diabéticos, fumantes, entre outros e assim poder intervir de forma correta nestes grupos.

Realizamos também pesquisa ativa e notificamos doenças de notificação compulsória. Nesse sentido, estamos trabalhando para detectar doenças infecciosas, realizamos procedimento de triagem para orientar sobre os riscos às Doenças sexualmente transmissíveis (DST), HIV, dengue, malária e tuberculose (TB). Buscamos realizar o exame Papanicolau ou Preventivo do Colo Uterino (PCCU) em todas as mulheres compreendidas no grupo de pesquisa, entre outras, ainda nos deparamos com problemas de falta de suprimentos que é essencial para o diagnóstico de muitas destas doenças, realizamos reuniões de equipe a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações que nos dá a oportunidade de fazer uma programação muito mais eficaz das atividades desenvolvidas, e avaliar o trabalho com espírito crítico e reflexivo.

É por isso que, acreditamos que ainda precisa ser feito muito mais, mas trabalhando de forma integrada com nossa equipe de saúde, e adequando às necessidades de nossa comunidade e ao processo de trabalho, podemos atingir as metas propostas nos serviços de saúde.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

O Amapá é uma das unidades federativas que integram a Região Norte, com uma extensão territorial de 142.827,897 quilômetros quadrados. Conforme dados divulgados em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), a população total do estado é de 669.526 habitantes, correspondendo a 0,35% do contingente populacional do Brasil. Macapá é um município brasileiro, capital do estado do Amapá, nordeste do Pará. A população estimada em 2010 foi de 369.287 habitantes, com uma área de 6407 km<sup>2</sup>, dos quais tem uma densidade populacional

de 57,2 hab / km<sup>2</sup>. Suas fronteiras são os municípios de Ferreira Gomes, Cutias e Amapá ao norte; o Oceano Atlântico, a leste; Itaúba e o delta do rio Amazonas ao sudeste, sudoeste e noroeste Santana, Porto Grande. É a única capital brasileira que não está ligada por estrada para outra, só é possível chegar de avião ou de barco. A extremidade sul da cidade é cortada pela linha do Equador, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

De acordo com os dados obtidos, o município tem 23 Unidades Básicas de Saúde urbana e 12 que atende a população rural para um total de 35, conta com um total de 84 equipes de ESF, divididos em 70 urbanas e 14 rurais, tem uma disposição de 8 Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), 4 equipes de Atendimento Domiciliar, 6 serviços de Hospitais Gerais e um serviço de hospitais de Especialidades.

A ESF, deve possibilitar o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde de qualidade e resolutivos, o estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento o que pressupõe uma lógica de organização e funcionamento dos serviços de saúde, ou seja, a ESF deve oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população. A UBS Perpétuo Socorro está em conformidade com esses preceitos, constitui uma unidade mista de Pronto Atendimento e ESF, está localizada em uma área urbana e atende uma população principalmente ribeirinha, pela mesma condição de estar localizada às margens do Rio Amazonas. Fundamentalmente, atende pessoas com baixo nível econômico, e encontra-se em crescimento tanto populacional como econômico. Está composta por sala de recepção, cozinha, salas de consulta, sala de observação, sala de vacinas, farmácias, sala de rastreamento do câncer de colo de útero, sala de NASF, laboratório e banheiros.

É integrada por cinco equipes multiprofissionais de ESF, as equipes estão formadas por agentes comunitários de saúde, enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem. Conta com o apoio do NASF que embora esteja incompleto é composto por assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista e psicólogo. Além disso, a unidade conta com serviços de emergência 24 horas, e também tem especialistas de Pediatria e Ginecologia, embora neste momento não disponha de serviço de Odontologia. Existem vínculos com as instituições de ensino, fundamentalmente na área de enfermagem e medicina. As universidades que têm vínculos com a UBS são a Universidade Federal de Amapá (UNIFAP), Escolas

técnicas, e Faculdade de Medicina, assim como recebem estagiários e acadêmicos de enfermagem e medicina.

A estrutura física do local é muito importante, pois incentiva uma melhor organização. Nada disso tem resultado se todos aqueles que constituem a equipe, não tiverem consciência de que o trabalho deve ser realizado de forma integrada com a ESF. Ressalta-se também que a UBS deve ser compatível tanto com a atividade de ESF em seu trabalho na comunidade, quanto com o imperativo de acolher as demandas espontâneas, dando respostas às necessidades de saúde da população de sua área de abrangência, e garantindo a continuidade dos cuidados na comunidade e nos domicílios, quando for necessário. Os espaços sugeridos devem ser adequados à realidade local, ao quantitativo da população adstrita, e sua especificidade, e ao número de usuários esperados, e também viabilizar o acesso de estagiários e residentes de instituições formadoras da área da saúde, na rotina de sua aprendizagem.

É por isso que a ESF deve propiciar acessibilidade à maior quantidade possível de pessoas, independentemente da idade, deficiência ou mobilidade reduzida, deve garantir a utilização de maneira autônoma e segura do ambiente, e mobiliário. O objetivo fundamental da Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde da Família, está em contribuir para a estruturação e o fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família, e para a continuidade da mudança do modelo de atenção à saúde no país. Neste sentido mesmo com limitações na estrutura física, minha UBS oferece serviços para atender aos problemas de saúde agudos, tanto da área de cobertura como fora da mesma.

Minha unidade de saúde trabalha fundamentalmente em três turnos, com atendimento ao público durante 24 horas, incluindo os finais de semana. As consultas são usadas em uma base compartilhada pelas equipes de saúde (5 ESF), as quais estão compostas pelos médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS, e alguns não têm condições de fazer atendimento. Além disso, não existe sala de nebulização, ou sala para os Agentes Comunitários de Saúde, sala de utilidades, não têm sanitários para deficientes, e não existe uma adequada sinalização visual ou sinalização.

Existe também déficit de estetoscópios, tensiômetros, oftalmoscópio, termômetros, otoscópios, e existe apenas um sonar para as consultas das grávidas. Realizamos o planejamento das consultas tanto das consultas agendadas como a

demanda espontânea. Os testes laboratoriais na maioria das vezes não são realizados por falta de reagentes e, realizamos apenas testes rápidos de dengue e malária. Além disso, na farmácia não tem a disponibilidade necessária de medicamentos para oferecer um bom atendimento aos usuários, o qual às vezes, não resolve a maioria dos problemas de saúde da comunidade. As linhas de medicamentos disponíveis são escassas e, principalmente, os medicamentos para as crianças.

Buscar alternativas para aliviar as insuficiências, falta de insumos, falta de suprimentos e medicamentos, entre outros, constitui nossa principal tarefa. É por isso que nos propusemos a uma série de estratégias, juntamente com nossa equipe para superar estas dificuldades gradualmente que, em maior ou menor grau compromete a qualidade na atenção médica, usando o método clínico para o diagnóstico de muitas doenças, de modo que devemos continuar trabalhando para que a comunidade não se sinta maltratada, tentando resolver a maioria dos problemas de saúde que afligem a nossa população com os recursos disponíveis, pelo qual devemos engajar-nos completamente no processo de construção e melhoria da ESF, e alcançar a liderança em nossas ações.

De acordo com as atribuições das equipes de saúde, embora a concepção arquitetônica da unidade seja importante, nosso trabalho não deve centrar-se apenas nas atribuições específicas dos profissionais das equipes de Saúde da Família como também, essencialmente, nas reais possibilidades de confrontos e mudanças, nas ações desenvolvidas pela equipe de saúde. Embora os profissionais envolvidos participem do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, acredito que ainda não foi atingido o impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das coletividades, que constituem o território de abrangência. A presença de diferentes profissionais, assim como um alto grau de articulação entre os profissionais é essencial, de modo que as ações sejam compartilhadas, ampliando assim a capacidade de cuidado de toda a equipe.

Nas equipes de ESF, os profissionais participam na identificação de grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, assim como na identificação de usuários portadores de doenças crônicas não transmissíveis e doenças transmissíveis. O cuidado domiciliar envolve toda a equipe de saúde, cada um com atribuições específicas. Em relação ao tratamento odontológico, muito pouco pode ser feito, pela falta de odontólogo e a falta de insumos. Todos nós participamos na notificação



compulsória de doenças e agravos notificáveis. Os profissionais participam, das atividades de qualificação profissional, mas muitas vezes não alcançam seu objetivo, porque estas qualificações são atualizações puramente técnicas, e não permitem alcançar as transformações necessárias exigidas nos serviços de saúde, como em um processo de educação permanente.

Além disso, lidamos com outras dificuldades as quais desfavorecem o cumprimento dessas atribuições como é o caso da população adscrita descoberta pela equipe. Desse modo é preciso continuar a trabalhar para cadastrar 100% da população, e conhecer integralmente a área adscrita, para ter uma visão real e adequada da população que atendemos. Também temos dificuldades objetivas e subjetivas com a realização das atividades de grupos priorizados, pois embora são realizadas, frequentemente não cumprem seu objetivo, e tornar-se em consultas médicas, assim como não temos materiais de educação em saúde, existem falta de locais adequados, e isso afeta a integração e participação da comunidade nestas atividades. De qualquer modo estamos trabalhando neste sentido para atingir nossos objetivos, com a integração da comunidade nas atividades realizadas pela equipe, e dando-lhes toda a atenção que merecem.

Também temos dificuldades com a execução de muitos programas implementados pelo Ministério da Saúde, como o Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, muitas vezes atribuída à falta de recursos, e a falta de políticas viáveis, para integração e execução dos diversos fatores, como por exemplo, falta de reagentes para a realização de exames preconizados, falta de medicamentos na Farmácia, assistência odontológica deficiente por falta de odontólogos, e as vezes falta de envolvimento e integração entre, equipe de saúde, gestores, e comunidade, mediante os Conselhos Locais de Saúde. Mas, devemos continuar integrando-nos de modo que contribuamos na implementação e efetividade dos programas de saúde. Apoiar as estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social é uma das atribuições das equipes de saúde, e todos nós devemos estar envolvidos neste processo, porque com o envolvimento da comunidade podemos dá um grande passo à frente na melhoria dos indicadores de saúde, e no cumprimento dos objetivos para melhorar e a qualidade de vida da população. Do mesmo modo é importante realizar reuniões de equipe a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das para continuar o processo de trabalho, de modo que deve ser uma das nossas

prioridades, assim como realizar trabalhos interdisciplinares integrando as áreas técnicas e profissional.

O total da população adscrita da área de abrangência está estimado em 18.000 usuários, existe aproximadamente 60% de cobertura geográfica, isso ocorre devido a existência de áreas novas ou de expansão. A população por idade/sexo está estimada conforme apresenta o quadro 1.

<b>População/faixa etária</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>Total</b>
Menores de 1 ano	147	233	380
1-5 anos	312	448	760
5-14 anos	1965	2117	4082
15-59 anos	5188	6124	11312
60 ou mais	601	865	1466

Quadro 1: Distribuição da população segundo a faixa etária, UBS Perpétuo Socorro, 2014. Fonte: Caderno de Ações Programáticas, UFPEL.

O total da população está de acordo com o número das equipes de ESF existentes na UBS, ainda devemos considerar que esses números foram estimados, e que existem áreas descobertas pela UBS, assim como também atendemos população fora da área de cobertura. Além disso, o número de profissionais das ESF está incompleto, para realizar a cobertura da área. Entretanto, este não é um obstáculo para realizar nosso trabalho e deixar de reconhecer as necessidades da população, e sendo essencial dar solução aos problemas de saúde com responsabilidade, empenho e dedicação.

O acolhimento da demanda espontânea na atenção básica deve ser realizado tanto pelo profissional como pelo usuário, sendo muito importante que exista um ponto de encontro entre essa demanda expressa pelo usuário, como a demanda técnica profissional. É por isso que o acolhimento deve ser visto como uma prática de cuidados e, como o primeiro ponto de encontro real, entre os trabalhadores de saúde, e usuários, que pode ser satisfatória ou não, dependendo da forma e qualidade como é feito. (LUZ 2006, CAMARGO JR 2005; CECILIO 2001).

Além disso, é importante que a Unidade Básica de Saúde conte com apoio da comunidade por meio dos Conselhos Locais de Saúde, a fim de efetivar a rede

de atenção à saúde dos usuários de sua área adstrita, consolidando seu papel de porta de entrada preferencial do SUS, atuando na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, de modo que a ausência do Conselho de Saúde dificulta enormemente a relação a ser estabelecida entre os usuários e a equipe de ESF. Isso nos impede de um melhor acompanhamento na qualidade do atendimento, de modo que tratamos de estabelecer um canal de comunicação e relacionamento entre a comunidade e a equipe, para promover a mobilização e participação da comunidade no controle social, e para atingir os compromissos e metas estabelecidas.

O acolhimento na equipe de ESF, requer que, as demandas expressas pelos usuários sejam acolhidas e escutadas sistematicamente. Ao tratar-se de uma unidade mista que atende pronto atendimento e Saúde da Família, as demandas são muito variadas e são acolhidas de diferentes formas. Por exemplo, o acolhimento da demanda espontânea é realizado na recepção, pelo qual estes trabalhadores, são os que têm o primeiro contato direto com as pessoas, que estão realizando a primeira escuta do acolhimento, facilitando a priorização desses casos. Os técnicos de enfermagem também participam do acolhimento misto o qual é realizado como uma forma intermediária. Embora as demandas sejam atendidas, é preciso garantir espaços mais reservados para a escuta e identificação do risco, dependendo das características individuais e/ ou problema de saúde específico.

Na ESF, os problemas de saúde agudos que necessitam de atendimento no dia, são escutados e atendidos tanto pelo enfermeiro como pelo médico, dependendo do grau de risco e vulnerabilidade, por exemplo, se o risco é baixo e não requer atenção imediata, o manejo pode ser feito por ambos. Já nos casos que requerem atenção imediata e prioritária a atenção é feita pelo médico, e geralmente não há excesso de demanda, e quando isto ocorre existem estabelecidas as formas de resolução.

Em relação à saúde das crianças, é um aspecto fundamental da agenda política dos países em desenvolvimento. Ao longo dos anos foram implementadas várias políticas destinadas a melhorar a saúde da criança, com variados graus de sucesso. No Brasil, essas políticas levaram a uma queda significativa nos índices de mortalidade infantil nos últimos 30 anos. No entanto, apesar desta melhoria, as taxas de mortalidade continuam altas em comparação com os padrões internacionais, e há

uma variação considerável entre os municípios do Brasil (BRASIL, 2004). Na nossa UBS o total de crianças menores de 1 ano que recebem acompanhamento é 189 sendo a cobertura 50%, pois, de acordo com o Caderno de Ações Programáticas (CAP), há 380 crianças na área de cobertura. Em relação às crianças de até 72 meses, o mesmo problema ocorre, e não há um arquivo específico para os registros dos atendimentos, dificultando a programação e realização das consultas de puericultura.

As consultas são realizadas 5 dias da semana, e em todos os turnos de atendimentos, fundamentalmente menores de 12 meses, e também são atendidas as crianças fora da área de cobertura, participam do atendimento das crianças toda a equipe básica de saúde, e o pediatra, e se necessitar de outro atendimento especializado, na unidade conta com os profissionais capacitados como, nutricionista e psicólogos. Geralmente as crianças saem com a consulta seguinte agendada, existem atendimentos para crianças com problemas agudos de saúde, assim como ofertas de atendimentos para as mesmas. São utilizados por todos os profissionais envolvidos neste processo, os protocolos de puericultura recomendados pelo Ministério de Saúde.

A puericultura preocupa-se com o acompanhamento integral do processo de desenvolvimento da criança, é por isso que na ESF são desenvolvidas diferentes ações no cuidado às crianças, como por exemplo, promoção de aleitamento materno exclusiva até os 6 meses de idade, hábitos alimentares saudáveis, saúde mental e bucal, diagnóstico e tratamentos de problemas clínicos em geral, atenção à violência, imunizações, entre outros. O teste de pezinho não é realizado na unidade, vejo isso como uma debilidade do programa. O Município está fazendo treinamento aos médicos e enfermeiros para a realização do teste de olhinho para o diagnóstico precoce de doenças da retina.

De acordo com o caderno de ações programáticas, o número das consultas em dia em conformidade com o protocolo do Ministério da Saúde, foi de 79 (42%), com atraso da consulta agendada em mais de sete dias 110 (58%), com Teste do pezinho até sete dias 149 (79%), primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida 97 (51%), com monitoramento do crescimento na última consulta 182 (96%), monitoramento do desenvolvimento na última consulta 178 (94%), vacinas em dia 162 (86%), e com orientações para aleitamento materno exclusivo e prevenção de acidentes 189 (100%).

Neste sentido devemos continuar trabalhando para obter um índice de cobertura maior das consultas de puericultura, de modo que podemos apoiar-nos tanto da comunidade, como também nos agentes comunitários vivendo na comunidade. Devemos integrar todas as equipes de saúde, e todos os profissionais envolvidos na atenção direta da criança, para melhorar tanto qualitativa como quantitativamente os modelos de atenção, e assim alcançar a redução de taxas de morbidade e mortalidade durante essas fases na vida, e fundamentalmente alcançar o desenvolvimento adequado que terão um impacto positivo ao longo da vida da criança.

O início precoce da atenção pré-natal é fundamental para obter uma adequada assistência, é por isso que as equipes de ESF, deve ser a primeira porta de entrada preferencial de todas as gestantes ao sistema de saúde, sendo o ponto de referência para acolher melhor suas necessidades, orientadas pela integralidade do cuidado, a articulação com outros profissionais, e a utilização de tecnologias de gestão, que permitam integrar o trabalho das equipes de saúde. Assim, é necessário que toda mulher tenha acesso às consultas de risco pré-concepcional, detecção precoce da gravidez e início precoce do pré-natal.

Na unidade de saúde, temos uma estimativa de 125 gestantes acompanhadas, mas, de acordo com o CAP há 270 na área de abrangência, logo, a cobertura atual é de 46%. Este dado considera que aproximadamente as gestantes constituem 1,5% da população. Contudo, não acredito que se encontre de acordo com a realidade da UBS onde trabalho. Isto pode ser devido a vários fatores, entre os quais porque não existe total cobertura da população, muitas destas gestantes são tratadas em clínicas particulares ou em outras unidades, ainda deve existir uma subnotificação dos casos.

A atenção pré-natal na ESF, é realizada todos os dias e em todos os turnos, dependendo de cada equipe de saúde, as consultas são programadas de acordo com os protocolos estabelecidos e também atendemos gestantes fora da área de cobertura. O atendimento pré-natal é realizado pelo médico clínico geral, enfermeiro e obstetra, e nos casos que requerem avaliação por nutricionista e psicólogos, nossa UBS conta com esses especialistas nas equipes de NASF, e a maioria das gestantes saem com a próxima consulta agendada. Além disso, os casos de gestantes que requerem de atendimentos de problemas de saúdes agudos são avaliados, tratadas e encaminhadas no caso que seja necessário, tanto as grávidas

de nossa área como fora da área de cobertura, ainda a maioria são encaminhadas para o Hospital de referência, motivo pelo qual há que melhorar na oferta de atendimentos para gestantes com problemas agudos de saúde.

A equipe utiliza os protocolos de atendimento pré-natal, tanto o médico geral, obstetra, enfermeiros, entre outros que participam na atenção direta da grávida. No cuidado das gestantes são desenvolvidas diferentes ações, dirigidas à atenção integral e satisfatória, entre as quais temos, diagnóstico e tratamento dos problemas relacionados ou não com a gravidez, saúde mental, saúde bucal, imunizações, promoção de aleitamento materno exclusivo até 6 meses de idade da criança, alimentação saudável, planejamento familiar, entre outras. Nas consultas de pré-natal, são utilizados os protocolos de avaliação do risco pré-natal, em baixo e alto risco obstétrico, e dependendo disso, são programadas as periodicidades das consultas e/ou encaminhamentos a outras especialidades, e consulta de alto risco obstétrico.

As atividades de grupos são realizadas fundamentalmente na comunidade, ainda temos dificuldades neste sentido porque não todas são integradas no processo, é por isso que devemos trabalhar conscientes de que temos de melhorar essas taxas, tentando uma maior integração da comunidade no processo e, especialmente todas as equipes de saúde integrar-nos para atingir esses objetivos, promover as consultas de risco pré-concepcional, as consultas de saúde sexual e reprodutiva, e de planejamento familiar, promover ações que permitam à mulher reconhecer a importância tanto de uma captação cedo da gravidez, como de um controle pós-parto imediato, e assim poder alcançar uma maior qualidade nos serviços de saúde da mulher, reduzindo os índices de mortalidade materna e infantil.

É importante destacar a situação de alguns indicadores de qualidade, há 68 (54%) mulheres com pré-natal iniciado no primeiro trimestre, 65 (52%) com consultas em dia, 118 (94%) com vacina antitetânica de acordo com o protocolo e 116 (93%) com vacina contra Hepatites B, 98 (78%) com exame ginecológico por trimestre, e 125 (100%) com orientação para aleitamento exclusivo. Esses dados refletem que ainda temos muito por fazer para alcançar e melhorar, uma atenção de qualidade, impactando positivamente na redução dos índices de mortalidade materna e infantil.

Os elevados índices de mortalidade por câncer do colo do útero e de mama no Brasil justificam a implantação de estratégias efetivas de controle dessas

doenças que incluem ações de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce, tratamento e cuidados paliativos, quando esses se fizerem necessários. Portanto, é de fundamental importância a elaboração e a implementação de Políticas Públicas na ESF, enfatizando a atenção integral à saúde da mulher, que garantam ações relacionadas ao controle dos cânceres do colo do útero e de mama, como o acesso às redes de serviços quantitativa e qualitativamente, capazes de suprir essas necessidades em todas as regiões do País.

É por isso, e de acordo com a abordagem global da saúde, do câncer cervical e de mama, que a ESF, como parte fundamental da Atenção Primária à Saúde, e por constituir o lugar que está mais próxima do cotidiano das mulheres, deve ser a principal gestora de ações para o controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Na minha unidade, por exemplo, existem muitas deficiências a esse respeito, não existe um registro confiável da quantidade de mulheres entre 25 e 64 anos que devem existir na área, e que são acompanhadas pela equipe, pelo qual o número estimado não está de acordo na realidade, do total da população de mulheres.

De acordo com outros indicadores avaliados sobre prevenção de câncer de colo de útero, podemos dizer que, independentemente disso nas equipes de ESF, são realizadas ações de promoção e prevenção como oferecimento de preservativos na população, educação em saúde relacionada com a importância de relações sexuais protegidas, orientações sobre danos do tabagismo, o papel que desenvolve o vírus do Papiloma Humano na aparição do câncer de colo, entre outras, assim como é promovida a realização periódica o rastreamento do mesmo mediante a realização do exame citopatológico. Não existe um registro adequado dos mesmos que nos permita avaliar o programa, e são utilizados os protocolos para prevenção do câncer de colo, mas, ainda não é utilizado por todos os profissionais envolvidos neste processo.

Para refletir alguns dados obtidos nesta investigação, por exemplo, o número estimado de mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área é de 3813, sendo acompanhadas pelas equipes de ESF, 3194 para um percentual de 84%, com exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia 1848 (58%), 14 mulheres com exame citopatológico para câncer de colo de útero alterado, 1102 (35%) com avaliação de risco para câncer de colo de útero, 2587 (81%) com orientações sobre

prevenção de câncer de colo de útero, e 1425 (45%) com exames coletados com células representativas da junção escamocolunar.

Em relação ao câncer de mama o número de mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área é de 786 de acordo com o CAP, mas, são acompanhadas pela UBS 549 (70%). Não sabemos quantas mulheres tem a mamografia em dia, nem mamografia com mais de 3 meses de atraso. Há 175 (32%) com avaliação de risco para câncer de mama e 375 (68%) com orientações sobre prevenção do câncer de mama. Neste sentido devemos fortalecer e ampliar o acesso às informações relativas à prevenção do câncer da mama, aperfeiçoar o rastreamento das mulheres de 50 a 69 anos atualizando o registro destas mulheres, fundamentalmente aquelas com fatores de risco associados. É importante alertar as mulheres sobre sinais de alarme precoce, para que sejam acompanhadas imediatamente, de modo que temos que trabalhar conjuntamente todas as equipes de saúde, assim como todos os profissionais envolvidos na atenção à saúde das mulheres.

O Diabetes é um dos fatores que pode desencadear a hipertensão, assim, a pessoa diabética, está mais em risco de sofrer hipertensão, (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA), é por isso que os profissionais da ESF, têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico monitorização e controle destas doenças, assim como no desenvolvimento dos usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, e na definição e implementação de estratégias de controle de ambas doenças. Na unidade, embora esteja implementado o programa de atenção à hipertensão e diabetes, que tem como objetivo estabelecer metas e diretrizes para ampliar ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dessas patologias, existem dificuldades nos diferentes níveis de controle, variando desde a cobertura, que não está de acordo com os números estimados; até um controle e seguimento inadequado desta doença.

O número estimado de pessoas com hipertensão acima de 20 anos residentes na área da UBS é de 3.170 de acordo com o CAP, sendo acompanhadas atualmente 1.369 sendo a cobertura 43%. Quanto à diabetes, a estimativa do CAP é de 906 pessoas, mas 374 são acompanhadas na unidade, nesse caso, 41%. Para a intervenção na nossa equipe, iremos considerar a estimativa de hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade e acompanhados pela equipe, sendo, portanto, 548 pessoas com hipertensão e 135 com diabetes na área de abrangência da



equipe em que trabalho.

Os atendimentos dos adultos portadores de ambas doenças são realizados, tanto na área de cobertura como fora da mesma, além disso são oferecidas atividades educativas, e ações de estímulo para a prática de atividade física, alimentação saudáveis, controle de peso, malefícios do consumo de álcool e tabagismo, e é muito importante para a prevenção, e a redução da morbimortalidade causada por essas doenças. Nos atendimentos destes usuários participam todas as equipes de saúde, existem demandas de adultos para atendimento dos problemas agudos relacionadas com a Hipertensão e Diabetes, assim como ofertas de atendimentos, os quais são realizados pelo médico.

Os protocolos de atendimentos para essas doenças são utilizados, e é estratificado o risco cardiovascular nas consultas, ainda existem muitas deficiências neste tópico, pois isto nem sempre é registrado. As atividades realizadas com grupos de adultos com HAS e DM são realizadas, mas, ainda existem deficiências. Na unidade não existem profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas aos adultos com ambas doenças, dificultando definir metas e indicadores que podem ser utilizados para monitoramento e avaliação das linhas de cuidado destes usuários.

É por isso que para reduzir a morbimortalidade causada por essas duas doenças, embora existam muitas dificuldades relacionadas com a promoção, prevenção, diagnóstico, controle e seguimentos das mesmas, devemos definir nossas estratégias para envolver os usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de linhas de controle à Hipertensão e DM, identificando a população estimada das pessoas com essas doenças, e os diferentes estratos de risco, assim como realizar a programação do cuidado de acordo com as necessidades individuais e os parâmetros para essas doenças, envolvendo neste processo toda a comunidade, e os profissionais das equipes da ESF como pilares fundamentais deste processo.

Em relação à saúde dos idosos, é um fato que o aumento da idade conduz a um aumento dos problemas de saúde também, é por isso que é importante preparar os profissionais de saúde para que possam atender às necessidades específicas dos idosos. Isso inclui o fornecimento de treinamento para estes profissionais, sobre os cuidados de saúde das pessoas idosas; prevenir e tratar doenças crônicas associadas ao envelhecimento; desenvolver políticas sustentáveis de cuidados

paliativos em longo prazo e contribuir com essas pessoas a viver uma vida plena e sentir-se útil na sociedade.

Na minha unidade são realizados os atendimentos das pessoas idosas, tanto da área de cobertura como fora da mesma, de modo que é uma das prioridades do Pacto Pela Vida, e preocupação com a saúde de idosos, como consequência da dinâmica demográfica do país, nos atendimentos participam muitos profissionais, embora nem todos estejam envolvidos da mesma maneira, utilizamos os protocolos tanto para atendimentos dos idosos como para encaminhamento dos mesmos. Do mesmo modo são desenvolvidas ações nos cuidados dos idosos como são, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção de saúde mental, tratamento de problemas clínicos gerais, obesidade, sedentarismo, entre outros.

Para os atendimentos dos idosos, não existe um arquivo específico, à Avaliação Multidimensional Rápida da pessoa idosa, que foi implementada pelo Ministério de Saúde no ano 2006, com o objetivo de realizar um diagnóstico multidimensional que serve para determinar as deficiências ou habilidades do idoso para executar determinadas tarefas diárias, do ponto de vista médico, funcional e social, não é realizada de forma sistemática, assim como a Caderneta de idoso. As equipes de Saúde realizam atividades com grupos de idosos, fundamentalmente na comunidade, e participam principalmente os integrantes da ESF, o cuidado domiciliar aos idosos, é realizado pelos profissionais das equipes, participando do cuidado todos os profissionais envolvidos neste processo, além disso, não existem profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas aos idosos, sendo isto uma limitação para a implementação efetiva do programa

De acordo com os dados obtidos na unidade o total de idosos com 60 anos ou mais residentes na área e acompanhados na unidade são 635. Mas, segundo o CAP há 922 idosos na área, logo a cobertura atual é 69%. Há 202 (32%) idosos com acompanhamento em dia, 386 com HAS (61%) 219 (34%) com DM, e a avaliação de risco para morbimortalidade foi feita em 187 (29%). A ampliação da cobertura, e a melhoria da qualidade da atenção aos idosos deve ser nosso compromisso e nossa responsabilidade, é por isso que devemos fortalecer as ações encaminhadas para alcançar esse objetivo, utilizando a Caderneta do Idoso para melhorar a atenção, e implementando outras estratégias que nos permitam elevar significativamente a qualidade de vida desses usuários.

Considerando todos os aspectos relevantes, e diante das dificuldades encontradas durante o tempo decorrido desde o início de minha introdução ao Programa Mais Médicos (PMM), temos muitos desafios e metas para cumprir. Depois de todo esse tempo, posso dizer categoricamente que independentemente das dificuldades que temos enfrentado em nosso trabalho diário, existe em nossa unidade, a qualidade dos recursos humanos, que com erros e acertos continua fazendo altruísta trabalho de prestação de serviços cada dia de maior qualidade. Por exemplo, a unidade de saúde, realiza atendimentos tanto de urgências como de ESF, é realizado o acolhimento dos usuários na chegada à unidade, as consultas são realizadas tanto por agendamento, como demanda espontânea, são realizadas consultas de puericulturas, de grávidas, puérperas, usuários com doenças crônicas, idosos, entre outros.

Além disso, são oferecidos atendimentos de problemas agudos de saúde, existem ofertas de consultas para Nutricionista, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Psicologia, Obstetra, Pediatria. São oferecidos medicamentos na população quando é necessário, ainda com as limitações na oferta dos mesmos, são realizados cuidados domiciliares quando é necessário, apoiando toda a equipe de saúde, e oferecendo o melhor atendimento de qualidade. São realizadas pesquisas de grupos de riscos, e busca ativa de doenças transmissíveis e não transmissíveis, assim como notificamos doenças de notificação compulsória.

Realizamos ações de saúde nas escolas e comunidades, com o objetivo de prevenir e promover hábitos e estilos de vida adequados, assim como atividades com grupos específicos e vulneráveis como crianças, idosos, grávidas, hipertensos, diabéticos, entre outros. Na unidade existe sala da vacina, onde é vacinada a população para a prevenção de muitas doenças, são realizadas pesquisa de câncer de colo, mediante a realização de PCCU, detecção precoce de câncer de mama mediante a realização de exames clínicos, entre outras atividades para garantir o bem-estar psicológico, físico e social das pessoas que atendemos.

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

O relatório de análise situacional refletiu objetivamente sobre as principais dificuldades encontradas no serviço oferecido pela unidade de saúde e pela equipe

da ESF, que impedem uma atenção de qualidade. Comparando com o texto sobre a situação da ESF em meu serviço, reconheço que é muito importante conhecer o serviço de qual fazemos parte, pois, é fundamental para que consigamos na prática, desenvolver um trabalho eficiente. O conhecimento da situação dos serviços nos quais estamos inseridos mobiliza uma infinidade de possibilidades e nos auxilia a visualizar a realidade. Depois de realizar este relatório tenho uma visão muito mais ampla. Percebo que tenho que empenhar todo o esforço para realizar mudanças no processo de trabalho, que sejam da nossa governabilidade. Essas mudanças podem contribuir em um futuro não muito distante, na obtenção dos resultados esperados, e conseqüentemente na melhoria de todos os indicadores de saúde para alcançar as metas do milênio.

Considerando que uma das diretrizes do SUS, é possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, o estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento que parte do princípio de que a unidade de saúde deve receber todas as pessoas que procuram os serviços de modo universal e sem diferenciações excludentes. Acredito que minha unidade independentemente das limitações e dificuldades encontradas, oferece uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população.

## 2 Análise Estratégica

### 2.1 Justificativa

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial, caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA (PA  $\geq$ 140 x 90mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). A HAS é uma condição muito prevalente que contribui para efeitos adversos na saúde, incluindo entre outras mortes prematuras, ataques cardíacos, insuficiência renal e acidente vascular cerebral. No Brasil, a prevalência média de HAS na população acima de 18 anos está sendo maior em mulheres (25,4%) do que em homens (19,5%). A frequência de HAS tornou-se mais comum com a idade, mais marcadamente para as mulheres, alcançando mais de 50% na faixa etária de 55 anos ou mais de idade (BRASIL, 2013).

O Diabetes Mellitus (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999). A frequência de Diabetes Mellitus tem aumentado rapidamente no mundo nos últimos anos. Recentemente, a Organização Mundial de Saúde (OMS), reconheceu que a doença é epidêmica, as estatísticas apontam que o número de casos registrados em 1977, cerca de 143 milhões, deve se multiplicar até 2025, podendo chegar aos 300 milhões. No Brasil, existem hoje 5 milhões de diabéticos e algumas estimativas revelam que até 2025 serão 11,6 milhões. Alguns dos fatores que favorecem esse crescimento alarmante de casos são o estilo de vida, e o envelhecimento da população (BRASIL, 2013). O Diabetes é um dos fatores que pode desencadear a Hipertensão, assim, a pessoa diabética, está mais em risco de sofrer hipertensão, é por isso que os profissionais da AB têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle destas doenças, assim como no desenvolvimento dos usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, e na definição e implementação de estratégias de controle de ambas doenças (BRASIL, 2010).

A UBS Perpétuo Socorro forma parte da rede de Atenção Básica (AB) do país, é uma Unidade mista que conta com Pronto Atendimento e ESF, é integrada por cinco equipes multiprofissionais de ESF, as quais estão formadas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, e têm o apoio dos membros do NASF. Além disso, a Unidade possui serviços de emergência 24 horas, contando com especialistas de Pediatria e Ginecologia, embora neste momento não disponha de serviço de Odontologia. Minha equipe de saúde está composta por 1 médico especialista clínico geral, 1 enfermeiro, 2 técnicos de enfermagem e 5 ACS (há uma que está de licença de maternidade). A população da área adscrita da nossa equipe que atendemos é de aproximadamente 3.600 usuários, do total da população da UBS que é de, aproximadamente, 18.000 usuários, ainda não está coberta completamente pela equipe. O foco de intervenção escolhido para implementar na nossa equipe, foram a Hipertensão Arterial (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM), sendo considerados ambos problemas de saúde que afetam a população da UBS, e da equipe, e que tem um crescimento alarmante nos últimos anos, com índices de coberturas ainda muito baixos de acordo às estratégias implementadas e recomendadas pelo MS e pelo programa de atenção à hipertensão e diabetes, implementado na UBS. Também consideramos que existem deficiências na qualidade da atenção desses usuários, assim como deficiências nos registros e dados estatísticos praticamente inexistentes.

Para a intervenção na nossa equipe, iremos considerar a estimativa da população de hipertensos e diabéticos residentes na área adscrita à ESF. De acordo com esta realidade, e conhecendo que na área adscrita, atendida pela equipe, existe uma população estimada de 2.412 pessoas acima de 20 anos de idade, dentre elas existe uma estimativa de 548 hipertensos, constituindo (22,7%) aproximadamente, e uma estimativa de 135 diabéticos, o qual constitui (5,6%) da população, considerou que seja importante o desenvolvimento desse projeto de intervenção. Além disso, a atenção oferecida nesta ação programática, não tem a qualidade requerida, já que a atenção é oferecida principalmente pelo médico. As ações desenvolvidas são fundamentalmente a verificação da PA, e o hemoglobínoteste aos usuários atendidos, sem um planejamento de consultas. O acolhimento dos usuários não tem a qualidade necessária, assim como são indicados os exames complementares, e a maioria deles não são feitos, nem avaliados. Dentre as ações de promoção de saúde já desenvolvidas pela equipe, encontramos o oferecimento das orientações

acerca da importância de uma alimentação saudável, realização de exercícios físicos, riscos decorrentes do tabagismo, higiene bucal, entre outras.

Todo esse cenário ilustra o motivo, pelo qual foi necessário tecnicamente se levar a efeito esta ação na equipe de ESF, organizando o processo de trabalho de cada profissional e da equipe, assim como a implementação de ações específicas que favoreçam o desenvolvimento efetivo desta ação programática nos serviços de saúde. Com o desenvolvimento deste projeto de intervenção na equipe, será preciso implementar e ampliar os mecanismos para atingir as metas estabelecidas, mês a mês.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Perpétuo Socorro, Macapá/AP.

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

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

**Meta 1.1** Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Meta 1.2** Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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



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

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

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

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

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

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

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Perpétuo Socorro, no Município de Macapá/AP. Participarão da intervenção as pessoas com 20 anos ou mais, moradoras da área de abrangência da ESF e que tenham hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. Todas as ações implementadas serão baseadas nos Protocolos de Atendimentos para pessoas com HSA e DM, do Ministério de Saúde, e disponível na equipe. A intervenção começará com o cadastro dos usuários hipertensos e diabéticos no momento do atendimento. Para o registro das atividades serão utilizados o prontuário clínico individual e a ficha espelho (Anexo B). Os dados obtidos destes registros serão preenchidos na planilha de coleta de dados para monitoramento e acompanhamento das metas e indicadores (Anexo C).

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

Aumentar os índices de cobertura e da qualidade na atenção da população hipertensa e diabética é nosso principal objetivo, desse modo, é importante o desenvolvimento desse projeto de intervenção para adequar a nossa realidade, e assim, atingir os objetivos, as metas, e ações propostas, de forma eficaz, e melhorar de forma significativa a saúde da população alvo. Dentre as ações a serem

empreendidas por nossa equipe, e a forma de alcançar os objetivos e metas propostos durante esta intervenção temos que:

De modo a cumprir o **objetivo 1** que consiste em **ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos**, realizaremos as seguintes ações:

**Referente ao monitoramento e avaliação:**

**Ação:**

Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

**Detalhamento das ações:**

-Realizaremos o atendimento dos usuários, moradores da área de abrangência, hipertensos e diabéticos que chegam à UBS por problemas agudos relacionados ou não com ambas as doenças. Para isso as recepcionistas são responsáveis de encaminhar para a atenção na equipe, os usuários hipertensos e/ou diabéticos que chegam à UBS por demanda espontânea, assim como mediante a busca ativa por parte das ACS. Eles já sairão com a próxima consulta agendada; pela médica.

-Iremos aumentar progressivamente o número de consultas para atender o maior número possível de usuários com hipertensão e diabetes nos próximos 4 meses (16 semanas).

**Referente à organização e gestão de serviços:**

**Ações:**

-Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa;

-Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM;

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

**Detalhamento das ações:**

-Orientar as ACS para a realização de um registro específico, e monitorar sistematicamente o registro dos usuários cadastrados na unidade, portadores de ambas doenças;

-Aperfeiçoar o acolhimento dos usuários com HAS e DM, mediante a capacitação contínua dos técnicos de enfermagem e ACS, assim como

recepcionistas da UBS, que em ocasiões constituem o primeiro contato com os usuários; através de capacitações feitas pela médica e enfermeiro.

-Demandar aos gestores da unidade os esfigmomanômetros necessários para realizar o rastreamento ativo de HAS, assim como a realização de hemoglobina teste na Unidade de saúde, para o rastreamento de DM.

**Referente ao engajamento público:**

**Ações:**

-Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde;

- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente;

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

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

**Detalhamento das ações:**

-A equipe de ESF, deve informar na população da UBS, e fundamentalmente da minha área, tanto nas consultas no dia, consulta agendadas, visitas domiciliares, ações de saúde na comunidade, sobre o programa de atenção à hipertensão e diabetes, e a importância do rastreamento de HAS e DM;

-Nas atividades de educação em saúde realizadas na comunidade, focar nosso objetivo, mediante a verificação da PA dos usuários acima de 18 anos, e a promoção e prevenção da DM e a HAS, mediante o rastreamento de ambas doenças e controle dos fatores de risco.

**Referente à qualificação da prática clínica realizará as seguintes ações:**

**Ações:**

- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e/ ou diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde;

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito;

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

**Detalhamento das ações:**

-A médica deve realizar a capacitação dos ACS, por meio de treinamentos com responsáveis do programa, Secretaria de Saúde, enfermeiros, técnicos de enfermagem, sobre o cadastramento de hipertensos e diabéticos. Capacitar os profissionais habilitados sobre a utilização correta do manguito para verificação criteriosa da PA, assim como treinamento com os responsáveis da realização de hemoglobina teste para sua realização na UBS.

**Para dar cumprimento ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, realizaremos o monitoramento e avaliação mediante as seguintes ações:**

**Ações:**

-Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e/ ou diabéticos;

-Monitorar o número de hipertensos e/ ou diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde;

-Monitorar o número de hipertensos e/ ou diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada;

-Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia;

-Monitorar os hipertensos e/ ou diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

**Detalhamento das ações:**

-A médica deve realizar, e monitorar o exame clínico de qualidade em 100% dos usuários diabéticos e hipertensos, que chegam à UBS, seja por meio das consultas no dia, consultas agendadas, ou problemas agudos relacionados ou não com ambas doenças, de acordo aos protocolos estabelecidos, realizar a estratificação do risco cardiovascular, avaliar o exame dos pés, sensibilidade, pulsos das extremidades, e registrar todos os dados no prontuário ou ficha de atendimento;

O enfermeiro, e técnicos de enfermagem serão responsáveis, pelo monitoramento dos exames laboratoriais solicitados tanto dos usuários diabéticos e hipertensos, de acordo aos protocolos estabelecidos pelo MS;

-As ACS, e técnicos de enfermagem serão responsáveis de monitorar semanalmente, os medicamentos da farmácia popular/ HIPERDIA.

-Monitorar nas consultas e visitas dos usuários diabéticos e hipertensos, as necessidades bucais individualizadas, e encaminhar para sua avaliação com o,

dentista na unidade, sendo responsável a médica por esta atividade.

**Referente à organização e gestão do serviço:**

**Ações:**

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e/ ou diabéticos;

- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde sobre hipertensão e DM;

- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais sobre HAS e DM;

-Disponer de versão atualizada do protocolo impresso na unidade de saúde sobre HAS e DM;

- Garantir a solicitação dos exames complementares nos usuários hipertensos e / ou diabéticos;

- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo;

- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados;

- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados;

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos;

- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde;

-Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e/ ou diabéticos; organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos e/ ou diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico;

**Detalhamento das ações:**

-Implementar na equipe a capacitação, de acordo ao grau de dificuldade de cada um dos membros, para a realização dos exames clínicos apropriados, assim como manter as últimas atualizações do programa HIPERDIA, e definir de acordo ao grau de liderança e capacidade dentre da equipe, as atribuições específicas para sua implementação;

-A médica deve solicitar a 100% dos usuários diabéticos e hipertensos os exames preconizados de acordo com os protocolos do MS atualizados, encaminhando os usuários ao Hospital ou para outras unidades de saúde onde sejam feitos, pois a maioria das vezes não são realizados na UBS, assim como o

enfermeiro, e os técnicos de enfermagem serão responsáveis pelo monitoramento dos exames laboratoriais realizados pelos usuários;

- Nas consultas periódicas de acordo aos protocolos implementados pelo MS, a médica deve solicitar os exames preconizados, e implementar com toda a equipe um sistema de monitoramento dos exames, para detectar os usuários que não realizam os exames indicados, e buscar possíveis soluções. Para isso o enfermeiro e os técnicos de enfermagem monitoraram os prontuários e as fichas espelhos dos usuários com atrasos nos exames laboratoriais.

- Implementar na equipe, estratégias para facilitar o monitoramento semanal dos medicamentos do HIPERDIA. As ACS e os técnicos de enfermagem serão os responsáveis deste monitoramento.

- Solicitar na farmácia o acompanhamento semanal de medicamentos do HIPERDIA, e implementar um registro dos medicamentos utilizados pelos usuários, assim como a quantidade e validade dos mesmos, responsabilizando um integrante da equipe para sua execução;

- Dentre das ações de atendimento, realizadas semanalmente que envolvem os usuários diabéticos e hipertensos, avaliar as necessidades odontológicas de cada usuário, de tal modo de tomar a conduta mais adequada nesse momento, de acordo com as possibilidades de atendimento da equipe de atenção odontológica, ou unidade básica que conte com esse serviço.

**Para o engajamento público serão implementadas as seguintes ações:**

**Ações:**

- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e/ ou diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente;

- Orientar os usuários hipertensos e/ ou diabéticos e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares;

- Orientar os usuários hipertensos e/ ou diabéticos e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares;

- 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;

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

**Detalhamento das ações:**

- Nas atividades de educação em saúde realizadas na comunidade, assim como nas consultas, e as visitas domiciliares, a equipe de ESF, deve oferecer informações sobre os principais riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas, decorrentes de Diabetes e Hipertensão, assim como a importância da avaliação do risco, e da sensibilidade e pulso das extremidades;

- Realizar com grupos de usuários diabéticos e hipertensos, assim como a população em geral, atividades educativas de promoção da saúde e prevenção de doenças, sobre a importância da realização destes exames para a avaliação integral dos usuários com HAS e DM, e integrar à comunidade de forma ativa neste processo;

- A equipe deve orientar aos usuários hipertensos e diabéticos, bem como a população em geral, do direito de ter acesso à Farmácia Popular/HIPERDIA, orientar como pode obter os medicamentos, assim como outras alternativas. Além de indicar sempre que for possível os medicamentos do estoque da Farmácia, assim como realizar um controle do mesmo incluindo a verificação da validade.

- Fazer atividades de grupo com hipertensos e diabéticos sobre a importância da saúde bucal, assim como nas consultas, visitas domiciliares, e na comunidade em geral, devemos orientar a população sobre a importância de realização da avaliação de saúde bucal. Outra estratégia é realizar atividades de promoção e prevenção da saúde bucal, como escovação dos dentes, alimentação saudável (com pouco consumo de açúcares), visitas periódicas ao dentista, entre outros.

**Referente à qualificação da prática clínica realizará as seguintes ações:**

**Ações:**

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado aos usuários hipertensos e/ ou diabéticos;

- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares nos usuários hipertensos e diabéticos;

- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes;

- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia;

- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e/ ou diabéticos.

**Detalhamento das ações:**

- A médica, e o enfermeiro, devem implementar na equipe métodos de atualização, seja na UBS, ou treinamentos oferecidos pela Secretaria de Saúde, responsáveis do programa, entre outros, com respeito à realização dos exames clínicos dos usuários com Hipertensão e Diabetes, assim como capacitar a equipe, para seguir as diretrizes dos protocolos atualizados sobre HAS e DM;

-Oferecer capacitações à equipe de saúde, discussões de casos, utilizando os protocolos atualizados, capacitar acerca do tratamento da HAS e DM, com ajuda dos farmacêuticos do município, orientar aos usuários sobre o uso e alternativas de acesso aos medicamentos do grupo HIPERDIA;

-Oferecer capacitações a equipe, sobre avaliação das necessidades de atendimento odontológico destes usuários, para evitar complicações.

**Para cumprir o objetivo 3:** Melhorar a adesão dos usuários diabéticos e/ou hipertensos ao programa implementaremos diferentes ações que permitiram o cumprimento deste objetivo, como por exemplo:

**Para realizar o monitoramento e avaliação:**

**Ação:**

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

**Detalhamento da ação:**

-A médica e enfermeiro serão responsáveis pelo monitoramento da periodicidade das consultas em dia, dos usuários diabéticos e hipertensos, mediante a realização de um registro para seu cumprimento.

**De acordo com a organização e gestão do serviço serão implementadas as seguintes ações:**

**Ações:**

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos;  
- Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

**Detalhamento das ações:**



-Implementação de estratégias dentre da equipe, para que os ACS visitem os usuários hipertensos e diabéticos faltosos nas consultas;

--A médica deve organizar com a equipe um dia na semana para atender esses usuários, sem afetar os demais atendimentos da população, ou de outros grupos priorizados.

**Referente ao engajamento público, implementará as seguintes ações:**

**Ações:**

-Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas;

-Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos);

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

**Detalhamento das ações:**

-A equipe deve realizar palestras na comunidade, ações de saúde, atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças, com o objetivo de orientar na população sobre a importância e necessidade de assistir às consultas programadas de acordo com os protocolos, para acompanhamento destes usuários, assim como integrar a comunidade para escutar e implementar estratégias que diminuam o número de usuários faltosos nas consultas.

**Para atingir a qualificação da prática clínica:**

**Ação:**

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

**Detalhamento da ação:**

Realização de atividades de capacitação dos ACS, por parte da médica e o enfermeiro, de acordo com os protocolos atualizados, acerca da periodicidade das consultas preconizadas pelo MS.

**Para dar cumprimento ao Objetivo 4: Melhorar o registro das informações:**

**Monitoramento e avaliação de acordo as seguintes ações:**

**Ações:**

- Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na unidade de saúde;

**Detalhamento das ações:**

-Implementar na equipe de ESF, métodos para avaliação e monitoramento da qualidade dos registros dos usuários hipertensos e diabéticos, composto por a médica, e o enfermeiro, e discutir nas reuniões da equipe a forma de implementação e supervisão.

**Referente à organização e gestão do serviço serão feitas as seguintes ações, para atingir este objetivo:**

**Ações:**

- Manter as informações do SIAB atualizadas dos usuários com HAS e DM;
- Implantar a ficha de acompanhamento;
- Pactuar com a equipe o registro das informações;
- Definir responsável pelo monitoramento dos 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 das ações:**

-A médica e enfermeiro serão responsáveis pelo monitoramento e registro das informações derivadas das fichas de cadastramento e acompanhamento dos usuários, assim como manter atualizadas as informações do SIAB;

-A equipe responsável pelo monitoramento dos registros, é responsável pela forma de registro que viabilizem a análise de situações de falta, atrasos, não realização de exames, não realização de estratificação de risco, não avaliação de comprometimento de órgãos alvos e ao estado de compensação da doença.

**Para atingir o engajamento público:****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:**

--A equipe da ESF é responsável pela integração da comunidade, de modo que ela conheça os direitos, em relação à manutenção de seus registros de saúde, prontuários, fichas de acompanhamento, assim como o direito de ter acesso à segunda via se necessário.

**Referente à qualificação da prática clínica:****Ação:**

- Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso e/ ou diabético;
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas;

**Detalhamento:**

-A médica e enfermeiro devem implementar na equipe, a capacitação acerca do preenchimento dos dados dos registros de acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos, assim como o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

**Para dar cumprimento ao Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.**

**Realizar o monitoramento e avaliação:****Ações:**

- Monitorar o número de usuários hipertensos e/ ou diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano;

**Detalhamento:**

-A médica deve realizar pelo menos uma vez por ano, e monitorar a estratificação do risco cardiovascular nos usuários portadores de HAS e DM.

**Referente à organização e gestão do serviço:****Ações:**

- Priorizar o atendimento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos avaliados como de alto risco;
- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda;

**Detalhamento:**

-A médica deve implementar dentro da equipe, e nas consultas preconizadas para os usuários com HAS e DM, atendimentos priorizados um turno por semana, de acordo com a estratificação do risco, dando prioridade ao alto risco, assim como agendar os atendimentos sem prejudicar outros grupos priorizados ou a população em geral.

**Para atingir o engajamento público:****Ações:**

- 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 alimentação).

**Detalhamento:**

- A equipe de ESF, deve oferecer aos usuários e a comunidade, nas consultas, visitas domiciliares, atividades de grupo, ou atividades de promoção, orientações acerca da importância do controle dos fatores de risco para evitar complicações fundamentalmente cardiovasculares e neurológicas, assim como fornecer informações aos usuários com HAS e DM, acerca de seus níveis de risco, e a importância do acompanhamento regular.

**Referente à qualificação da prática clínica:**

**Ações:**

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo;

- 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:**

- A médica deve oferecer capacitação a equipe, acerca da realização da estratificação de risco segundo o escore de Framingham, ou lesões de órgãos alvo;

- Realizar capacitação da equipe de acordo ao grau de dificuldade, e quanto a importância do registro desta avaliação, e as estratégias para o controle dos fatores de risco modificáveis.

**Para dar cumprimento ao Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.**

**Para realizar o monitoramento e avaliação:**

**Ações:**

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e/ou diabéticos;

- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e/ ou diabéticos;

- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e/ ou diabéticos;

- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e/ ou diabéticos;

**Detalhamento:**

-A médica e enfermeiro, realizaram o monitoramento e avaliação dos registros, os quais devem ser feitas regularmente, segundo as estratégias implementadas pela equipe, monitorando todas as orientações que devem ser oferecidas a esses usuários, como por exemplo, orientações nutricionais, atividade física regular, riscos do tabagismo, importância de higiene bucal, entre outros.

**Referente à organização e gestão do serviço:**

**Ações:**

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável;
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade;

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física;
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade;

- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo";

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

**Detalhamento:**

-A equipe deve realizar semanalmente atividades de grupo, assim como atividades educativas na comunidade, nas escolas, com o objetivo de oferecer práticas coletivas sobre alimentação saudável, atividade física, entre outras, e envolver nestas atividades a equipe do NASF, fundamentalmente nutricionista e preparador físico, e envolver o gestor da UBS para demandar parcerias institucionais, e a compra de medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo;

- Quanto às consultas dos usuários com hipertensão e diabetes, agendar atendimento para oferecer e garantir orientações de caráter individual a estes usuários.

**Para alcançar o engajamento público:**

**Ações:**

- Orientar hipertensos e/ ou diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável;
- Orientar hipertensos e/ou diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular;
- Orientar os hipertensos e/ ou diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo;
- Orientar os hipertensos e/ ou diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal;

**Detalhamento:**

-A ESF deve realizar atividades de grupo com usuários hipertensos e diabéticos, e seus familiares, assim como nas consultas no dia, e nas visitas domiciliares, oferecer orientações acerca da importância da alimentação saudável, prática de atividade física regular, existência de tratamento para abandonar o tabagismo, e a importância de uma adequada higiene bucal.

**Referente à qualificação da prática clínica:****Ações:**

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável;
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde;
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular;
- Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas;
- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

**Detalhamento:**

-A médica e enfermeiro deve implementar a capacitação dentro da equipe de acordo com as dificuldades de cada um de seus integrantes, sobre práticas de alimentação saudável, importância de conhecer e aplicar metodologias de educação em saúde, promoção de atividade física regular, tratamento de usuários tabagistas, e capacitação sobre importância de uma adequada higiene bucal dos usuários hipertensos e diabéticos.

### 2.3.2 Indicadores

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

**Meta 1.1. Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde**

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

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

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

**Meta 1.2. Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.**

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

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

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

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

**Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.**  
**Indicador 2.1.** Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

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



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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Metas relativas ao Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Metas relativas ao Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.**

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **2.3.3. Logística**

Para realizar esta intervenção que tem o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão e diabetes adotaremos os Protocolos de atendimento para pessoas com estas doenças, ambos do Ministério de Saúde, os cadernos de atenção básica nº 36 e 37, de 2013. Utilizaremos as fichas de atendimentos das pessoas hipertensas e diabéticas, assim como a ficha espelho (Anexo C). Nosso objetivo com esta intervenção é aumentar a cobertura em 60% do total dos usuários hipertensos e diabéticos. Para materializar esta intervenção, o enfermeiro fará contato com o gestor da UBS para imprimir 300 fichas espelhos para os usuários hipertensos, e 100 fichas espelhos para diabéticos, além de que pode um mesmo usuário ter ambas doenças. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados disponibilizada pelo curso (Anexo B).

Para organizar o registro específico do programa, os ACS revisarão o livro de registro identificando todos os usuários hipertensos e diabéticos que virão ao serviço, para atendimentos dos problemas relacionados ou não com ambas doenças. O profissional localizará os prontuários dos usuários hipertensos e diabéticos e transcreverá todas as informações disponíveis nos prontuários para as fichas espelhos. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando as anotações acerca de atraso nos exames clínicos e laboratoriais, atraso na realização de consulta de acompanhamento, atraso no estado de compensação da doença, assim como atraso na realização da estratificação do risco cardiovascular.

Para a implementação e efetividade desta intervenção já foram discutidos com a equipe os dados obtidos na Análise Situacional, e a definição de um foco para a intervenção, neste caso a Hipertensão e Diabetes. Do mesmo modo, já iniciamos a capacitação sobre os protocolos de Hipertensão e Diabetes do MS atualizados, , assim como a capacitação sobre o cadastramento de hipertensos e diabéticos na área de abrangência, verificação criteriosa da PA, incluindo a utilização do manguito, e a realização do hemoglobino teste em adultos com PA superior de 135/80mmHg. Isto inclui também a capacitação acerca da realização da estratificação do risco cardiovascular para o monitoramento de ambas doenças, de modo que toda a equipe tenha o conhecimento das ferramentas a utilizar nos atendimentos dos usuários, e os mesmos sejam utilizados como referência na atenção. Esta capacitação está sendo realizada na própria UBS, para isso utilizamos 2 horas, ao final das reuniões da equipe, e cada membro da equipe terá a responsabilidade do estudo individual e coletivo dos protocolos, para logo expor os demais membros da equipe as dúvidas, e gerar uma reflexão acerca do mesmo.

O acolhimento dos usuários hipertensos e diabéticos será realizado pelo técnico de enfermagem, e por tratar-se de um Pronto Atendimento que tem serviço de urgência e emergência, também pode ser feito pelas recepcionistas da unidade, que serão capacitadas para isto. Os usuários com Hipertensão e Diabetes que assistem na UBS, sejam por meio das consultas agendadas, da demanda espontânea, ou mesmo aqueles que busquem atendimentos por problemas agudos relacionados ou não com ambas as doenças, serão atendidos no mesmo turno para agilizar o seguimento, e poder evitar as complicações, pelo qual já sairão com a próxima consulta agendada. Do mesmo modo os usuários com estratificação do risco realizado, e que sejam considerados alto risco, terão atendimentos priorizados, pelo qual vamos escolher um turno na semana para esses atendimentos. Para acolher as demandas dos atendimentos agudos dos usuários hipertensos e diabéticos estas serão priorizadas nas consultas disponíveis para Pronto Atendimento, e para agendar os usuários provenientes da busca ativa, será reservado um dia na semana, no horário da tarde, para não afetar os demais atendimentos.

Para dialogar com a comunidade sobre a Hipertensão e Diabetes, faremos contato com as associações de moradores na área de abrangência, e apresentaremos o projeto, acrescentando a importância do acompanhamento

regular, e controle dos fatores de risco modificáveis dos usuários da população alvo. Além de orientações sobre alimentação saudável, risco do tabagismo, exercício físico, entre outros, para a população em geral. Adicionalmente, solicitaremos apoio da comunidade para ampliar a cobertura dos usuários diabéticos e hipertensos, mediante a realização mensal de consultas destinadas à população alvo, em locais situados na nossa área adscrita (igrejas, casas, escolas), entre outras. Assim como a necessidade de realizar o acompanhamento regular com avaliação do risco cardiovascular, exames clínicos e complementares de modo de evitar complicações cardiovasculares e neurológicas decorrentes da Hipertensão e Diabetes. Também devemos orientar aos usuários e a comunidade, quanto ao direito de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular, assim sobre a prioridade deste grupo populacional. Todo isto será realizado pela equipe de saúde, ajudados pelos líderes da comunidade.

Em relação ao monitoramento dos usuários, semanalmente o técnico de enfermagem, e o enfermeiro realizará o monitoramento das fichas espelhos dos hipertensos e diabéticos, identificando aqueles que estão com consultas de acompanhamento, exames clínicos e laboratoriais, estado de compensação da doença, assim como na realização do risco cardiovascular atrasados. Os ACS realizarão a busca dos usuários faltosos nas consultas, e já agendarão a próxima consulta dependendo do grau de conveniência do usuário, assim como os usuários com avaliação do risco cardiovascular alto, serão priorizados em consultas específicas (um turno semanal). Por último, ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica disponibilizada pelo curso.







### **3 Relatório da Intervenção**

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

Nesta intervenção foram previstas várias ações para aumentar a cobertura e qualidade deste grupo de usuários, desde o ponto o monitoramento e avaliação, organização e gestão de serviços, engajamento público até a qualificação da prática clínica. Todas as ações propostas para aumentar a cobertura da atenção à saúde das pessoas com hipertensão e diabetes foram cumpridas parcial ou totalmente. Por exemplo, foram monitorados o número dos usuários cadastrados na UBS pela equipe de saúde, garantindo o registro no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes, e melhorando este registro.

Para isso foram capacitadas as ACS, com o objetivo de melhorar o cadastramento dos usuários da área de abrangência. O acolhimento desses usuários melhorou significativamente mediante a capacitação feita à equipe de saúde ao início da intervenção, assim como foi garantido o material adequado como esfigmomanômetro, ainda tivemos dificuldades com o material para a realização do hemoglobioteste, o qual foi resolvido no decorrer da implementação da intervenção.

Outra ação desenvolvida no projeto e que foi de muita importância, foi a integração da comunidade com este projeto, mediante o contato, e com o apoio dos líderes da comunidade, para conhecer a importância do rastreamento destas doenças, assim como da existência na UBS, e na equipe de ESF, do Programa de atenção à saúde da pessoa com hipertensão e diabetes. A realização dos exames clínicos feitos aos usuários foi monitorada sem dificuldades. Ainda muitos usuários não estavam com exame clínico ao dia segundo o protocolo, e através da intervenção foram realizando.

No que diz respeito à realização do exame clínico apropriado, a equipe foi capacitada segundo o protocolo adotado na unidade, de modo que cada membro da

equipe foi atualizado para garantir seu cumprimento, assim como foi estabelecido o monitoramento dos exames laboratoriais indicados segundo o protocolo, e o acesso aos medicamentos na farmácia popular/HIPERDIA. Estas ações foram cumpridas parcialmente, devidas algumas dificuldades, no caso dos exames de laboratórios, os quais foram indicados, mas, não poderiam ser feitos por alguns usuários, pois na UBS não estão sendo feitos por falta de insumos e reagentes. Em relação aos medicamentos da farmácia Popular/ HIPERDIA, foram prescritos, mas, nem sempre tinham disponível na farmácia da unidade. A equipe orientou os usuários para obter estes medicamentos em outras Farmácias Populares, existentes no município, e que tem um menor custo.

A atenção odontológica destes usuários foi uma das ações com mais dificuldades para ser desenvolvida, contudo, foi realizada a avaliação odontológica nas consultas, assim como a identificação das necessidades odontológicas, e oferecidas as orientações para promover a saúde bucal. Os atendimentos odontológicos na maioria dos casos, não puderam ser feitos, porque temos apenas um dentista para atender a população de toda a equipe da ESF, assim como a escassa disponibilidade de recursos materiais, adicionando o custo elevado desta atenção nas clínicas privadas, durante toda a implementação da intervenção esta dificuldade manteve-se, e objetivamente não veio solução em curto prazo.

As consultas previstas segundo o protocolo foram monitoradas, e identificados os usuários faltosos, assim como foi realizado pelas ACS, a busca ativa destes usuários, por meio das visitas domiciliares, de modo que não interferiram na atenção de outros usuários, pois, foram destinados horários de atendimentos para esses usuários. Referentes à ficha de acompanhamento foram atualizadas todas as informações previstas, para isso a equipe foi capacitada previamente tanto para um correto preenchimento de todos os dados avaliados, assim como a realização dos procedimentos clínicos nas consultas. Isto ao início teve dificuldades para o preenchimento correto dos dados, o qual foi melhorando com o decorrer da mesma.

Dentre as ações desenvolvidas, é de vital importância, e ao mesmo tempo nova para a equipe, a realização da estratificação do risco cardiovascular, segundo escore de Framingham. Para tanto, a equipe foi capacitada previamente, mas, ainda existem algumas dificuldades para implementação, por alguns dos integrantes, mas, tem melhorado progressivamente. Foi organizado um dia da semana para realizar os atendimentos dos usuários identificados de alto risco cardiovascular,

assim como os usuários e a comunidade em geral foram orientados sobre a importância desta avaliação, para a identificação dos fatores de risco, e o controle dos mesmos, principalmente dos fatores de risco modificáveis, que tem relação com o estilo de vida. Os registros fotográficos permitiram demonstrar algumas das ações que ocorreram durante a intervenção, como pode ser visto nas figuras a seguir:

Atividade de Educação em Saúde: Acolhimento e verificação da pressão arterial de forma criteriosa:



Figura 1 – Atividade de educação em saúde, UBS Perpetuo Socorro, Macapá/AP, 2015.



Figura 2 – Atividade de educação em saúde, UBS Perpetuo Socorro, Macapá/AP, 2015.

Outra ação importante e que foi cumprida totalmente foi o fornecimento de orientações tanto nas consultas individuais (Figura 3), como nas atividades educativas programadas e coletivas na comunidade, sobre práticas saudáveis para melhorar a qualidade de vida da população alvo e da comunidade em geral, incluindo orientações sobre prática de atividade física, alimentação saudável, abandono de tabagismo, entre outras.



Figura 3 Consulta individual na UBS Perpetuo Socorro, Macapá/AP, 2015.

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

Todas as ações previstas no projeto foram desenvolvidas durante a implementação da intervenção.

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

Referente às dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculo dos indicadores, as planilhas fornecidas pelo curso tanto a ficha espelho como a planilha de coleta de dados está muito organizada e sem muitas dificuldades. No início a

equipe teve algumas dificuldades referentes à avaliação bucal, pois não entendíamos se os dados que tivemos que preencher eram dos usuários que tinham sido avaliados pelo odontólogo, ou pela equipe, mas, isso já foi resolvido. Também no caso dos usuários faltosos e com busca ativa que não correspondiam os dados preenchidos, também foi resolvido.

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

A intervenção continuará na rotina de serviço da equipe, para isso devemos melhorar na implementação das ações para poder atingir todas as metas de cobertura e qualidade propostas ao início do curso. Por exemplo, devemos continuar melhorando o registro do cadastro destes usuários. Toda a equipe deve se integrar mais na comunidade junto com os líderes, assim também continuar com a divulgação sistemática do programa, e continuar melhorando a qualidade dos registros dos hipertensos e diabéticos acompanhados pela equipe.

Também podemos complementar a efetividade deste projeto melhorando dia a dia, o registro para alerta dos usuários que tem atrasos nas consultas de acompanhamento, realização dos exames complementares, neste sentido continuar coordenando com o gestor da unidade. Dentro de minha governabilidade, solicitar a realização dos exames na UBS, e continuar melhorando o acolhimento destes usuários, assim como continuar com a capacitação contínua da equipe para obter melhorias nas atividades a serem realizadas.

Devemos continuar junto com o gestor da unidade, para resolver a problemática do dentista, e solicitar mais acesso aos atendimentos odontológicos o qual é muito necessário. Precisamos continuar melhorando as metodologias aplicadas de educação em saúde, mediante cursos de capacitação, para poder chegar ainda mais na população, assim como continuar envolvendo todas as equipes de ESF, e a comunidade neste projeto, pois acreditamos que só desta forma, podemos atingir todos os objetivos, as metas, e as ações propostas desde o início deste projeto.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A intervenção implementada pela equipe de saúde 089 pertencente à UBS Perpétuo Socorro, localizada no município de Macapá, Estado de Amapá, tratou sobre a melhoria na atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência. Na área adscrita existe uma população estimada de 2.412 pessoas com 20 anos ou mais, o qual constitui 67% da população total. De acordo com a planilha de coleta de dados do curso, a estimativa de pessoas com hipertensão é 548, e a estimativa de pessoas com diabetes é 135, logo, utilizamos estes dados como denominadores para avaliar alguns indicadores da nossa intervenção (VIGITEL, 2011).

A nossa intervenção foi orientada inicialmente para ampliar a cobertura em 60% da população alvo (hipertensos e diabéticos), que se encontrava cadastrada no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes na área adscrita de nossa equipe de saúde. O indicador relacionado à cobertura envolve o número total de hipertensos e diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS, entre o número total de hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Considerando a população alvo adscrita, realizamos durante a intervenção o acompanhamento de 145 pessoas com hipertensão, alcançando no quarto mês uma cobertura de 26,5%. Quanto ao diabetes, acompanhamos 38 pessoas, atingindo uma cobertura de 28,1% ao final da intervenção. A cobertura foi aumentada a cada mês da intervenção, durante o primeiro mês foram acompanhados 31(5,7%) hipertensos, e 8 (8,1%), diabéticos; no segundo mês foram 78 (14,2%) hipertensos, e 22 (16,3%) diabéticos. No terceiro mês foram 99 (18,1%), hipertensos e 30

(22,2%) diabéticos, e por último no mês 4 foram 145 (26,5%), hipertensos e 38 (28,1%) diabéticos (Figuras 4 e 5).

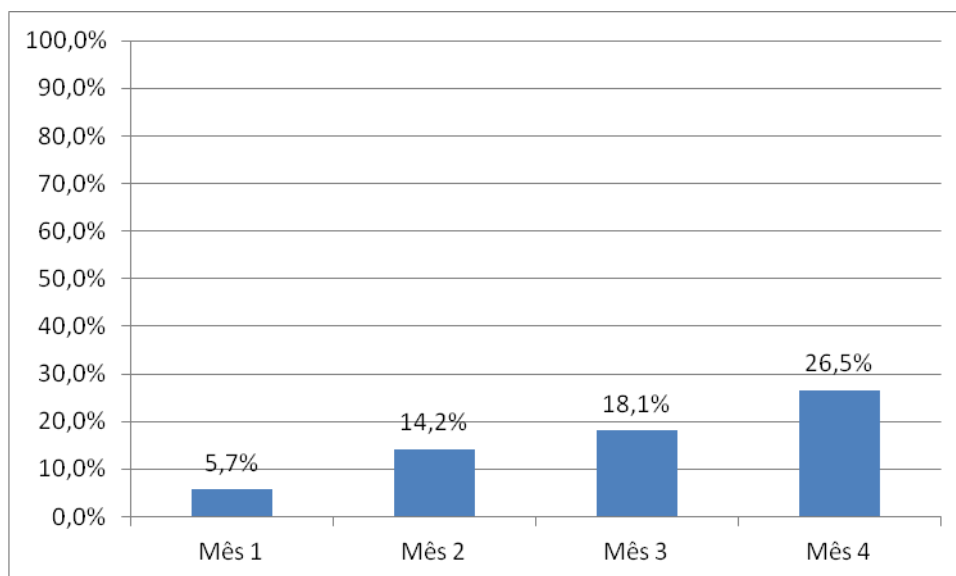


Figura 4: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Perpetuo Socorro, Macapá/AP. Fonte: Planilha de Dados 2015.

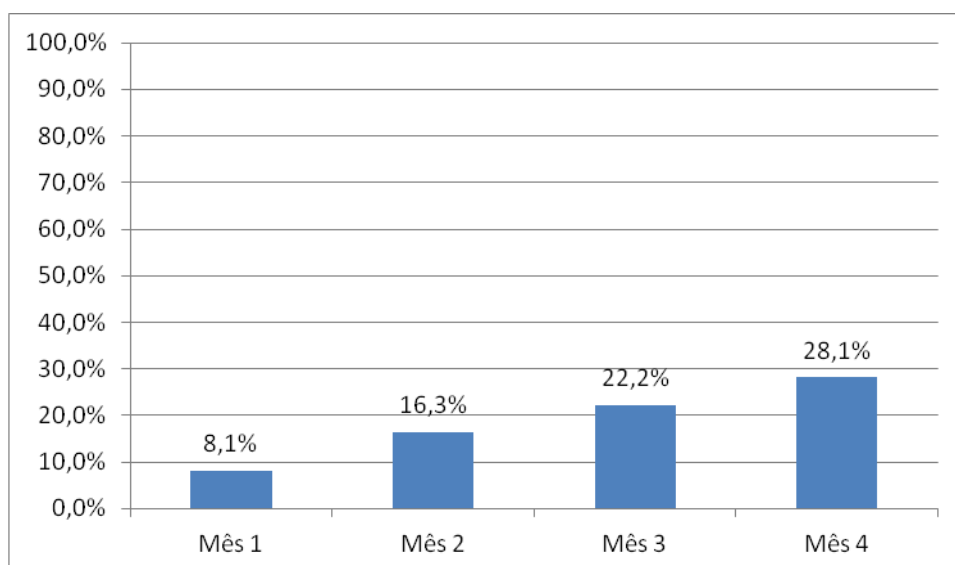


Figura 5: Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Perpetuo Socorro, Macapá/AP. Fonte: Planilha de Dados 2015.

Ao analisar os resultados deste primeiro indicador, percebemos que não atingimos a meta inicial que era de 60% de cobertura, contudo a equipe de saúde realizou todo o esforço para seu cumprimento. A meta inicial não foi atingida, devido a vários fatores, entre eles, a equipe tomou inicialmente como referência os hipertensos e diabéticos cadastrados e acompanhados pela UBS, mas nós tivemos



dificuldades com os registros e os dados estatísticos, praticamente inexistentes na UBS, por isso tivemos que mudar, e fazer a intervenção apenas na área de abrangência da nossa equipe, onde também encontramos muitas dificuldades com os registros. Durante a intervenção tivemos intensas chuvas na região, que muitas vezes não permitiu o acesso dos usuários as consultas programadas na UBS, por isso tivemos que fazer muitos ajustes nesse sentido, para não afetar os atendimentos de outros grupos populacionais, assim como as visitas domiciliares e as atividades de grupo foram afetadas pela mesma causa. Durante alguns dias da intervenção, as ACS tiveram de greve, e dificultou o trabalho, além disso, eu estive de férias durante um mês.

Independentemente destas causas objetivas, desde o ponto de vista de monitoramento e avaliação, organização e gestão de serviços, engajamento público e qualificação da prática clínica, a maioria das ações propostas para aumentar a cobertura dos hipertensos e diabéticos foram cumpridas parcial ou totalmente, por exemplo, foi monitorado o número dos usuários hipertensos e diabéticos acompanhados pela equipe de saúde, garantindo o registro no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes.

Para isso as ACS foram capacitadas, com o objetivo de melhorar o cadastramento dos usuários da área de abrangência. O acolhimento desses usuários foi melhorando significativamente mediante a capacitação feita à equipe ao início da intervenção, assim como foi garantido o material adequado como esfigmomanômetro, ainda tivemos dificuldades com o material para a realização do hemoglobíno teste, o qual foi resolvido no decorrer da implementação da intervenção.

Outra ação desenvolvida e que foi de muita utilidade e importância na comunidade, foi a integração da população, e os líderes da comunidade com a intervenção, para conhecer a importância do rastreamento destas doenças, assim como da existência na UBS do Programa de atenção à HAS e DM, ainda o mais importante neste sentido, é que ao início da intervenção o Programa na unidade e na equipe estava muito diminuído, tanto desde o ponto de vista quantitativo como qualitativo, muitos usuários cadastrados no programa não assistiam à consulta, ou não tinham feito um acompanhamento adequado Apesar de não alcançamos a meta de cobertura proposta, a intervenção foi um sucesso de impacto positivo.

O segundo objetivo atingido foi melhorar a qualidade da atenção ao hipertensos e/ou diabéticos. Para isso foram traçadas várias metas, por exemplo:

Realizar o exame clínico apropriado em 100% dos usuários hipertensos e diabéticos. O indicador utilizado para calcular a proporção de hipertensos e diabéticos com exame clínico ao dia de acordo com os protocolos utilizados, foi o número de hipertensos e/ou diabéticos com exame clínico em dia de acordo aos protocolos, entre o número total de hipertensos e/ou diabéticos, residentes na área e acompanhados na UBS.

Analisando os resultados deste indicador (Figuras 6 e 7), observamos que durante o mês 1 da implementação da intervenção, apenas 19 hipertensos (61,3%), e 7 diabéticos (63,6%), tinham os exames clínicos em dia, de acordo com os protocolos estabelecidos. Ao longo da intervenção buscamos melhorar este indicador e alcançamos 100% dos exames clínicos em dia dos usuários hipertensos e diabéticos atendidos. Para atingir estes resultados a equipe realizou várias ações, como por exemplo, a capacitação da equipe ao início da intervenção para a realização de exames clínicos apropriados, assim como organizar a capacitação dos profissionais de acordo aos protocolos atualizados estabelecidos pelo MS, o monitoramento destes exames clínicos de forma periódica, e fundamentalmente mediante as atividades realizadas com a comunidade, e com a população alvo, com a finalidade de orientar sobre os riscos das doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes de ambas doenças.

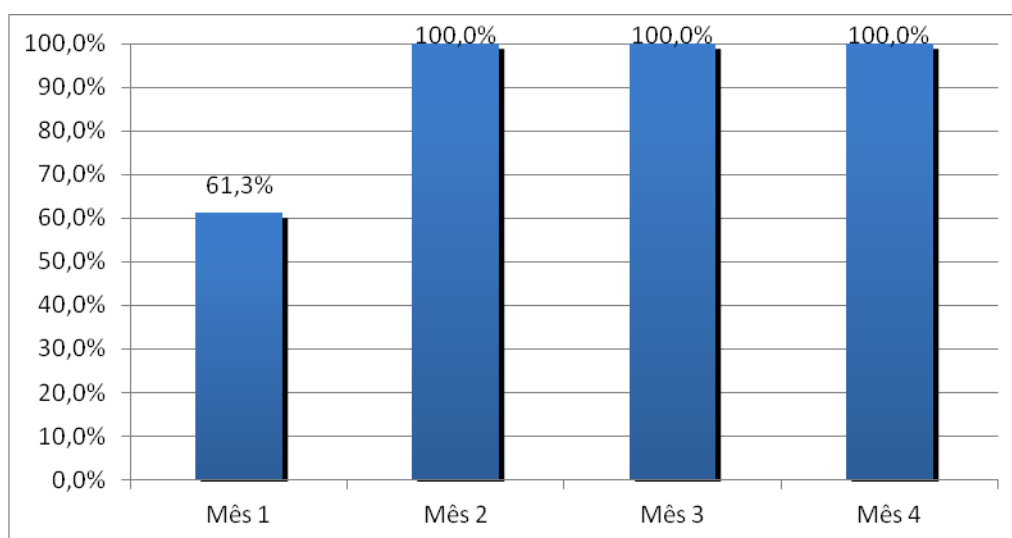


Figura 6: Proporção de Hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo, UBS Perpetuo Socorro, Macapá/AP. Fonte: Planilha de Dados 2015.

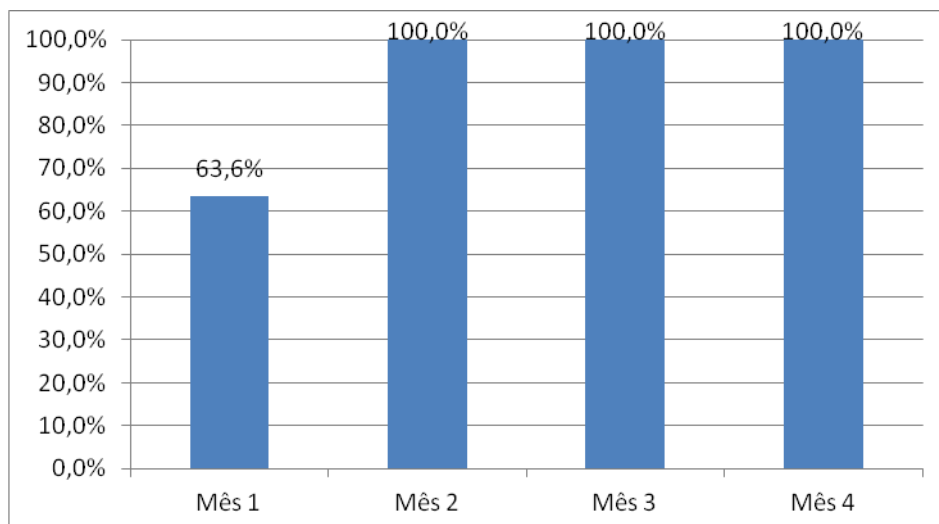


Figura 7: Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo, UBS Perpetuo Socorro, Macapá/AP. Fonte: Planilha de Dados 2015.

Outra meta proposta para melhorar a qualidade na atenção destes usuários foi garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Para calcular a proporção de hipertensos e diabéticos com exames complementares ao dia, utilizamos o seguinte indicador: Número total de hipertensos e diabéticos com exames complementar periódicos em dia, entre o número total de hipertensos e diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS. Analisando os resultados, conforme as figuras 8 e 9 podemos definir que a meta proposta foi atingida parcialmente, por exemplo observamos que ao iniciar a intervenção apenas 12 hipertensos (38,7%), e 3 diabéticos (27,3%), tinham exames complementares em dia. Ao longo da intervenção buscamos melhorar este indicador, até alcançar no terceiro mês que 77 hipertensos (77,8%), e 25 diabéticos (83,3%), tiveram os exames complementares em dia, contudo observamos que no último mês o gráfico diminuiu 73,1% dos usuários hipertensos com exames em dia, e 78,9% de diabéticos, sendo 106 e 30 usuários com hipertensão e diabetes, respectivamente com exames complementares em dia.

Neste sentido, foram feitas várias ações que nos permitiu melhorar este indicador, a ação que mais nos auxiliou foi a orientação tanto aos usuários hipertensos e diabéticos, como a comunidade, sobre a importância da necessidade e da periodicidade destes exames, assim como garantir a solicitação de exames complementares, estabelecer sistemas de alerta para os exames preconizados

segundo os protocolos, e a capacitação da equipe seguindo os protocolos ao início da intervenção.

A maioria dos usuários que não tiveram exames complementares em dia, foi porque na unidade não estão sendo feitos estes exames por falta de reagentes, contudo solicitamos ao gestor da unidade, de acordo com nossa governabilidade, a realização dos mesmos, e como vemos no gráfico, o indicador melhorou no terceiro mês da intervenção, porque passou a ser realizado na UBS, mas, no último mês diminuiu a realização pelas mesmas dificuldades de falta dos reagentes. A equipe traçou outras alternativas como por exemplo, a realização dos mesmos no Hospital e laboratórios privados, onde são feitos muitos e, por falta de recursos não teve como realizar todos.

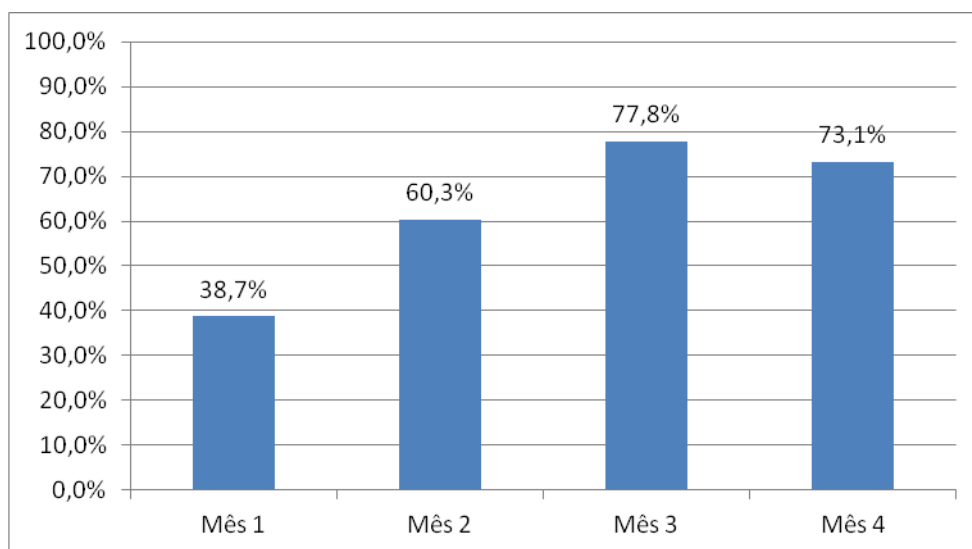


Figura 8: Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo, UBS Perpetuo Socorro, Macapá/AP. Fonte: Planilha de Dados 2015.

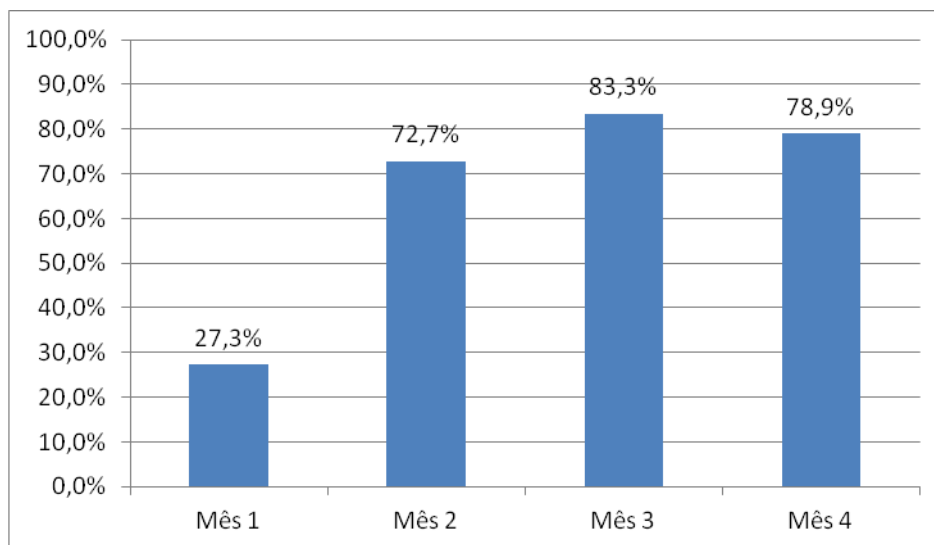


Figura 9: Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo, UBS Perpetuo Socorro, Macapá/AP. Fonte: Planilha de Dados 2015.

Outra meta foi priorizar a prescrição dos medicamentos da Farmácia popular a 100% dos hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde. Para calcular a proporção de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada, utilizamos o seguinte indicador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, dividido entre número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos. Analisando os resultados podemos dizer que a meta proposta foi atingida em 100% em todos os meses da intervenção, priorizando a prescrição da Farmácia Popular/HIPERDIA. Para isso realizamos várias ações, que nos auxiliaram a cumprir a meta, como por exemplo, a capacitação da equipe sobre a atualização dos medicamentos do HIPERDIA, assim como as alternativas para a aquisição destes medicamentos, e o monitoramento pela equipe do acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Além disso, mantivemos um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade, assim como uma das ações mais importante, e que nos deu resultados positivos, foi orientar aos usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, assim como possíveis alternativas para obter este acesso. Entretanto tivemos dificuldade com o acesso aos medicamentos, porque na Farmácia da unidade, não tinha sempre no estoque, mas, isso foi resolvido oferecendo aos usuários outras alternativas para adquirir o medicamento.

Realizar avaliação das necessidades de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos foi outra meta proposta nesta intervenção. Para o cálculo da proporção de hipertensos e diabéticos com avaliação das necessidades de atendimento odontológico, utilizamos o seguinte indicador: Número de hipertensos e diabéticos com avaliação das necessidades de atendimento odontológico, entre o número total de hipertensos e diabéticos, residentes na área e acompanhados na UBS. A meta era que 100% dos usuários tivessem avaliação da necessidade odontológica, ao início tivemos algumas dificuldades de compreensão deste indicador, mas, logo foi resolvido. Além disso, tivemos muitas dificuldades com a atenção odontológica na unidade, pela existência de um dentista para toda a unidade de saúde, o qual não pode resolver todas as necessidades avaliadas, também encontramos dificuldades com a existência de poucos recursos para enfrentar essas necessidades, e o alto custo da atenção odontológica nas clínicas privadas, para uma população de baixos recursos financeiros.

Contudo, a equipe foi capacitada para realizar essa avaliação odontológica, foram feitas ações de saúde com os hipertensos e diabéticos, para a realização dessas avaliações, e em todos os meses da intervenção alcançamos a proporção de 100% de hipertensos e diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. A comunidade foi orientada sobre a importância da avaliação bucal, fundamentalmente na população alvo, mas, uma das grandes debilidades encontradas durante a implementação da intervenção, foi que a maioria dos usuários avaliados, e que precisavam atender essas necessidades, não poderia realizar os atendimentos, pelas dificuldades anteriormente explicadas.

Para melhorar a adesão dos hipertensos e/ou diabéticos ao programa, a meta proposta foi buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada. Para calcular a proporção de hipertensos e diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa, utilizamos o seguinte indicador: Número de hipertensos e diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa, dividido entre número total de hipertensos e diabéticos, residentes na área e acompanhados na unidade de saúde, que faltaram às consultas.

Avaliando os resultados podemos dizer que a meta foi atingida em 100% em todos os meses da intervenção, como tinha sido proposto no projeto. Neste sentido ao início também tivemos algumas dificuldades com a compreensão deste indicador.

Para poder atingir a meta proposta, as ACS, foram capacitadas ao início da intervenção sobre a periodicidade nas consultas dos usuários hipertensos e diabéticos, e o monitoramento das consultas em dia previstas segundo o protocolo.

Além disso, uma das ações que nos auxiliou foi a organização das ACS para as visitas domiciliares aos usuários faltosos às consultas, assim como organizou a agenda para os atendimentos desses usuários, que mesmo com as chuvas frequentes nestes meses que afetou algumas visitas, , foram realizadas buscando outras alternativas de trabalho. Também foi muito importante, as atividades realizadas com o grupo, onde os usuários foram orientados sobre a periodicidade e a importância do controle de ambas doenças, assim como a população em geral foi informada sobre a importância da realização dessas consultas, para um melhor controle, e evitar possíveis complicações neurológicas, cardiovasculares, entre outras, decorrentes de ambas doenças.

Para melhorar o registro das informações, a meta proposta foi manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde. Para o cálculo da proporção de hipertensos e diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento foi utilizado o seguinte indicador: Número de hipertensos e diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, dividido entre o número de hipertensos e diabéticos residentes na área, e acompanhados na unidade.

Analisando os resultados representados nas figuras 10 e 11, observamos que ao início da intervenção a meta proposta foi cumprida parcialmente com um total de 19 hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento, 61,3%, e um total de 7 diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, 63,6%. Isto aconteceu porque as fichas de acompanhamento não eram preenchidas adequadamente, e em alguns casos não tinham estas fichas, assim como não existia um sistema viável e organizado para permitir o preenchimento adequado das mesmas. Nos demais meses da intervenção alcançamos 100% dos usuários hipertensos e diabéticos com registros adequados na ficha de acompanhamento.

Para isso criamos um sistema muito mais viável, para obter e preencher as informações capacitamos a equipe de saúde para assumir esta tarefa desde o início da intervenção, para o registro e preenchimento adequado de todos os dados obtidos da população alvo, assim como dos procedimentos clínicos realizados nas consultas. Para isso definimos responsável dentre a equipe, implantamos na ficha

de acompanhamento aos usuários que não tinham, assim como orientamos nos usuários e a comunidade sobre a utilidade e a importância destes registros.

Neste sentido, devemos continuar melhorando a qualidade dos registros, mediante a capacitação e a atualização contínua durante na rotina de serviço da equipe, fundamentalmente para viabilizar situações de alerta referente ao atraso na realização de consultas de acompanhamento, realização de exames complementares, não realização de estratificação do risco cardiovascular, controle da doença, entre outros.

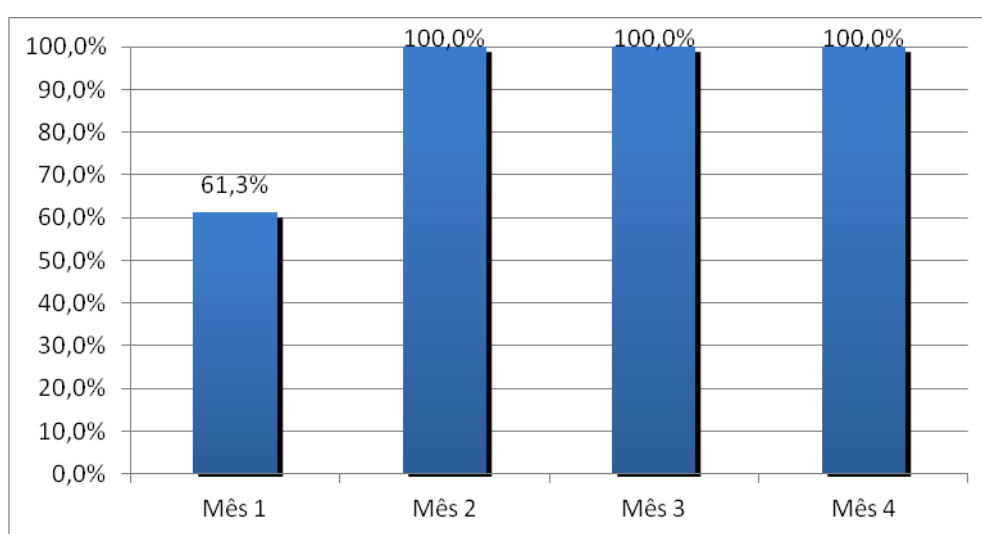


Figura 10: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento, UBS Perpetuo Socorro, Macapá/AP. Fonte: Planilha de Dados 2015.

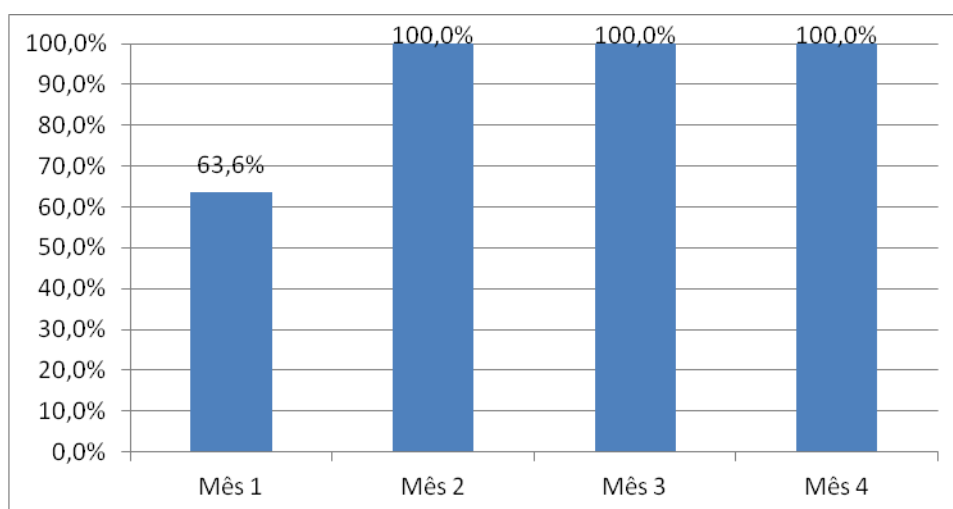


Figura 11: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, UBS Perpetuo Socorro, Macapá/AP. Fonte: Planilha de Dados 2015.



Para mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular, realizamos o cálculo da proporção de hipertensos e diabéticos com estratificação de risco cardiovascular. Para isso dividimos o número de hipertensos e diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, entre o número de hipertensos e diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Para a realização da estratificação do risco cardiovascular utilizamos o (escore de Framingham), o qual é um instrumento utilizado para auxiliar-nos na determinação do risco cardiovascular com maior precisão. Analisando os resultados apresentados nas figuras 12 e 13 é importante ressaltar que a realização da estratificação do risco cardiovascular dos usuários da população alvo da intervenção, foi um sucesso na equipe. No início, as vezes era feita pela médica e não era preenchido corretamente na ficha de acompanhamento, nem no prontuário, é por isso que no primeiro mês apenas 19 usuários hipertensos tinham realizado e preenchido na estratificação do risco cardiovascular, segundo escore de Framingham, constituindo um percentual de 61,3% para os usuários hipertensos, e 7 dos usuários diabéticos para um percentual de 63,6%.

Ao longo da intervenção buscamos atingir 100% dos usuários da população alvo acompanhados na unidade, durante os últimos 3 meses. Isto foi conseguido, mediante a capacitação da equipe, cumprimentada ao início da intervenção, sobre a realização desta avaliação, assim como o conhecimento dos fatores de risco modificáveis, e a importância de sua prevenção e controle, e com a monitorização dos usuários que tem feito pelo menos uma estratificação do risco. Além disso, organizamos a agenda para os atendimentos dos usuários considerados de alto risco, deixamos um horário da tarde semanal para realizar esses atendimentos, e por último mediante as atividades de saúde realizadas na comunidade e com o grupo, orientamos a população sobre a importância de realizar esta avaliação, e o controle dos fatores de risco modificáveis, como alimentação, estilo de vida, entre outros.

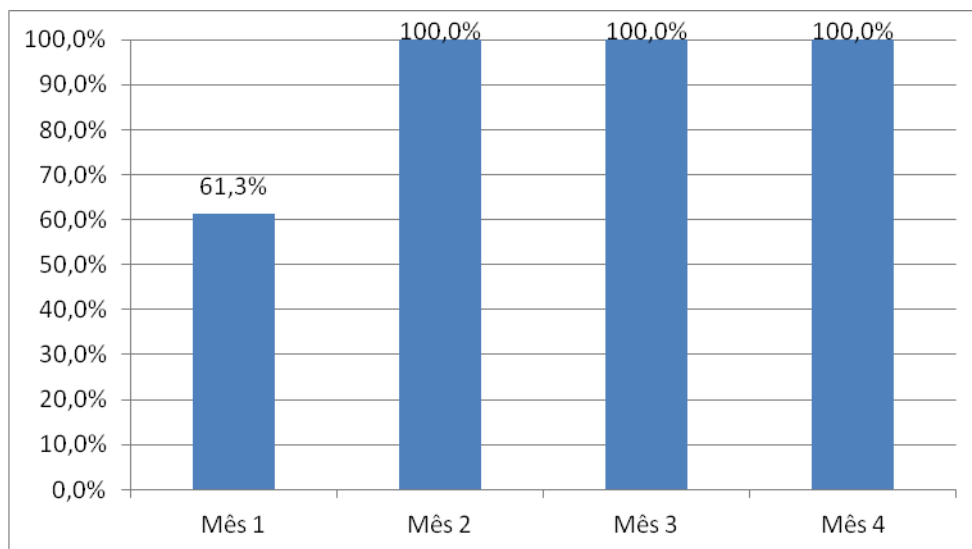


Figura 12: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, UBS Perpetuo Socorro, Macapá/AP. Fonte: Planilha de Dados 2015.

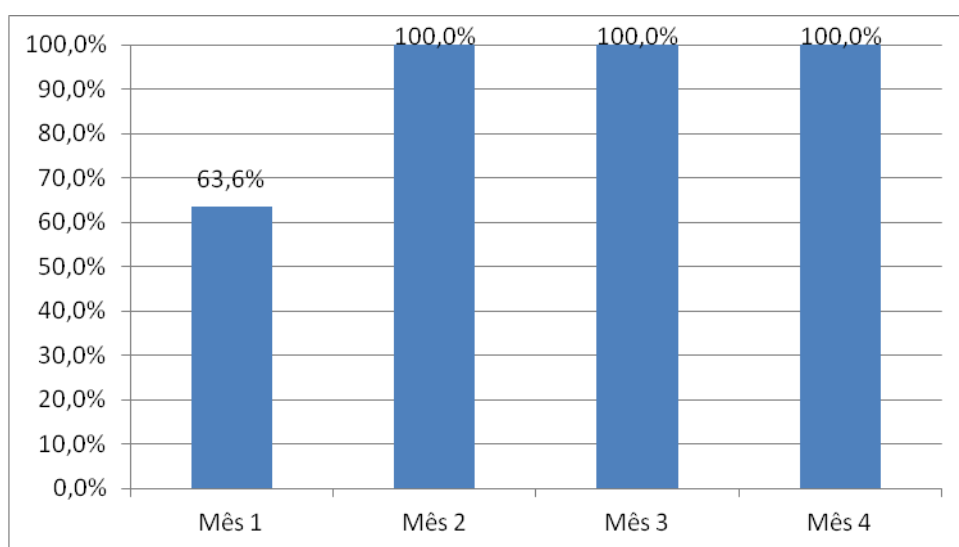


Figura 13: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, UBS Perpetuo Socorro, Macapá/AP. Fonte: Planilha de Dados 2015.

Para promover a saúde dos hipertensos e diabéticos, foram traçadas várias metas durante a implementação da intervenção, tais como garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos, garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos; garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos; garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos. Todas estas metas propostas ao início da intervenção alcançaram 100% dos usuários hipertensos e diabéticos em todos os

meses da intervenção. Para isso a equipe realizou várias ações: a capacitação da equipe ao início da intervenção sobre metodologias de educação em saúde e práticas alimentares saudáveis, oferecemos atividades com o grupo de pessoas com hipertensão e diabetes com a comunidade sobre este tema, para isso contamos com o apoio do NASF, fundamentalmente a nutricionista, onde foram envolvidas práticas coletivas de alimentação saudáveis, e o que mais nos auxiliou para cumprir esta meta ao longo da intervenção, foram as orientações, tanto individuais e coletivas oferecidas na comunidade sobre a importância de uma alimentação saudável, para lograr mudanças positivas no estilo de vida.

Mediante a orientação em relação à prática regular de atividade física, foi enfatizada sua importância para provocar mudanças efetivas no estilo de vida, neste sentido as ações que mais nos auxiliaram foram as orientações individuais e coletivas oferecidas pela equipe, e a capacitação da equipe ao início da implementação da intervenção, sobre os efeitos positivos na saúde, da prática regular de atividade física. Contudo devemos continuar melhorando desde o ponto de vista qualitativo neste aspecto, o qual podemos considerar para implementar durante a continuidade da intervenção na rotina de serviço, referente a demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade, os quais tem o conhecimento suficiente para ajudar-nos nesta tarefa, pois a unidade não conta neste momento com esses profissionais.

Quanto às orientações sobre os riscos do tabagismo, dentre as ações que mais auxiliou para atingir a meta ao longo da intervenção, foi a capacitação da equipe sobre os danos do tabagismo sobre a saúde da população, e a existência de tratamento para seu abandono, assim como orientações individuais e coletivas, encaminhadas primeiramente ao conhecimento da comunidade e dos usuários tabagistas sobre todos os danos provocados por este hábito, e por último sobre a existências de tratamentos específicos. Neste aspecto, ainda existem dificuldades objetivas para oferecer esses tratamentos, pois, a unidade ainda não conta com esses serviços, pelo qual devemos continuar a demanda ao gestor, para a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo."

No que diz respeito à orientação sobre higiene bucal, para seu cumprimento a equipe foi capacitada inicialmente para oferecer orientações desde o ponto de vista da higiene bucal, o qual foi monitorado. Foram oferecidas tanto de forma individual nas consultas, e nas visitas domiciliares, orientações sobre a importância de uma

adequada higiene bucal, para o controle de suas doenças, assim como para evitar complicações decorrentes da mesma. Mas, do ponto de vista qualitativo ainda precisa melhorar, pois, não tivemos atendimento odontológico suficiente para atender às necessidades avaliadas, pois na UBS existe uma dentista para resolver os problemas odontológicos de toda a comunidade, o que considero uma debilidade, e que foge da nossa governabilidade, e percebemos que não vai ser resolvida a curto prazo, esperamos que durante a continuidade da intervenção na rotina de serviço da equipe e da unidade, e mediante a demanda com o gestor da unidade, isso seja resolvido.

## **4.2 Discussão**

A implementação da intervenção na minha UBS, e especificamente em minha equipe de saúde, propiciou o aumento da cobertura, e melhoria significativa da qualidade na atenção aos usuários hipertensos e diabéticos que residem na área de abrangência, e que são acompanhados pela equipe de saúde. Todo isto é traduzido na melhoria dos registros existentes, e os implementados, assim como a ampliação na atenção de qualidade da população alvo, com destaque para a realização do exame clínico de qualidade, a implementação da estratificação do risco cardiovascular segundo score de Framinhang, e na atenção diferenciada aos usuários de ambos grupos considerados de alto risco cardiovascular.

A intervenção teve uma grande repercussão para a equipe, pois exigiu todo o esforço e integração dos profissionais, entre eles médica enfermeiro, técnico de enfermagem, ACS, recepcionistas, entre outros. A implementação do projeto, exigiu a capacitação da equipe ao início da intervenção, quanto à atualização dos protocolos sobre HAS e DM estabelecidos pelo MS, assim como outras questões referentes ao rastreamento, diagnóstico, tratamento, monitoramento, e metodologias de educação em saúde.

Para a realização deste projeto cada integrante da equipe, e da UBS teve suas atribuições e responsabilidades as quais foram cumpridas. Por exemplo, as recepcionistas tiveram a responsabilidade de encaminhar a equipe os usuários hipertensos e diabéticos que chegavam à UBS por demanda espontânea, com problemas relacionados ou não com ambas doenças, e que pertenciam a minha área de abrangência. A capacitação da equipe foi de responsabilidade do enfermeiro

e da médica, seguindo os protocolos atualizados do MS, e disponíveis na unidade de saúde. As ACS foram capacitadas para o cadastramento da população alvo, garantindo o registro dos hipertensos e diabéticos na unidade. A equipe, e principalmente os técnicos de enfermagem, foram capacitados para melhorar o acolhimento dos usuários, mediante a verificação criteriosa da PA, e a realização de hemoglobina teste em adultos com PA maior sustentada de 135/80.

Os exames clínicos dos usuários foram feitos pelo enfermeiro e pela médica. Mas, especificamente a avaliação dos pulsos e sensibilidade dos pés, e avaliação do risco cardiovascular segundo o escore de Framingham, foi feita pela médica, assim como o monitoramento desta importante avaliação. Os exames complementares solicitados de acordo à periodicidade recomendada foram monitorados pelo ACS e técnicos de enfermagem, assim como o registro e o monitoramento do estoque dos medicamentos da Farmácia/HIPERDIA.

As visitas domiciliares para a busca dos usuários faltosos foram atribuídas às ACS, assim como seu monitoramento, e a orientações na comunidade sobre a importância da realização destas consultas. A organização da agenda para acolher os usuários faltosos provenientes desta busca ativa, assim como a agenda para acolher os usuários considerados de alto risco cardiovascular, foi feita pela médica e enfermeiro, e por último a equipe organizou e monitorou todas estas atividades. Todo isto teve um impacto positivo em outras atividades do serviço, como por exemplo, na atenção dos usuários idosos, gestantes, e outros usuários com doenças crônicas.

O projeto implementado teve um impacto positivo para o serviço, e em linha geral na unidade de saúde, pois antes de implementar a intervenção o programa na equipe, não estava sistematizado. As atividades de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos eram concentradas no médico, pelo qual objetivamente não era da qualidade requerida, pois, também requeria na atenção de outros grupos populacionais. A intervenção reviu as atribuições da equipe, viabilizando a atenção de um maior número de pessoas. A melhoria dos registros utilizados para a atenção destes usuários, otimizou a agenda para a atenção dos usuários que chegam pela demanda espontânea. Além disso, a realização da estratificação do risco cardiovascular dos usuários atendidos serviu para organizar a agenda e para priorizar os atendimentos destes usuários.

O impacto da intervenção para a comunidade, ainda não é percebida pela população, contudo é um sucesso para a população alvo de hipertensos e diabéticos. Pois, observamos a satisfação dos usuários com a melhora da atenção de qualidade que está sendo oferecida pela equipe, assim como a satisfação pela prioridade nos atendimentos, fundamentalmente os usuários considerados de alto risco. A intervenção não gerou nenhuma dificuldade na atenção de outros grupos populacionais, mas, devido as chuvas que dificultou alguns atendimentos, tivemos que mudar a agenda algumas vezes, o qual ocasionou estas dificuldades. Apesar do esforço da equipe para ampliar a cobertura dos usuários hipertensos e diabéticos, ainda existem muitos usuários sem cobertura do programa de atenção à HAS e DM.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional da área de abrangência, eu tivesse discutido com a equipe sobre as atividades que vinham sendo feitas. Assim como sobre as que deveriam ser mudadas, e quais verdadeiramente deveriam ser feitas. Ao iniciar a intervenção, a equipe não estava integrada, de tal maneira não existia a integração necessária com a comunidade para facilitar a articulação de todas essas atividades, a importância da priorização da atenção destes usuários, e qual era a melhor forma de sua implementação.

Olhando estas dificuldades detectadas ao início, e agora que a equipe está no final do projeto, percebo que a equipe tem a organização, e a integração necessária para incorporar a intervenção na rotina de serviço, pois estão criadas quase todas as condições objetivas e subjetivas para sua continuidade, e chegar a superar as dificuldades encontradas ao longo da intervenção.

A continuidade da implementação da intervenção na rotina de serviço da equipe, como explicamos anteriormente, será incorporada, contudo temos que superar algumas dificuldades, como por exemplo, temos que continuar conscientizando à população sobre a importância da priorização e controle da HAS e DM, assim como o controle dos fatores de risco modificáveis, e a atenção priorizada aos usuários considerados de alto risco.

Referente à realização dos exames complementares na unidade, continuaremos buscando alternativas para sua realização, assim como a equipe continuará demandando com o gestor da unidade, e de acordo com nossa governabilidade, a realização dos exames na unidade. Igualmente referente à atenção odontológica para os usuários da população alvo avaliados segundo suas

necessidades bucais, continuaremos solicitando o gestor para resolver esta dificuldade.

De acordo com as informações coletadas em nossos registros, notamos que a falta das informações sobre as necessidades odontológicas precisa mudar, pois foi pouca a quantidade de usuários com as necessidades odontológicas avaliadas. É por isso que durante a incorporação da intervenção na rotina de serviço, vamos adequar a ficha de acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos, para permitir a coleta adequada de todos os dados, e poder monitorar todos os indicadores que tínhamos previstos.

Por último, a partir do mês de setembro, quando já tiver retornado a ACS que está de licença de maternidade, pretendemos continuar aumentando a cobertura dos usuários cadastrados com HAS e DM, assim como continuar com o rastreamento de ambas as doenças na área de abrangência. Devido aos resultados satisfatórios, e o sucesso desta intervenção, no futuro iremos organizar a atenção à saúde da criança na UBS.

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

A intervenção implementada na UBS Perpetuo Socorro, tratou sobre a melhoria da atenção à saúde dos usuários residentes na área de abrangência, com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus. Ocorreu no período de 16 semanas, e contou com a participação da equipe de saúde e da comunidade. Na área adscrita existe uma população estimada de 2.412 pessoas com 20 anos ou mais, o qual constitui 67% da população total, nesta existe uma estimativa de 548 hipertensos, constituindo 22,7% aproximadamente, e uma estimativa de 135 diabéticos, o qual constitui 5,6% da população.

Antes de implementar a intervenção, a equipe identificou que a cobertura e qualidade na atenção às pessoas com HAS e DM, estava muito diminuída. As atividades eram concentradas no médico, pelo qual objetivamente não era da qualidade requerida. Apenas existiam registros, ou eram de pouca qualidade, e os dados estatísticos praticamente eram inexistentes. Mediante a intervenção a equipe realizou o acompanhamento de 145 hipertensos, alcançando a cobertura de 26,5%, e 38 diabéticos, atingindo uma cobertura de 28,1%. Dentre as ações destacamos a capacitação feita à equipe ao início da intervenção, que proporcionou melhoria significativa do cadastramento e acolhimento dos usuários atendidos. Foi garantido o material adequado como esfigmomanômetro, mas, tivemos dificuldades com o material para a realização do hemoglobíno teste, o qual foi resolvido parcialmente durante a intervenção, com a ajuda do gestor.

A equipe obteve a integração da população, e os líderes da comunidade com o projeto, para conhecer a importância do rastreamento destas doenças. Com a implementação deste projeto alcançamos melhoria significativa na qualidade da atenção aos hipertensos e/ou diabéticos na área de abrangência. A equipe priorizou



a prescrição dos medicamentos dos usuários hipertensos e diabéticos, da Farmácia Popular/HIPERDIA. Buscamos melhorar a adesão dos hipertensos e/ou diabéticos ao programa, mediante a busca ativa dos usuários faltosos às consultas conforme a periodicidade recomendada, e realizamos atividades de saúde com a comunidade, e com os usuários da população alvo, dirigidas fundamentalmente à promoção e prevenção em saúde.

É importante ressaltar que encontramos dificuldades objetivas para implementação de algumas ações, mas, que não dependeram somente da equipe, pois, em grande parte dependem da gestão. Por exemplo, a maioria das necessidades odontológicas avaliadas não foram resolvidas, porque na UBS existe um dentista para resolver os problemas odontológicos de toda a comunidade, portanto esperamos que durante a continuidade da intervenção na rotina de serviço, e mediante a demanda com os gestores, esta possa ser resolvida.

Outra dificuldade que não foi resolvida ao longo da intervenção foi referente à realização dos exames complementares na unidade, não estão sendo feitos estes exames por falta de insumos e reagentes, para tanto precisamos da ajuda do gestor para resolver esta situação. O acesso aos medicamentos na Farmácia da unidade, também foi uma dificuldade, apesar de serem prescritos para 100% dos usuários atendidos, nem sempre há no estoque.

A UBS não conta com educador físico, pelo qual devemos continuar a demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver este profissional na nossa equipe. Há dificuldades objetivas para oferecer tratamentos antitabagismo, pois a unidade ainda não conta com esse serviço, pelo qual precisamos da compra dos medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo."

Portanto, o projeto implementado na UBS Perpetuo Socorro teve um impacto positivo, tanto para a equipe, quanto para a comunidade. A intervenção reviu as atribuições da equipe, viabilizando a atenção de um maior número de pessoas. Melhorou os registros utilizados para a atenção destes usuários, otimizou a agenda para os que chegam pela demanda espontânea, passamos a realizar a estratificação do risco cardiovascular dos usuários atendidos, organizou a agenda para priorizar os atendimentos. Observando objetivamente os resultados, e o impacto positivo desta intervenção, acreditamos que esta pode continuar na rotina da equipe, assim como no futuro podemos implementar outra ação programática conforme o modelo aprendido no curso de especialização em saúde da família da UFPEL.

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

A equipe de saúde da UBS Perpétuo Socorro realizou uma intervenção durante 16 semanas, com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento às pessoas com hipertensão e diabetes moradoras na área da unidade de saúde. Esta intervenção foi realizada por uma necessidade da população, pois tanto a hipertensão, como o diabetes, constitui problemas de saúde frequentes na nossa comunidade, além disso, os atendimentos deste grupo de usuários estavam muito diminuídos, apenas existiam registros, e as fichas de acompanhamento, não tinham a qualidade requerida.

Participaram desta intervenção a equipe de saúde que atende esta área de abrangência, com a médica, enfermeiro, técnicos de enfermagem e ACS, as pessoas com hipertensão e diabetes, assim como a comunidade em geral. Para isso, tivemos que realizar mudanças na agenda de trabalho, para de uma ou outra maneira, não comprometer a atenção de outros grupos populacionais.

Os principais resultados atingidos durante a intervenção foram, aumentamos a cobertura dos usuários hipertensos e diabéticos, melhoramos o acolhimento dos usuários atendidos, assim como melhoramos de forma significativa todos os registros e ficha de acompanhamento. Também foi melhorada a qualidade na atenção destes usuários, garantindo a realização de exames complementares em dia, realização de exames clínicos em dia e de qualidade, prescrição dos medicamentos da Farmácia popular a 100% dos hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde, assim como orientamos aos usuários, e a comunidade, quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular.

Buscamos realizar a avaliação das necessidades de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos, as ACS realizaram a busca dos usuários faltosos às consultas, com a ajuda dos líderes comunitários, e da comunidade em geral. A comunidade contribuiu para alcançarmos o objetivo, e por isso a equipe continua necessitando da participação de todos, pois ainda existem crenças errôneas na população, sobre estas doenças.

Realizamos ações na comunidade de promoção de saúde, para garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física,

riscos do tabagismo, orientações sobre higiene bucal, entre outras, onde os principais protagonistas foram vocês.

Contudo as metas propostas desde início foram cumpridas parcial ou totalmente, ainda falta muito para avançar, é por isso que a intervenção foi incorporada na rotina de serviço da equipe, para continuar a melhoria, e aperfeiçoar o que iniciamos na intervenção. Ainda a intervenção, não é percebida completamente por vocês, consideramos que é um sucesso para a população de hipertensos e diabéticos, isto é traduzido na satisfação dos usuários com o melhoramento da atenção de qualidade que está sendo oferecida pela equipe, assim como a satisfação pela prioridade nos atendimentos.

A intervenção implementada, tratou de não gerar nenhuma dificuldade na atenção de outros grupos populacionais, mas, devido às chuvas que dificultou alguns atendimentos, tivemos que mudar a agenda algumas vezes, contudo acreditamos, que com a dinâmica estabelecida na equipe, isto já foi resolvido. Apesar do esforço da equipe para ampliar a cobertura dos usuários hipertensos e diabéticos, ainda existem muitos usuários sem cobertura, pelo qual consideramos, que com o trabalho de todos juntos, tanto da equipe, como de vocês, podemos melhorar ainda mais a cobertura, assim como a melhoria de nossos serviços, para que seja em uma realidade, e em um futuro poder implementar outro programa na UBS. Portanto, a equipe quer agradecer a colaboração, e a participação de vocês, neste trabalho, e esperamos continuar contando com sua ajuda.

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

Para que a ESF seja realmente eficiente deve ser composta de uma equipe multidisciplinar para fortalecer a formação de um vínculo entre os profissionais e a população atendida, tanto individualmente como no contexto da comunidade, com suas próprias características geográficas e peculiaridades. Isso exige ter profissionais bem treinados e humanizados para prestar cuidados de qualidade, e serviços de saúde integrativa, e assim poder melhorar a qualidade de vida da população.

É por isso que ao início deste curso, eu tinha as mais altas expectativas, as quais foram cumprindo-se, ao decorrer da implementação do projeto de intervenção. Este projeto permitiu uma maior compreensão da realidade com base nos problemas e necessidades de nossa UBS, e especificamente da equipe de saúde, além de melhorar nossas habilidades em matéria de saúde pública. Também mediante este curso, tivemos a oportunidade de melhorar nosso raciocínio clínico e nossa prática profissional, podendo interagir virtualmente com os colegas e orientadores, e expor cada uma das nossas experiências dentro de nossas comunidades.

O curso teve uma organização de quatro unidades de estudo, refletindo o planejamento estratégico, simulando o método científico (problema, projeto, campo, análise e resultado), assim como o processo clínico (diagnóstico, plano terapêutico, tratamento e desfecho). Durante este processo pessoal de aprendizagem, tivemos a oportunidade de implementar um projeto de intervenção personalizado, levando em consideração os problemas que afligem o nosso trabalho na UBS. Assim, um dos principais objetivos foi integrar os serviços de saúde e gestores do SUS, na formação continuada de profissionais de saúde que trabalham na rede pública.

Tivemos algumas dificuldades para cumprir em sua totalidade alguns dos objetivos propostos, acreditamos que este projeto educacional, me deu a habilidade

de colocar um sistema de organização e gestão de serviços, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica, que constitui o núcleo do programa do curso na prática.

Além disso, oportunizou o ensaio, e a preparação das capacidades para intervir na realidade, e constitui-o um espaço, para expressar nossas dúvidas, o qual foi muito importante, para construir ao longo do curso o TCC, o qual é a expressão ao redor do trabalho realizado simultaneamente, e integrada em todo o curso. Este projeto pedagógico teve o propósito de superar a oferta de disciplinas e conteúdos fragmentados, e conectar os conteúdos, relacionando-os com a prática, e estimulando a participação, e nossa autonomia na solução de problemas concretos, nesse sentido acredito que o objetivo foi alcançado, e abarcou as expectativas que tínhamos no início do curso.

Por último, tudo isto foi materializado, na concreção de um projeto de investigação científica, baseado em um problema de saúde, e realizado pela equipe, e junto à comunidade, o qual nos permitiu melhorar na atenção tanto de cobertura, como de qualidade, dos usuários com hipertensão e diabetes, e que são acompanhados pela equipe de saúde, e assim atingimos um dos objetivos do milênio, que é melhorar a saúde da população brasileira.

## Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégias para o Cuidado das Pessoas com Doenças Crônicas. Hipertensão Arterial Sistêmica. Cadernos de Atenção Básica No 37. 1ra Edição Revista. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva: WHO, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégias para o Cuidado das Pessoas com Doenças Crônicas. Diabetes Mellitus. Cadernos de Atenção Básica No 36. 1ra Edição Revista. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Primária, n. 29).

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010),

## **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.