

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma8**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhorada atenção à saúde dos usuários com HAs e DM na UBS/ESF José  
Alves Meirelles, Tartarugalzinho/AP**

**Aleandrys del Toro Noa**

**Pelotas, 2015**

**Aleandrys del Toro Noa**

**Melhoria da atenção à saúde dos usuários com HAS e DM na UBS/ESF José  
Alves Meirelles, Tartarugalzinho/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: Ana Guilhermina Machado Reis

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

N739m Noa, Aleandrys del Toro

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com HAS e DM na UBS/ESF José Alves Meirelles, Tartarugalzinho/AP / Aleandrys del Toro Noa; Ana Guilhermina Machado Reis, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

95 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. Reis, Ana Guilhermina Machado, orient. II. Título

CDD : 362.14

Dedico a conclusão desse trabalho a meus queridos e amáveis pais e à minha família que sem eles minha formação como profissional não poderia ter sido concretizada.

## **Agradecimentos**

A minha orientadora Ana Guilhermina Machado Reis por ter me acolhido e me ajudado com todas minhas dúvidas e sua imensa paciência e inestimável orientação. Agradeço de coração ao ótimo trabalho da equipe, em todos os momentos que têm realizado um trabalho focado e primoroso em cada ação realizada.

Ao Ministério da Saúde do Brasil e a toda equipe da UNASUS-UFPEL, meu muito obrigado!

## Resumo

DEL TORO NOA, Aleandrys. **Melhoria da atenção à saúde dos usuários com HAS e DM na UBS José Alves Meirelles em Tartarugalzinho/AP**. 2015. 95f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) constituem-se importantes problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. Apesar dessas doenças serem evitáveis, elas geram inúmeras complicações que acarretam em incapacidade funcional, exigindo um elevado custo financeiro para o Sistema Único de Saúde (SUS) e para o indivíduo e a família. A UBS José Alves Meirelles localizada em Tartarugalzinho, Amapá apresenta significativas dificuldades relacionadas ao programa de HAS e DM. Segundo os dados obtidos de acordo com o Caderno de Ações Programática (CAP) a população estimativa da UBS é de 4500 pessoas, 2517 são maiores de 20 anos, sendo que 583 são usuários com HAS, representando 38,43% e 202 usuários com DM (8,02%). Considerando a baixa cobertura desses programas nessa UBS e a necessidade de qualificar a atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM, o presente trabalho teve como objetivo melhorar a atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM da UBS José Alves Meirelles, Tartarugalzinho/AP. A intervenção foi desenvolvida no período de abril a Julho de 2015. Foram realizadas ações em quatro eixos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica com o intuito de ampliar a cobertura, melhorar a qualidade da atenção, a adesão de HAS e DM no programa, melhorar os registros das informações, avaliar o risco cardiovascular desses indivíduos e promover a saúde dos mesmos. Para garantir as ações, foram estabelecidos, objetivos, metas e indicadores e utilizou-se a planilha de coleta de dados e a ficha-espelho do curso de especialização da UFPel, visando monitorar e registrar os dados para a análise. Após a intervenção foi possível observar que os indicadores de cobertura do programa de HAS e DM alcançaram, respectivamente, 42,9% (250) e 61,4% (124). Já os indicadores de qualidade, como por exemplo, as orientações sobre nutrição e alimentação saudável, divulgação sobre os riscos do tabagismo foram alcançadas em 100%. Embora algumas metas não tenham sido alcançadas, observa-se que a intervenção promoveu uma reorganização do processo de trabalho da equipe, fortaleceu a integração entre os trabalhadores e destes com a comunidade, estimulou o protagonismo, autonomia e momentos de educação permanente. As ações foram incorporadas na rotina da UBS e dessa forma se potencializa a saúde cada vez integral e universal com a melhoria da qualidade de vida da população.

**Palavras-chave:** Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Doenças Crônicas Não Transmissíveis; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

## Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde UBS José Alves Meirelles em Tartarugalzinho/AP. 2015	61
Figura 2	Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde UBS José Alves Meirelles em Tartarugalzinho/AP. 2015	61
Figura 3	Gráfico indicativo da proporção de usuários com HAS com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS José Alves Meirelles em Tartarugalzinho/AP. 2015	62
Figura 4	Gráfico indicativo da proporção de usuários com DM com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS José Alves Meirelles em Tartarugalzinho/AP. 2015	63
Figura 5	Gráfico indicativo da proporção de usuários com HAS com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS José Alves Meirelles em Tartarugalzinho/AP. 2015	64
Figura 6	Gráfico indicativo da proporção dos usuários com DM com exames complementares em dia, de acordo com o protocolo na UBS José Alves Meirelles em Tartarugalzinho/AP. 2015	64
Figura 7	Gráfico indicativo da proporção de usuários com HAS com prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia priorizada na UBS José Alves Meirelles em Tartarugalzinho/AP. 2015	65
Figura 8	Gráfico indicativo da proporção de usuários com DM com prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia priorizada na UBS José Alves Meirelles em Tartarugalzinho/AP. 2015	66
Figura 9	Gráfico indicativo da proporção de usuários com HAS com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS José Alves Meirelles em Tartarugalzinho/AP. 2015	67
Figura 10	Gráfico indicativo da proporção de usuários com DM com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS José Alves Meirelles em Tartarugalzinho/AP. 2015	67
Figura 11	Gráfico indicativo da proporção de usuários com HAS faltosos as consultas com busca ativa na UBS José Alves Meirelles em Tartarugalzinho/AP. 2015	68
Figura 12	Gráfico indicativo da proporção de usuários com HAS com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS José Alves Meirelles em Tartarugalzinho/AP. 2015	69
Figura 13	Gráfico indicativo da proporção de usuários com DM com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS José Alves Meirelles em Tartarugalzinho/AP. 2015	69

Figura 14	Gráfico indicativo da proporção de usuários com HAS com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em diana UBS José Alves Meirelles em Tartarugalzinho/AP. 2015.	70
Figura 15	Gráfico indicativo da proporção de usuários com DM com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em diana UBS José Alves Meirelles em Tartarugalzinho/AP. 2015.	71
Figura 16	Gráfico indicativo da proporção de usuários com HAS com orientação sobre a prática de atividade física regular na UBS José Alves Meirelles em Tartarugalzinho/AP. 2015	72
Figura 17	Gráfico indicativo da proporção de usuários com HAS que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na UBS José Alves Meirelles em Tartarugalzinho/AP. 2015	73
Figura 18	Gráfico indicativo da proporção de usuários com HAS que receberam orientações sobre higiene bucal na UBS José Alves Meirelles em Tartarugalzinho/AP. 2015	74
Figura 19	Fotografia Encontro com os usuários usuários com DM e/ou com HAS realizado na UBS José Alves Meirelles em Tartarugalzinho/AP. 2015	89
Figura 20	Fotografia Prática de exercícios físicos realizados com os usuários usuários com DM e/ou com HAS na UBS José Alves Meirelles em Tartarugalzinho/AP. 2015	89
Figura 21	Fotografia de Palestra da equipe de saúde bucal realizados com os usuários com DM e/ou com HAS na UBS José Alves Meirelles em Tartarugalzinho/AP. 2015	90

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

AP	Amapá
ACS	Agente Comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CP	Coleta de Preventivo
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EaD	Educação à Distância
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HGT	Hemoglicoteste
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
PCCU	Prevenção do Câncer do Colo do Útero
PMMB	Programa Mais Médicos para o Brasil
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
RN	Rio Grande do Norte
SispreNatal	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
VD	Visita Domiciliar
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory

## Sumário

Apresentação .....	10
1 Análise Situacional .....	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	11
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	20
2 Análise Estratégica .....	22
2.1 Justificativa .....	22
2.2 Objetivos e metas .....	23
2.2.1 Objetivo geral .....	23
2.2.2 Objetivos específicos .....	23
2.2.3 Metas .....	24
2.3 Metodologia .....	26
2.3.1 Detalhamento das ações .....	26
2.3.2 Indicadores .....	40
2.3.3 Logística .....	45
2.3.4 Cronograma .....	49
3 Relatório da Intervenção .....	54
3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas .....	54
3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas .....	59
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados .....	60
3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações .....	60
4 Avaliação da intervenção .....	61
4.1 Resultados .....	61
4.2 Discussão .....	76
5 Relatório da intervenção para gestores .....	79
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	83
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem .....	86
Referências .....	88
Apêndices .....	89
Anexos .....	92
Anexo A - Documento do comitê de ética .....	93
Anexo B- Planilha de coleta de dados .....	94
Anexo C-Ficha espelho .....	95
Anexo D -Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias .....	96

## **Apresentação**

O presente volume faz parte do trabalho de conclusão de curso da especialização em Saúde da Família – Modalidade Educação à Distância (EaD), promovido pela Universidade Federal de Pelotas(Ufpel) em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UNASUS). O trabalho foi desenvolvido na UBS José Alves Meireles do município Tartarugalzinho/ AP, durante os meses de setembro a dezembro de 2014, com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção ao hipertenso e diabético de nossa área de abrangência.O volume descrito a seguir apresenta sete partes. A primeira é a análise situacional, momento que retrata a situação de nossa unidade quanto aos diversos aspectos, como por exemplo, informações sobre a estrutura da UBS, a relação da equipe com a comunidade e as informações sobre algumas ações programáticas que eram desenvolvidas antes do início da intervenção. A segunda parte é a análise estratégica. Nessa etapa, a partir do conhecimento proporcionado pela etapa anterior, elaboramos um projeto de intervenção com foco na HAS e DM, considerando as reais necessidades da comunidade e baseado nos protocolos de atendimentos do MS. A terceira parte abrange o relatório da intervenção, caracterizado pela descrição das ações desenvolvidas para alcançar as metas e os objetivos, visando melhorar a saúde da comunidade. Há relatos qualitativos e subjetivos com a intenção de expor as dificuldades e os obstáculos encontrados e que com a união, o esforço e o espírito de trabalho conseguiremos superá-los. A quarta parte, avaliação da intervenção abordamos os resultados.A quinta parte realizamos o relatório para a comunidade e a sexta parte o relatório para os gestores descrevendo cada indicador os objetivos alcançados, a importância e significado dos mesmos para a comunidade, serviço e a equipe. A última seção (a sétima) consiste na reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem, descreve como foi o desenvolvimento pessoal e profissional durante o curso, as expectativas iniciais e a importância dos aprendizados para a minha prática profissional.

## **1 Análise Situacional**

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

Nossa UBS é provisional, pois o local definitivo está em reformas. A UBS/ESF está localizada no centro podendo ser considerada urbana, contando com quatro equipes de saúde. Nestas equipes trabalham médicos que formam parte do programa de saúde da família (PSF) e do Programa Mais Médicos, todos estrangeiros cubanos com um tempo no Brasil entre um ano e dois anos, esses médicos são especialistas em Medicina Geral Familiar. Cada equipe está formada por médicos e enfermeiros, embora as equipes não estejam completas, pois estão faltando profissionais da enfermagem, técnicos de enfermagem e agentes comunitários, além disso, não estão incluídas as equipes odontológicas, ou seja, as equipes de odontologista trabalham afastadas das equipes de saúde, e em outro centro odontológico.

Até o momento não temos atendimento especializado de ginecologista, pediatria, psiquiatria, ortopedista e outras especialidades. No caso de nutricionista nestes momentos não se oferece este serviço por estar de licença saúde.

Os usuários buscam clínicas e laboratórios particulares para a realização de outros tipos de exames já que nossa UBS somente realiza testes rápidos de VDRL, HIV e Hepatite. Apresentamos dificuldades com a implementação de programas do SUS, por várias razões, tais como: primeiramente desconhecimento dos protocolos de atendimentos para esses programas e doenças clínicas, instabilidade do pessoal da equipe, indisponibilidade de recursos para implementar totalmente esses programas, essas são algumas das causas das dificuldades para cumprir as orientações e diretrizes do SUS.

Embora estejamos trabalhando em uma unidade provisional, não temos grandes problemas de barreiras arquitetônicas, pois a Unidade está situada em lugar baixo, sem desníveis, onde podem chegar às crianças, pessoas idosas e pessoas com deficiências sem dificuldades. O problema de estrutura é relacionado a falta de salas, visto que as três equipes realizam a consulta médica no mesmo local, em dois turnos diferentes de atendimento. Devido a esta dificuldade, às vezes um dos médicos atende na sala de reabilitação afetando à consulta de fisioterapia.

Em determinadas ocasiões são muitas as pessoas na sala de recepção, pois não a estrutura não conta com sala de espera, e os arquivos de prontuários encontram-se na mesma sala da triagem.

Também existem dificuldades com a sala de curativos onde se encontra o equipamento de esterilização, esta constitui fatores de risco de acidentes para o pessoal de enfermagem e usuários. Logicamente sendo uma unidade provisional, não tem os requerimentos estruturais necessários que deve ter toda unidade de saúde. Para solucionar esta dificuldade já se realizam os últimos ajustes na unidade onde se acolherá definitivamente a nossa população.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

Tartarugalzinho foi elevado à categoria de município em 17 de dezembro de 1987. Suas origens e desenvolvimento estão ligados a sua disposição geográfica como local de referência no trânsito da BR-156 que, ainda hoje, continua com a oferta de serviços, incluindo alimentação, combustível e venda de produtos diversos.

Aliado a esse contexto, destaca-se o desenvolvimento da pecuária em suas áreas inundáveis ainda como uma de suas principais bases produtiva.

A área total do município é de 6.711,95 km<sup>2</sup>, o que resulta numa densidade demográfica de 1,85 hab./km<sup>2</sup>. Seus limites são Pracuúba a noroeste e norte, Amapá a nordeste, Cutias a sudeste e Ferreira Gomes a sudoeste.

Dentro da economia destaca-se a criação de bovino, bubalino e de suínos. Culturas de subsistência como mandioca e laranja e a pesca artesanal na região do Lago Novo.

Atualmente, Tartarugalzinho busca ampliar sua base produtiva, voltando-se para o ecoturismo.

A população recenseada em 2013 é de 13.385 habitantes, sendo que quase metade da população é rural. Em nosso município existe um Hospital considerado

unidade mista, onde se proporciona atendimento de demanda espontânea e atendimentos de urgência/emergência.

Realizam-se testes de Malária e Leishmaniose, os resultados são conferidos aos usuários às vezes em uma hora, outras vezes somente no outro dia. Não contamos com Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e não temos disponibilidade de Centro de Especialidades Odontológicas(CEO).

A UBS conta com quatro equipes de saúde. Nessas equipes trabalham médicos da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB). Esses médicos são especialistas em Medicina Geral de Família.

Cada equipe é formada por médicos e profissionais de enfermagem, embora as equipes não estejam completas, pois estão faltando Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde, além disso, não estão incluídas as equipes odontológicas, ou seja, essas equipes de odontologista trabalham afastadas das equipes de saúde e em outro centro odontológico.

Até o momento não temos atendimento especializado de Ginecologista, Pediatria, psiquiatria, Ortopedista e outras especialidades. No caso de Nutricionista nestes momentos não se oferece este serviço por estar de licença saúde.

Os usuários buscam clínicas e laboratórios particulares para a realização de outros tipos de exames já que nossa UBS somente realiza testes rápidos de VDRL, HIV e Hepatite. Apresentamos dificuldades com a implementação de programas do SUS, por várias razões, tais como: primeiramente desconhecimento dos protocolos de atendimentos para esses programas e doenças clínicas, instabilidade do pessoal da equipe, indisponibilidade de recursos para implementar totalmente esses programas, essas são algumas das causas das dificuldades para cumprir as orientações e diretrizes do SUS.

Os indivíduos, famílias, comunidades tem grandes desconhecimentos sobre as doenças, que os afetam, então, não terão recursos para enfrentar, e serão vítimas delas. A maior ferramenta que se pode oferecer aos indivíduos é o conhecimento das doenças que os afetam e como enfrentar. Para equipe, uma meta importante, é elevar o nível de conhecimento da população e diminuir as incidências das enfermidades.

O atendimento domiciliar também é outra atribuição das equipes que são afetadas, já que um médico encontra-se realizando atendimento a mais de quatro mil pessoas. Assim, fica com pouco tempo para visitar os indivíduos, para

cadastro, para atenção das famílias, pesquisa de doenças de notificação compulsória, ou seja, o volume de trabalho afeta todas as atividades da equipe.

A escassez de recursos, medicamentos ou produtos laboratoriais também afetam os diagnósticos e tratamentos corretos das doenças.

Entretanto, todos esses problemas já foram objeto de conversa com a secretaria de saúde de nosso município, e alguns estão em processo de análise, para solucionar os mesmos, já que são de resolução administrativa.

Os dados encontrados no último censo realizado no ano de 2013, o município de Tartarugalzinho tem 13.385 habitantes, 6927 da população urbana e 6458 da população rural (IBGE/2013).

O excesso de população aumenta a demanda espontânea, visto que só dois médicos trabalham em cada turno, todas as pessoas que chegam a UBS, que solicitam atendimento encontram somente dois médicos, muitas dessas pessoas buscam profissionais de áreas rurais distantes e tem que esperar para ser atendidas.

Em relação à saúde da criança, em nossa UBS se vem realizando ações de vacinação, consulta de puericultura, teste do pezinho. Em nossa população as mães não têm hábitos de buscar as consultas de puericultura, quando entrevistamos algumas delas, referem que desconhecem essas consultas.

A UBS realiza atendimento de puericultura para os grupos de menores de 12 meses, de 12 a 23 meses, de 24 a 72 meses, que são realizadas as quartas e sexta na tarde. Também realizamos puericultura em outra área devido a que nosso município é rural. Participam do atendimento de puericultura na UBS médico clínico geral, enfermeiro, técnico auxiliar de enfermagem.

São desenvolvidas várias ações que contribuem no cuidado à criança na puericultura, na promoção do aleitamento materno, já que as mulheres estão grávidas e necessitam de ser orientadas. Neste sentido, realizamos palestras sobre os benefícios do aleitamento materno para o bebê como a redução de alergia, da obesidade, melhor nutrição e desenvolvimento da cavidade bucal e benefício para a mãe favorecendo maior interação mãe-bebê e a diminuição do risco de câncer de mama. Repassamos orientações sobre os cuidados com os recém nascidos como a lavagem de mãos por todas pessoas que tem contato com o bebê. Também focamos cuidados como as mães não permitirem que pessoas fumem dentro da casa ou que aqueles que acabam de fumar peguem o bebê. Orientamos quanto aos

manejos adequados ao banho, da posição supina. Verificamos se os recém-nascidos receberam as doses de vacinas, inclusive contra hepatite B.

Também realizamos atividades de educação em saúde sobre prevenção de anemia, hábitos alimentares saudáveis, teste do pezinho a coleta para exame deve ser realizadas entre o 3-7 dias de vida da criança. Nossa UBS não tem problemas com relação ao teste do pezinho, uma vez que os bebês nascidos no hospital da cidade realizam o teste, com a coleta realizada até 15 dias de vida do bebê. Nós registramos os atendimentos desta fase das crianças em formulários especiais da puericultura.

A UBS tem um número estimado de 95 crianças residentes na área, o qual tem registrada 73 (80%) crianças menores de um ano residentes na área que são acompanhadas. Estão com as consultas em dia 38 crianças, o que representa 50%, o total de consultas deverá ser sete consultas de rotina no primeiro ano de vida.

Uma das razões para as crianças não comparecerem é que as mães procuram o serviço apenas quando seu filho tá doente, quando acontece ausência nas palestras sobre a importância de cada consulta de puericultura, seu objetivo específico em cada consulta se realiza avaliação do estado nutricional.

Estão com atraso da consulta em agendas com mais de sete dias, 21 crianças o que representa 28%, quando acontece, são avisadas pelos agentes comunitários. Quanto ao teste do pezinho, 74 crianças realizaram o que representa 97%, permitindo a detecção da fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito e hemoglobinopatia.

Em relação à primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida temos 52 crianças, o que representa 68%. Com triagem auditiva evidenciamos pelo CAP41 crianças, representando 54%. Com a avaliação de saúde bucal em dia, encontramos 24 crianças representando 32% do total. O monitoramento do crescimento nas últimas consultas temos 49 crianças (64%). 45 crianças foram monitoradas quanto ao desenvolvimento na sua última consulta de puericultura o que representa 59%. Sobre as vacinas 61 crianças são atualizadas, representando 80%. O fato de não termos atingido os 100% pode ser devido o esquecimento de mãe e com a realização de um levantamento de todas as crianças com vacinas desatualizadas estão sendo avisadas pelos agentes comunitários.

Receberam orientação para aleitamento materno e para prevenção de acidentes as 76 crianças o que representa 100%.

Estamos resolvendo essa dificuldade, quando começamos a oferecer orientações às mães apoiados nas enfermeiras da vacinação, pois esse departamento acolhe muitas mães com crianças para receber vacinas, então aproveitamos para ofertar as orientações adequadas.

Em relação à atenção pré-natal e puerperio em nossa UBS, este tipo de acolhimento é realizado em sua grande parte pelas enfermeiras, as quais encaminham para consulta médica a gestante de alto risco ou quando apresenta algum problema agudo que requeira atenção médica imediata ou quando está no terceiro trimestre da gestação e necessita ser atendida por um médico. Fazemos atendimento pré-natal todas as quartas feiras. O médico orienta as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal da amamentação e da vacinação, cadastramento da gestante no Sisprenatal e fornece o cartão da gestante devidamente preenchido. As consultas de pré natal, na gestação de baixo risco se intercalam com a presença do enfermeiro. Durante as consultas solicitamos exames complementares e orientamos de acordo com as necessidades individuais.

O enfermeiro orienta também quanto a vacinação das gestantes (contra tétano e hepatite B), identifica as gestantes com algum sinal de alarme, realiza exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico de colo do útero, orienta as gestantes quanto aos fatores de riscos e vulnerabilidade. Realizamos busca ativa das gestantes faltosas.

O auxiliar de enfermagem verifica o peso e a pressão arterial e anota os dados no cartão das gestantes. Este profissional também aplica vacinas dupla adulto (dT – difteria e tétano) e contra hepatite B, realiza atividades educativas.

As ações que são desenvolvidas em nossa UBS são: controle dos cânceres do colo de útero e mama, imunizações, planejamento familiar, aleitamento materno, hábitos alimentares saudáveis e práticas de atividades físicas. Tais ações são através de palestras nas escolas, no âmbito da UBS.

Um dos graves problemas que existe na minha cidade é a falta de ginecologista. As gestantes de alto risco são encaminhadas para a capital muitos atendem outros não. Algumas usuárias não têm condições de deslocamentos, devido a baixas situações econômicas para viagem até a capital.

O número estimado de gestantes residentes na área é de 67, destas, 42 estão em acompanhamento. Destas, 32 começaram o pré natal no primeiro

trimestre. O início do pré natal é essencial para adequada assistência até 12 semanas de gestação (captação precoce).

A UBS tem um número estimado de 953 mulheres entre 25-64 anos, que são residentes na área. Na realidade temos 924 mulheres na área que estão sendo acompanhadas para prevenção de câncer de colo de útero. As lesões precursoras do câncer do colo do útero são assintomáticas, podendo ser detectadas por meio da realização periódica do exame citopatológico. Destas, tem exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia 485 o que representa 52% que são feito em clínicas particulares, 379 tem exame citopatológico para câncer de colo de útero com mais de 6 meses de atraso o que representa 41%.

Não tem exame citopatológico alterado em nossa UBS. 386 mulheres foram investigadas para presença de fatores de risco, o que representa 42% e 494 foram orientadas quanto a prevenção, 563 foram orientadas quanto a prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis, 680 com exame coletados com amostras satisfatórias, 0 exames coletados com células representativas da junção escamocolumnar.

Em nossa UBS todos os profissionais de saúde orientam todas as mulheres para o uso de preservativo em todas as relações sexuais, também são realizadas ações que orientam sobre os malefícios do tabagismo, fazendo palestras para ajudar a minimizar o risco de câncer.

Apesar disso, consideramos que a assistência é pouca. Na UBS tem um número estimado entre 50 e 69 anos de 197 mulheres residentes na área, na realidade tem 157 mulheres na área e acompanhada para a prevenção de câncer de mama. Com mamografia em dia, temos 29 mulheres o que representa 18% que são feito em clínicas particular. 128 têm mamografias com mais de 3 meses em atraso, 19 mulher têm risco para câncer de mama, 150 foram orientadas quanto prevenção do câncer de mama. Para a prevenção primária que está relacionada ao controle dos fatores de riscos reconhecidos, realizamos atividade de educação em saúde. Outros aspectos também são abordados em ações educativas, tais como: a obesidade, a importância de evitar a ingestão regular de álcool, sedentarismo, história familiar. Atuamos também com orientações sobre auto palpação das mamas, sempre que as usuárias se sentirem confortáveis para tal.

Como profissionais da atenção básica no controle dos cânceres do colo do útero e de mama temos atribuição de conhecer as ações de controle

destescânceres, bem como devemos planejar e programar as ações, priorizando as abordagens segundo os critérios de risco, assim como devemos atender as usuárias de maneira integral. Nesta lógica devemos realizar consultas de acordo com a faixa etária e o quadro clínico da usuária, solicitar exames complementares e de acordo com a faixa etária solicitar mamografia como ultrassonografia, quando o laudo assim o indicar, examinar e avaliar as usuárias com sinais e sintomas relacionados aos cânceres.

Dentro do grupo de doenças crônicas destaca-se o índice elevado de HAS e DM, ou seja, a presença de usuários solicitando atenção às essas doenças, pois é muito frequente em nossa UBS. Consideramos que embora se realize consultas de HIPERTENSÃO, em muitos casos usuários não cumprem as orientações alimentares, assim como abandonam o tratamento retornando a nossa consulta com a doença descompensada. Desta forma, é fundamental elevar o nível de conhecimento dos usuários, para a diminuição da incidência de HAS e de suas complicações.

Embora existam na UBS os formulários de cadastramento dos usuários com HAS e/ou DM, e as cadernetas, não temos existência de alguns protocolos de atendimento, nem de avaliação desse programa.

Em relação à saúde dos idosos em nossa UBS se realiza atendimento específico, mas é muito baixo. Geralmente os idosos que são atendidos chegam em nossa UBS procurando atendimento já que sofrem de alguma doença crônica, mas não como consulta programada, temos formado grupos de idosos que fazemos atividades de promoção e prevenção.

Em nossa UBS, ainda não se está trabalhando com as equipes completas, por dificuldades com o pessoal. Esta situação dificulta o atendimento para todos os grupos de risco e logicamente o atendimento da pessoa idosa também se afeta.

Consideramos que as necessidades ainda estão longe de ser resolvidas, visto que o atendimento se dificulta pela distância da comunidade. Nesse caso a equipe da UBS realiza ações programáticas de visita, ou seja, realizamos atendimento médico, estomatológico, vacinação. Contudo, consideramos que não é suficiente realizar essas ações a cada 2 (dois) ou 3 (três) meses, sendo que evidenciamos que a demanda é elevada quanto a atenção médica para esse grupo de pessoas.

Na UBS estamos sugerindo que cada agente comunitário localize em sua área as pessoas maiores de 60 anos, para ser visitados e criar com eles diferentes grupos de pessoas idosas que paulatinamente cada agente acompanharia a UBS a

cada 15 dias, onde receberam atividades de promoção e prevenção das diferentes doenças e problemas mais frequentes nessa idade.

Por essas razões consideramos que o grupo de idosos está precisando de um atendimento prioritário, de qualidade e que ajude a diminuir a incidência elevada da doença, a evitar complicações, melhorar o nível de conhecimento sobre a doença, e assim, atingir melhor qualidade de vida.

Esses problemas antes descritos têm muita relação com a vontade do pessoal de saúde da equipe, de diagnosticar problemas e doenças, realizar ações de intervenção para encontrar soluções aos mesmos e ajudar a melhorar a qualidade da atenção de saúde, cumprindo com as diretrizes e objetivos do MS e oferecendo atenção universal, sem discriminação e com qualidade.

Quando analisamos todos os problemas descritos temos uma visão ampliada onde estão as maiores dificuldades de nosso município e nossa UBS, em relação à saúde, muitos desses problemas, a maioria não é de índole material, são de resolução educativa.

Consideramos que é um grande desafio que temos como trabalhadores na saúde de reorganizar nossos serviços, criar nossas equipes de trabalho, tentar que cada equipe tenha os integrantes completos e ativos, e começar a criar mais grupos de usuários do acordo com a doença que apresente o grupo de risco para realizar ações de promoção e prevenção.

Também é muito importante fazer trabalho educativo com o pessoal de saúde, explicar os protocolos de trabalho e os objetivos indicados pelo Ministério, avaliar os cumprimentos dos objetivos, e melhorar a qualidade em atenção, diminuição da incidência de enfermidades, complicações e um melhoramento dos registros das informações.

Com o trabalho desenvolvido durante o curso pudemos identificar problemas que ao início de nosso trabalho não tínhamos conhecimento da existência e agora já identificados os problemas e dificuldades, poderemos planejar as possíveis soluções.

Quanto à saúde das gestantes às consultas se apresentaram de acordo com o calendário do Ministério da Saúde, pois 86% estão em dia e as crianças em 50%, a vacinação e as orientações ficaram com percentuais mais elevados que no caso das pessoas com doenças crônicas como HAS e DM, onde as consultas tem um atraso de mais de um 53% e 37% respectivamente.

No caso da pessoa idosa embora tivesse um acompanhamento de 54% referido pelos indicadores, as consultas de acompanhamento e as avaliações da saúde bucal, encontram-se baixa em 22% e as orientações sobre atividades físicas 63% e nutricionais 80%.

Encontramos problemas na maioria dos fatores da atenção da saúde familiar a nível primário, dificuldades estruturais da unidade, problemas na organização das equipes e na aplicação de algumas ações.

Neste contexto encontramos um elevado índice de Doenças Crônicas entre elas a HAS, muito frequente em nossa área, sobretudo em pessoas idosas, então consideramos que nossa ação programática para TCC, poderia ser dirigida a realizar ações de intervenção, visando melhorar os cuidados dos usuários que sofrem destas patologias.

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

Depois do início do curso e analisando a situação no momento, observo uma importante melhoria na forma de minha abordagem e escrita também. Aos poucos, percebi que deveria descrever o texto de forma mais detalhada, captando os aspectos importantes da UBS/ESF eu atuo.

Observo a partir do relato que temos resolvido vários problemas, tais como a situação odontológica, pois após alguns meses nosso município passou a contar com um centro odontológico para atendimento da demanda espontânea e de urgências odontológicas.

Considero que o relatório da Análise Situacional, é um documento que coleta de forma organizada os dados obtidos durante as semanas do curso, são dados de nossa UBS que mostram as características da Unidade, das equipes e qual é a situação da saúde em nossa área, onde estão os principais problemas que devem ser resolvidos e a onde devemos dirigir nossas ações de saúde.

Contamos com 4 equipes de trabalho reorganizando assim o trabalho de cada uma com sua população específica, melhorando o trabalho com os diferentes grupos de risco, doenças crônicas, visitas domiciliar, ou seja, efetivar na prática as orientações e os programas do MS.

Com o trabalho desenvolvido durante o curso podemos identificar os problemas existentes no nosso trabalho que não tínhamos conhecimento

previamente. Agora que já identificamos as dificuldades, as potencialidades e as fragilidades, para planejarmos as possíveis soluções.

Encontramos problemas em todos os fatores durante os processos da atenção da saúde familiar a nível primário, assim como dificuldades estruturais da unidade no início do trabalho, conforme relatado no texto inicial. Porém, no relatório da análise situacional, evidencia-se a diferença da realidade onde temos uma nova UBS, apresentando melhorias na organização e no desenvolvimento do trabalho, fortalecendo o cumprimento correto dos programas orientados pelo Ministério da Saúde para atendimentos dos diferentes grupos de risco.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

AHAS é um importante problema de saúde pública no Brasil e afeta 25% da população brasileira. A DM é também considerada, atualmente, como um dos principais problemas de saúde a nível mundial segundo o Ministério da Saúde.(Cadernos de Atenção Básica n.36, atenção ao Diabetes Mellitus e Caderno de Atenção Básica n.37, Hipertensão Arterial/2013).

A importância da escolha da ação programática está dada pelo risco que tem as pessoas de 20 anos e mais em nossa comunidade, de sofrer destas Enfermidades ou suas complicações, por esta razão para os profissionais da saúde, a HAS e a DM têm um grande interesse clínico, epidemiológico e social, pelos grandes efeitos que ocasiona sobre a saúde, a longevidade, nas atividades trabalhistas e sociais do usuário, que repercutem sobre ele mesmo, a família e a sociedade.

Nossa UBS está localizada no Município Tartarugalzinho, encontra-se em reconstrução e por esse motivo estamos prestando atendimento em unidade provisional. A UBS oferece atendimento à população tanto da área urbana e rural, possui uma área adscrita cuja população total é de 13.385 pessoas e consta de 4 equipes de saúde que não estão completas por dificuldades com recursos humanos, mas seus integrantes se mantêm trabalhando de maneira ativa. Neste contexto, nosso foco de intervenção serão os usuários com HAS e/ou DM da área de abrangência da equipe, maiores de 20 anos.

Minha equipe é responsável por uma população de 4.500 habitantes, sendo que alguns residem na área urbana e outros na área rural.

O número de pessoas com 20 anos ou mais é de 2.517, ou seja, 55,93%. Entre estes, 38,43% são usuários com HAS e 8,02% são usuários com DM. Este

trabalho será um desafio para nossa UBS e a equipe de trabalho, pois encontraremos muitas dificuldades para o desenvolvimento e cumprimento do mesmo. Uma possível dificuldade que encontraremos está relacionada com a significativa distância entre a UBS e as residências de parte da população alvo e com o baixo nível sociocultural dessa população. Quanto a nossa potencialidade, contaremos com a ajuda de todo o pessoal da unidade e da equipe para o desenvolvimento da intervenção.

Especificamente para a HAS e a DM, planejamos modificar alguns fatores de risco como alimentação inadequada, sedentarismo e tabagismo, sendo que estes aspectos podem ser estimuladas no âmbito da atenção básica de saúde, mediante ações de promoção e prevenção, minimizando sua progressão e complicações e reduzindo a morbimortalidade por tais doenças. Além dessas ações de promoção, o impacto da intervenção também será refletido no aumento de usuários cadastrados, a criação do registro de HIPERDIA, melhoramento da qualidade da consulta com avaliação integral dos usuáριοse do risco cardiovascular, a identificação de usuários que não formam o grupo de risco e não recebem acompanhamento em nossa UBS, ou seja, a qualificação da atenção integral aos usuários será a principal importância de nosso trabalho.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde dos usuários com HAS e DM da UBS José Alves Meirelles em Tartarugalzinho - AP.

### **2.2.2 Objetivos específicos**

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a usuários com HAS e/ou DM

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a usuários com HAS e/ou DM

Objetivo 3. Melhorar a adesão de usuários com HAS e/ou DM ao programa

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Objetivo5. Mapear usuários com HAS e/ou DM de risco para doença cardiovascular

Objetivo 6. Promover a saúde de usuários com HAS e/ou DM

### 2.2.3 Metas

#### **Objetivo 1. Ampliar a cobertura a usuários com HAS e/ou DM**

##### **Metas:**

1.1 Cadastrar 68,61% dos usuários com HAS da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e à DM da unidade de saúde

1.2 Cadastrar 95,04% dos usuários com DM da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e à DM da unidade de saúde

#### **Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a usuários com HAS e/ou DM**

##### **Metas:**

2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com HAS.

2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com DM.

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

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

2.5 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

#### **Objetivo 3. Melhorar a adesão de usuários com HAS e/ou DM ao programa**

##### **Metas:**

3.1 Buscar 100% dos usuários com HAS faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

3.2 Buscar 100% dos usuários com DM faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

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

4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

**Objetivo 5: Mapear usuários com HAS e/ou DM de risco para doença cardiovascular****Metas:**

5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

**Objetivo 6. Promover a saúde de usuários com HAS e/ou DM****Metas:**

6.1 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com HAS.

6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com DM.

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

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

6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com HAS.

6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com DM.

6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com HAS.

6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com DM.

## 2.3 Metodologia

### 2.3.1 Detalhamento das ações

#### 1.Objetivo: Ampliar a cobertura a usuários com HAS e /ou usuários com DM

- 1.1 Cadastrar 68,01% dos usuários com HAS da área de abrangência no Programa de Atenção á HAS e á DM da UBS.
- 1.2 Cadastrar 95,04% dos usuários com DM da área de abrangência no Programa de Atenção á HAS e á DM da UBS.

#### Monitoramento e avaliação:

*Ação:* Monitorar o número de usuários com HAS e/ou DM cadastrados no Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS.

*Detalhamento:* Se monitora o cadastro no Programa de Atenção dos usuários com HAS e/ou DM que assistam a consulta, vacinação, busca de tratamentos, curativos, visitas domiciliar, ações de saúde, palestras por médico, enfermagem, técnica de enfermagem vacinadora agente de saúde e recepcionista será todos os dias.

#### Organização e gestão dos serviços

*Ação:* Garantir o registro dos usuários com HAS e/ou DM cadastrados no Programa.

*Detalhamento:* Será realizado o registro dos usuários com HAS e/ou DM que assistam a consulta, vacinação, busca de tratamentos, curativos, visitas domiciliar ações de saúde por todo equipe os usuários identificados serão citados para ser avaliados na consulta. Os registro serão conformados com dados gerais dos usuários e a data da assistência a consulta, o que permitirá monitorar o cumprimento das consultas dos usuários.

*Ação:* Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de hipertensão e diabetes

*Detalhamento:* poderemos desempenhar esta ação os usuários com hipertensão e diabetes receberão atendimento todos os dias em duas seções, os atendimentos serão realizados mediante agendamento de consultas, igualmente

serão atendidos aqueles que não tenham consulta agendada. ACS, realizarão a pesquisa de usuários hipertensos e usuários com DM da área de abrangência, realizaram visita domiciliar, tentando incorporar aos usuários a nossa UBS. Todos os integrantes participaram das ações de promoção e prevenção

*Ação:* 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:* garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial e hemoglicoteste dos usuários usuários com HAS e/ou DM de acordo com protocolo adotado fazer uma pesquisa de as equipes existentes em posto uma vez a mês com objetivo de ver qual está em bom estado a qual se vai fazer por direção de posto de saúde.

### **Engajamento Público**

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

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

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

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

*Detalhamento:* esta ação será feita mediante a colocação de propaganda, cartazes e roteiros do programa HIPERDIA, que serão colocadas no lugar de atendimento, mediante as visitas domiciliar dos ACS, mediante a utilização de meios de informação como a rádio da comunidade, mediante as conversas, palestra; durante o processo da consulta.

### **Qualificação da prática clínica**

*Ação:* Capacitar os ACS para o cadastramento de usuários com HAS e/ou DM de toda área de abrangência da unidade de saúde.

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

hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

*Detalhamento:* Serão programados encontros com os ACS e a equipe, para oferecer capacitação para participar no programa e na intervenção, as informações serão para capacitar sobre toma de pressão, teste de glicose, ações de promoção e prevenção, como realizar o processo de acolhimento, registro e cadastro dos usuários, também em as reuniões de equipe se vai discutir um tema mensal.

## **2.Objetivo: Melhorar a qualidade da atenção usuários com HAS e / ou usuários com DM**

Metas:

- 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com HAS.
- 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com DM.
- 2.3 Garantir a 100% dos usuários com HAS a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- 2.4 Garantir a 100% dos usuários com DM a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- 2.5 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.
- 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.
- 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com HAS.
- 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com DM

### **Monitoramento e avaliação**

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários usuários com HAS e/ou DM.

*Detalhamento:* serão monitorados por médicos e enfermagem em consultas, visitas domiciliares e ações de saúde.Os registro vai permitir o monitoramentosom as ficha espelho ou prontuário.

Ação: Monitorar o número de usuários com HAS com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

*Detalhamento:* serão monitorados por médicos e enfermagem em consultas, visitas domiciliares e ações de saúde os usuários que tem feitos ser avaliados se tem alguma alteração, se indicara tratamento ou será encaminhado para especialistas, o que não tem feitos se solicitaram e será agendado uma consulta de retorno para avaliar os exames solicitados.

Ação: Monitorar o número de usuários com HAS com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

*Detalhamento:* serão monitorados por médicos e enfermagem em consultas, visitas domiciliares e ações de saúde.

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia para usuários com HAS e/ou DM.

*Detalhamento:* serão monitorados por médicos e enfermagem em consultas, agentes de saúde em visitas domiciliares e ações de saúde

Ação: Monitorar os usuários com HAS e/ou DM que necessitam de atendimento odontológico.

*Detalhamento:* serão monitorados por médicos e enfermagem em consultas, visitas domiciliares e ações de saúde, também as agentes de saúde em visitas domiciliar.

### **Organização e gestão dos serviços**

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários usuários com HAS e/ou DM.

*Detalhamento:* Em as reuniões cada mês se vai definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários usuários com HAS e/ou DM

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

*Detalhamento:* A diretora da UBS vai organizaras reuniõesde cada mês e capacitação de acordo os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

*Detalhamento:* Começaremos as capacitações com informações gerais das doenças, características, promoção e prevenção.

Ação: Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde. *Detalhamento:* Nas reuniões da equipe capacitar a toda a equipe com materiais atualizados sobre os protocolos de atendimento. Solicitar aos gestores a atualização dos protocolos de atenção ao hipertenso e diabético

Ações: Garantir a solicitação dos exames complementares.

*Detalhamento:* Exames complementares será garantidos sua solicitação em as consultase visitas domiciliar por medico e enfermeira.

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

*Detalhamento* Diretora da UBS solicitar aos gestores municipal agilidadea disponibilidade dos exames complementares para estes usuários.

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

*Detalhamento:* Avaliar mensalmente por a farmacêutica os medicamentos disponíveis na UBS e a validade dos mesmos

Ações: Manter um registro das necessidades de medicamentos dos usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

*Detalhamento:* Farmacêutica mensalmente vai manter um registro das necessidades de medicamentos dos usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

## **Engajamento Público**

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

*Detalhamento:* cada membro da equipe em visita domiciliar que será uma vez a semana, em as consultas todos os dias, palestras e as ações comunitárias são uma vês mês vamos a dar orientações sobree riscos de doenças cardiovasculares e

neuroológicas decorrentes da hipertensão e/ou usuários com DM e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente

**Ação:** Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares as conversas

*Detalhamento:* As orientações aos usuários e à comunidade serão realizadas mediante as consultas, visitas domiciliares também mediante propaganda impressa e rádio. Para isso solicitaremos o apoio da secretaria de saúde e da prefeitura do Município

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

*Detalhamento:* As orientações aos usuários e à comunidade sobre a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares serão realizadas mediante as consultas, visitas domiciliares também mediante propaganda impressa e rádio. Para isso solicitaremos o apoio da secretaria de saúde e da prefeitura do Município

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

*Detalhamento:* Mediante a utilização de meios de informação como a rádio as conversas, da comunidade vai a conhecer ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

**Ação:** Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos usuários com HAS e/ou DM.

*Detalhamento:* As orientações aos usuários e à comunidade serão realizadas mediante as consultas, visitas domiciliares também mediante propaganda impressa e rádio.

### **Qualificação da prática clínica**

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

*Detalhamento:* Capacitar toda a equipe, médico, enfermagem, técnico de enfermagem e assistente de saúde sobre atualizações sobre os exames clínicos apropriados que seguem protocolo de HIPERDIA em as reuniões de equipe uma vez ao mês.

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

*Detalhamento:* Capacitar toda a equipe, médico, enfermagem, técnico de enfermagem e assistente de saúde sobre protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares em as reuniões de equipe uma vez ao mês.

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

*Detalhamento:* Atualizar toda a equipe, médico, enfermagem, técnico de enfermagem e assistente de saúde sobre tratamento da hipertensão em as reuniões de equipe uma vez ao mês.

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

*Detalhamento:* Capacitar toda a equipe, médico, enfermagem, técnico de enfermagem e assistente de saúde sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia em as reuniões de equipe uma vez a mês

*Ação:* Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários com HAS.

*Detalhamento:* Capacitar toda a equipe, médico, enfermagem, técnico de enfermagem e assistente de saúde sobre necessidade de atendimento odontológico dos usuários com HAS uma vez a mês em as reuniões.

### **3.Objetivo: Melhorar a adesão de usuários com HAS e/ou DM ao programa.**

Metas:

- 3.1 Buscar 100% dos usuários com HAS faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.
- 3.2 Buscar 100% dos usuários com DM faltosos às consultas na unidade de

saúde conforme a periodicidade recomendada.

### **Monitoramento e avaliação**

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

*Detalhamento:* Mediante as reuniões com a equipe de saúde semanalmente analisaremos os dados no registro de HIPERDIA, conheceremos o número de usuários com consulta ao dia segundo protocolo.

### **Organização e gestão dos serviços**

*Ação:* Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

*Ação:* Organizar a agenda para acolher os usuários com HAS e/ou DM provenientes das buscas domiciliares.

*Detalhamento:* Na análise da periodicidade das consultas conheceremos os usuários faltosos as mesmas, se programaram visitas domiciliar todos os dias que serão feitas pelos ACS acompanhados por médico, enfermeira ou técnicos de enfermagem de maneira alternativa. Será explicada a importância do acompanhamento em as doenças crônicas.

### **Engajamento Público**

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

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

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

*Detalhamento:* Se ofereceram informações sobre os riscos e complicações de ambas doenças mediante as propagandas, roteiros, mídias de difusão, conversas, palestras e durante a consulta.

### **Qualificação da prática clínica**

*Ação:* Capacitar os ACS para a orientação de usuários com HAS e/ou DM quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

*Detalhamento:* Nas reuniões da equipe capacitar a toda equipe com materiais atualizados sobre os protocolos de atendimento, assim como a capacitação específica dos agentes de saúde para a orientação nas visitas domiciliares os usuários sobre as consultas com baixo risco deveram realizar pelo menos duas consultas médicas e duas consultas de enfermagem ao ano, e os de alto risco três consultas médicas e duas enfermagem ao ano.

#### **4.Objetivo: Melhorar o registro das informações de usuários com HAS e/ou com DM.**

Metas:

- 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.
- 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

#### **Monitoramento e avaliação**

*Ação:* Monitorar a qualidade dos registros de usuários com HAS e/ou DM acompanhados na unidade de saúde.

*Detalhamento:* Os monitoramentos dos registros serão feitos mediante as reuniões da equipe, serão avaliadas a qualidade dos registros.

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

*Ação:* Manter as informações do SIAB atualizadas.

*Detalhamento:* Recepcionista da enfermeira fazer atualização dos dados do SIAB semanalmente

*Ação:* Implantar a ficha de acompanhamento.

*Detalhamento:* Médico vai adotar a ficha espelho sugerida pelo curso que tem nome, idade, sexo, tratamento e endereço

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

*Detalhamento:* Ter registros atualizados das informações do SIAB, dados específicos necessários de cada usuário assim como planilhas de acompanhamento será atualizado por direções de equipe ao fim mês com as fichas de produção que levar os dados a secretaria de saúde.

*Ação:* Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

*Detalhamento:* Responsável pelo monitoramento dos registros será o recepcionista e diretor do UBS

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

*Detalhamento:* Ter registros atualizados das informações do SIAB, dados específicos necessários de cada usuário assim como planilhas de acompanhamento será atualizado por direções de equipe ao fim mês com as fichas de produção que levar os dados a secretaria de saúde.

### **Engajamento Público**

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

*Detalhamento:* Durante o processo da consulta, conversas, palestras, serão oferecidas aos usuários os direitos que tem os usuários de ter acesso a seus registros.

### **Qualificação da prática clínica**

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

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

*Detalhamento:* A equipe receberá capacitações e treinamento com objetivo de realizar o correto preenchimento dos dados dos registros quais vai ser feitas uma vês ao mês

## **5. Objetivo: Mapear usuários com HAS e/ou DM de riscos para doenças cardiovasculares.**

Metas:

- 5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com HAS cadastrados na UBS
- 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com

DM cadastrados na UBS

### **Monitoramento e avaliação**

*Ação:* Monitorar o número de usuários usuários com HAS e/ou DM com realização de, pelo menos, uma verificação da estratificação de risco por ano.

*Detalhamento:* Fazer por toda equipe a pesquisa ativa de sinais de alerta para os usuários usuários com HAS e/ou DM. Serão Monitorados durante o processo da consulta com avaliação integral e visitas domiciliar.

### **Organização e gestão dos serviços**

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

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

*Detalhamento:* Mediante a revisão dos prontuários clínicos das usuários o durante os interrogatórios nas visitas domiciliares as consultas médicas, estabelecendo prioridades para agendamento de consultas as usuários com maior risco.

### **Engajamento Público**

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

*Detalhamento:* Mediante a revisão dos prontuários clínicos, ficha espelho será verificada mensalmente realização da estratificação de risconas consultas e importância do acompanhamento regular.

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

*Detalhamento:* Se orientara a comunidade mediante da consulta, conversas, palestras, sobre os fatores de risco modificáveis e também nas visitas domiciliares.

### **Qualificação da prática clínica**

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

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

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

*Detalhamento:* Durante os encontros de capacitação com a equipe e outros profissionais, se orientará sobre a avaliação do risco cardiovascular, registro desta avaliação e as diferentes atividades de promoção que serão indicadas aos usuários

## **6. Objetivo: Promover a saúde de usuários com HAS e/ou DM**

### **Monitoramento e avaliação**

Metas:

- 6.1 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com HAS.
- 6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com DM.
- 6.3 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários usuários com HAS.
- 6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários usuários com DM.
- 6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários usuários com HAS.
- 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários usuários com DM.
- 6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários usuários com HAS.
- 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários usuários com DM.

*Ação:* Monitorar a realização de orientação nutricional aos usuários com HAS e/ou DM cadastrados.

*Detalhamento:* Em cada consulta médico e enfermeira dar orientação nutricional e/ou encaminhara nutricionista dos usuários com HAS e/ou DM sobrepeso e obesos .

*Ação:* Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos usuários com DM e usuários com HAS cadastrados.

*Detalhamento:* Orientar em cada consulta, visitas domiciliar, ações suade a cada usuário sobre os benefícios da atividade física regular, os riscos do tabagismo.

*Ação:* Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos usuários com HAS e/ou DM cadastrados.

*Detalhamento:* Orientar em cada consulta, visitas domiciliar, açõessuade a cada usuário sobre os benefíciosdo manter uma boa higiene bucal.

### **Organização e gestão dos serviços**

*Ação:* Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

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

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

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

*Detalhamento:* orientação e realização de exercício físico, programaremos os encontros com professores de Educação física em coordenação com a secretaria de saúde, com objetivo que os usuários usuários com HAS os usuários com DM recebam maior informação sobre os benefícios dos exercícios físicos e podam realizar atividades físicas supervisionadas pelos professores. Assim mesmo serão coordenados os encontros com nutricionistas

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

*Detalhamento:* Se programará durante as reuniões da equipe um encontro com o gestor para dar participação das atividades que se vão a desenvolver na UBS, a necessidade de sua colaboração e ajuda que pode oferecer, por exemplo, na compra de medicamentos para o tratamento do Tabagismo.

*Ação:* Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual ao hipertenso e diabético.

### **Engajamento Público**

*Ação:* Orientar usuários com HAS, usuários com DM e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

*Ação:* Orientar usuários com HAS, usuários com DM e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física.

*Detalhamento:* Orientar em cada consulta, visitas domiciliar, ações de saúde a cada usuário sobre os benefícios da atividade física regular.

*Ação:* Orientar os usuários com HAS e/ou DM tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

*Detalhamento:* Orientar a todos usuários com HAS e/ou DM mediante atividades, palestras ações de saúde, murais informativos e educativos a existênciatratamento para abandono o tabagismo.

*Ação:* Orientar os usuários com HAS, usuários com DM e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

*Detalhamento:* Orientar a todos usuários com HAS e/ou DM mediante atividades, palestras ações de saúde, murais informativos e educativos a importância da higiene bucal.

### **Qualificação da prática clínica**

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

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

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

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

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

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

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

*Detalhamento:* A equipe receberá adestramento mensal para o desenvolvimento das atividades de promoção e prevenção de saúde sobre, práticas

de alimentação saudável, sobre metodologias de educação em saúde, sobre a promoção da prática de atividade física regular, para o tratamento de usuários tabagistas e para oferecer orientações de higiene bucal.

### **2.3.2 Indicadores**

#### **Objetivo 1. Ampliar a cobertura de usuários com HAS e/ou DM**

Meta 1.1. Cadastrar 68,61% dos usuários com HAS da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS.

Indicador 1.1, Cobertura do programa de atenção a hipertenso na unidade de saúde.  
Numerador: Número de usuários com HAS residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS.  
Denominador: Número total de usuários com HAS residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2. Cadastrar 95,04% dos usuários com DM da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS.

Indicador 1.2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.  
Numerador: Número de usuários com DM 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 usuários com DM residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

#### **Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a usuários com HAS e/ou DM**

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com HAS.

Indicador 2.1. Proporção de usuários com HAS com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de usuários com HAS com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com DM.

Indicador 2.2. Proporção de usuários com DM com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de usuários com DM com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 2.3. Proporção de usuários com HAS com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de usuários com HAS com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 2.4. Proporção de usuários com DM com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de usuários com DM com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 2.5. Proporção de usuários com HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

Denominador: Número de usuários com HAS e/ou DM com prescrição de medicamentos.

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

Indicador 2.6. Proporção de usuários com DM com prescrição de medicamentos da

Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

Denominador: Número de usuários com DM com prescrição de medicamentos.

### **Objetivo 3. Melhorar a adesão de usuários com HAS e/ou DM ao programa**

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

Indicador 3.1. Proporção de usuários com HAS faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de usuários com HAS faltosos às consultas médicas com busca ativa

Denominador: Número total de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

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

Indicador 3.2. Proporção de usuários com DM faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

Denominador: Número total de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

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

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1. Proporção de usuários com HAS com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

Denominador: Número total de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2. Proporção de usuários com DM com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

Denominador: Número total de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

### **Objetivo 5. Mapear usuários com HAS e/ou DM de risco para doença cardiovascular**

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

Indicador 5.1 Proporção de usuários com HAS com estratificação de risco cardiovascular.

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

Denominador: Número total de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 5.2. Proporção de usuários com DM com estratificação de risco cardiovascular.

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

Denominador: Número total de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

### **Objetivo 6. Promover a saúde de usuários com HAS e/ou DM**

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

usuários com HAS.

Indicador 6.1. Proporção de usuários com HAS com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com DM.

Indicador 6.2. Proporção de usuários com DM com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.3. Proporção de usuários com HAS com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.4. Proporção de usuários com DM com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuáriosusuários com HAS.

Indicador 6.5. Proporção de usuários com HAS com orientação sobre os riscos do

tabagismo.

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

Denominador: Número de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.6. Proporção de usuários com DM com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuáriosusuários com HAS.

Indicador 6.7. Proporção de usuários com HAS com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.8. Proporção de usuários com DM com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

### **2.3.3 Logística**

Para alcançar os objetivos propostos em nossa intervenção de HAS e DM se utilizará os protocolos dos Cadernos de Atenção Básica n.36, atenção ao Diabetes Mellitus e Caderno de Atenção Básica n.37, Hipertensão Arterial, ambos do Ministério da Saúde, 2013.

A ficha espelho (Anexo C) usada foi a disponibilizada pelo curso, seguindo as orientações do curso para a coleta de todos os dados (Anexo B). Essa ficha constituirá o Registro Específico da investigação. Outros dados serão obtidos a partir dos prontuários. Estimamos alcançar com a intervenção com 400 usuários com HAS que representam 68,61% das pessoas da nossa área e 192 usuários com DM que representam 95,04%.

Realizaremos reuniões com a Secretária de Saúde para a disposição das quantidades de fichas necessárias, tendo em vista a existência das duas doenças em um mesmo indivíduo. Todos os dados serão convertidos numa planilha eletrônica de coleta de dados que constituirá o registro final, mediante o qual se realizarão o acompanhamento mensal da intervenção.

A organização do registro específico do programa será realizada pela enfermeira, que revisará e completará todos os dados dos usuáriorusuários com HAS e/ou DM atendidos durante 4 meses, apoiada pelas informações dos prontuários.

#### **Ações: Monitoramento e avaliação:**

Semanalmente o médico e a enfermeira durante as reuniões da equipe examinarão as fichas-espelho dos usuários com HAS e/ou DM, identificando aqueles que estão com consultas, exames clínicos, avaliação do risco cardiovascular, avaliação odontológica e exames laboratoriais em atraso.

Mediante a entrevista médica conheceremos os usuários que conseguirão adquirir seus medicamentos na farmácia popular.

Os agentes comunitários de saúde farão busca ativa de todos os usuários em atraso, estima-se um atendimento de 100 usuários com HAS e 48 usuários com DM por mês.

Os ACS indicarão aos usuários para se dirigir a UBS para agendamento em consulta, que será feito pelas técnicas de enfermagem, no horário de atendimento.

O monitoramento da qualidade dos registros será realizado pela enfermeira semanalmente.

Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica. Os responsáveis serão o médico e a enfermeira.

#### **Ações: Organização e gestão do serviço**

Os usuários serão acolhidos pela recepcionista e posteriormente as técnicas de enfermagem. Será realizada uma escuta qualificada das necessidades dos usuários, bem como o agendamento das consultas.

Os usuários serão atendidos em consultas semanais. Serão reservadas consultas semanais no turno da tarde para os usuários recuperados pelos ACS durante a busca ativa. As urgências médicas serão atendidas com prioridade. Os responsáveis serão a recepcionista e técnicas de enfermagem.

Faremos contato com a diretora da UBS e secretaria de saúde para garantir o material necessário para a tomada da pressão arterial e o teste de glicose. Assim mesmo serão recomendados ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do tabagismo. O contato será feito por a enfermeira e corresponde a UBS e secretaria garantir o material.

Os usuários avaliados como alto risco receberão um atendimento priorizado durante o mesmo horário das consultas. Serão realizados o agendamento pelas técnicas de enfermagem e as consultas por médico e enfermeira.

As informações serão atualizadas no sistema e serão enviadas semanalmente ao departamento de informática da secretaria de saúde. A técnica de enfermagem será a responsável

Ao início da intervenção durante a primeira capacitação serão explicadas as funções e responsabilidades de cada membro da equipe e de cada profissional que participará d intervenção. O médico e a enfermeira serão os responsáveis por essa orientação.

#### **Ações: Engajamento público:**

As informações à comunidade serão realizadas mediante propaganda com materiais impressos e rádio. Para isso solicitaremos o apoio da secretaria de saúde, conselho de saúde, associação de moradores e da prefeitura do Município, para confeccionar os roteiros, cartazes e para as coordenações com a rádio e veículos de divulgação. Outras informações serão oferecidas mediante as conversas, palestras e durante as consultas.

Serão criados grupos de risco com os usuários com HAS e/ou DM para facilitar as conversas, assim mesmo, serão realizadas as coordenações para que as atividades de promoção de nutrição, orientações e prática de atividades físicas, higiene bucal sejam oferecidas pelos respectivos especialistas.

Serão realizadas as coordenações com representantes das Igrejas para solicitar um espaço durante as missas e oferecer informações à comunidade, assim mesmo realizaremos intercâmbios com a comunidade durante outras atividades que são desenvolvidas em nossa comunidade como encontros desportivos, reuniões com associação de vizinhos.

Os responsáveis das coordenações serão médicos e enfermeira, a equipe será responsável por oferecer as informações para comunidade.

Durante o processo da consulta, conversas, palestras, boca a boca, serão oferecidas aos usuários os direitos que tem os usuários de ter acesso a seus registros. Toda equipe será responsável por oferecer essa informação aos usuários.

### **Ações: Qualificação da prática clínica**

A equipe e todos os profissionais que intervenham no projeto receberão capacitações e qualificação antes do começo da intervenção e durante a mesma, serão realizadas semanalmente durante as reuniões da equipe na UBS, para as quais se despenderá de 2 horas semanais.

Começaremos as capacitações com informações gerais das doenças, suas características, promoção e prevenção. Para isso, nos basearemos fundamentalmente nas informações dos cadernos 36 e 37 de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial do Ministério de Saúde 2013.

Também será realizada a qualificação sobre cadastro e registro dos usuários, monitoramento das consultas, e especificamente com a enfermeira realizaremos a capacitação sobre a avaliação do risco cardiovascular. Os responsáveis da capacitação serão médicos e enfermeira.



Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuáriosusuários com HAS e/ou DM.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Monitorar o número de usuários com HAS e/ou DM com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Monitorar o número de HTA e DM dia com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.	x				x			x			x			x			
Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolosadotados pela unidade de saúde.	x									x							
Manter um registro das necessidades de medicamentos dos usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.	x				x			x			x			x			
Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da HAS e DM e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.			x							x				x			
Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.			x							x				x	x		
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.			x							x							
Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.		x															
Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementar.		x															
Realizar atualização do profissional no tratamento da HAS.			x														
Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).	x				x					x				x			
Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.			x									x					







### **3 Relatório da Intervenção**

#### **3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas**

As ações estavam previstas para serem realizadas em 16 semanas, porém, a coordenação do curso autorizou a realização em 12 semanas devido ao período de férias do médico.

Para alcançar os objetivos propostos em nossa intervenção de HAS e DM utilizamos os protocolos dos Cadernos de Atenção Básica n.36, atenção ao Diabetes Mellitus e Caderno de Atenção Básica n.37, Hipertensão Arterial, ambos do Ministério da Saúde, 2013.

O médico e a enfermeira elaboraram uma ficha espelho, seguindo as orientações do curso para a coleta de todos os dados. Essa ficha serviu de Registro Específico da investigação. Outros dados foram obtidos a partir dos prontuários. De forma mais macro, realizamos reuniões com a Secretária de Saúde e todos os dados foram lançados na planilha eletrônica de coleta de dados que contribuiu para o acompanhamento mensal da intervenção.

As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas foram cumpridas alguns integralmente e outras parcialmente. Integralmente desenvolvidos foram os acolhimentos dos usuários com HAS e DM, foi realizada com a qualidade requerida pelos protocolos, foram acolhidos pela recepcionista e posteriormente as técnicas de enfermagem realizando tiragem, usuários entraram de acordo com prioridade.

Entre os aspectos que facilitaram o desenvolvimento das ações encontram-se a adequada e contínua preparação de toda a equipe antes de iniciar a intervenção, a participação de todos os profissionais da equipe nas atividades, a elaboração do cronograma junto com os gestores da UBS e da Secretaria de Saúde e a colaboração dos mesmos e da comunidade. Além disso, após o início da

intervenção, todo dia de manhã a equipe se reunia para analisar a situação atual da intervenção e solucionar as dificuldades que aconteceu.

O apoio dos gestores proporcionou o encaminhamento de algumas tarefas como a divulgação do programa de rastreamento, por meio da elaboração e fixação de cartazes e anúncios na rádio do município e foi possível realizar ações com a presença dos professores de educação física das escolas assim como de outras instituições como, por exemplo, a associação de idosos onde até utilizamos ambientes dessas instituições para desenvolver nossas palestras.

Com ajuda de todos os fatores conseguimos uma parceria ativa na comunidade, reforçando e valorizando a intersectorialidade nas ações de promoção e prevenção da saúde, atividade esta que foi realizada durante toda a intervenção por todos os membros da equipe.

Nós apresentamos dificuldades, algumas não esperadas, o que ocasionou o cumprimento parcial de algumas atividades prevista na intervenção. Por exemplo, em algumas semanas, a equipe não tinha o profissional de educação física. Para superar esse problema contamos com a ajuda da associação de idosos e sua professora que concordou em participar do nosso programa, possibilitando a continuidade das atividades. Também devido alguns acontecimentos, como as fortes chuvas, recesso de carnaval, semanas santa e demais feriados, além do mês de férias. Outra dificuldade estava relacionada com a impossibilidade dos usuários para chegar na nossa UBS, devido a construção que estava ocorrendo. No entanto, após o apoio da prefeitura, os usuários foram transferidos para a UBS e receberam as consultas. Os usuários tiveram que buscar outro município para obter medicamentos na farmácia popular, pois apesar de que nossa UBS tenta manter o abastecimento desses fármacos, em algumas ocasiões que não tínhamos a quantidade necessária no município, sendo esta outra dificuldade. A falta de especialistas em nosso município é outro problema sério, os usuários tem que se deslocar mais de 200 km para avaliação especializada.

Nós não encontramos dificuldades durante a coleta e a sistematização dos dados nem no preenchimento da planilha e no cálculo dos indicadores. A equipe recebeu uma capacitação prévia para manejar e preencher adequadamente as planilhas de coleta de dados. Além disso, diariamente solucionávamos as dúvidas e semanalmente verificávamos os instrumentos utilizados, mediante o monitoramento planejado pela equipe.

Concordamos que para realizar as ações de forma efetiva é necessário incorporar outras equipes de trabalho, ou seja, entendemos que é necessário completar as equipes de saúde de acordo com o número de enfermeiras e ACS, segundo o que é preconizado pelas diretrizes do SUS. Também é necessário capacitar periodicamente os profissionais para participar em atividades de orientação, promoção da saúde e prevenção das doenças crônicas, assim como dar continuidade no registro adequado dos usuários nas fichas de acompanhamento. É importante também realizar ações com frequência que incorporem outras especialidades.

As ações foram realizadas a partir dos eixos pedagógicos orientados pelo curso, conforme seguem:

**Ações: Monitoramento e avaliação:**

Semanalmente o médico e a enfermeira durante as reuniões da equipe monitoraram as fichas-espelho dos usuários com HAS e/ou DM, identificando aqueles que estavam com consultas, exames clínicos, avaliação do risco cardiovascular, avaliação odontológica e exames laboratoriais em atraso.

Mediante a entrevista médica conhecemos os usuários que adquiriram seus medicamentos na farmácia popular.

Os agentes comunitários de saúde fizeram busca ativa de todos os usuários em atraso.

O ACS indicaram os usuários para buscarem a UBS para agendamento em consulta.

O agendamento foi realizado pelas técnicas de enfermagem, no horário de atendimento.

O monitoramento da qualidade dos registros foi realizado pela enfermeira semanalmente.

Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha espelho foram consolidadas na planilha eletrônica. O monitoramento foi facilitado pelos registros.

Os responsáveis foram o médico e enfermeira.

**Ações: Organização e gestão do serviço**

No início da intervenção durante a primeira capacitação foram explicadas as funções e responsabilidades de cada membro da equipe e de cada profissional que participou da intervenção. O médico e a enfermeira foram os responsáveis pelas orientações.

Os usuários foram acolhidos pela recepcionista e posteriormente as técnicas de enfermagem. Foi realizada uma escuta qualificada das necessidades dos usuários, bem como o agendamento das consultas. Os usuários foram atendidos em consultas semanais. Foram reservadas consultas semanais no turno da tarde para os usuários que os ACS fizeram busca ativa.

As urgências médicas foram atendidas com prioridade. Os responsáveis foram a recepcionista e as técnicas de enfermagem.

Realizamos contato com a diretora da UBS e secretaria de saúde para garantir o material necessário para a tomada da pressão arterial e o teste de glicose.

Recomendamos o gestor para comprar medicamentos para o tratamento do tabagismo. O contato foi feito pela enfermeira.

Os usuários avaliados como alto risco receberam atendimento priorizado durante o mesmo horário das consultas. Foram realizados o agendamento pelas técnicas de enfermagem e as consultas por médico e enfermeira.

As informações foram atualizadas no sistema e foram enviadas semanalmente ao departamento de informática da secretaria de saúde. A técnica de enfermagem foi a responsável.

**Ações: Engajamento público:**

As informações à comunidade foram realizadas mediante propaganda através de materiais informativos educativos impressos e rádio.

Para isso solicitamos o apoio da secretaria de saúde, conselho de saúde, associação de moradores e da prefeitura do Município.

Confeccionamos os roteiros, cartazes e para as coordenações com a rádio e veículos de divulgação.

Outras informações foram oferecidas mediante conversas, atividades de educação em saúde e durante as consultas.

Foram criados grupos de risco com os usuários com HAS e/ou DM para facilitar as conversas.

Foram realizadas atividades de promoção da saúde com foco em nutrição, orientações e prática de atividades físicas.

Os usuários foram orientados também para a higiene bucal, oferecidas pelos respectivos especialistas.

Foram realizadas informações durante as missas, onde oferecemos informações à comunidade.

Oferecemos informações nos encontros desportivos e nas reuniões com associação comunitária.

Os responsáveis por oferecer as informações para comunidade foram o médico e enfermeira.

Foram oferecidos aos usuárisa carta sobre seus direitos. Toda equipe foi responsável por oferecer essa informação aos usuários.

#### **Ações: Qualificação da prática clínica**

A equipe e todos os profissionais que participaram do projeto receberam capacitações e qualificação antes de iniciar a intervenção e durante a mesma,

Foram realizadas capacitações semanalmente durante as reuniões da equipe na UBS, para as quais usamos 2 horas semanais.

Começamos as capacitações com informações gerais das doenças, características, promoção e prevenção, para isso nos baseamos fundamentalmente nas informações dos cadernos 36 e 37 de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial do Ministério de Saúde 2013.

Também realizamosa qualificação sobre cadastro e registro dos usuários, monitoramento das consultas.Realizamos a capacitação sobre a avaliação do risco cardiovascular.Os responsáveis pelas capacitaçõesforam o médico e a enfermeira.

Realizamos capacitação sobre orientação de higiene bucal. Esta capacitação foi realizada por profissional odontólogo.

Desta forma, nossa intervenção depois de 12 semanas de muito trabalho chegou ao final.

Durante os três meses da intervenção foram atendidos 290 usuários destes, 250 usuárisusuários com HAS e 124 usuários com DM.

Considerando os significativos dados de morbimortalidade da população da área de abrangência bem como a necessidade de (re)organizar o processo de trabalho da equipe no programa de HAS e DM, a ação programática dessas doenças foi escolhido como foco da intervenção.

As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas foram cumpridas alguns integralmente e outras parcialmente. Integralmente desenvolvidos foram os acolhimentos dos usuários com HAS e/ou DM, foi realizada com a qualidade requerida pelos protocolos, foram acolhidos pela recepcionista e posteriormente as técnicas de enfermagem realizando tiragem, usuários entraram de acordo com prioridade.

Entre os aspectos que facilitaram o desenvolvimento das ações encontram-se a adequada e contínua preparação de toda a equipe antes de iniciar a intervenção, a participação de todos os profissionais da equipe nas atividades, a elaboração do cronograma junto com os gestores da UBS e da Secretaria de Saúde e a colaboração dos mesmos e da comunidade. Além disso, após o início da intervenção, todo dia de manhã a equipe se reunia para analisar a situação atual da intervenção e solucionar as dificuldades que aconteceu.

O apoio dos gestores proporcionou o encaminhamento de algumas tarefas como a divulgação do programa de rastreamento, por meio da elaboração e fixação de cartazes e anúncios na rádio do município e foi possível realizar ações com a presença dos professores de educação física das escolas assim como de outras instituições como, por exemplo, a associação de idosos onde até utilizamos ambientes dessas instituições para desenvolver nossas palestras.

Com ajuda de todos os fatores conseguimos uma parceria ativa na comunidade, reforçando e valorizando a intersetorialidade nas ações de promoção e prevenção da saúde, atividade esta que foi realizada durante toda a intervenção por todos os membros da equipe.

### **3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas**

Nós apresentamos dificuldades, algumas não esperadas, o que ocasionou o cumprimento parcial de determinadas atividades prevista na intervenção. Por exemplo, em algumas semanas, a equipe não contou com o profissional de educação física. Para superar esse problema contamos com a ajuda da associação de idosos e sua professora que concordou em participar do nosso programa, possibilitando a continuidade das atividades.

Também devido alguns acontecimentos, como as fortes chuvas, recesso de carnaval, semanas santa e demais feriados, além do mês de férias.

Outra dificuldade esteve relacionada com a impossibilidade dos usuários para chegarem nossa UBS, devido a construção que estava ocorrendo. No entanto, após o apoio da prefeitura, os usuários foram transferidos para a UBS e receberam as consultas. Um fato interessante foi à necessidade de alguns usuários terem que buscar outro município para obter medicamentos na farmácia popular, pois apesar de que nossa UBS tenta manter o abastecimento de esses fármacos, em algumas ocasiões não tínhamos quantidade necessária no município.

A falta de especialistas em nosso município foi outro problema sério, os usuários tem que se direcionar mais de 200 km para uma avaliação especializada.

### **3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados**

Nós não encontramos dificuldades durante a coleta e a sistematização dos dados nem no preenchimento da planilha e no cálculo dos indicadores.

A equipe recebeu uma capacitação prévia para manejar e preencher adequadamente as planilhas de coleta de dados.

Além disso, diariamente solucionávamos as dúvidas e semanalmente verificávamos os instrumentos utilizados, mediante o monitoramento planejado pela equipe.

### **3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações**

Concordamos que para realizar as mesmas de forma efetiva é necessário incorporar essas ações às outras equipes de trabalho, completar as equipes de saúde de acordo com o número de enfermeiras e ACS, segundo é preconizado pelas diretrizes do SUS, capacitar, periodicamente, os profissionais para participar em atividades de orientação, promoção e prevenção das doenças crônicas, assim como dar continuidade no registro adequado dos usuários nas fichas de acompanhamento.

É importante também realizar ações com frequência que incorporem outras especialidades.

Finalizamos nossa intervenção e assim nosso relatório com muitas metas e objetivos para o melhor a saúde do município, nossa equipe continuará com a mesma na rotina de trabalho.

## **4 Avaliação da intervenção**

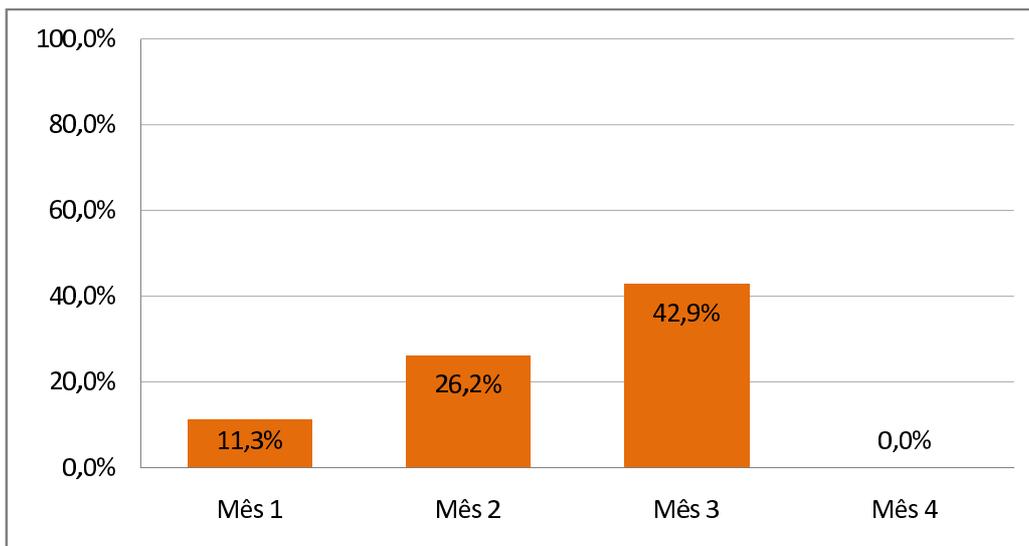
### **4.1 Resultados**

O objetivo de Nossa intervenção foi melhorar a atenção à saúde dos usuários maiores de 20 anos com HAS e DM da UBS José Alves Meirelles em Tartarugalzinho - AP.

A UBS possui uma área adscrita com população total de 4500 pessoas, delas 2517 são maiores de 20 anos, sendo 583 usuários com HAS e 202 usuários com DM. Nossa intervenção foi realizada durante um período de 12 semanas, na área de abrangência da equipe.

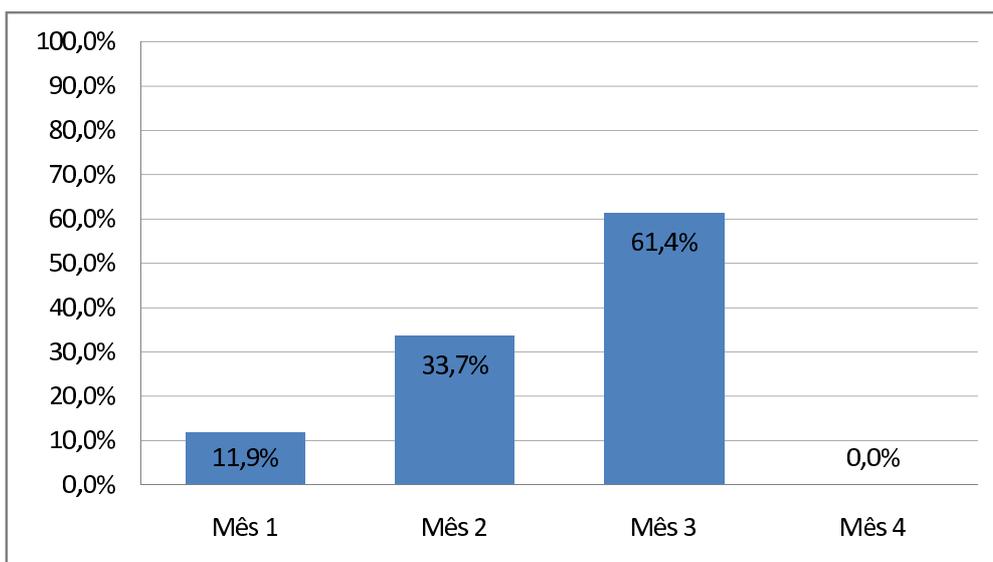
O número total de usuários com HAS com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao hipertenso em cada mês da intervenção foi, respectivamente, 66 (11,3%), 153 (26,2%), 250 (42,9%) (Figura 1). Já em relação ao programa da DM, o número total foi, respectivamente 24 (11,9%), 68 (33,7%), 124 (61,4%) (Figura 2).

Antes do início da intervenção, as metas de cobertura estabelecidas para o programa de atenção ao hipertenso e diabetes foram 68,61% e 95,04%, respectivamente. Conforme é possível observar no Gráfico 1 e 2, essas metas não foram atingidas.



**Figura 1:** Gráfico cobertura do programa de atenção ao usuário com HAS na UBS/ESF José Alves Meirelles, Tartarugalzinho/AP.

**Fonte:** Planilha de coleta de dados, UNASUS/UFPEL 2015.



**Figura 2:** Gráfico cobertura do programa de atenção ao usuários com DM na UBS/ESF José Alves

Meirelles, Tartarugalzinho/AP.

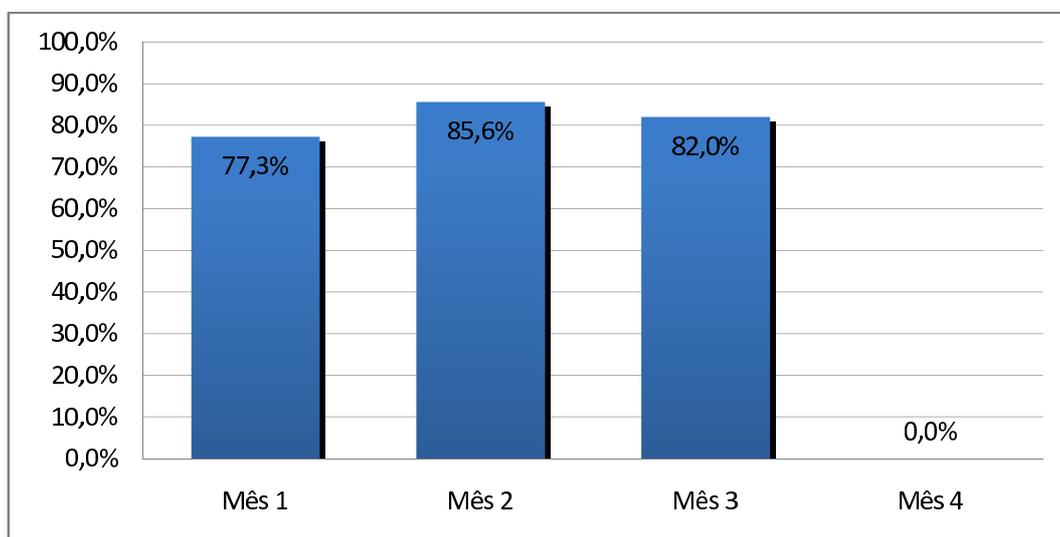
**Fonte:** Planilha de coleta de dados, UNASUS/UFPEL 2015.

A divulgação do programa por diferentes meios, o acolhimento e registro adequado dos usuários, a capacitação de toda a equipe para o atendimento, a busca de usuários faltosos as consultas por toda a equipe, o apoio recebido pela secretaria de saúde e a prefeitura para o traslado dos usuários, a recuperação de horas extra laboral, foram algumas das ações que ajudaram a realizar o cadastro e o atendimento dos usuários. No entanto, encontramos dificuldades que impediram alcançar as metas de

cobertura, tais como, equipe incompleta, feriados durante a intervenção, reuniões, cursos orientados pela secretaria municipal e estadual de saúde, instabilidade dos moradores, inclemências do tempo, dificuldades com o acesso à UBS por reparações nas vias e as férias programadas.

Consideramos que para ampliar a cobertura será necessário reestruturar a equipe garantindo a composição mínima das equipes segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), assegurar o cumprimento da carga horária, recuperando as horas afetadas por cursos e reuniões, continuar com a educação permanente a toda a equipe e vinculando a este e aos setores da comunidade no processo de divulgação do programa de rastreamento, aumentar as visitas domiciliar, busca ativa de usuários faltosos e levar atenção a usuários com dificuldade motora. Manter os registros atualizados de forma sistemática e melhorar a qualidade é outras das tarefas a realizar para aumentar a cobertura nos programas.

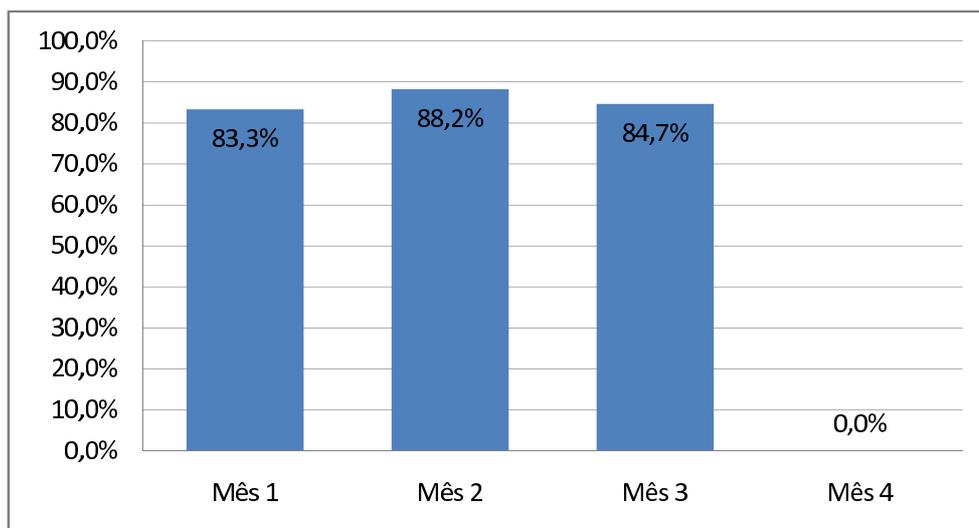
Para os indicadores de qualidade as metas estabelecidas foram de 100%. No programa de atenção à HAS o número de usuários que realizaram exame clínico apropriado ao longo da intervenção, no primeiro, segundo e terceiro mês foi, respectivamente, 51 (77,3%), 131 (85,6%), 205 (82,0%)(Figura 3).



**Figura 3:**Gráfico proporção de usuários com HAS com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS/ESF José Alves Meirelles, Tartarugalzinho/AP.

**Fonte:** Planilha de coleta de dados, UNASUS/UFPEL 2015.

No programa de atenção à diabetes, os resultados obtidos foram 20 (83,3%), 60 (88,2%), 105 (84,7%) no primeiro, segundo e terceiro mês, respectivamente (Figura 4).



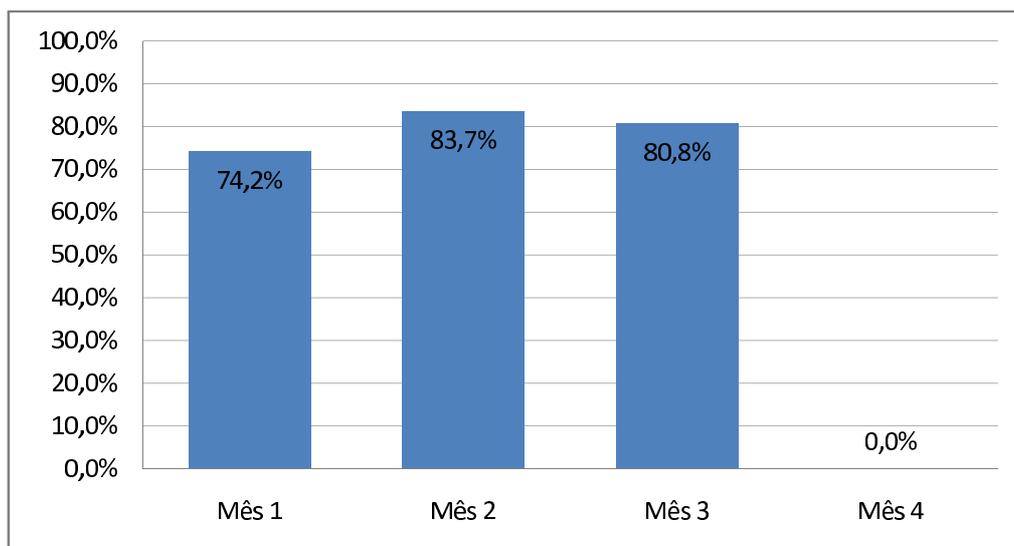
**Figura 4:**Gráfico proporção de usuários com DM com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS/ESF José Alves Meirelles, Tartarugalzinho/AP.

**Fonte:** Planilha de coleta de dados, UNASUS/UFPEL 2015.

A partir dos gráficos acima, é possível verificar que as metas não foram alcançadas em 100% mas todas ficaram acima de 80%.Esses resultados foram obtidos graças à avaliação sistemática das ações da intervenção, que incluíam a qualidade das consultas com exame físico completo e avaliação do risco cardiovascular, provendo assim um atendimento integral, contínuo e organizado nas consultas. Desenvolver ações educativas para informar à população acerca da importância das consultas integrais foram estratégias realizadas para o fortalecimento dos conhecimentos da população sobre as doenças Crônicas.

A meta de garantir 100% dos usuários com HAS e/ou DM a realização de exames complementares em dia, de acordo com o protocolo, não foi alcançada.

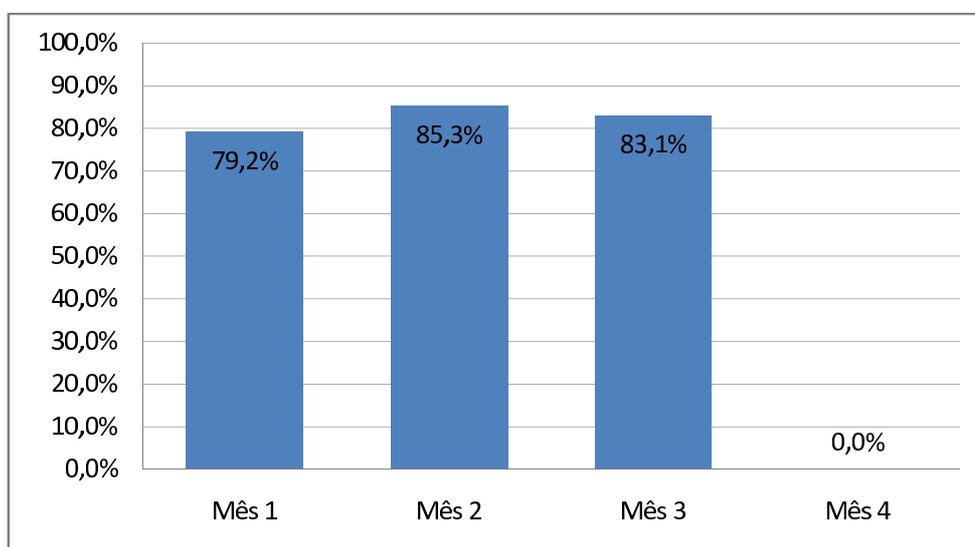
No programa de atenção à HAS, no primeiro, segundo e terceiro mês, respectivamente, 49 (74,2%), 128 (83,7%), 202 (80,8%) dos usuários com HAS apresentavam exames complementares em dia, de acordo com o protocolo (Figura 5).



**Figura 5:** Gráfico proporção de usuários com HAS com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo UBS/ESF José Alves Meirelles, Tartarugalzinho/AP.

**Fonte:** Planilha de coleta de dados, UNASUS/UFPEL 2015.

No programa de atenção ao diabetes, essa meta foi bem semelhante à Figura 5. No primeiro, segundo e terceiro mês, respectivamente, 19 (79,2%), 58 (85,3%) e 103 (83,1%) dos usuários estavam com o exame complementar em dia, de acordo com o protocolo (Figura 6).



**Figura 6:** Gráfico proporção dos usuários com DM com exames complementares em dia, de acordo com o protocolo UBS/ESF José Alves Meirelles, Tartarugalzinho/AP.

**Fonte:** Planilha de coleta de dados, UNASUS/UFPEL 2015.

Essas metas não foram alcançadas porque nossa UBS não possui um local adequado para a realização de exames laboratoriais nem insumos necessários para realizar os testes. Isso leva os usuários a realizar seus testes nos serviços particulares,

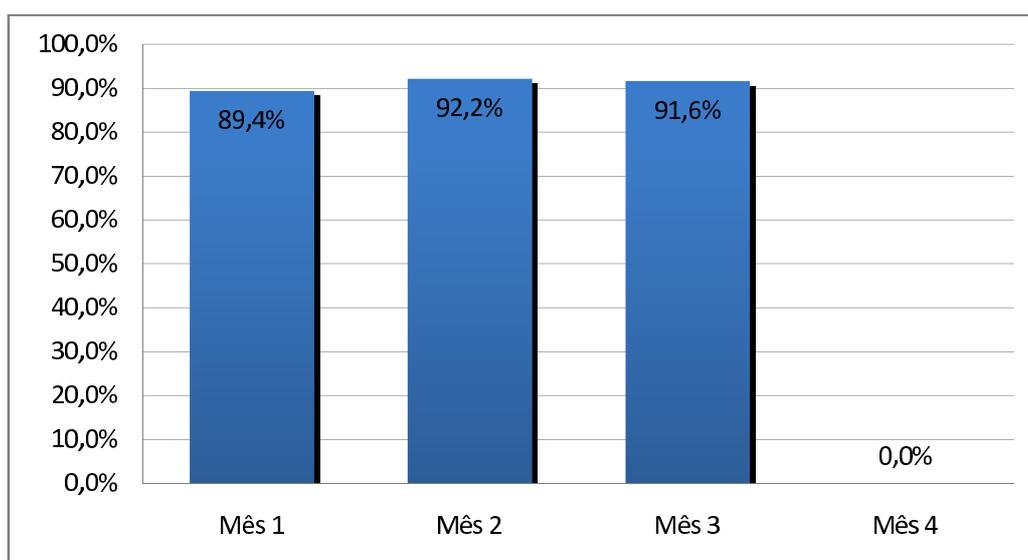
os quais possuem elevado custo e dessa forma, não podem ser realizados por muitos usuários. Acreditamos que tal fato é a principal dificuldade para alcançar essa meta.

A equipe recebeu ações de qualificação de sua prática clínica, especificamente no que se refere a realização do hemoglicotestes. Além disso, todos se esforçaram visando garantir a solicitação dos exames complementares durante as consultas e coordenar com o gestor municipal a possibilidade da realização dos testes e manter sinal de alerta para o resultado dos mesmos. Foi possível realizar os testes rápidos de glicose, já que nossa UBS possui esse serviço.

Em relação aos exames complementários não conseguimos alcançar as metas propostas, pois nossa UBS não apresenta esse serviço de laboratório e também não foi possível estabelecer fluxo e protocolos que proporcionasse acesso a outros centros de referência. Consideramos que é necessário a disponibilização de um espaço físico adequado nas UBS e garantir os insumos de laboratório necessários para realizar os testes segundo protocolo.

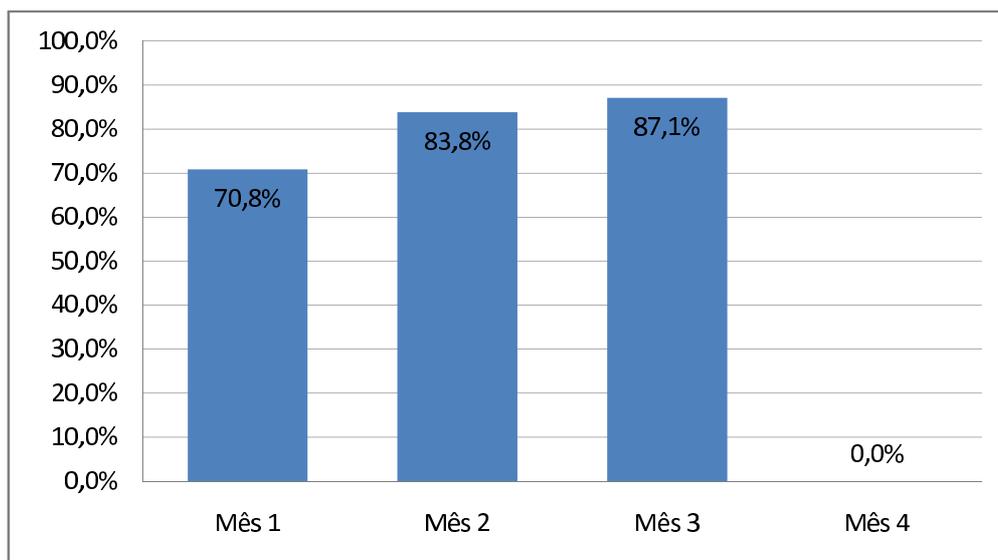
A meta de priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com HAS e/ou DM cadastrados na UBS também não foi alcançada.

No primeiro, segundo e terceiro mês, o número de usuários com HAS com prescrição de medicamentos da farmácia popular foi, respectivamente, 59 (89,4%), 141 (92,2%) e 229 (91,6%) (Figura 7), enquanto o número de usuários com DM foi 17 (70,8%), 57 (83,8%) e 108 (87,1%), no primeiro, segundo e terceiro mês, respectivamente (Figura 8).



**Figura 7:** Gráfico proporção de usuários com HAS com prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia priorizada na UBS/ESF José Alves Meirelles, Tartarugalzinho/AP .

**Fonte:** Planilha de coleta de dados, UNASUS/UFPEL 2015.



**Figura 8:** Gráfico proporção de usuários com DM com prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia priorizada na UBS/ESF José Alves Meirelles, Tartarugalzinho/AP.

**Fonte:** Planilha de coleta de dados, UNASUS/UFPEL 2015.

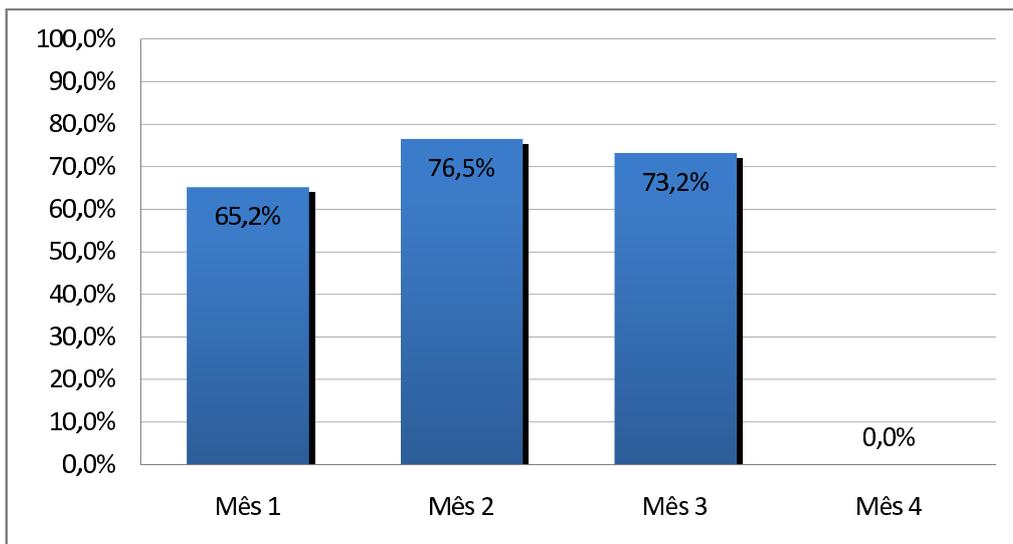
A prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia não foi atingida já que nosso município não possui esse serviço e muitos usuários não estão com possibilidade de se locomover ao município mais próximo para adquirir os medicamentos.

É relevante pontuar que muitos usuários também faziam uso de medicamentos prescritos por outros profissionais e que não pertenciam aqueles da farmácia popular/hiperdia e sentiam se controlados. Isso foi observado durante as nossas consultas, outros referiam não utilizar remédios farmacológicos para controlar sua pressão.

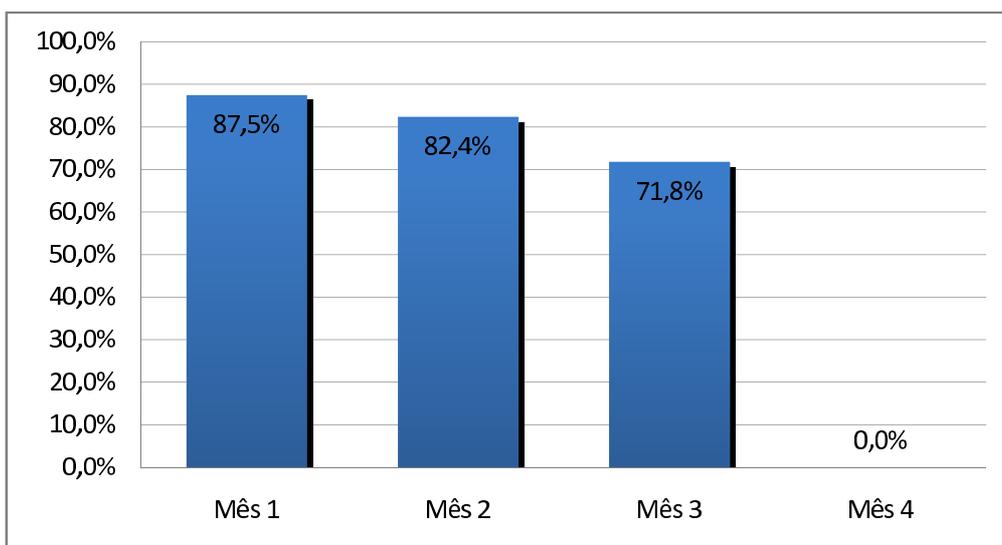
Para melhorar essa meta será necessário garantir os medicamentos da farmácia popular/hiperdia em nossa UBS e realizar ações de educação em saúde sobre a utilização dos medicamentos no controle da HAS e DM, se necessário. No futuro será necessário criar uma estrutura que garante esse serviço no município.

A meta realizar a ação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com HAS e/ou DM não foi atingida.

No primeiro, segundo e terceiro mês, o número de usuários com HAS com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, foi, respectivamente, 43 (65,2%), 117 (76,5%) e 183 (73,2%). Já o número de usuários com DM nesses meses foi de 21 (87,5%), 56 (82,4%) e 89 (71,8%), respectivamente (Figuras 9 e 10).

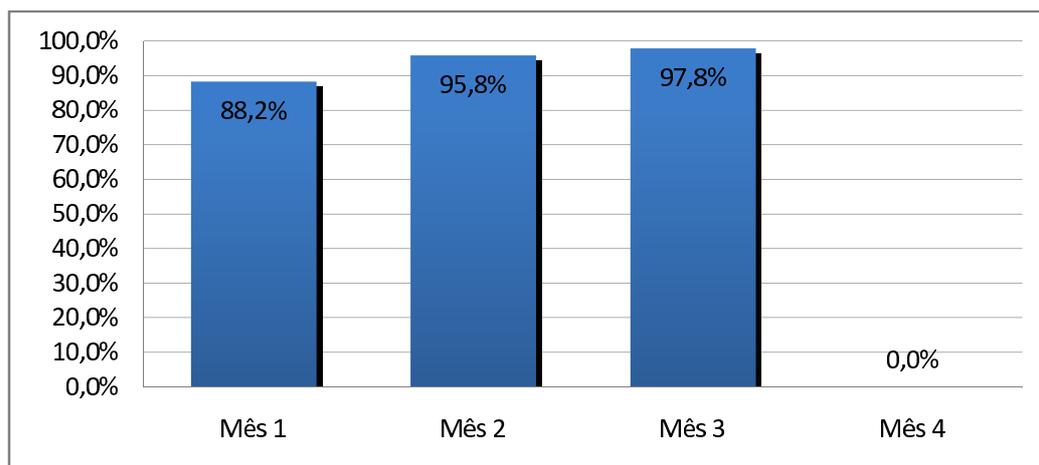


**Figura 9:** Gráfico proporção de usuários com HAS com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS/ESF José Alves Meirelles, Tartarugalzinho/AP.  
**Fonte:** Planilha de coleta de dados, UNASUS/UFPEL 2015.



**Figura 10:** Gráfico proporção de usuários com DM com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS/ESF José Alves Meirelles, Tartarugalzinho/AP.  
**Fonte:** Planilha de coleta de dados, UNASUS/UFPEL 2015.

A meta buscar 100% dos usuários com HAS e/ou DM faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada foi alcançada apenas em relação aos usuários com DM. Quanto aos usuários com HAS faltosos às consultas, 15 (88,2%), 23 (95,8%) e 45 (97,8%) receberam busca ativa (Figura 11).



**Figura 11:** Gráfico proporção de usuários com HAS faltosos às consultas com busca ativa UBS/ESF José Alves Meirelles, Tartarugalzinho/AP.

**Fonte:** Planilha de coleta de dados, UNASUS/UFPEL 2015.

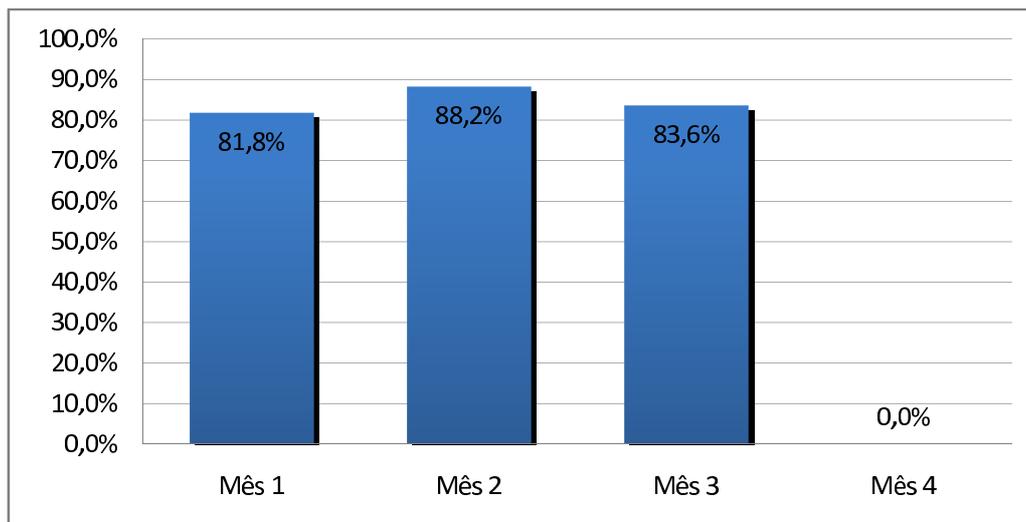
Em relação a busca ativa de usuários faltosos não se conseguiu alcançar essa meta provavelmente devido não apenas a equipe não estar completa, mas também pelo significativo fato dos trabalhadores estar de licença saúde e/ou outros problemas pessoais, tais como capacitação e reuniões na secretaria municipal e estadual de saúde. Essa meta também foi dificultada pela não fixação dos moradores nas suas residências.

O trabalho em equipe, com apoio dos diversos setores da comunidade, o apoio dos moradores da mesma área, a divulgação da ação programática explicando à comunidade e a importância do acompanhamento periódico, a programação das visitas domiciliares e da agenda de acolhimento, facilitou o desenvolvimento dessas ações.

Consideramos que se deve garantir o completamente da equipe e realizar as reuniões e capacitações em horário extra laboral, assim como garantir pessoal de reserva que possa dar atendimento durante feriados ou problemas apresentados pelos integrantes da equipe.

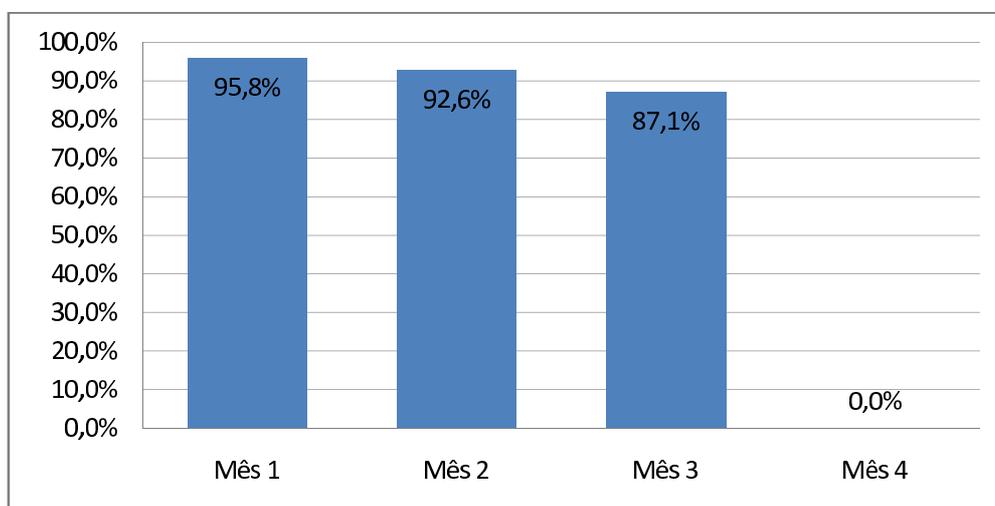
A meta de manter a ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com HAS e/ou DM cadastrados na UBS não foi atingido em nossa intervenção.

Os resultados obtidos no primeiro, segundo e terceiro mês, para os usuários com HAS foram, 54 (81,8%), 135 (88,2%) e 209 (83,6%) respectivamente (Figura 12).



**Figura 12:** Gráfico proporção de usuários com HAS com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS/ESF José Alves Meirelles, Tartarugalzinho/AP.  
**Fonte:** Planilha de coleta de dados, UNASUS/UFPEL 2015.

Em relação aos usuários com DM, 23 (95,8%), 63 (92,6%) e 108 (87,1%) deles apresentavam registros adequados na ficha de acompanhamento, respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês (Figura 13).



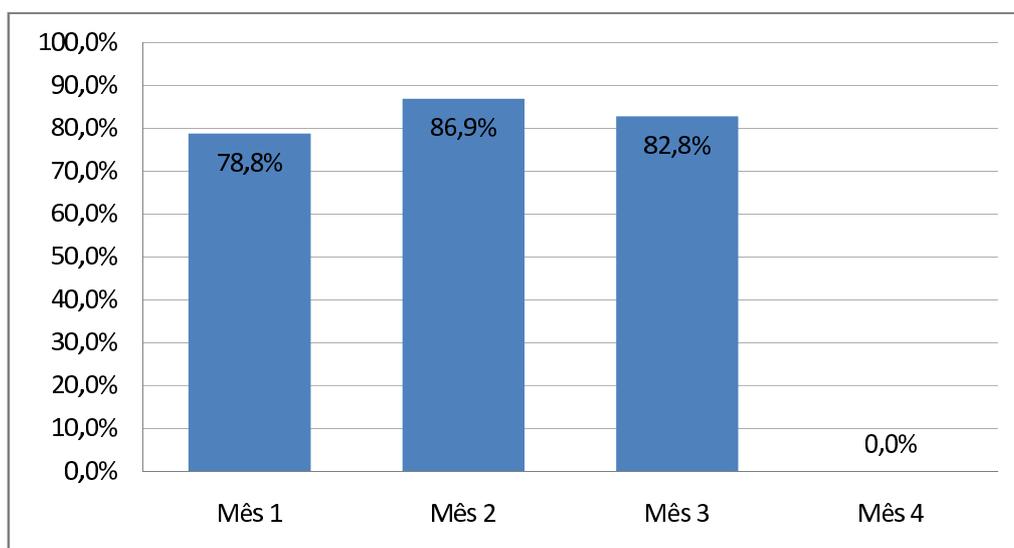
**Figura 13:** Gráfico proporção de usuários com DM com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS/ESF José Alves Meirelles, Tartarugalzinho/AP.  
**Fonte:** Planilha de coleta de dados, UNASUS/UFPEL 2015.

As ações que favoreceram esse porcentagem foi a capacção da equipe antes e durante a intervenção e a cooperação da secretaria municipal de saúde que garantiu as planilhas, registros e fichas de acompanhamento que foram utilizadas durante a intervenção e que continuaram sendo utilizadas nos atendimentos diários da equipe.

A meta realizar a estratificação de risco cardiovascular em 100% dos usuários com HAS cadastrados na UBS não foi alcançada.

A priorização e atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e a capacitação das enfermeiras para realizar essa avaliação foi um fator importante que proporcionou chegar perto da meta.

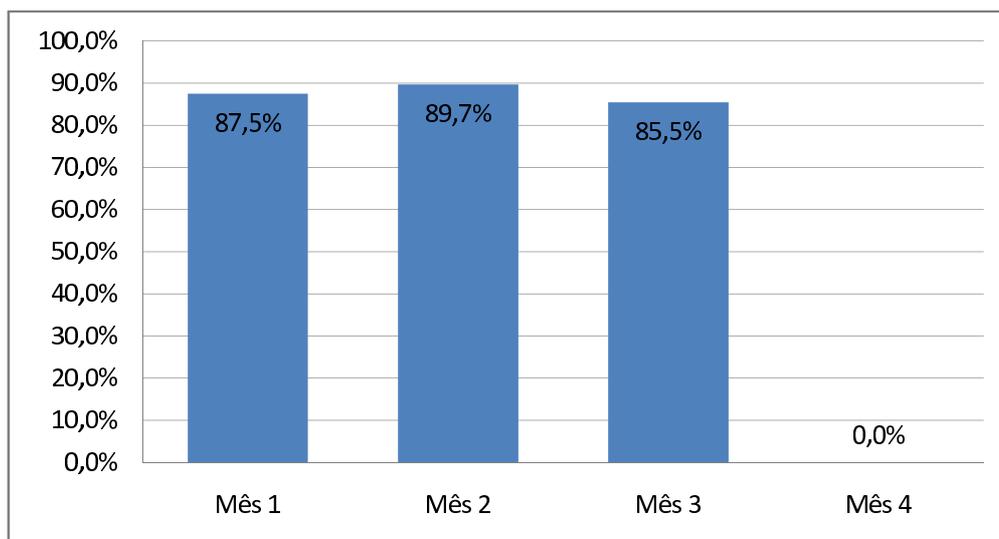
Conforme é possível verificar na figura 14, no primeiro, segundo e terceiro mês, respectivamente, 53 (78,8%), 133 (86,9%) e 207 (82,8%) usuários com HAS apresentaram estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.



**Figura 14:** Gráfico proporção de usuários com HAS com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS/ESF José Alves Meirelles, Tartarugalzinho/AP.

**Fonte:** Planilha de coleta de dados, UNASUS/UFPEL 2015.

Quanto aos usuários com DM, a figura 15 revela que, 21 (87,5%), 61 (89,7%) e 106 (85,5%) deles apresentavam a estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês.



**Figura 15:** Gráfico proporção de usuários com DM com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em diana UBS/ESF José Alves Meirelles, Tartarugalzinho/AP.

**Fonte:** Planilha de coleta de dados, UNASUS/UFPEL 2015.

Não apresentamos muitas dificuldades nessa meta já que o exame clínico e a avaliação de risco cardiovascular foram realizados durante as consultas. Para melhorar estes resultados consideramos seja necessário que a avaliação seja realizada pelos seguintes profissionais, previamente capacitados: enfermeiras, médicos e as técnicas de enfermagem.

Nossa intervenção também teve como objetivo realizar ações de promoção e prevenção, que permitiram orientar os participantes e toda a comunidade acerca de alguns temas, como por exemplo, doenças crônicas, fatores de risco e a como prevenir os mesmos.

Para esse objetivo, foram estabelecidas as seguintes metas: garantir a orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com HAS e/ou DM; garantir a orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com HAS e/ou DM; garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com HAS e/ou DM; garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com HAS e/ou DM.

Todas essas metas foram atingidas nos 3 meses de intervenção. Os usuários que participaram receberam as orientações de promoção e prevenção, durante as consultas, as visitas domiciliares e outros meios e estratégias para multiplicar as informações sobre ações preventivas.

As orientações sobre nutrição e alimentação saudável foram desenvolvidas por toda equipe, pois foi no final da intervenção que contamos com nutricionista. Será

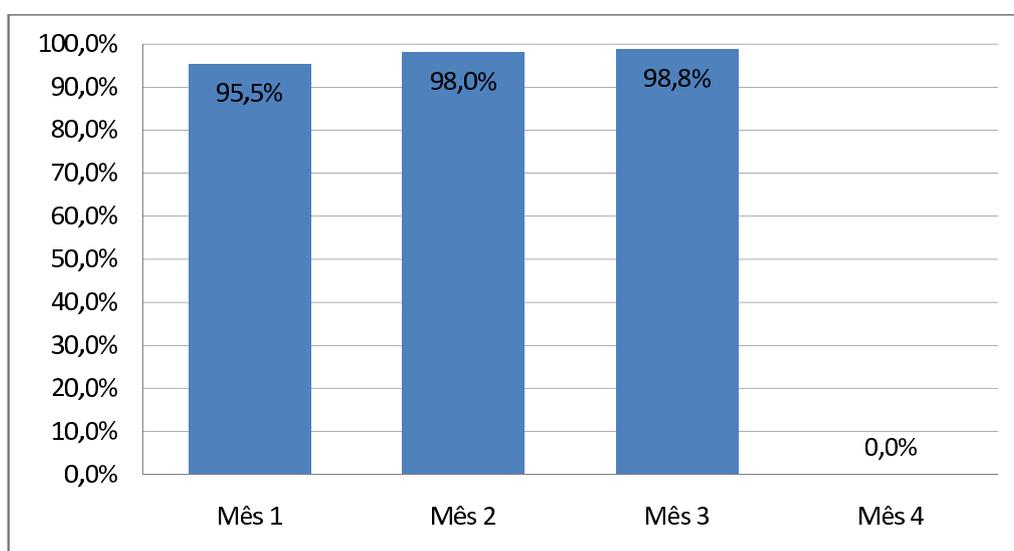
necessário que a secretaria de saúde incorpore um nutricionista aos atendimentos da UBS, ou de existir nutricionista nas escolas que esse seja contratado para prestar serviços em nossa UBS.

O número de usuários com HAS que foram orientados quanto a essa meta, no primeiro, segundo e terceiro mês, foi, respectivamente, 66 (100,0%), 153 (100,0%) e 250 (100,0%).

Quanto aos usuários com DM, 24 (100,0%), 68 (100,0%) e 124 (100,0%) deles, ou seja, todos também foram orientados, respectivamente no primeiro, segundo e terceiro mês.

As orientações sobre a prática regular de atividade física, assim como a realização das atividades foram realizadas com a colaboração de professores de educação física das escolas e da associação de idosos.

Os resultados obtidos nessa meta, no primeiro, segundo e terceiro mês, para os usuários com HAS foram, respectivamente, 63 (95,5%), 150 (98%) e 247 (98,8%) (Figura 16),



**Figura 16:** Gráfico proporção de usuários com HAS com orientação sobre a prática de atividade física regular na UBS/ESF José Alves Meirelles, Tartarugalzinho/AP.

**Fonte:** Planilha de coleta de dados, UNASUS/UFPEL 2015.

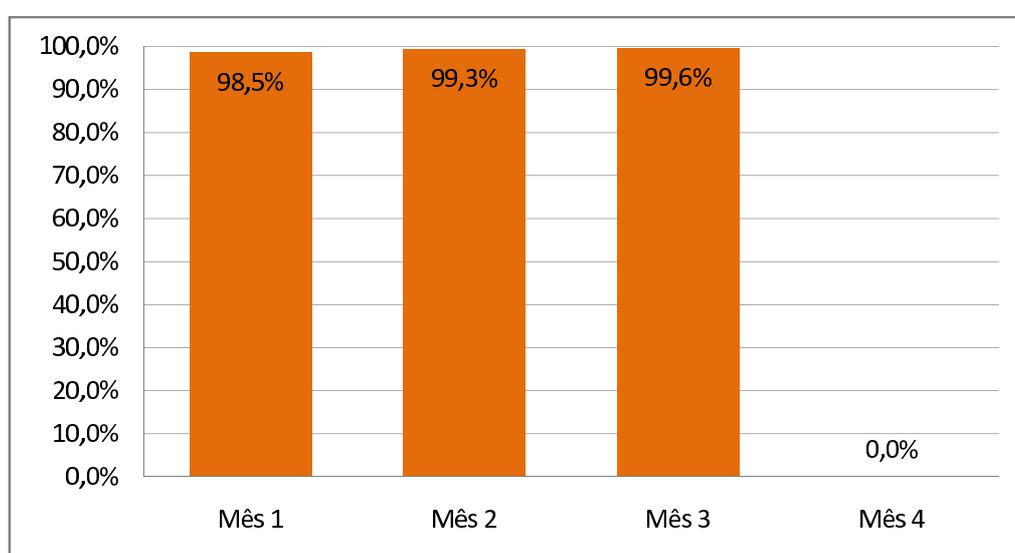
Enquanto que para os usuários com DM, 24 (100,0%), 68 (100,0%) e 124 (100,0%) deles foram orientados, respectivamente no primeiro, segundo e terceiro mês.

Nós apresentamos dificuldade nessa meta. Todos os usuários receberam as orientações sobre a importância da prática regular de atividade física. Para garantir e qualificar essa ação é necessário vincular a professores de educação física das

escolas aos grupos ou círculos de usuários com HAS e/ou DM, onde possam receber essas práticas.

A divulgação sobre os riscos do tabagismo foram explicadas pela equipe durante as palestras e consultas, realizando-se também a divulgação por meio da rádio do município e folhetos de educação em saúde.

A figura 17 destaca que quase todos os usuários com HAS que participaram da intervenção foram orientados. No primeiro, segundo e terceiro mês, respectivamente, 65 (98,5%), 152 (99,3%) e 249 (99,6%) dos usuários com HAS foram orientados.



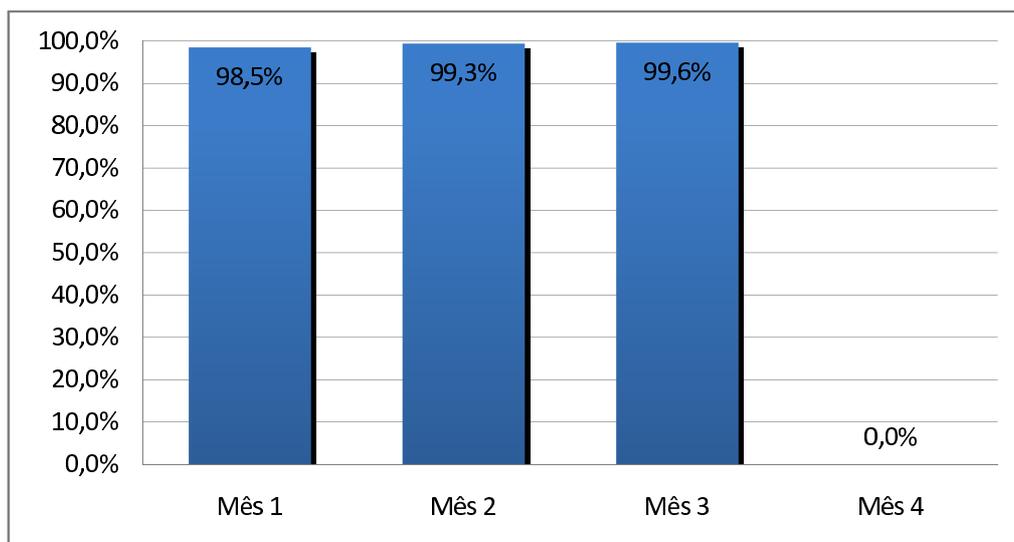
**Figura 17:** Gráfico proporção de usuários com HAS que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na UBS/ESF José Alves Meirelles, Tartarugalzinho/AP.

**Fonte:** Planilha de coleta de dados, UNASUS/UFPEL 2015.

Quanto aos usuários com DM, 24 (100,0%), 68 (100,0%) e 124 (100,0%) deles foram orientados, respectivamente no primeiro, segundo e terceiro mês.

No desenvolvimento de essa meta não apresentamos dificuldades, os temas sobre os riscos do tabagismo foram realizados durante as palestras e durante as orientações dadas nas consultas, consideramos continuar com as atividades de promoção mediante folhetos e programas da rádio local.

Para as orientações sobre a higiene bucal contamos com o apoio da equipe de odontologia e a nossa equipe que participou das exposições sobre a higiene bucal. Os usuários com HAS receberam tais orientações, ou seja, no primeiro, segundo e terceiro mês, respectivamente, 65 (98,5%), 152 (99,3%) e 249 (99,6%) usuários com HAS (Figura 18).



**Figura 18:** Gráfico proporção de usuários com HAS que receberam orientações sobre higiene bucal na UBS/ESF José Alves Meirelles, Tartarugalzinho/AP.  
**Fonte:** Planilha de coleta de dados, UNASUS/UFPEL 2015.

Em relação aos usuários com DM alcançamos a meta de 24 (100,0%), 68 (100,0%) e 124 (100,0%) foram orientados, respectivamente no primeiro, segundo e terceiro mês.

Todas as ações descritas acima foram incorporadas ao serviço da UBS, apesar de algumas delas ainda precisarem de um maior apoio das secretarias de saúde municipal e estadual para serem incluídas integralmente.

Entre essas, destacam-se, por exemplo, a necessidade da farmácia popular contemplar todos os medicamentos preconizados, a construção ou implantação de um laboratório público de referência para a UBS e a manutenção das equipes de saúde completas, segundo a legislação do SUS. Essas ações objetivas junto com o trabalho da equipe serão importantes para melhorar a qualidade dos serviços de saúde e proporcionar uma melhor qualidade de vida a população.

## 4.2 Discussão

Com a nossa intervenção conseguimos elevar o número de usuários com HAS e/ou DM cadastrados e acompanhados pela equipe, ou seja, ampliamos a cobertura da atenção a essas doenças crônicas.

Além disso, melhoramos o acolhimento, os registros, qualificamos as consultas, por meio da realização do exame clínico completo e a avaliação de risco cardiovascular, aumentamos a busca ativa de usuários faltosos às consultas e fortalecemos as atividades de promoção e prevenção elevando-se o nível de conhecimento dos usuários sobre a sua doença.

Foram necessárias atividades de capacitação da equipe que permitiram desenvolver as atividades de nossa intervenção, baseadas nos protocolos do Ministério da Saúde para o atendimento da HAS e DM. O acolhimento, cadastramento, monitoramento, tratamento e atividades de promoção, foram realizadas graças a preparação e integração da equipe.

A recepcionista e os técnicos de enfermagem responsabilizaram-se pelo acolhimento, a médica e a enfermeira realizaram o cadastro adequado dos usuários, o monitoramento bem como as consultas com a avaliação do risco cardiovascular. As ações de engajamento público, especificamente as de educação em saúde foram garantidas por toda a equipe.

Com a intervenção, observa-se uma melhor qualidade no acolhimento, houve o estímulo aos profissionais de saúde a realizar atividades de promoção de doenças crônicas e outras doenças, elevou o número de usuários com vacinação em dia e estimulou outros serviços da UBS a realizar registros mais completos dos usuários com o intuito de potencializar o acompanhamento.

Na UBS a intervenção impactou de forma positiva, modificando o atendimento que era realizado somente pelos médicos. Toda a equipe participou da intervenção e tal fato sensibilizou que todos podem desenvolver ações e possuem responsabilidades com o atendimento integral aos usuários com HAS e/ou DM.

O trabalho em equipe revelou se como uma estratégia que possibilita promover e ofertar um atendimento de qualidade a um maior número de pessoas.

É possível verificar uma melhor organização do processo de trabalho da equipe, como por exemplo, a implantação da classificação de risco dos usuários, e dessa

forma, priorizar o agendamento e o atendimento dessas pessoas. As consultas de demanda espontânea também foram beneficiadas por meio da (re)organização.

Os usuários que participaram da intervenção manifestaram seu agradecimento e sua satisfação com os atendimentos e orientações recebidas, apesar de que não foi possível alcançar todas as metas propostas.

É relevante a contribuição da comunidade com a nossa intervenção, uma vez que houve uma participação ativa da mesma.

Embora a cobertura e a qualidade das consultas receberam um impacto positivo, ainda há usuários com HAS e/ou DM sem cadastro e acompanhamento na UBS e há um número significativo de pessoas que desconhecem as atividades que são realizadas para melhorar o atendimento. Considerando essas fragilidades, nossos futuros esforços serão focados em estratégias para minimizá-las.

As estratégias estarão baseadas em elevar as ações de educação em saúde, promoção e prevenção, assim como a divulgação do programa de rastreamento, elevar o número de visitas domiciliares, busca ativa de usuários faltosos e visitas aos usuários com dificuldades físicas para se locomover até à UBS.

Outras ações que poderão ser desenvolvidas são realizar o acolhimento e a organização da agenda, priorizando os usuários de alto risco, conforme o protocolo utilizado. Realizar o cadastramento e uma consulta com qualidade baseada na atenção integral e garantir a composição mínima das equipes e cumprimento da carga horária, também são estratégias que a equipe pretende adotar.

Algumas dificuldades que apresentamos durante a intervenção e obstaculizaram a execução dos objetivos e das metas poderiam ser identificadas e solucionadas, durante a análise situacional e reuniões diárias que foram realizadas. As dificuldades contemplam alguns aspectos na dimensão administrativa e do cuidado, como por exemplo, o desconhecimento da população sobre as atividades relacionada à ação programática.

As metas propostas poderiam ter sido alcançadas se algumas dificuldades como equipe incompleta, absenteísmo dos seus integrantes, devido às doenças e/ou problemas familiares, afetações por reuniões orientadas pelas secretarias municipal e estadual, fossem planejadas, solucionadas ou minimizadas, previamente.

Na futura incorporação das ações ao serviço e conhecendo as dificuldades que existem demonstradas por nossa intervenção, temos a tarefa de buscar as soluções e

manter as ações incorporadas a nossa UBS e estimular sua aplicação por outras equipes.

As ações desenvolvidas durante a intervenção foram incorporadas na rotina do serviço. Pretendemos manter as mesmas e incorporar ao trabalho de outras equipes. Para isso, a coordenação da UBS já realiza as orientações, a fim de atingir esse propósito, especificamente referente à qualificação do cuidado aos grupos de maior vulnerabilidade, como por exemplo, usuários com HAS, usuários com DM idosos, gestantes e crianças, começando o acompanhamento de cada grupo de maneira progressiva.

Nossa perspectiva é transmitir nossa experiência a outras equipes, para ampliar a cobertura de atendimento, registro e acompanhamento dos usuários com HAS e/ou DM, nossa experiência também pode ser aplicada a outros atendimentos na UBS como Idosos, gestantes e crianças.

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

Ilustríssimo senhor gestor do município Tartarugalzinho.

Considerando os dados de morbimortalidade por doenças crônicas no Brasil e em nosso município, a equipe iniciou um trabalho de intervenção no mês de janeiro de 2015, que teve uma duração de 12 semanas.

O objetivo foi melhorar a atenção à saúde das pessoas com HAS e DM da nossa área de abrangência que são atendidos na UBS José Alves Meirelles, Tartarugalzinho/AP. A intervenção foi desenvolvida no período de abril a Julho de 2015.

A intervenção começou com a capacitação da equipe da ESF para realizar integralmente as ações propostas durante todo o programa. Desde o início se realizou a divulgação de nossa intervenção por diferentes meios de comunicação, como por exemplo, cartazes, folhetos, palestras e pela rádio local.

Para o desenvolvimento dessas divulgações contamos com o apoio da secretaria de saúde.

A gestora juntamente com a diretoria da UBS apoiou nossa intervenção facilitando os recursos materiais para a realização dos registros e ficha espelho utilizadas na intervenção, contribuíram com folhetos e cartazes para realizar ações de promoção e prevenção sobre as doenças crônicas.

A gestão também apoiou as atividades de promoção, como palestras e em algumas ocasiões, inseriu profissionais de saúde de outras equipes para apoiar durante as atividades, principalmente quando alguns membros da equipe estavam de férias e/ou de licença.

A agenda de acolhimento da demanda espontânea foi ajustada, evitando que pudessem ocorrer desestabilizações no atendimento da UBS, facilitando assim o processo de trabalho.

Outros recursos utilizados na intervenção foram garantidos pela secretaria de saúde, tais como: divulgação da nossa intervenção na rádio local, disponibilização de instrumental para a medida da pressão arterial e para a realização do teste de glicose.

Durante a intervenção realizou-se o acolhimento, classificação e registro dos usuários, sendo que priorizamos os usuários com alto risco. Toda a equipe participou dessas atividades. Na consulta médica foi realizado o exame clínico completo com avaliação do risco cardiovascular e atualização dos cadastros.

Também realizamos ações de promoção da saúde e prevenção de doenças alertando os usuários sobre os fatores de risco devido ao tabagismo, orientamos sobre a importância da alimentação saudável, dos cuidados com a saúde bucal e a adoção de práticas de atividades físicas.

Na realização das atividades físicas contamos com o apoio de professores de educação física das escolas e de Associação de Idosos.

Durante a intervenção com o apoio da comunidade e o trabalho em equipe algumas metas foram alcançadas totalmente e outras parcialmente.

As metas dos indicadores de cobertura não foram atingidas, devido às dificuldades encontradas, como por exemplo, alguns integrantes da equipe se afastaram por enfermidades, ou seja, a equipe permaneceu incompleta em vários momentos.

Além disso, houve um número significativo de feriados e capacitações e reuniões nas secretarias municipais; e estadual de saúde, fatos que interromperam a intervenção em alguns momentos.

Outros fatores como inconstâncias dos moradores em seus hábitos também dificultaram alcançar essa meta. No entanto, é relevante destacar que no início da intervenção existiam 583 usuários com HAS e 202 usuários com DM cadastrados na área de abrangência da equipe, sendo que nem todos estavam sendo acompanhados pela equipe.

No final de nossa intervenção, conseguimos ampliar a atenção, considerando a integralidade e dessa forma, 250 usuários com HAS e 124 usuários com

DMestavam em acompanhamento. Isto é, a cobertura do programa de atenção ao hipertenso e ao diabético alcançou 42,9% e 61,4%, respectivamente.

As metas de qualidade foram alcançadas em 81,63% e 85,4% aquelas relacionadas ao exame clínico completo. A avaliação do risco cardiovascular foi de 82,83% e 87,56%, 71,76% e 80,56%. A prescrição de medicamentos de hiperdia da farmácia popular ficou em 91,06% e 80,56%, a realização de exames complementares 79,56% e 82,53%, considerando osusuários com HAS e/ou DM respectivamente.

Fatores como ausência de farmácia popular em nosso município, irregularidades com os subministros de medicamentos em nossa UBS, usuários que já estavam controlados com outros medicamentos e usuários que não realizam tratamento farmacológico, impediram alcançar essa meta. No caso dos exames complementares, houve a dificuldade de atingirmos 100% dos usuários, por não contarmos com laboratório na nossa UBS.

Mediante as palestras, conversas, e as orientações nas consultas todos nossos usuários receberam orientações sobre saúde bucal, risco do tabagismo, importância de alimentação saudável e a importância da prática regular de exercício físico, cumprindo com nossa meta de promoção de saúde.

Atualizamosos cadastros e registros dos usuários na UBS e na secretaria de saúde. Demonstramos com nossa intervenção a existência de dificuldades que prejudicam a qualidade do atendimento nos serviços da saúde e consideramos quepodem ser resolvidas com ajuda dos diferentes setores e fatores da comunidade, municipais e estaduais.

Nossas ações foram incorporadas ao atendimento da equipe e na rotina da UBS, foram transmitidas nossas experiências as outras equipes da UBS para que as ações também sejam incorporadas.

Com o intuito de aumentar a resolutividade e a integralidade da atenção, é importante que os gestores viabilizem outras especialidades necessárias na avaliação de usuários com HAS e/ou DM, como oftalmologista, cardiologista e nutricionista. Além disso, consideramos é necessário que as equipes de saúde estejam completas, com o número de ACS adequado para potencializarmos as ações no território.

Outra ação importante seria encaminhar os usuários com HAS e/ou DM que chegam à UBS para outros tipos de atendimentos, visando receberem avaliação e

acompanhamento completo. Essas ações também são aplicáveis a outros serviços e programas da UBS, por exemplo, o atendimento a idosos, que pode ser realizado também de maneira integral já que geralmente esse grupo etário apresenta doenças crônicas.

Consideramos muito importante que todos os gestores se envolvam nas ações da UBS/ESF contribuindo para o fortalecimento do engajamento público, participação e controle social. A UBS/ESF é de todos e quanto mais gestores participarem, mais qualificação será possível.

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

Prezada comunidade do município Tartarugalzinho.

Nosso trabalho de intervenção foi realizado na área de atendimento de uma equipe de saúde da UBS e teve uma duração de 12 semanas.

O objetivo foi melhorar a atenção à saúde das pessoas com HAS e DM da nossa área de abrangência que são atendidos na UBS José Alves Meirelles, Tartarugalzinho/AP.

A intervenção começou com o treinamento da ESF para realizar todas as ações propostas durante todo o programa. Desde o início se realizou um plano de comunicação sobre as atividades e durante todo o processo foi necessário a divulgação das ações por diferentes meios, como a rádio, cartaz, folhetos e por meio de palestras e conversas desenvolvidas em vários cenários.

Desta forma, antes de começar a intervenção toda a equipe foi preparada e orientada sobre o trabalho a realizar, cada membro conhecia suas funções. Para realizar o acolhimento dos usuários com HAS (pessoas com pressão alta) e usuários com DM foi necessário adequar nosso atendimento para classificar quem tinha maior risco e dar prioridade ao atendimento deles sem desatender os outros usuários e os outros serviços da UBS. Realizamos registros para a coleta dos dados, que foram analisados ao final da intervenção.

Para essa divulgação tivemos o apoio da secretária de saúde do município e de outros fatores da comunidade, como por exemplo, a associação de idosos que ofereceu um espaço para realizar essas atividades.

Também contamos com o apoio dos professores de educação física das escolas e da associação de idosos para guiar as atividades da prática de exercícios

físicos. A equipe odontológica também colaborou com suas palestras sobre a saúde bucal e com consultas odontológicas aos usuários necessitados.

No longo das 12 semanas apresentamos muitas dificuldades que limitaram alcançar algumas metas propostas, por exemplo, o número de usuários cadastrados ficou abaixo do esperado, não foi possível recuperar todos os usuários faltosos mediante a busca ativa, não conseguimos realizar os exames de laboratório e a prescrição de medicamentos da farmácia popular a 100% dos usuários atendidos.

Algumas das dificuldades que impediram cumprir esses objetivos foram causadas provavelmente pela necessidade de maior tempo para desenvolver a ação. O tempo não foi o suficiente, pois em vários momentos a equipe precisava se reunir, realizar as capacitações, houve feriados e também alguns integrantes da equipe se afastaram do trabalho devido à problemas pessoais. Além disso, a equipe não estava completa, em vários momentos.

A inexistência de farmácia popular e de um laboratório e a instabilidade em relação aos insumos de medicamentos dificultaram que nossos usuários pudessem realizar os testes e utilizarem os medicamentos, segundo orientação pelo Ministério de Saúde.

Apesar disso, nossa intervenção aumentou o número de usuáriorcadastrados, elevou o número de visitas domiciliares aos usuários com doenças crônicas, sobre todos aqueles que estavam com dificuldade motora para trasladar se a UBS, e dessa forma, melhoramos a qualidade das consultas, realizando exame completo, incluindo o exame cardiovascular e o exame odontológico.

Nossos usuários receberam palestras e orientações, que elevaram o nível de conhecimentos sobre essas doenças, os próprios usuários colaboraram com a equipe na divulgação do programa, nas ações de promoção e prevenção e também ajudaram na busca ativa.

Para melhorar os resultados alcançados pelo SUS é preciso implementar algumas estratégias que possibilitem uma melhor relação da comunidade com os serviços que presta a UBS, nesse sentido, consideramos em primeiro lugar que será necessário um espaços de participação popular que permitam o intercambio da comunidade com os gestores. Esses encontros podem ser realizados em reuniões programadas na UBS, na associação de idosos e reuniões com o conselho de saúde do nosso município.

É importante que os usuários compreendam a importância de se pronunciar em relação aos serviços de saúde, que seus critérios sejam escutados e suas necessidades e problemáticas sejam acolhidas. A UBS pode auxiliar as pessoas da comunidade que de maneira voluntária estão dispostas a participar e ajudar, por exemplo, na busca de usuários, na divulgação das atividades de promoção e orientação na UBS.

Ao final da intervenção conseguimos elevar a unidade da equipe e dos setores da comunidade com a secretaria de saúde o qual foi importante para a busca de soluções aos problemas que dificultam a qualidade dos serviços de saúde.

As ações desenvolvidas foram incorporadas a UBS e serão incorporadas as outras equipes. Os resultados de nossa intervenção foram informados aos gestores para manter atualizados os cadastros no sistema de informação e para a busca de soluções das dificuldades encontradas durante a intervenção.

Consideramos muito importante que toda comunidade se envolva nas ações da UBS/ESF contribuindo para o fortalecimento do engajamento público, participação e controle social. A UBS/ESF é de todos e quanto mais participarem, mais qualificação será possível.

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

A especialização em saúde da família serviu para o nosso aperfeiçoamento profissional, fazendo com que sejamos capazes de lidar com a maior parte dos problemas de saúde da nação.

No início do curso enfrentamos alguns problemas prejudicando o envio em tempo das tarefas do curso. O momento da intervenção gerou inquietações que nos acompanhou durante algumas semanas, mas com o apoio da equipe, dos gestores e os orientadores do curso, fomos superando essas inseguranças e resolvendo as dificuldades apresentadas.

O comprometimento de toda a equipe e o engajamento de todos os atores da comunidade proporcionaram a conclusão satisfatória do curso. Nossa equipe mostrou profissionalismo e dedicação total ao trabalho.

O curso ajudou nos conhecimentos adquiridos, pois sempre é bom ampliar a visão sobre saúde da família e benefícios para a vida profissional e pessoal.

Também nos fez refletir em relação à realidade em que nós estamos trabalhando, o panorama da saúde pública em nossa comunidade, principalmente em relação às doenças crônicas, as ações que não estavam realizando e que a partir da nossa intervenção, conseguimos incorporar ao trabalho diário da UBS.

Muitas dificuldades ainda existem, mas com nosso trabalho em equipe, apoio dos setores da comunidade e a participação social vamos nos fortalecer e potencializar as ações e juntos conseguiremos melhorar.

Quanto ao material disponibilizado, me parece muito interessante e enriquecedor, pessoal e profissionalmente, pois nos ofereceram a atualização dos protocolos de trabalho de muitas doenças que com frequência atendemos,

capacitando-nos para enfrentar situações e por em prática nossos conhecimentos em prol de uma saúde pública mais humanizada.

O curso de Especialização em Saúde da Família da UFPel constituiu uma ferramenta importante para o desenvolvimento de nosso trabalho diário na UBS.

Desta forma, considero que o curso foi de grande utilidade para nossa prática profissional.

## Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Portal Brasil. Doenças crônicas não transmissíveis é a maior causa de morte no mundo, diz OMS. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/09/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-sao-a-maior-caoa-de-morte-no-mundo-diz-oms>>.

BRASIL.a Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial** (Cadernos de Atenção Básica, n. 37) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.: il.

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

OLIVEIRA.F. Pesquisa nacional de saúde. Disponível em:<[http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=16007&catid=11&Itemid=103](http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=16007&catid=11&Itemid=103)>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa; Cadernos de Atenção Básica, n. 19. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Brasil. Estimativa de população para 2013 segundo IBGE. Disponível em:<[http://www.informacoesmunicipais.com.br/abre\\_documento.cfm?arquivo=\\_repositorio/\\_oim/\\_documentos/894F71CA-D16A-96E2-BBB97E9E9861A14603092012050335.pdf&i=2032](http://www.informacoesmunicipais.com.br/abre_documento.cfm?arquivo=_repositorio/_oim/_documentos/894F71CA-D16A-96E2-BBB97E9E9861A14603092012050335.pdf&i=2032)>

## **Apêndices**



**Figura 19** Fotografia Encontro realizado com os usuários usuários com DM e usuários com HAS na UBS José Alves Meirelles em Tartarugalzinho/AP. 2015



**Figura 20** Fotografia Prática de atividade físicarealizado com os usuários usuários com DM e usuários com HAS na UBS José Alves Meirelles em Tartarugalzinho/AP. 2015



**Figura 21** Fotografia Capacitação da equipe-Atividade de educação permanente em saúde realizados com os usuários usuários com DM e usuários com HAS na UBS José Alves Meirelles em Tartarugalzinho/AP. 2015

## **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>  
Pro<sup>a</sup> Ana Cláudia Gestal Fassa

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

Prezada Pesquisadora;

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

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





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

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

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

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

\_\_\_\_\_

Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

\_\_\_\_\_

Assinatura do declarante