

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



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Central, Tabai/RS.**

**Iván González Mora**

**Pelotas, 2015**

**Iván González Mora**

**Melhoria da atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica  
e/ou diabetes mellitus na UBS Central, Tabaí/RS**

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: Danielle Vasconcellos de Paula Costa.

Pelotas, 2015.

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

M827m Mora, Iván González

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Central, Tabai/RS / Iván González Mora; Danielle Vasconcellos de Paula Costa, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

81 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. Costa, Danielle Vasconcellos de Paula, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico à minha filha Válerly, por suportar minha ausência, ser minha inspiração, fazer todo possível, por guiar-me, transformar-me em um melhor ser humano. Por fazer-me ver em cada criança seu rosto, e conduzir-me a ser seu exemplo de homem no futuro.

## **Agradecimentos**

As pessoas humildes de Tabai, para quem a cada dia acordo disposto a dar o melhor de mim.

A minhas Agentes Comunitárias de Saúde por seu esforço e dedicação.

A Danielle por sua paciência.

A meus companheiros de trabalho Valeria, Joao, Roxana, Juliana, Alex e Carmen.

## Resumo

MORA Iván González Título: **Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão e/ou Diabetes na UBS Central, Tabaí/RS**. 2015. 79f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A hipertensão arterial e a diabetes mellitus são duas doenças crônicas não transmissíveis muito comuns na população mundial, causas de múltiplas mortes e deficiências a cada ano. Para o controle dessas doenças é preciso adotar um adequado tratamento medicamentoso, evitar o sedentarismo, não fumar, ter uma alimentação saudável, entre outros hábitos saudáveis, dessa forma, é possível ter qualidade de vida mesmo convivendo com essas doenças. A população do município de Rodeio Bonito também sofre com essas doenças, e por isso o objetivo da intervenção será a melhoria da atenção à saúde de hipertensos e diabéticos. A população alvo da intervenção é de 913 hipertensos e 225 diabéticos da Unidade de Saúde da Família (USF) Central, no Município de Rodeio Bonito no Rio Grande do Sul. Para alcançar os objetivos propostos na intervenção foram realizadas ações nos quatro eixos pedagógicos do curso organizadas em monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica, foi realizada em um período de 12 semanas. Com a intervenção alcançamos melhorias na qualidade dos atendimentos e melhor organização do serviço. Foram acompanhados 276 hipertensos e 57 diabéticos, todos com exames complementares em dia, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, com registro adequado na ficha de acompanhamento, dentre outros indicadores que refletem a qualidade do atendimento. A comunidade se mostrou satisfeita com o atendimento oferecido, colaborando com as ações. Não foi possível alcançar a cobertura planejada, mas acredita-se que dando continuidade às ações da intervenção, conforme pactuado com a equipe, essa meta será alcançada.

**Palavras chaves:** atenção primária à saúde; saúde da família; hipertensão arterial; diabetes mellitus, doença crônica.

## Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico Cobertura do programa de atenção aos usuários com HAS na UBS Central, Tabai/RS.2015	50
Figura 2	Gráfico Cobertura do programa de atenção aos usuários com DM na UBS Central, Tabai/RS.2015	51
Figura 3	Gráfico Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Central, Tabai/RS.2015	52
Figura 4	Gráfico Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Central, Tabai/RS.2015	53
Figura 5	Gráfico Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Central, Tabai/RS.2015	54
Figura 6	Gráfico Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdía priorizada na UBS Central, Tabai/RS.2015	55
Figura 7	Gráfico Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Central, Tabai/RS.2015	56
Figura 8	Gráfico Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Central, Tabai/RS.2015	57
Figura 9	Gráfico Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na UBS Central, Tabai/RS.2015	58
Figura 10	Gráfico Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa na UBS Central, Tabai/RS.2015	59
Figura 11	Gráfico Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Central, Tabai/RS.2015	60
Figura 12	Gráfico Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Central, Tabai/RS.2015	61
Figura 13	Gráfico Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS Central, Tabai/RS.2015	62
Figura 14	Gráfico Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular na UBS Central, Tabai/RS.2015	63
Figura 15	Gráfico Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo na UBS Central, Tabai/RS.2015	64
Figura 16	Gráfico Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal na UBS Central, Tabai/RS.2015	65

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

ACS -	Agente Comunitário da Saúde
DM -	Diabetes Mellitus
ESB -	Equipe de Saúde Bucal
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
HA -	Hipertensão Arterial
PMM -	Programa Mais Médicos
PIM -	Primeira Infância Melhor
SUS -	Sistema Único de Saúde
UBS -	Unidade Básica de Saúde



## Sumário

Apresentação .....	8
1. Análise Situacional .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	9
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	21
2. Análise Estratégica.....	22
2.1 Justificativa.....	22
2.2 Objetivos e metas.....	24
2.2.1 Objetivo geral .....	24
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	24
2.3 Metodologia.....	26
2.3.1 Detalhamento das ações .....	26
2.3.4 Cronograma .....	44
3 Relatório da Intervenção .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
3.1 Ações previstas e realizadas .....	45
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	48
4.1 Resultados .....	50
4.2 Discussão .....	66
5 Relatório da intervenção para gestores.....	70
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	72
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem .....	74
Referências .....	76
Anexo A - Documento do comitê de ética .....	78
Anexo B– Ficha espelho frente e Verso.....	79
Anexo C – Planilha de coleta de dados .....	79

## **Apresentação**

Este trabalho é uma intervenção, realizada na Unidade Básica de Saúde Central, Taboá/RS, na equipe número dois, com objetivo geral de melhoria da atenção aos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes Mellitus (DM) residentes em nossa área de abrangência.

A primeira parte é a Análise Situacional que teve como objetivo identificar os aspectos relacionados com a Estratégia de Saúde da Família e a Atenção Primária no município, além de determinarem-se, as deficiências em cada uma das ações programáticas. A segunda parte é a Análise Estratégica, que buscou contemplar a ação programática de atenção a hipertensos e diabéticos para a melhoria do atendimento destes usuários, através da proposta de objetivos, metas, do detalhamento de ações que envolveram a toda equipe e comunidade. A terceira parte constitui o Relatório da Intervenção que relata as ações que foram desenvolvidas os avanços e tropeços durante a mesma. A quarta parte é a Avaliação da Intervenção, que discute os resultados obtidos, relacionado com cada objetivo e meta traçada, mostrando-se também em gráficos. Nas Considerações Finais apresenta uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem durante o desenvolvimento do curso. Por fim, apresenta ainda as Referências, seguindo-se de Anexos e Apêndice.

Espera-se que com a intervenção desenvolvida possa contribuir de forma efetiva com uma melhoria da atenção aos portadores de hipertensão e diabetes de nosso município, satisfação do usuário e uma atenção primária com qualidade.

## **1. Análise Situacional**

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

Contamos com uma Unidade Básica de Saúde (UBS) com ESF, no centro do município, com acessibilidade geográfica para todos, ainda que o transporte público seja limitado, as condições das estradas não são as melhores, e as características geográficas de algumas localidades do interior são obstáculos para a acessibilidade imediata ao posto. Iniciou-se, este ano, a ampliação estrutural da UBS, projeto solicitado pela prefeitura do município ao governo do estado, que apoia profundamente o funcionamento do sistema de saúde. Contamos com atenção especializada na UBS, que inclui psiquiatra, ginecologista, dentista, pediatra, psicóloga, fonoaudióloga e nutricionista, profissionais contratados pela prefeitura que cumprem com horários de consultas agendadas e divulgados para a população. Além das demais especialidades, às quais encaminhamos a nosso hospital de referência, HM (Hospital de Montenegro), mediante consultas agendadas e a UBS garante o transporte sanitário. Com os exames acontece o mesmo, temos um laboratório no município, fazemos hematologia e química sanguínea, mas os exames de alta tecnologia são solicitados pelo SUS e realizados em outros municípios, como Montenegro, Canoas, Taquari o Porto Alegre. Temos no município disponibilidade do NASF, e se encontra em implantação e não temos CE.

Nossa UBS está localizada na zona urbana do município, no bairro centro, o que garante a acessibilidade a todos os usuários para que cheguem até a mesma. Pois o transporte público passa em frente ao local. É uma UBS com total relacionamento com o SUS. A realização de exames complementares e diagnósticos é realizada gratuitamente em nosso hospital de referência (Hospital de Montenegro), declarado 100% SUS e no laboratório "Laborvida", localizado no município e com convênio com a prefeitura do município que subsidia os exames de sangue. Nosso modelo de atenção é ESF tradicional, temos vínculos com as instituições de ensino, onde se fazem atividades de promoção e prevenção em saúde. A UBS tem 14 salas, dois consultórios médicos, sala de reuniões, farmácia, odontologia, vacinas, enfermaria, sala de esterilização, sala de triagem, secretaria, direção, sala de espera, cozinha e refeitório. Temos mesas, cadeiras e espaço suficiente para o conforto do atendimento dos usuários.

## 1.2 Relatório da Análise Situacional

Tabaí, está a 80 km da capital do estado, Porto Alegre, que tem como municípios limítrofes, ao norte Paverama e Montenegro, sul e oeste Taquari, ao leste Triunfo. Tabaí é uma palavra que provém dos vocábulos indígenas, TABA = aldeia, reunião de ocas e Y = água, rio da taba = "O Rio da Aldeia". O município foi uma área rural do atual município de Taquari, do qual se emancipou faz 18 anos, em 22 de outubro, data na qual se celebra cada ano, como o "Dia da emancipação". O território ocupa uma área de 94.7 km<sup>2</sup>, população de 4425 habitantes, densidade de população de 46.69 hab./km<sup>2</sup> (1).

Nossa área adstrita, que inclui só os habitantes de nosso município, está formada por 4421 usuários, entre os quais se encontra uma comunidade indígena de 24 pessoas, a qual é atendida diretamente por um médico da Fundação Nacional do Índio, ainda que eles recebam atenção médica em nosso posto quando precisam. Há duas equipes de saúde da família as quais dividem a população em duas partes, tomando como referência a BR-386, que divide em partes proporcionais o município, tendo ambas equipes uma população estimada em 2000 usuários. A primeira equipe de saúde está composta por sete profissionais; cinco agentes de saúde, uma enfermeira e um médico (não é especialista em saúde da família). A segunda equipe formada por seis agentes de saúde, uma enfermeira e um médico (eu, que desenvolvo minha especialidade em saúde da família). Além disso, temos uma odontóloga uma pediatra, um psiquiatra, um ginecologista, uma fonoaudióloga, duas psicólogas, uma farmacêutica, uma auxiliar de odontologia, três técnicas de farmácia e seis de enfermagem. Não há dificuldades para pedidos de exames. Os de sangue são realizados próximos da UBS, e os exames de tecnologia avançada são realizados em hospitais e laboratórios de cidades próximas, com as quais temos convênios, não havendo demora e dificuldades. As consultas especializadas são agendadas pelas secretárias assim como o transporte para outros municípios também, os usuários são transportados pelos motoristas os quais dispomos de cinco funcionários (sendo que toda noite e finais de semana há plantonistas). Há oferta de medicamentos de forma satisfatória, favorecendo o tratamento das doenças crônicas e agudas dos usuários.

Na UBS temos 2 consultórios médicos que não têm sanitários. Temos uma sala comum para fazer curativos e nebulização o qual incide negativamente na qualidade do atendimento devido ao espaço reduzido e ao risco de contaminação. Não temos abrigo de lixo. Poucos locais tem iluminação natural. As janelas não têm mosquiteiras. Não temos sinalização nos ambientes por isto temos que constantemente indicar as áreas aos novos usuários. Algumas dimensões na UBS são insuficiente o qual dificulta o atendimento e a comodidade do usuário como as salas de consultas médicas. As barreiras arquitetônicas também são um fator importante dos problemas detectados. Os fatores estruturais mencionados que constituem dificuldades para uma boa atenção e serviço para os usuários serão melhorados nos próximos meses pois foi aprovado a construção de um novo posto de saúde com toda as características estruturais que os novos tempos de o desenvolvimento e aperfeiçoamento no Sistema de Saúde Brasileiro estão acontecendo.

Nosso trabalho a cada dia se aperfeiçoa mais, tendo um melhor planejamento dos horários de consultas e visitas domiciliares, todas com um enfoque preventivo, de promoção e prevenção de saúde. Trabalho 40 horas na semana, dessas, oito horas é para a especialidade na Saúde da Família, atendendo 30 pacientes em cada jornada, eu e um médico brasileiro fazemos visitas às casas, umas que são solicitadas pelos usuários e outras planejadas pelos agentes de saúde. São realizadas reuniões de equipe semanalmente e fazemos palestras de promoção de saúde em atividades mensais planejadas pela secretária. Além disso, temos organizado nosso trabalho em grupos de risco com os pacientes mais vulneráveis. Temos grupos de hipertensos, gestantes, diabéticos, idosos e de saúde mental.

Para nosso desempenho contamos com outros profissionais que não fazem parte da equipe mínima, mas auxiliam no desenvolvimento das atividades educativas e que também realizam atendimentos em suas respectivas especialidades. Citamos entre estes profissionais: pediatra, ginecologista, fonoaudióloga, psicóloga, nutricionista e psiquiatra. As doenças mais frequentes são a HAS como doença crônica e Infecções Respiratórias Agudas. O serviço mais procurado é de medicina.

Para planejarmos e analisarmos as ações desenvolvidas pela equipe realiza-se semanalmente reunião das agentes de saúde com os demais profissionais da

equipe de ESF, além disso, também estamos realizando a cada quinze dias reunião com toda a equipe técnica da secretaria de saúde, na qual há discussão de casos, planejamento de ações e troca de ideias entre os profissionais da equipe. O “Programa Mais Médicos” é uma solução imediata para resolver o atendimento de 60 milhões de brasileiros desfavorecidos de seu direito de receber atendimento médico de qualidade e que está apoiado por um planejamento de formação de médicos com medidas que garantam que após sua graduação trabalhem na atenção primária de saúde. Os resultados do Programa são justificados com as estatísticas refletidas nos jornais nacionais e na apresentação pública de autoridades políticas, mas o resultado maior é a aceitação dos usuários que são os mais importantes avaliadores. Os quais gostam muito do atendimento que recebem pelos profissionais no programa.

Para melhorar o trabalho precisamos de mais um médico, para cobrir as demandas de consultas diárias junto a visitas domiciliares que favorecem elevar os conhecimentos da população em matéria de prevenção de saúde, não se pode fazer uma boa ação preventiva em apenas quatro horas na semana. Assim como o atendimento das 17 horas até às 20 horas para os usuários que saem de seus trabalhos e precisam de atendimento. Por tudo que foi exposto anteriormente eu acredito que é muito favorável a situação da ESF/APS em nosso município.

O trabalho na UBS tem resultados positivos, assim como o atendimento da demanda espontânea. A força do trabalho que temos responde a isto, com um bom planejamento de horários para cada profissional. Desenvolvendo uma atenção de qualidade e resolvendo os problemas que demanda a população a cada dia. Atendemos as situações agudas de saúde na UBS, as urgências e emergências são encaminhadas para nosso hospital de referência, Hospital de Montenegro, com prévia comunicação com o médico de plantão, para este fique preparado para receber a nosso usuário.

As gestantes e crianças recebem as consultas que precisam por seus especialistas correspondentes, os quais agendam consultas, mas também atendem a quem precisa, assim como os demais especialistas que trabalham na UBS. Além dos médicos gerais que atendemos aos usuários de qualquer faixa etária. Há um bom abastecimento dos medicamentos e o apoio da farmácia popular do município

que oferece gratuitamente tratamento para hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e hipercolesterolemia.

O acolhimento em nossa UBS é feito pelas secretárias e enfermeiras. As primeiras fazem o prontuário e determinam a magnitude da doença, demanda espontânea, emergência a urgência. O número planejado de consultas (15) para cada médico em quatro horas de trabalho, incluindo cinco emergências, e quatro consultas agendadas previamente. Para a demanda espontânea da população incluímos como preferência crianças, gestantes, idosos e outras emergências, incluímos cinco vagas a mais no dia se for preciso, as enfermeiras fazem também acolhimento na triagem e medição dos sinais vitais. O sistema informatizado e-SUS é uma novidade que melhorou o acolhimento e a organização do trabalho desde que foi aplicado em nossa unidade, há dois meses. Cada usuário tem que ter conhecimento das quantidades de pessoas que são atendidas em cada horário, o qual é feito com a distribuição de folhetos de horários de atendimento clínico, o qual se faz na UBS e nas visitas feitas pela equipe e as agentes de saúde. Criar consciência também é preciso, de quem tem mais necessidade, conseguir uma ficha de atendimento por demanda espontânea não pode ser uma “batalha de gladiadores”, tem que ser priorizado para quem precisa. Também trabalhamos com a responsabilidade de cada usuário com tratamento contínuo em deixar as receitas na farmácia, para depois o médico fazer a troca e não ocupar as vagas de atendimento com isso.

A qualidade de vida das crianças constitui o primeiro lugar na qualidade da atenção médica em qualquer país. As taxas de mortalidade infantil e a morbidade, assim como a desnutrição, são dados tomados para avaliar o nível de desenvolvimento na sociedade moderna. Nos tempos em que a população a nível internacional está envelhecendo, principalmente nos países com condições econômicas adequadas e boas estratégias de saúde, a atenção às crianças é fundamental. Com o advento dos programas médicos e estratégias de saúde desenvolvidas, em relação com a vontade política na República Federativa do Brasil, na última década a atenção às crianças ocupa um fator primordial na atenção em saúde. A diminuição da morbimortalidade infantil é uma realidade em um país que chegou a ter taxas muito elevadas para a última década do século passado, com 33,1 óbitos infantis, menores de um ano por 1.000 nascidos vivos para o período

1997-1998, segundo DATASUS, já no ano 2013 a taxa ficou em 13.0 por 1.000 nascidos vivos. Levando em conta mortes de crianças de até cinco anos, a queda foi de 77,4%. O Brasil superou em 33% a meta do milênio de redução da mortalidade. O Sul sempre foi privilegiado com os dados de maior destaque no país e continua sendo assim.

Em nossa UBS se faz um correto trabalho que vai se aperfeiçoando na atualidade, ainda que não podemos ficar satisfeitos, pois sempre se pode e precisa fazer mais. Com a incorporação de duas equipes logo da implementação no município do “Programa Mais Médicos”, favorecendo a organização e distribuição de forças para desenvolver uma boa atenção às crianças que inicia com o próprio planejamento familiar às gestantes, o programa PIM (Primeira Infância Melhor) que faz o acompanhamento desde o seu nascimento, primeira escovação, primeiros passos até os sete anos de idade. Nossa UBS não tem o manual técnico, o protocolo, para atendimento a criança. Contamos com dois médicos gerais que desenvolvem assistência à criança, ainda que a população tenha o conceito de que as crianças têm que ser atendidas pela pediatra e isso dificulta, algumas vezes, a consulta da especialista que atende em nosso posto e que tem sua agenda de atendimento muito cheia, o que pode repercutir no trabalho planejado por ela para uma melhor atenção. Sendo isto, uma das debilidades a melhorar, assim como o registro de dados, o qual tem muitas deficiências e impede comparar etapas de trabalho, sistema e ações aplicadas, e assim resultam realmente acertadas. Nossa UBS tem bem estruturado os horários de atendimentos das crianças por parte da pediatra, que são duas vezes na semana e dos médicos gerais que é toda a semana. Não temos óbitos infantis neste ano, o que leva a acreditar na qualidade de nosso trabalho. Estamos fazendo mais pela promoção em saúde em nossas consultas, visitas domiciliares, trabalho em creches e escolas, mas quantitativamente não podemos fazer comparação com anos anteriores, pois não temos base de dados que registrem o trabalho, lamentavelmente. Toda a equipe se encontra vinculada com o atendimento nas crianças e a cobertura de atenção é de 82%, 42 crianças menores de um ano acompanhadas para um total de 51. Os indicadores de qualidade revelam um atendimento integral, alcançando índices acima de 90%, sendo necessário uma atenção especial para melhorar a avaliação da saúde bucal, que está em 71%.



A primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida é fundamental para orientar a mãe, preciso para manter uma boa saúde das crianças na etapa mais importante da vida de um ser humano. A realização do teste do pezinho até sete dias é resultado desta captação precoce. Considero que temos que ter como meta chegar a 100% e para isto é fundamental primeiro indicar para a gestante que é necessário fazer o teste do pezinho, sua importância e a responsabilidade de fazer antes dos sete dias de vida. Outra coisa fundamental é fazer a captação do recém-nascido e a puérpera nos primeiros três dias do nascimento para logo ter determinado o dia do teste. Por parte do pessoal da UBS conhecer as datas de parto das gestantes e localizar as mesmas quando fiquem na comunidade. Ter bem definido o responsável do teste no posto e o envio para os laboratórios para ter o resultado. Outra ação certa é a vacinação, tão importante para controlar as doenças infectocontagiosas e elevar a imunidade das crianças para evitar doenças. Para isto contamos com uma sala de vacina, atendida por uma enfermagem experiente e que tem o controle exato de cada usuário. A cobertura para o atendimento ao puerpério é de 73%, 37 das 51 residentes da área, com todos os indicadores de qualidade em 100%, exceto para o registro das consultas que é de apenas 19%, demonstrando a necessidade de aperfeiçoar os registros. Na faixa etária de 1 a 6 anos é diminuído seu seguimento em relação a faixa etária antecedente, de 0 a 1 ano. Realidade que dificulta o seguimento de uma idade com seus riscos e manejos próprios.

A atenção às gestantes, é uma etapa importante e de uma conotação médica relevante, onde a confiança fica nas mãos sábias e comprometidas dos profissionais responsáveis pelo atendimento. Um bom planejamento familiar é de grande relevância e deve considerar a prevenção da gestação com um correto uso de métodos anticoncepcionais, a idade dos pais, nível escolar que cursam e situação econômica para enfrentar tão importante etapa. Das 18 gestantes acompanhadas em nossa Unidade 15 foram captadas no primeiro trimestre, as três restantes chegaram de fora, com cobertura de 28%, o que demonstra a necessidade de alcançar maior número de gestantes. Os seguimentos das usuárias da UBS são consideravelmente bons, não temos mortalidade materna de puérperas neste ano, ainda que não se obtivesse os dados do último ano. Estimulamos as gestantes a participar nas reuniões de seu grupo cada mês, com a aquisição de conhecimentos,

lanches que estimulam uma boa alimentação, e o reconhecimento das que assistem a suas consultas planejadas de forma responsável. Apesar dessas iniciativas algumas que não dão a devida importância a todo o esforço dos profissionais que trabalham para que elas tenham um bom seguimento. O trabalho de nosso ginecologista-obstetra é ótimo, assim como o trabalho da enfermeira responsável de manter a documentação e o planejamento de cada uma das ações. Assim como o trabalho dos médicos gerais da unidade, sempre oferecendo educação em saúde preventiva de nossas usuárias gestantes e o grupo de outros profissionais que com seu trabalho permitem uma boa evolução das usuárias, como Educador Físico, Médico Psiquiatra, Nutricionista, Odontólogo, Psicólogo, auxiliar de consultório dentário entre outros. A gestante que tem algum tipo de problema grave de saúde é atendida e encaminhada para o hospital de referência de nosso município. Temos um protocolo de atendimento pré-natal na UBS, mas o considero antigo, do ano 2006, foi elaborado pela secretaria de saúde, a situação já informada para a secretaria de saúde do município. Considero bom o seguimento das gestantes em nosso município por todos os esforços, e com o aperfeiçoamento do mesmo a cada dia.

Em nossa Unidade de Saúde, atualmente se está desenvolvendo um bom trabalho na luta contra o flagelo mundial que constitui o câncer de colo de útero e mama. Os profissionais que temos disponíveis para o atendimento do programa, os quais se encontram capacitados e comprometidos em conscientizar a população feminina tanto em conhecimentos como em responsabilidade. Tem um grupo selecionado de profissionais, enfermeira, médico geral e ginecologista, no qual se destaca a enfermeira como principal responsável do programa, os quais garantem a qualidade do atendimento nestas doenças. Cada profissional conhece a função que tem que desempenhar e o que pode acontecer com as usuárias que têm mais fatores de risco e se não fizermos o esforço para que participem em nossas atividades na UBS. A enfermeira tem organizado os grupos de usuárias correspondentes para fazer os exames e as orientam, mas ainda muitas não vão à UBS para fazer tão importantes procedimentos. O nível de promoção de saúde não é suficiente para as necessidades de levar o conhecimento à população da importância da realização das indicações para o controle dessas doenças que colocam os óbitos por câncer no segundo lugar de causa da morte no país. A

realidade é que a cobertura existe, assim como a disponibilidade de profissionais e recursos, só que temos que fazer mais ações preventivas, divulgar pela imprensa escrita e digital o que são estas doenças e como podemos preveni-las, os recursos que temos para evitar que aconteçam ou sejam diagnosticadas tardiamente e deixar o preconceito da coleta dos exames, considerando como uma ação em saúde como qualquer outra. Portanto, a debilidade principal é educação preventiva da população, para a qual estamos tomando estratégias. O registro dos dados constitui outro problema, não se pode comparar o trabalho das diferentes etapas, avaliar métodos e estratégias sem ter o que acontece em etapas anteriores. A falta dos registros significa a impossibilidade de poder avaliar o programa, se as estratégias tomadas para enfrentar processo do trabalho até hoje foram adequadas. E de positivo demonstra que temos que trabalhar muito, trocar as ideias de uma medicina assistencial na atenção primária por uma preventiva, avaliar os resultados nas diferentes etapas, e que prioritariamente têm que ser registrados. Cada falha no trabalho eu informo para a secretaria de saúde e responsável em cada área. A proposta a partir de agora, que temos um sistema mais especializado (e-sus) no registro de dados, é criar uma base de dados com atualização contínua por parte da responsável, em trabalho conjunto com os demais participantes do programa. Realizamos palestras relacionadas com o tema, fortalecemos os grupos de mulheres para realizar encontros mensais, divulgados pelo médico e agentes de saúde das mulheres sobre a realização do exame citopatológico e mamografia, e principalmente a divulgação dos fatores de risco e a realização do autoexame das mamas como elementos fundamentais.

A estimativa de mulheres de 50 a 69 na área de abrangência é de 435 mulheres, dessas, são acompanhadas na unidade 408 para prevenção de câncer de mama, com índice de cobertura de 94%. Porém, os indicadores de qualidade revelam que o atendimento precisa ser melhorado, por exemplo, somente 23% (93) mulheres receberam orientações sobre prevenção do câncer de mama e apenas 26% (108) estão com mamografia em dia.

Já para a prevenção de câncer de colo de útero, em que se encaixam as mulheres de 25 a 64 anos, temos uma estimativa de 1162 mulheres e todas são acompanhadas na Unidade. Os indicadores de qualidade demonstram a necessidade de aprimorar o acompanhamento das mulheres para a prevenção

dessa doença, somente 21% (243) delas receberam orientações acerca das doenças sexualmente transmissíveis, sobre a prevenção desse tipo de câncer e têm a avaliação de risco realizada.

No último ano obtivemos um melhor registro e seguimento, pois a enfermeira a cargo do programa desenvolveu um projeto investigativo sobre câncer de colo de útero, onde percebeu as dificuldades nas quais tinha que trabalhar, sobre tudo, em preconceitos que muitas vezes impedem um bom seguimento e trabalho preventivo aos profissionais da saúde. No posto tem dois dias de manhã programados para fazer a coleta de secreção cervical para o exame de Papanicolau. E de positivo demonstra que temos que trabalhar muito, trocar as ideias de uma medicina assistencial na atenção primária por uma preventiva, avaliar os resultados nas diferentes etapas, e que prioritariamente têm que ser registrados.

Com o desenvolvimento de programas e estratégias de saúde no Brasil as doenças infectocontagiosas têm passado ao segundo plano e as doenças crônico-degenerativas, como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), constituem o centro do planejamento de ações programáticas da atenção médica. Dessa forma, o trabalho na ESF é fundamental, vinculando a todos os profissionais na UBS. Nossa preparação e constante atualização nestas doenças é primordial, pois na conduta que tomamos estão muitos anos de qualidade de vida que garantimos a nossas populações, sob nossa responsabilidade. O estímulo de hábitos de vida adequados e incorporar na rotina das pessoas o controle das doenças e um estímulo a enfrentá-las e viver com elas, não como inimigos, senão como aliados. Em nossa UBS se vinculam diretamente o professor de educação física desenvolvendo aulas nas comunidades, a nutricionista motivando corretos hábitos alimentares, os médicos divulgando na consulta e visitas domiciliares as ações de promoção e prevenção de saúde para evitar acontecer doenças crônicas ou a descompensação das mesmas. Por ser a doença mais comum na comunidade, a HAS, e das que mais urgência e emergências reportam é preciso uma visão profunda. A pesquisa ativa desenvolvida pelos profissionais do município favorecerá o trabalho mais integrado na ESF e alcance de melhores resultados. O programa de hiperdia uma vez na semana, as academias ao ar livre, as academias fechadas para a prática de exercício aeróbico para fazer esteira e bicicleta, as aulas de danças, os círculos de idosos, grupos do tabagismo, o desenvolvimento de atividades

recreativas aos idosos, todas são trabalhos que têm seu valor no controle destas doenças (Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus). O fundamental é alcançar a captação de todos os usuários com as doenças (HAS e DM) para desenvolver um bom tratamento, uma boa educação em saúde, incorporá-lo ao seguimento preciso, e com isso evitar complicações e elevar a expectativa de vida com qualidade. Para captar todos os usuários hipertensos e diabéticos estamos usando estratégias a captações passivas mediante as consultas no posto quando os usuários comparecem à consulta e fazemos aferição da pressão arterial a todos e glicemias aos usuários com fatores de risco, captações ativas mediante a busca de usuários hipertensos nas visitas domiciliares.

Para os usuários hipertensos a estimativa é de 944 usuários na área de abrangência da unidade, sendo que são acompanhados 74% (701) e os indicadores de qualidade demonstram um bom atendimento, podendo ser melhorado em alguns pontos como na avaliação da saúde bucal que é de apenas 78% (547).

A estimativa de diabéticos na área de abrangência é de 270, são acompanhados na unidade 191 (71%), apresentando a necessidade de melhorar a qualidade dos atendimentos, de acordo com os indicadores apenas 25% (48) têm exame físico dos pés nos últimos 3 meses, palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses e com medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses.

Nossa UBS cada dia se sente mais comprometida com a atenção à pessoa idosa. Por ser uma etapa da vida que precisa de compreensão, escuta e dedicação além de ser a faixa etária que cada dia cresce mais no Brasil, devido ao envelhecimento da população e redução da natalidade. Nas décadas passadas o número de filhos que tinha uma mulher aproximadamente era superior a cinco, agora não chega a três o qual incide no envelhecimento, assim como o controle de doenças infectocontagiosas, aumento da cobertura médica a toda a população, fatores que incidem no envelhecimento no município e no país. O número estimado de 576 idosos com 60 anos ou mais, de acordo com o CAP, está muito próximo ao número de idosos que são acompanhados na UBS, que é de 570, representando uma cobertura de 99%, além disso, de acordo com os indicadores de qualidade o atendimento oferecido é satisfatório, com índices acima de 90%, em sua maioria. O atendimento é diário em cada turno, com preferência para os que são portadores de

doenças crônicas como HAS e DM para o qual temos programas específicos como hiperdia, a prática de exercício aeróbico, as aulas de danças, os círculos de avós nas diferentes comunidades no município, grupos do tabagismo e o desenvolvimento de atividades recreativas. Toda a equipe da UBS está envolvida com a atenção ao idoso, cada um tem sua função específica e fundamental.

Ainda quando seja muito difícil modificar modos e estilos de vida em pessoas maiores de 60 anos, nos esforçamos em proporcionar promoção e prevenção de saúde, estimulando atitudes que favoreçam manter suas doenças compensadas e evitar o aparecimento de complicações. As visitas domiciliares facilitam uma melhor visão dos idosos, com preferência aos acamados e descompensados eventuais de doenças crônicas. No planejamento e distribuição diária de consulta também favorecemos a atenção ao usuário idoso, garantimos seu transporte para atenção secundária de saúde desde sua casa. Na nova reestruturação no posto de saúde, a qual será feita a final deste ano, se evitará barreiras arquitetônicas, as quais atualmente são um problema para o bom atendimento e serviço que eles merecem receber. Queremos garantir também, uma boa distribuição de remédios para doenças crônicas, o qual é fundamental considerando as baixas condições econômicas que geralmente têm pessoas aposentadas. Como aspecto do trabalho a melhorar considero que temos que conseguir incluir 100% das pessoas idosas a todas as atividades e serviços prestados no município. A assistência social deve continuar fazendo mais pelos idosos que moram sozinhos e pesquisando cada necessidade em saúde que eles tenham. Continuar com a pesquisa ativa de doenças crônicas e manter controladas as dos que são doentes.

Os maiores desafios são continuar fazendo mais, manter o nível de esforço e compromisso com o povo, manter funcionando a Unidade central, trabalhando quatro horas na semana na Unidade do interior no município que foi fechada por dois anos e agora está aberta novamente, trabalhar na outra Unidade do interior, inaugurada neste período. Planejar as visitas domiciliares e ver sua importância, cada dia mais profunda. Mostrar à comunidade que todos fazem parte da atenção primária à saúde e que a médio e longo prazo os resultados em melhoria na qualidade de vida serão vistos por todos. Além disso, é preciso melhorar o sistema de coleta de dados, considero que o Ministério de Saúde tem que elaborar folhas de pesquisa de dados com os elementos que sejam de interesse em todas as doenças

e distribuí-las nas UBS de cada município. Em minha UBS, considero isso o ponto débil de nosso funcionamento.

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

A diferença após seis meses de trabalho na UBS está na organização do trabalho, observo que ganhamos na distribuição do trabalho com um melhor planejamento dos horários de consultas, visitas domiciliares e espaço para atividades preventivas. Queremos estruturar as duas equipes de saúde com mais qualidade e definição do trabalho que tem que ser feito ao nível primário. Espero transmitir minhas experiências adquiridas durante a primeira etapa da especialização para a secretaria de saúde e meus colegas na equipe para aperfeiçoar o desempenho. Continuo representando o “Programa Mais Médicos”, humilde e representativo com a saúde humanista que merecem nossos usuários. Além disso, organizou-se o NASF e quase começa seu funcionamento. Como a própria ESF, que nos últimos meses está aperfeiçoando-se, melhorando suas estratégias ao nível nacional, em nossa unidade também tivemos mudanças positivas, e a mudança do enfoque de seguimento do paciente com doenças crônicas está favorecendo a qualidade de vida.

Após o preenchimento dos questionários referentes ao funcionamento de minha unidade, sua estrutura e as ações programáticas, foi possível compreender melhor meu local de trabalho, quais eram as dificuldades, os pontos positivos e já pensar em soluções. O que não era possível no primeiro refletir no primeiro texto, já tinha uma visão superficial e não sabia reconhecer as falhas.

## **2. Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) são importantes fatores de risco das doenças cardiovasculares. Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010, apud BRASIL, 2013 a p. 19). A Hipertensão Arterial Sistêmica é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. O Diabetes Mellitus (DM), que é muito prevalente em todo o mundo. De acordo com Alfradique (2009 apud BRASIL, 2013 b, p. 19) o Diabetes Mellitus é “um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares”. Segundo Brasil, (2013 b. p.19), “as complicações agudas e crônicas do diabetes causam alta morbi-mortalidade, acarretando altos custos para os sistemas de saúde”.

Contamos com uma Unidade Básica de Saúde (UBS) com ESF. A UBS tem 14 salas, dois consultórios médicos, sala de reuniões, farmácia, odontologia, vacinas, enfermaria, esterilização, sala de triagem, secretaria, direção, sala de espera, cozinha e refeitório. Temos mesas, cadeiras e espaço suficiente para o conforto do atendimento dos usuários. Nossa UBS tem duas equipes. A primeira equipe de saúde está composta por sete profissionais; cinco agentes de saúde, uma enfermeira e um médico (não é especialista em saúde da família). A segunda equipe formada por seis agentes de saúde, uma enfermeira e um médico. Além disso, temos uma odontóloga que faz parte da estratégia de saúde da família, uma pediatra, um psiquiatra, um ginecologista, uma fonoaudióloga, duas psicólogas, uma farmacêutica, uma auxiliar de odontologia, outro médico geral que trabalha oito horas na semana, três técnicas de farmácia e seis de enfermagem.

Nossa área adstrita, que inclui só os habitantes de nosso município, está formada por 4221 usuários, entre os quais se encontra uma comunidade indígena de 24 pessoas. Deles, 701 usuários com HAS e 191 com DM são acompanhados na UBS, de acordo com as estimativas do CAP. A adesão da população alvo atendida



atualmente em nossa UBS é bem elevada. A qualidade do atendimento é reconhecida pela população. Dentre as ações desenvolvidas estão as que fazemos individualmente com cada usuário em consulta, palestras mensais desenvolvendo temas planejados no mês, grupos de idosos, onde muitos convivem com essas doenças, e visitas domiciliares aos usuários.

A seleção de nosso projeto foi discutida pela equipe, a qual determina a importância do estudo da HAS e DM, para o contexto da unidade e do município. Essas são as doenças principais de morbidade de doenças crônicas no município, causa de encaminhamento para atenção secundária e alvo de invalidez pelas complicações provocadas como IMA, ACV, pé diabético, IRC, retinopatia diabética, como as mais frequentes. Temos como objetivo implementar a ação programática e ampliar a cobertura para 80% para HAS e DM e melhorar a qualidade do acompanhamento a aos usuários com HAS e DM. Entre as debilidades que temos que enfrentar mostramos a limitada base de dados em nossa unidade em relação a HAS e DM, o qual dificulta nossa coleta de dados e planejamento das metas. As características geográficas de nossa área de abrangência própria de zona rural é outra dificuldade, o qual repercute no tempo que temos que empregar para cada visita. A ausência de transporte para as agentes de saúde é outro elemento a ter em conta, pois tem áreas nas quais os domicílios ficam longe um do outro e elas tem que realizar suas visitas caminhando. Para viabilizar a intervenção é necessário o empenho da equipe, o esforço individual, o apoio da secretaria de saúde do município.

A intervenção ajudará a população a realizar medidas de prevenção, detecção, controle e vinculação dos hipertensos e diabéticos na atenção básica, reconhecer os usuários que requerem atendimento nas redes secundária e/ou terciária, estimular os profissionais envolvidos na atenção básica para que promovam medidas coletivas de prevenção primária, enfocando os fatores de risco cardiovascular e DM, e assim uma atenção integral a estes usuários. Temos facilidades e forças que permitirão desenvolver o projeto como são a vontade política das autoridades do município, a existência de um equipe de saúde unido, a preparação científica da equipe referente a doenças estudadas, condições materiais e logísticas. Existência de um material de estudo e trabalho que constitui a população que precisa de nosso projeto.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde aos hipertensos e/ou diabéticos na UBS central do Município Tabai, RS Brasil.

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

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

Meta 1.1. Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2. Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas, na Unidade de Saúde da Família Central, Tabaí, RS. Participarão da intervenção todos os usuários maiores de 20 anos hipertensos e/ou diabéticos de nossa área de abrangência. De acordo com a estimativa do Vigitel (2011) o número de hipertensos é de 672 usuários e de diabéticos é de 166 usuários. Para esta intervenção foram utilizados o diagnóstico situacional e o conhecimento do território estudado. Será utilizado o método simplificado do Planejamento Estratégico Situacional.

Para a elaboração deste trabalho será realizada uma revisão de literatura sobre o tema com base em dados eletrônicos da Estratégia de Saúde da Família, biblioteca virtual da Universidade Federal de Pelotas, outros dados importantes são os que estão disponíveis na secretaria municipal de saúde de Tabáí, dados do Ministério da Saúde e outros arquivos da equipe.

O trabalho vai contar com a participação dos profissionais de saúde e população adstrita na Estratégia de Saúde da Família. Será feito com toda a equipe: médicos, odontóloga, enfermeiras, técnicos de enfermagem, técnica em odontologia, e agentes de saúde em parceria com a secretária de saúde do município.

Nesse sentido, este projeto já cumpriu algumas etapas do Planejamento Estratégico. Inicialmente cumpriu-se o momento explicativo, ou seja, elaborou-se uma seleção, descrição e explicação do problema selecionado. Depois, cumpriu-se o momento normativo através da elaboração de um plano de intervenção para enfrentar o problema da hipertensão arterial e diabetes mellitus. Será utilizada ainda uma pesquisa de caráter bibliográfica com o objetivo de dar o suporte teórico necessário, esta servirá para identificar fatores que determinam ou contribuem para ocorrência de fenômenos que podem ser aplicados para melhorar a saúde e qualidade de vida dos usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus em nosso município.

### 2.3.1 Detalhamento das ações

**Objetivo 1** Ampliar a cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Meta 1.1: Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

I- Monitoramento e Avaliação.

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

Detalhamento:

Apoiando-nos na equipe em cada reunião que se faz semanalmente e com ajuda das ACS, monitorando pelo menos uma vez ao mês a cobertura dos usuários da área da abrangência com acompanhamento na UBS.

II- Organização e gestão dos serviços.

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

- Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS e DM.

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

Detalhamento:

É preciso que se mantenha um cadastro de 100% de toda a população com HAS e DM, com ajuda das agentes de saúde da área de abrangência, assim como um registro com todos os dados que precisemos sobre todos esses usuários. Dar prioridade ao atendimento do usuário quando ele precise em qualquer horário do atendimento. Garantir o acolhimento de 100% dos usuários através da intervenção. Estabelecer que cada uma das agentes de saúde mantenha o cadastramento dos usuários da área de abrangência.

III- Engajamento Público.

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

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

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

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

Detalhamento:

Orientar e contar com a participação da comunidade, através das palestras, consultas e visitas domiciliares conscientizando sobre a importância do acompanhamento periódico na unidade de saúde.

Imprimir em folhetos sobre a importância de medir a pressão e distribuir pelas ACS, nas visitas domiciliares, nas reuniões do grupo de HAS e DM no posto de saúde.

Estabelecer através das palestras planejadas que a comunidade conheça a existência Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus para que acreditem que atenção primária é a porta de entrada do sistema único de saúde, que trabalha com programas de saúde com o objetivo de prevenir as doenças e suas complicações.

#### IV- Qualificação da Prática Clínica.

- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento:

Orientar em reuniões da equipe os diferentes temas sobre cadastramento e acolhimento de usuários com HAS e DM, em forma de conversas e trocas de experiências.

Capacitar as agentes de saúde para atuarem de diferentes modos na busca ativa daqueles que não fazem acompanhamento em nenhum serviço, aproveitando a atividade da visita domiciliar.

**Objetivo 2** Melhorar a qualidade do atendimento dos usuários com hipertensão e/ou diabetes

Meta 2.1 e 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.3 e 2.4: Garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

#### I- Monitoramento e Avaliação.

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e diabéticos.
- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomenda.
- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

#### Detalhamento:

Fazer um monitoramento da mensuração da pressão de alguns usuários realizada pelos membros da equipe, determinando a qualidade da técnica e o significado do valor obtido. Assim como a correta realização do hemoglicoteste, determinando a correta coleta de amostra sanguínea capilar. Desenvolver um bom exame físico, o que garante a situação clínica do usuário e a conduta médica a seguir. Indicar a cada usuário os exames complementares de seguimento o que permitirá conhecer a situação de órgãos e conduta médica a seguir. Determinar com a farmacêutica a prioridade de remédios para a compra dos mesmos, em relação a suas necessidades. Avaliar nas reuniões da equipe com a dentista a situação das consultas de seguimento e nossos usuários com HAS e DM.

#### II- Organização e Gestão dos serviços.

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e diabéticos.

- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.
- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.
- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.
- Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento:

Garantir que toda nossa equipe trabalhe em função da organização de um arquivo que contenha os resultados dos exames realizados e que exista um responsável para o mesmo.

### III- Engajamento Público.

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.



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

Detalhamento:

Começar a fazer esta tarefa desde as palestras, consultas e visitas domiciliares realizadas na comunidade com a ajuda de toda nossa equipe de trabalho.

IV- Qualificação da Prática Clínica.

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.
- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.
- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento:

Informar e debater em cada reunião da equipe os protocolos adotados pela UBS para o atendimento do usuário com HAS e DM. Estabelecer a participação da equipe nas visitas domiciliares e palestras com o objetivo de criar habilidades para a detecção pronta de qualquer alteração.

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

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

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

Detalhamento:

Melhorando a qualidade do atendimento, fazendo visitas domiciliares de qualidade, divulgando o projeto de intervenção que estamos fazendo, se os usuários acreditarem em nosso trabalho será mais fácil sua incorporação ao seguimento em

nossa UBS. Visitar cada usuário diagnosticado com HAS e DM faltosos e convencê-los da importância do seguimento.

#### I- Monitoramento e Avaliação

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

#### II- Organização e Gestão dos Serviços.

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

##### Detalhamento:

Agendar consultas para usuários com HAS e DM o que facilitará seu controle e seguimento. Manter uma agenda bem definida indicando os usuários faltosos e planejar visitas a suas casas.

#### III- Engajamento Público.

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

##### Detalhamento:

Em cada consulta explicar aos usuários os resultados negativos que podem acontecer por não ter um bom acompanhamento, a importância de comparecer prontamente ao médico para avaliar exames complementares e efetividade do tratamento, explicar na comunidade a quantidade de consultas, dependendo da situação de sua doença.

#### IV- Qualificação da Prática Clínica.

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

Detalhamento:

Estabelecer a participação dos membros da equipe, com a utilização do protocolo de atendimento das doenças. Em cada reunião da equipe explicar como devem ser as técnicas adequadas para a mensuração da pressão e hemoglicoteste. Disponibilizar o protocolo para um bom manejo dos resultados dos exames, proporcionar uma capacitação às ACS para que possam orientar aos usuários.

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

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

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

I- Monitoramento e Avaliação.

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

Detalhamento:

Fazer uma revisão da qualidade dos registros feitos por as agentes de saúde uma vez ao mês.

II- Organização e Gestão do Serviço.

- Manter as informações do SIAB atualizadas.

- Implantar a ficha de acompanhamento.

- Pactuar com a equipe o registro das informações.

- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

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

Detalhamento:

Determinar uma integrante da equipe de saúde como responsável do controle e monitoramento dos registros, que será a enfermeira. A qual irá monitorar e

determinar aperfeiçoamento do trabalho de acordo com as necessidades de correções.

### III- Engajamento Público.

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

#### Detalhamento:

Em cada consulta explicar aos usuários seus direitos de atendimento de uma forma organizada com registros e documentos que reflitam seu histórico de atendimento.

### V- Qualificação da Prática Clínica.

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

Detalhamento: Estabelecer uma capacitação teórica e prática do preenchimento dos registros dos usuários hipertensos e diabéticos em todos os membros da equipe. Em cada reunião da equipe explicar como deve ser o seguimento dos usuários com HAS e DM, manter o protocolo para uso dos integrantes da equipe.

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

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

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

### I-Monitoramento e Avaliação.

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

#### Detalhamento:

Realizar uma consulta, ao menos uma vez ao ano, aos usuários com HAS e DM, para fazer uma avaliação integral e determinar os riscos.

#### II- Organização e Gestão dos serviços.

- Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco.
- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

#### Detalhamento:

Realização de visitas domiciliares organizadas pela equipe de saúde para buscar os usuários avaliados de alto risco e agendar consultas de seguimento. Responsabilizar a agente de saúde para agendar e visitar estes usuários e se esforçar para que compareçam ao posto de saúde.

#### III- Engajamento Público.

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
- Esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

#### Detalhamento:

Fazer palestras nas comunidades, conversas educativas na unidade, orientar nas consultas e visitas domiciliares a importância do acompanhamento regular, assim como o controle dos fatores de risco modificáveis para uma melhor qualidade de vida e evolução das doenças.

#### IV- Qualificação da Prática Clínica.

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.
- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

#### Detalhamento:

Proporcionar uma capacitação à equipe de saúde para que possam registrar aos usuários avaliados com o escore de Framingham. Desenvolver ações para o controle dos fatores de risco.

### **2.3.2 Indicadores**

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos.

**Meta 1.1:** Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

**Meta 1.2:** Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Indicador 2:** Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

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

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

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

**Indicador 4:** Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Meta 3.1:** Buscar 100% do hipertenso faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

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

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

**Meta 3.2:** Buscar 100% do diabético faltoso às consultas na unidade de saúde



conforme a periodicidade recomendada.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Meta 5.2:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários

diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### 2.3.3 Logística

Para o desenvolvimento da intervenção a equipe contará com um planejamento prévio e certo de cada ação, isto favorecerá a qualidade do processo, o qual repercutirá de forma direta no resultado final do trabalho e como os usuários

receberão e captarão nossas idéias. A logística é o detalhamento de como a intervenção será realizada na prática, no cotidiano de nosso serviço, dependem dos três elementos fundamentais que são Protocolo de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, registro específico e monitoramento regular.

Referente ao Protocolo de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, esses foram desenvolvidos pelo Ministério da Saúde, no Departamento de Atenção Básica, na Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial, no ano 2006. Eles contêm todos os elementos necessários e avaliados por um conjunto de especialistas na área para desenvolver todas as ações no diagnóstico, controle, seguimento, prevenção, promoção de saúde e reabilitação das doenças a tratar. Mediante este protocolo se orienta cada passo com os usuários de nossa área de abrangência para tomar cada conduta com eles. Além disso, é material fundamental para a preparação diária de nossa equipe, quem tem que aprender cada dia mais das duas doenças para dúvidas que possam surgir de nossos usuários e estarmos preparados para dar boas respostas. Em cada reunião da equipe o médico e a enfermeira prepararão um tema relacionado com as doenças para aprofundar nos conhecimentos como as ações preventivas para diminuir os fatores de risco, a conduta alimentar e de atividade física certa de cada usuário e como refletem em sua saúde, complicações das doenças mal tratadas, necessidade do seguimento médico pelos usuários doentes, importância do controle da pressão arterial e glicose, entre outros temas que surgem com as dúvidas dos usuários. A capacitação será semanalmente, desenvolvida teoricamente nas reuniões da equipe que desenvolvemos cada terça-feira no horário da tarde na unidade e de forma prática nas visitas domiciliares, levando os conhecimentos adquiridos. Nossas reuniões estão organizadas por pontos de debate, e um deles é a preparação em promoção e prevenção em saúde da equipe de as doenças mais comuns de nossa população o qual eu, a enfermeira e a odontóloga desenvolvemos em relação ao tema que planejamos, por um tempo de 30 minutos.

A estruturação de nosso acolhimento foi considerada como um elemento de importância, tanto organizativa como de bom serviço para o usuário, assim, o acolhimento do usuário hipertenso e diabético em nossa Unidade Básica de Saúde será relacionado com a situação de saúde que tenha. Primeiramente, como todo usuário será recebido pela secretária que o incluirá no sistema E-Sus, logo o serão

encaminhados à técnica de enfermagem, a qual classificará o atendimento pelo nível de prioridade. Usuários com pressão arterial e glicemia alteradas serão atendidas no mesmo turno para fazer o atendimento orientador do problema e prescrição de exames para o seguimento contínuo, assim ampliar a captação de hipertensos e diabéticos que ainda não foram captados. Hipertensos e diabéticos com problemas agudos, urgências ou as emergências serão atendidas de imediato para sua estabilização, e caso necessário encaminhar para nosso hospital de referência. Hipertensos e diabéticos que buscam consultas de seguimento terão prioridade no agendamento, sendo que a demora deverá ser menor do que três dias. Os usuários hipertensos e diabéticos que vierem à consulta de seguimento sairão da Unidade Básica de Saúde com a próxima consulta agendada.

Referente à sensibilização da comunidade temos que conscientizar a todos sobre a importância do controle da pressão e glicemia, sobretudo os usuários com fatores de risco. Aos doentes, o cumprimento do tratamento medicamentoso e não medicamentoso, sobre a importância da realização das consultas de seguimento e a fácil acessibilidade de realizá-la na unidade. Esclarecer a comunidade sobre a atenção esmerada e comprometida com os hipertensos e diabéticos na unidade, e exemplo disso é o foco escolhido da intervenção para melhorar a saúde dos usuários que sofrem com essas doenças.

Referente ao registro específico foi uma das debilidades fundamentais em nosso trabalho, praticamente não tínhamos registros certos com os dados dos usuários que têm estas doenças no município, por isso traçamos como meta criar um bom registro. Cada Agente Comunitária de Saúde tem uma área de trabalho na qual atende uma população e estão cadastrando casa por casa, o que está revelando os dados reais dos usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus. O sistema informatizado E-Sus também estão aportando sua eficácia para o projeto, onde cada dia registram mais usuários com suas respectivas doenças e com o tempo permitirá ter registrados também todos os usuários envolvidos em nossa intervenção. Nestes prontuários eletrônicos do E-Sus a enfermeira e eu trabalharemos para coletar dados para a intervenção.

Referente ao monitoramento da ação programática cada semana a enfermeira examinará as fichas de coletas de dados desenvolvidas por as agentes de saúde, dos hipertensos e diabéticos, identificando aqueles que estão em



### **3 Relatório da Intervenção**

#### **3.1 Ações previstas e realizadas**

A equipe está satisfeita por oferecer para nosso município um lindo e comprometido esforço para cuidar de sua saúde e de culminar uma dura etapa de trabalho no desenvolvimento da especialização em Saúde da Família, na qual a intervenção servirá para implementar um melhor atendimento nos usuários com HAS e DM em nosso município.

Inicialmente a intervenção estava programada para acontecer em 16 semanas, porém, devido ao período de férias foi reduzido o período de realização para 12 semanas.

A intervenção permitiu conhecer mais profundamente as condições de vida, a forma como percebem a saúde, de como enfrentam suas doenças, a percepção de risco, o interesse que assumem antes de ter conhecimento sobre a HAS e DM, e quando a equipe atua e desenvolve um seguimento educativo e científico.

Temos conseguido incorporar a muitos usuários no seguimento das consultas que só compravam remédios nas farmácias populares, com tratamentos impostos por anos, sem serem avaliados de forma contínua. Para reverter isto, foi muito importante o cumprimento de uma ação planejada pela equipe que foi a capacitação dos profissionais da equipe de saúde sobre o protocolo de HAS e DM. Na qual, em cada reunião semanal, o médico ou a enfermeira orientavam sobre os distintos temas específicos, que permitiram uma melhor orientação das agentes aos usuários, favorecendo o cumprimento de ações como a capacitação da equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. As mesmas referiram que em muitos anos não aprenderam o que conseguiram nesta etapa, o que demonstrou a importância desta ação.

A disponibilidade de uma nutricionista na unidade foi novidade para os usuários, eles tiveram oportunidade de saber o peso corporal e o índice de massa corporal, além de receberem importantes orientações nutricionais, considerando que a alimentação inadequada é um importante fator de risco para o desenvolvimento de complicações a longo prazo dessas doenças.

Encontramos usuários com tratamentos monoterapêuticos por mais de dez anos e com valores alterados da pressão arterial e glicemia. Muitos com condições

de terem aparelhos de pressão arterial e glicose, para controlar os valores das doenças que tratamos e não acreditavam na prioridade de ter em casa (Esfigmomanômetro e glicômetro). A unidade fornece aos usuários com diabetes mellitus tipo I, os recursos para o controle. Outros com os aparelhos, mas sem conhecimentos para usá-los, para os quais capacitamos aos familiares e próprios usuários. Tudo isto também foi alcançado pelo trabalho individual de cada membro da equipe, o qual foi estabelecido como uma ação, o estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática.

Percebemos que os usuários tinham conceitos equivocados das doenças, como por exemplo, só consumir os remédios quando se sentiram mal, alguns diziam que não podiam tomar os remédios todos os dias, pois logo o corpo se acostuma, ou que só vai ao médico quando precisar, a pressão está bem em casa e quando venho na unidade ela fica ruim, entre outros. Tudo foi e está sendo corrigido na população de nossa área. Todos estes elementos são problemas que identificamos e temos modificado em nosso dia a dia, para o bem da população e sua saúde, e para a satisfação de um grupo de profissionais que trabalha com amor e respeito à profissão que escolheram.

O cadastramento de todos os hipertensos e diabéticos da área adstrita no programa foi a base fundamental do trabalho. Até o momento, acompanhamos o número planejado de usuários com as doenças. Nosso projeto coincidiu com o recadastramento de todos os usuários do SUS, feito no município desde o início do 2014, o qual favoreceu a organização e conhecimento de muitos usuários com as doenças.

Também aumentamos o número de visitas domiciliares, e consultas de seguimento planejadas na unidade. O número de usuários encaminhados para atenção secundária de saúde por descontrole da HAS e DM, ou complicações causadas pelas mesmas foi inferior a anos anteriores. Conseguimos aprofundar os conhecimentos das doenças com a equipe, para orientar e seguir melhor aos usuários.

A população está satisfeita com o trabalho feito, reconhecem e agradecem as visitas às suas casas e o trabalho oferecido, falam que é algo importante para o município. Relatam que antes não acontecia com a frequência e qualidade que hoje, nossa equipe de saúde propõe cada semana. Referem que antes só eram visitados



se solicitavam a presença dos profissionais, e hoje não, de forma contínua a equipe comparece às moradias fazendo ações de prevenção e promoção de saúde, controle de doenças, tratamentos e busca de usuários faltosos às consultas de seguimento.

Divulgamos a existência de um Programa de controle de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Ampliamos a cobertura do programa de atenção ao hipertenso e diabético na unidade de saúde de forma integral, facilitamos as consultas agendadas e demanda espontânea para quem precisa, o controle clínico e orientação de exames complementares, encaminhamos a consultas com outras especialidades médicas, na atenção secundária de saúde quando precisaram.

Conseguimos orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular, o qual teve bom resultado na elevação da percepção de risco das doenças. Esclarecemos aos usuários e à comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis, como alimentação e atividade física. O que permitiu que muitos realizassem atividade física do grupo organizado pela prefeitura do município com professores de educação física, a realização de exercícios na academia do município, assim como consultas com a nutricionista da unidade.

Consideramos que nosso trabalho empenhado nos permitiu conseguir indicadores qualitativos e quantitativos satisfatórios. Desenvolver o diagnóstico dos usuários com diabetes mellitus foi mais complicado que os usuários com hipertensão arterial, porque precisam de exame de laboratório, o qual não depende só de nosso trabalho, mas também da responsabilidade dos usuários em estudo, os quais, ainda que a equipe desenvolva promoção de saúde, muitos não chegam a ter uma verdadeira percepção de risco. No entanto, a equipe continuou trabalhando para alcançar as metas propostas. Resgatamos os usuários que em ocasiões se tornaram faltosos às consultas, esclarecendo sobre a importância da periodicidade para a mensuração da pressão arterial e da glicemia em usuários maiores de 18 anos, o que favoreceu que muitos passassem a realizar o seguimento contínuo.

Nosso trabalho melhorou o atendimento a este grupo de usuários, que padecem destas universais doenças. Percebemos o interesse dos usuários em participar nas diferentes ações, se sentem melhor atendidos. Os exames semestrais para os mais complicados ou anuais para os mais estáveis, foram elementos

incorporados em nosso dia a dia. As consultas com a nutricionista na unidade, a realização de atividade física de forma individual ou com o grupo de obesos na unidade e a participação em atividades de promoção de saúde, são elementos que estão incorporados a nosso trabalho diário na unidade. Algumas ações já aconteciam antes do projeto, outras não, mas todas foram aperfeiçoadas, favorecem hoje em dia que nosso enfoque de trabalho para este grupo seja muito melhor que etapas passadas.

Todas as atividades planejadas foram desenvolvidas sem dificuldade, com exceção da parte odontológica, o transporte melhorou e favoreceu alcançar um melhor trabalho para a população. Os grupos e a assistência dos usuários estão bons, ainda que nunca vamos ficar satisfeitos, pois sempre ficam pessoas que queremos que sejam acompanhadas, mas em três meses alcançamos coisas boas e nosso trabalho vai continuar com a equipe comprometida, então alcançaremos ainda mais.

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

Dentro das ações planejadas para a intervenção consideramos ter cumprido com todas. Só foi mais complicado na parte odontológica, onde a equipe conta com o atendimento de uma odontologista para as duas equipes da unidade e a mesma por situações de maternidade não participou o tempo que precisávamos, por isso não se realizam visitas domiciliares, o que impede fazer as ações de promoção de saúde. Além disso, destaco também o baixo interesse dos usuários por receber a consulta, manifestando que não tinham problemas para comparecerem à unidade, alguns preferem extrair o dente a se consultarem.

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

Aumentamos o cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos, registrando em planilha de coleta de dados, sem dificuldade para a compreensão e preenchimento de planilhas, as agentes de saúde apoiaram muito o recadastramento da população do município, assim como o desenvolvimento desta ação. Esse registro não existia em nossa Unidade Básica de Saúde e facilitará o trabalho futuro. Melhoramos o registro das informações de cada usuário mediante o

sistema E-SUS, o qual permite conhecer o histórico de seguimento de cada usuário, assim como cada procedimento feito.

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

As ações planejadas no projeto vão continuar sendo implementadas em nosso plano de trabalho. Como todo evento humano, que precisa de continuidade para que seja parte do atuar cotidiano, queremos que as ações sejam parte de nossa vivência profissional, oferecida para os usuários de nosso município. A população hipertensa e diabética, que é maioria da população, precisa de cuidado e seguimento, e isso eles receberam durante a intervenção. A equipe concorda com a incorporação das ações à nossa rotina diária, acreditam na possibilidade de melhorar nosso trabalho e falam que a saúde do município precisa de incorporar idéias e projetos como o nosso, para continuar melhorando a qualidade de vida a todos.

## 4. Avaliação da intervenção

### 4.1 Resultados

A intervenção tratou da Melhoria da Atenção à saúde de hipertensos e diabéticos maiores de 20 anos. No aspecto quantitativo analisaremos os indicadores comparando-os com as metas e examinando a evolução ao longo da intervenção. Nos aspectos qualitativos analisaremos as ações, descrevendo o grau de implementação das ações propostas, examinando a importância da implementação destas ações.

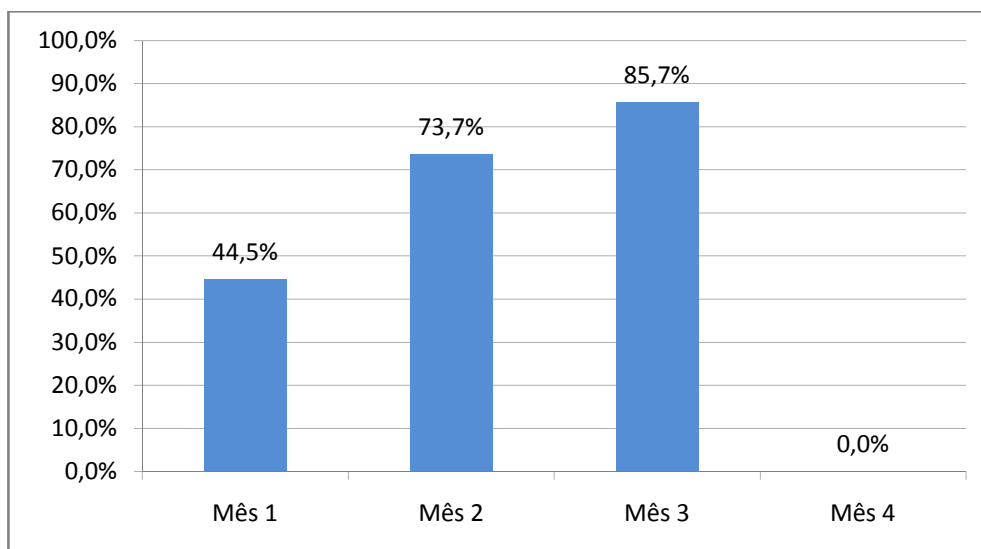
A intervenção foi desenvolvida pela equipe de saúde II, da Estratégia de Saúde da Família, no Posto Central do município Tabai do Rio Grande do Sul. Inicialmente estava programada para acontecer em 16 semanas, porém, devido ao período de férias foi reduzido o período de realização para 12 semanas.

Determinamos avaliar os resultados obtidos no projeto mediante a estimativa da Planilha de Coleta de Dados segundo dados da VIGITEL 2011. Essa é a estimativa que mais se aproxima da realidade da UBS em relação ao foco da intervenção, demonstrado na prática diária. A efetividade deste sistema está comprovada no país, pela fidelidade dos dados registrados no final da intervenção e em discussão com a equipe consideramos essa estimativa adequada. Consideramos que as ações da intervenção devem ter continuidade a fim de alcançar todas as metas propostas.

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

Meta 1.1. Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

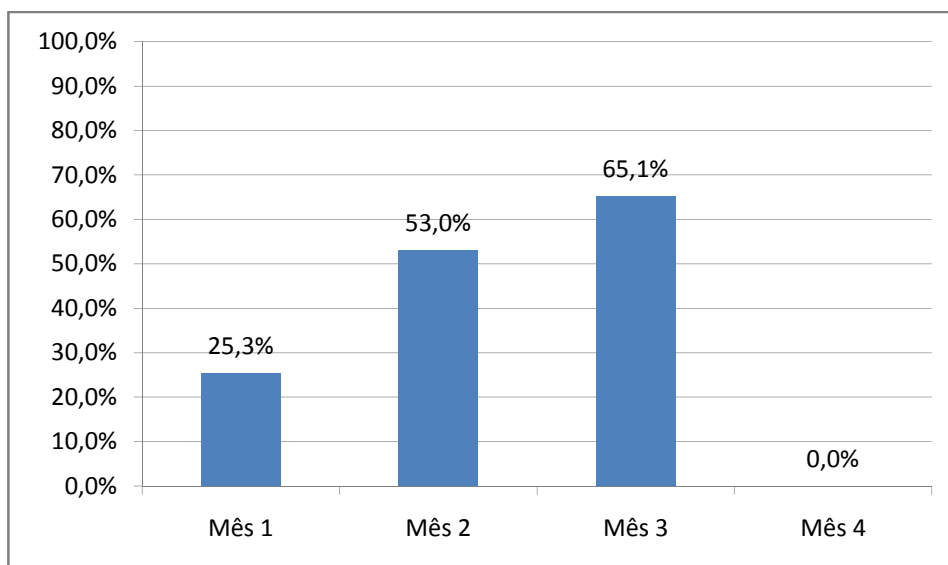
Em relação ao foco de Hipertensão Arterial a estimativa do total da população maior de 20 anos, segundo dados do Vigitel de 2011, é de 2692, da qual 22.7 % é hipertensa, ou seja, 672 usuários. Foram acompanhados no primeiro mês da intervenção 299 (44.5 %) hipertensos, no segundo mês 495 (73.7%) e fechando a intervenção com 576 (85.7 %) do total da população hipertensa em nossa área de abrangência (Figura 1).



**Figura 1** Gráfico Cobertura do programa de atenção aos usuários com HAS na UBS Central, Tabai/RS.2015

Meta 1.2. Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Referente aos diabéticos, 5.6 % da população, segundo dados do Vigitel de 2011, é diabética, portanto 166 pessoas. Durante a intervenção foram acompanhados no primeiro mês 42 (25.3 %) diabéticos, no segundo mês 88 (53.0%) e no último mês 108 (65.1 %) (Figura 2). Nossa meta de cobertura era de 80.0 % para uma intervenção de quatro meses, no entanto a mesma foi desenvolvida em apenas três meses, por isso considero os resultados alcançados satisfatórios. O trabalho foi um esforço de toda a equipe, o que permitiu alcançar esse bom resultado.



**Figura 2** Gráfico Cobertura do programa de atenção aos usuários com DM na UBS Central, Tabaí/RS.2015

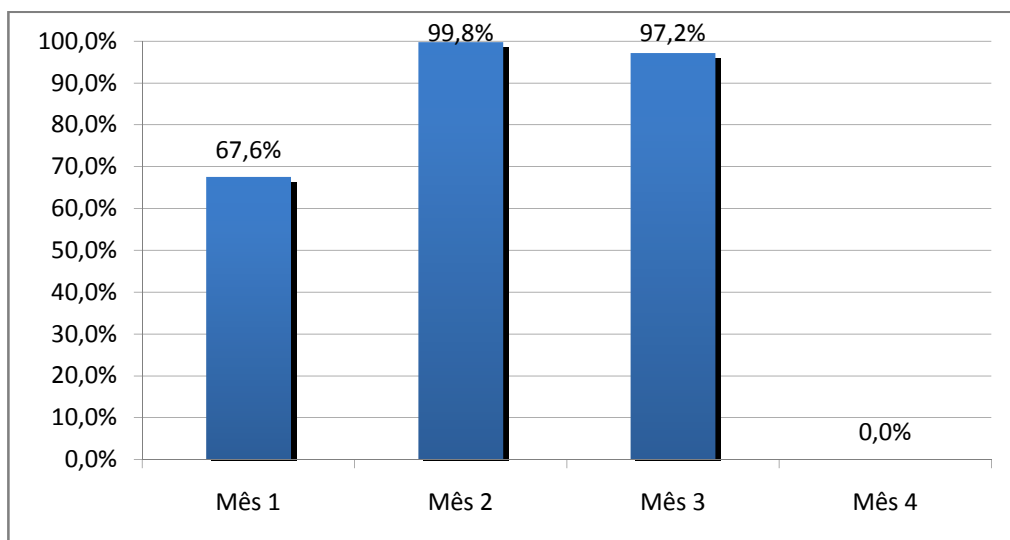
**Objetivo 2.** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

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

Quanto ao objetivo de melhorar a qualidade do atendimento dos usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus as metas eram: realizar exame clínico apropriado em 100 % dos hipertensos e diabéticos acompanhados, garantir a 100 % dos hipertensos e diabéticos acompanhados a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100 % dos hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde e realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100 % dos diabéticos.

A proporção de hipertensos com o exame clínico em dia foi de 97.2% (Figura 3), ou 560 de 576 hipertensos acompanhados. Esse índice foi pequeno no Mês 1 foram 202(67.6%), aumentou consideravelmente no Mês 2 494(99.8%) e finalizou em 560 (97.2 %) no Mês 3. Apesar do trabalho forte da equipe, não conseguimos chegar a 100 %, pois alguns usuários não compareceram às consultas, apesar de ter todas as condições criadas. Alguns foram visitados nas casas, mas a percepção de risco deles não foi suficiente para incidir na visão deles, de serem acompanhados. Facilitou alcançar bons resultados o trabalho esmerado da equipe e das agentes de saúde que cada semana desenvolvem um trabalho profundo nas visitas, sendo que com a presença do médico só fazem uma visita na semana. Alguns usuários, 16, foram atendidos nas visitas em domicílio pelas agentes de

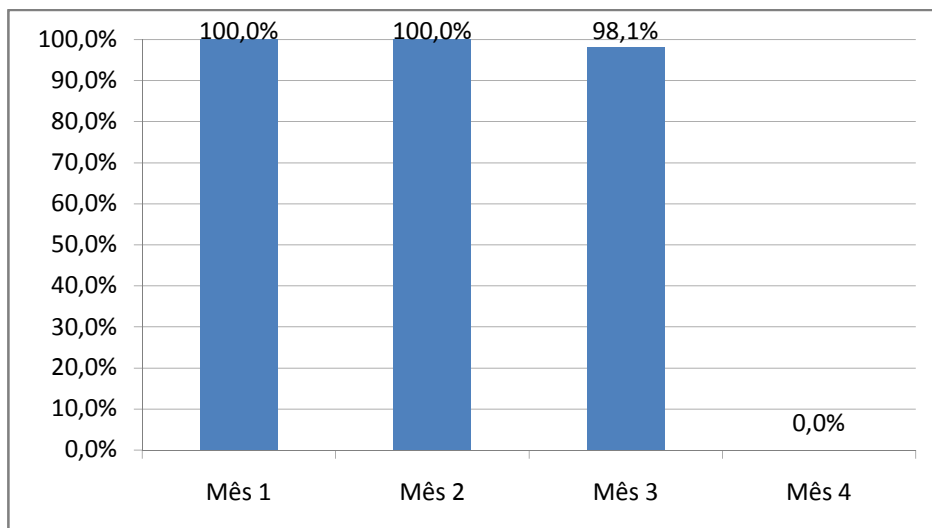
saúde, os quais são usuários antigos registrados como hipertensos, mas não foram avaliados por completo por não comparecerem à unidade nas consultas agendadas.



**Figura 3** Gráfico Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Central, Tabai/RS.2015

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

Em relação aos diabéticos, ao final da intervenção dos 108 acompanhados 106 estavam com o exame clínico em dia, representando 98.1%, sendo 42(100%) no primeiro e segundo mês 88 (100%) diabéticos e no mês 3 foram 106 (98,1%) (Figura 4). Obter estes resultados foi possível por ser desenvolvido o Hiperdía em nossa unidade de forma bem organizada. A permanência no posto de saúde, de um médico, durante 11 horas também colaborou para os resultados positivos. Dois diabéticos foram atendidos nas visitas domiciliares no último mês pelas agentes de saúde, os quais são usuários antigos registrados como diabéticos, mas não foram avaliados por completo por não comparecem à unidade nas consultas que foram agendadas.



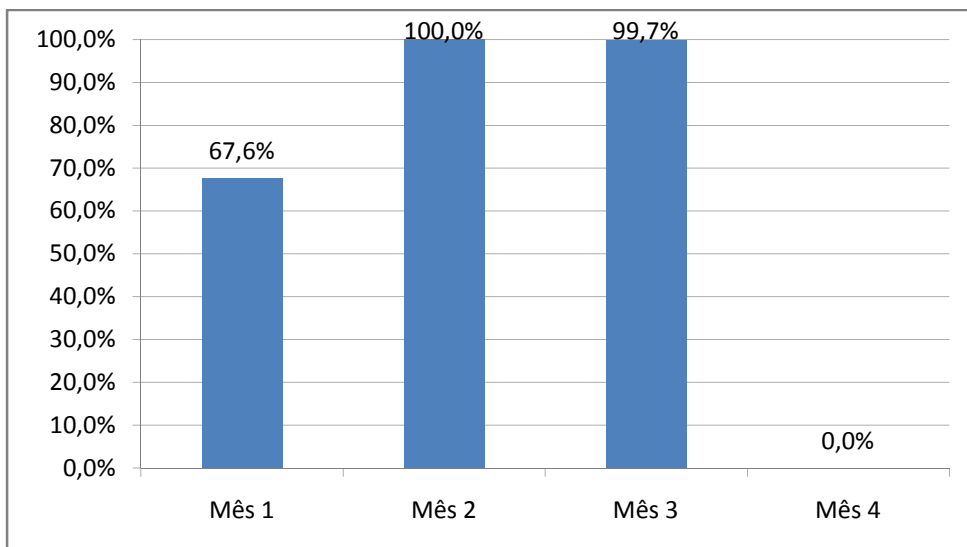
**Figura 4** Gráfico Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Central, Tabai/RS.2015

A intervenção melhorou sem dúvidas a qualidade da atenção integral ao usuário com hipertensão arterial e diabetes mellitus no município. Ainda que não conseguimos desenvolver as ações por quatro meses, como inicialmente planejado, um mês foi de férias, realizamos um trabalho intenso durante os três meses. Sendo o segundo mês o mais produtivo, onde a equipe conseguiu o melhor desempenho. No primeiro mês a equipe conseguiu ganhar em experiência e organização e no terceiro coincidiu com etapa de férias de alguns agentes de saúde o qual debilitou a força laboral.

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

Em relação aos exames complementares em dia de acordo com o protocolo, no primeiro mês 202 (67.6%) usuários hipertensos estavam em dia, no segundo mês todos os usuários (100.0%) e no terceiro mês 574 de 576 usuários, o que representa 99.7% (Figura 5).





**Figura 5** Gráfico Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Central, Tabai/RS.2015

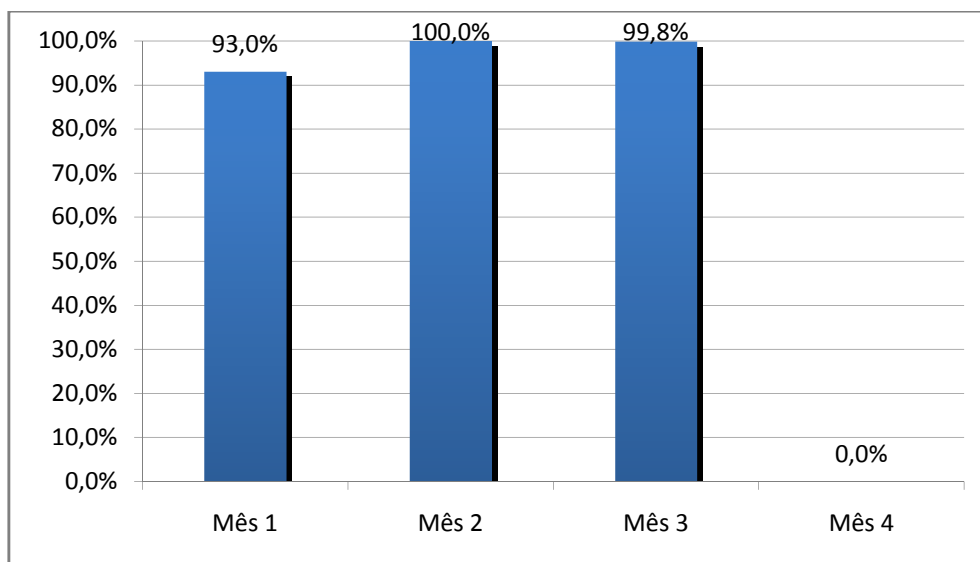
**Meta 2.4** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Em relação aos diabéticos com a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo alcançamos em todos os meses da intervenção a meta proposta. No mês 1 foram 42 (100%) no mês 2 foram 88(100% e no mês 3 finalizamos com os 108(100%) usuários com diabetes cadastrados e acompanhados com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

Para o indicador de proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular no primeiro mês foram 200 (93.0%) usuários, 494 (100%) no segundo mês e alcançamos quase a totalidade, exceto um usuário no último mês, sendo 573 (99.8%) usuários (Figura 6). Isso favorece a economia dos usuários e é feito mediante a prescrição das receitas médicas de forma organizada. Em relação aos hipertensos de um total de 573 com prescrição de medicamentos, 572 recebem uma classe de remédio para o controle da pressão arterial (incluindo AAS), quatro estão em acompanhamento nutricional e psiquiátrico, especialidades que com os

tratamentos que desenvolvem têm potencial de controlar seus valores de pressão arterial, sem necessidade do uso de hipotensores, são usuários que não chegaram ter valores de pressão arterial por acima de 140 e 90 mmhg. Um usuário adquire o tratamento fora do município, não aceita nossas propostas medicamentosas, o mesmo tem registro na unidade e recebe visita domiciliar.



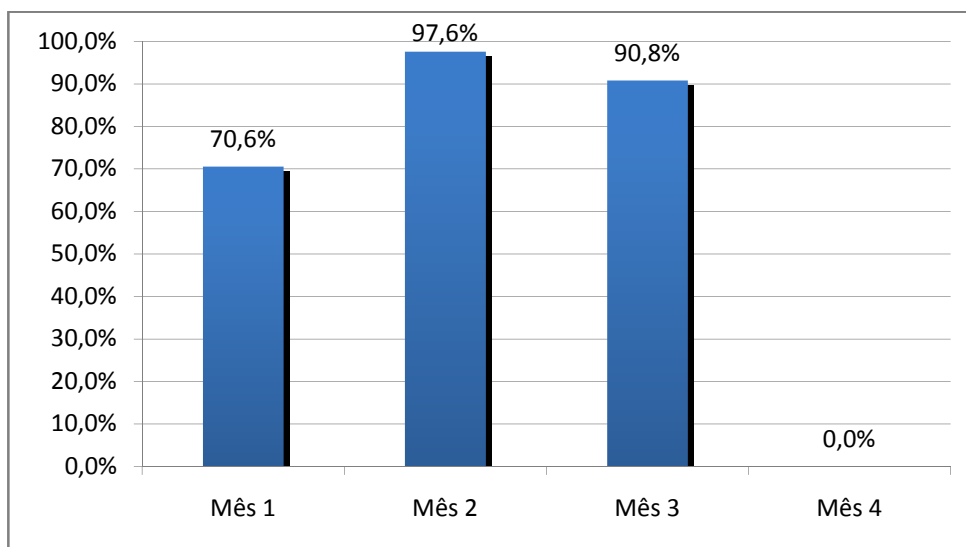
**Figura 6** Gráfico Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Central, Tabai/RS.2015

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

Em relação aos diabéticos durante todos os meses da intervenção 100% dos usuários receberam prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. No mês 1 foram 42 (100%) no mês 2 foram 88(100% e no mês 3 finalizamos com os 108(100%) usuários com diabetes cadastrados e acompanhados com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. Somente dois usuários não fazem uso de medicamento, mantendo o controle da glicemia com remédios naturais e dieta.

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

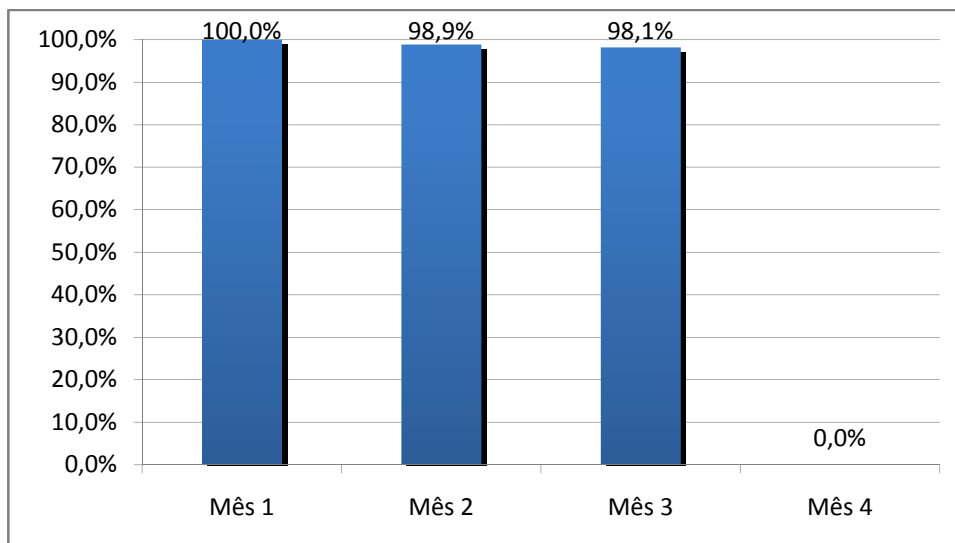
A avaliação da necessidade de atendimento odontológico continua sendo o ponto mais débil, ainda que estimulamos a muitos a realizar o atendimento e a higiene bucal como base para evitar doenças posteriores a demanda continua sendo grande, a percepção de risco é baixa e só contamos com uma dentista para as duas equipes de saúde do município. Foram avaliados 523 de 572 hipertensos, com 211 (70.6%) usuários avaliados no primeiro mês, 483 (97.6%) usuários no segundo e 523 no terceiro, para um resultado final de 90.8% (Figura 7).



**Figura 7** Gráfico Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Central, Tabai/RS.2015

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

Em relação a avaliação da necessidade de atendimento odontológico para os diabéticos fizemos 106 avaliações de 108 previstas. Distribuídas em 42 (100%), no primeiro mês 87 (98.9%) no segundo mês e 106 no terceiro mês, para um resultado final de 98.1% (Figura 8)..



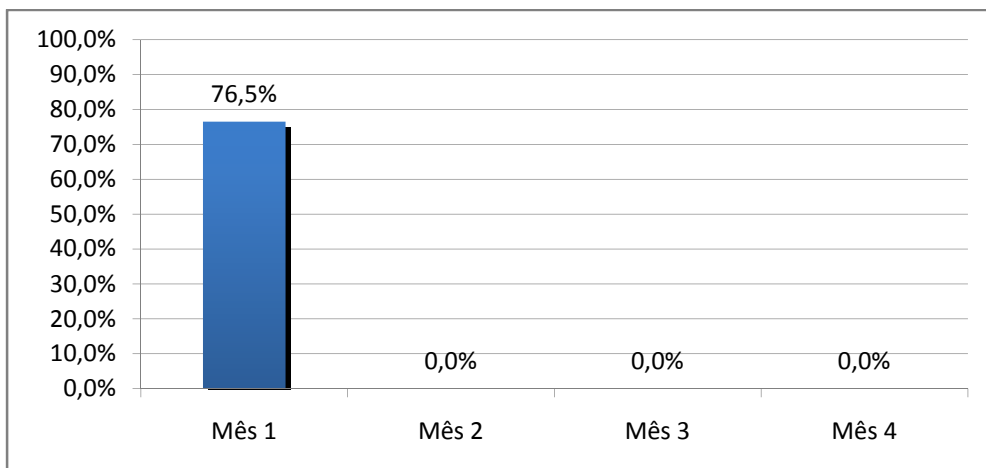
**Figura 8** Gráfico Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Central, Tabaí/RS.2015

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

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

O objetivo de adesão é muito importante, na intervenção alcançamos a muitos usuários que por diversas causas, pessoais ou correspondente aos profissionais de saúde que não tinham um seguimento certo em relação a suas doenças. Conseguimos diagnosticar vários casos novos, incorporamos outros que haviam abandonado o tratamento e outros que por muito tempo tinham tratamentos inapropriados. Eliminamos preconceitos das duas doenças de muitos usuários, os quais atuavam por instinto e não por prescrição médica.

Em relação aos usuários faltosos hipertensos no primeiro mês haviam 17, desses, 13 (76.5%) receberam busca ativa. No segundo e no terceiro mês não tivemos usuários faltosos. (Figura 9).

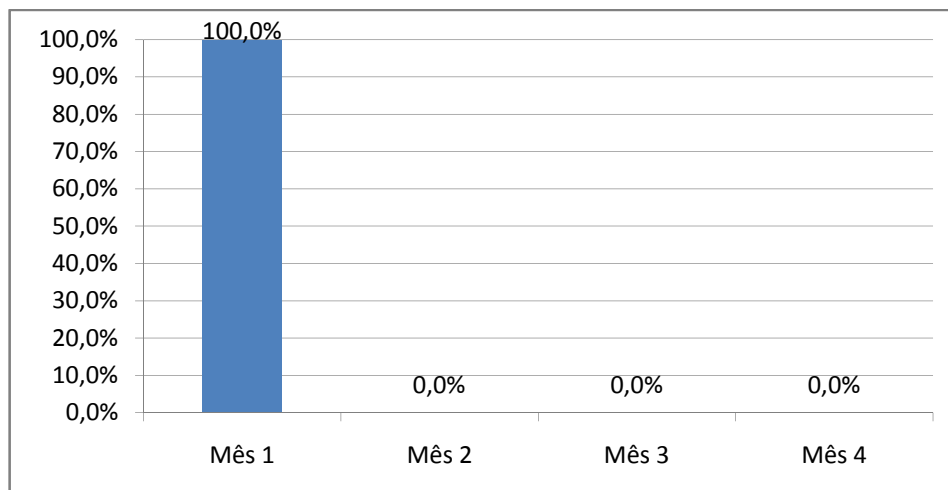


**Figura 9** Gráfico Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na UBS Central, Tabai/RS.2015

Devemos destacar o trabalho de promoção da saúde que influenciou positivamente neste aspecto. A integração nesta última etapa de muitos usuários aos grupos desenvolvidos na unidade: grupo de obesidade, fumantes, controle de pressão arterial e glicemia, assim como o número de visitas domiciliares feitas, permitiu integrar a todos estes usuários e conseguir sua adesão.

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

Para os usuários diabéticos tivemos um total no primeiro mês de dois usuários faltosos às consultas, ambos com busca ativa (100%), no segundo e terceiro meses, não tivemos usuários diabéticos faltosos (Figura 10). Teve muita importância o trabalho das agentes de saúde assim como todas as ações preventivas desenvolvidas pela equipe, que permitiram criar uma atenção importante dos usuários para avaliar a importância de comparecer à unidade de forma responsável e contínua.



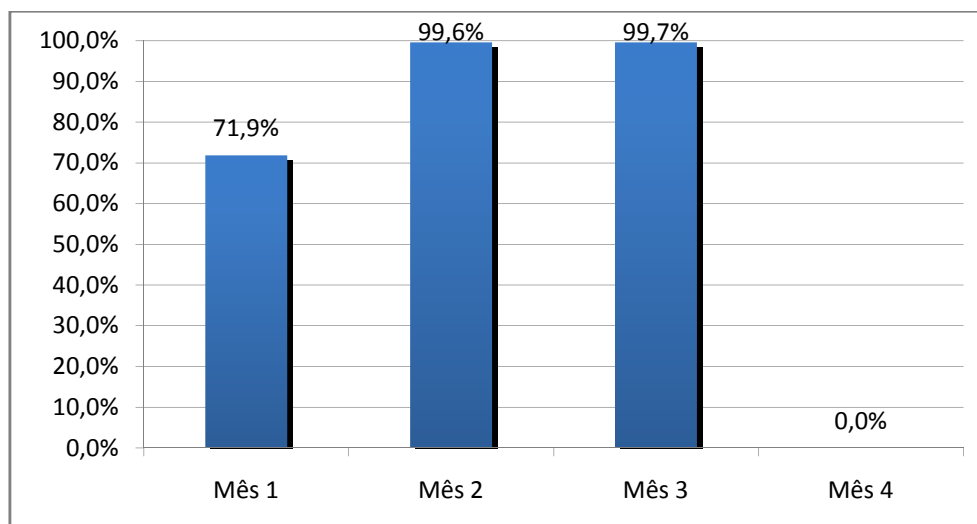
**Figura 10** Gráfico Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa na UBS Central, Tabai/RS.2015

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

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

No início da intervenção não tínhamos na UBS nenhuma fonte de dados atualizada para desenvolver o trabalho. Somente com o auxílio das agentes de saúde fazendo o recadastramento da população, conseguimos melhorar a informação disponível, e agora criamos nossa base de dados, que vai facilitar trabalhos posteriores. O sistema do E-SUS também está ajudando para o seguimento de cada usuário, que arquiva os dados de cada consulta, incluindo o tratamento e exames realizados. Por isso, acreditamos que o registro de informações melhorou muito e servirá como experiência para o registro de outras doenças que estudaremos em próximas etapas.

Para os usuários hipertensos, tivemos uma proporção com registro adequado na ficha de acompanhamento, no primeiro mês de 215 (71.9%), 493 (99.6%) no segundo mês e terceiro meses 574 (99.7%). (Figura 11). Teve muita importância o trabalho das agentes de saúde e enfermeira, as quais aperfeiçoaram o trabalho e fizeram um registro certo em cada usuário atendido, favorecendo a coleta de dados e o estudo dos dados, o mais certo possível da realidade objetiva de nossa área de abrangência. O trabalho no primeiro mês não teve um resultado muito positivo (71.9%), devido à falta de experiência da equipe de desenvolver este tipo de trabalho.



**Figura 11** Gráfico Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Central, Tabai/RS.2015

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

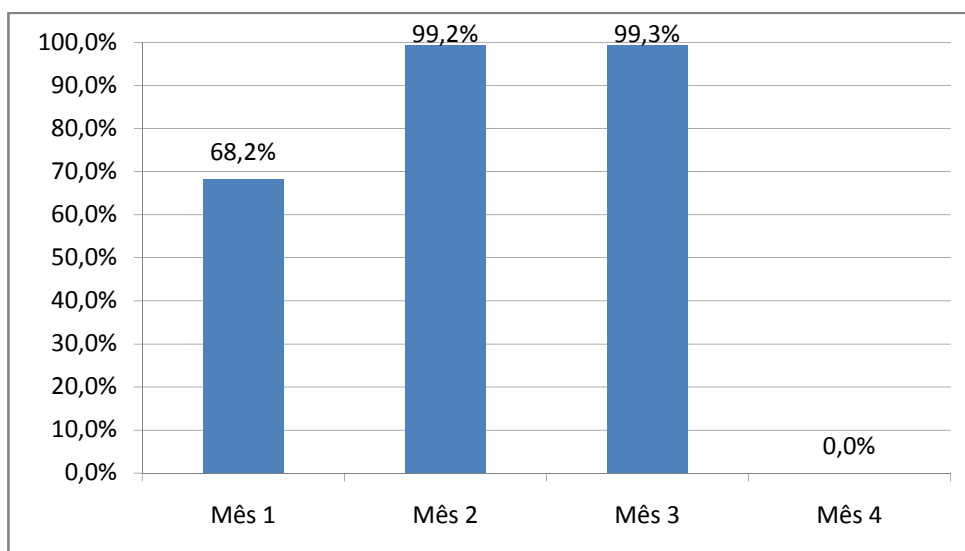
Para os usuários diabéticos tivemos uma proporção de 100% registros adequados na ficha de acompanhamento em todos os meses da intervenção. No primeiro mês 42(100%), 88(100%) no segundo mês e no terceiro mês de 108(100%) usuários. Teve muita importância o trabalho das agentes de saúde e enfermeira, as quais aperfeiçoaram o trabalho fizeram um registro certo em cada usuário atendido, favorecendo a coleta de dados e o estudo dos dados, o mais certo possível da realidade objetiva de nossa área de abrangência.

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

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

Para o indicador de estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, entre os hipertensos, a proporção no primeiro mês era de 204 (68.2%), no segundo 491 (99.2%) e no terceiro mês 572 (99.3%) (Figura 12). O primeiro mês foi o de resultados mais baixos devido a debilidades organizativas da equipe e a falta de experiência. Ao final, só quatro usuários não foram totalmente avaliados, dois deles

não chegaram a fazer o ECG, por responsabilidade inerente a nosso trabalho e a outros dois não foi realizada sua avaliação nutricional com a circunferência abdominal.



**Figura 12** Gráfico Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Central, Tabai/RS.2015

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

Em relação aos diabéticos, para o indicador de estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, durante todos meses da intervenção. No primeiro mês 42(100%), 88(100%) no segundo mês e no terceiro mês de 108(100%) usuários.

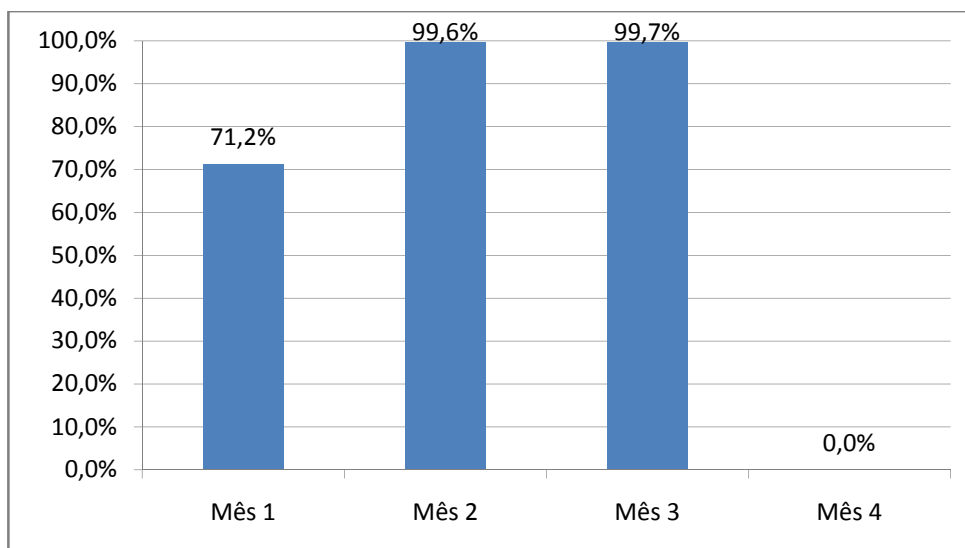
A determinação dos usuários hipertensos e diabéticos com fatores de risco cardiovascular é fundamental para evitar complicações a curto, médio e longo prazo, de acordo com o estado de saúde do usuário. Cada usuário deve conhecer os riscos e como evitá-los, para isso determinamos a classificação de cada um. A base do controle das duas doenças é a alimentação saudável e a realização de atividade física, a fim de determinar o gasto de energia e impedir o acúmulo desta em forma de gordura, assim como o controle de hábitos tóxicos como fatores exacerbadores de descontrole e agravamentos. Por isso, nosso trabalho em promoção da saúde, a orientar de forma adequada a cada um dos usuários que recebemos em consulta e que visitamos semanalmente.



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

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

Em relação à orientação nutricional sobre alimentação saudável no primeiro mês 213 foram orientados (71.2 %), 493 no segundo mês (99.6%) e 574 (99.7 %) no terceiro (Figura 13). Só dois usuários não foram orientados, porque a equipe não conseguiu encontrar com elas nas ações educativas e grupos desenvolvidos para desenvolver este tema.



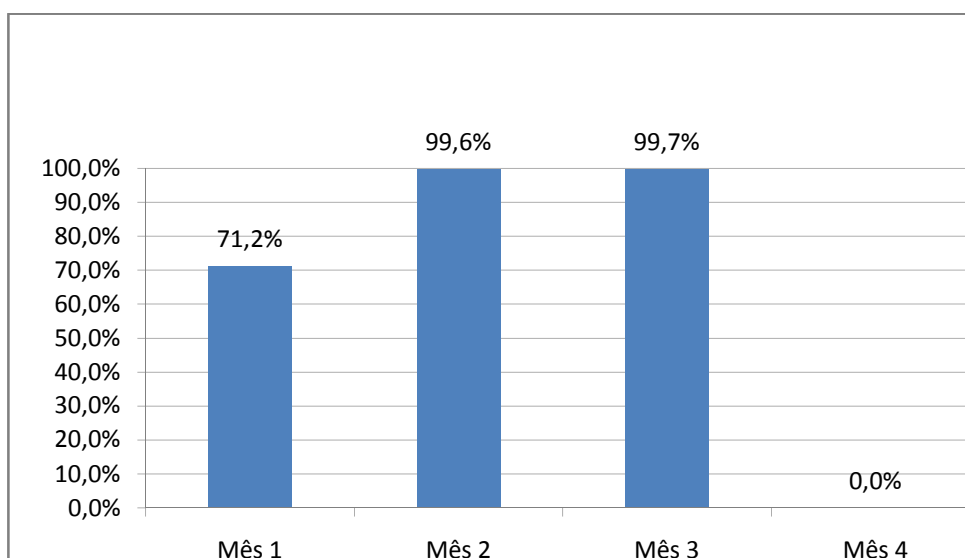
**Figura 13** Gráfico Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS Central, Tabai/RS.2015

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

Para os usuários diabéticos todos receberam orientação nutricional, 100 % em todos os meses, sendo 42 (100%) usuários no primeiro mês, 88 (100%) usuários no segundo e 108 (100%) usuários no terceiro. Graças à capacitação realizada que levou à conscientização de todos profissionais da importância dessas orientações para o tratamento dessa doença e prevenção de complicações.

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

Em relação à prática de atividade física regular ao final da intervenção tivemos 213 no primeiro mês (71.2%) e 493(99.6%) no segundo mês (Figura 14) e 574 (99,7%) no mês tres. Só dois usuários não foram orientados por a equipe não conseguir acessar ao encontro com eles nos encontros educativos e grupos desenvolvidos para desenvolver este tema.



**Figura 14** Gráfico Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular na UBS Central, Tabai/RS.2015

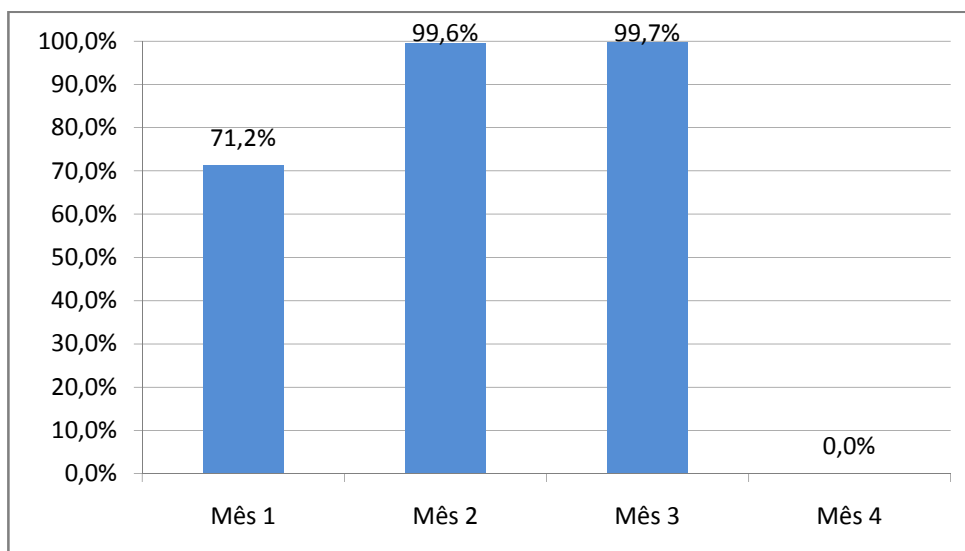
**Meta 6.4** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

Todos usuários diabéticos receberam orientação sobre a prática de atividade física regular em todos os meses. Graças à capacitação realizada que levou à conscientização de todos profissionais da importância dessas orientações para o tratamento dessa doença e prevenção de complicações.

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

Sobre os riscos do tabagismo 213 (71.2%) hipertensos foram orientados no primeiro mês, 493 (99.6%), no segundo mês (99.6%) e 574 (99.7 %) no terceiro (Figura 15).

Só dois usuários não foram orientados, porque a equipe não conseguiu encontrar com eles nas ações educativas e grupos desenvolvidos para desenvolver este tema.



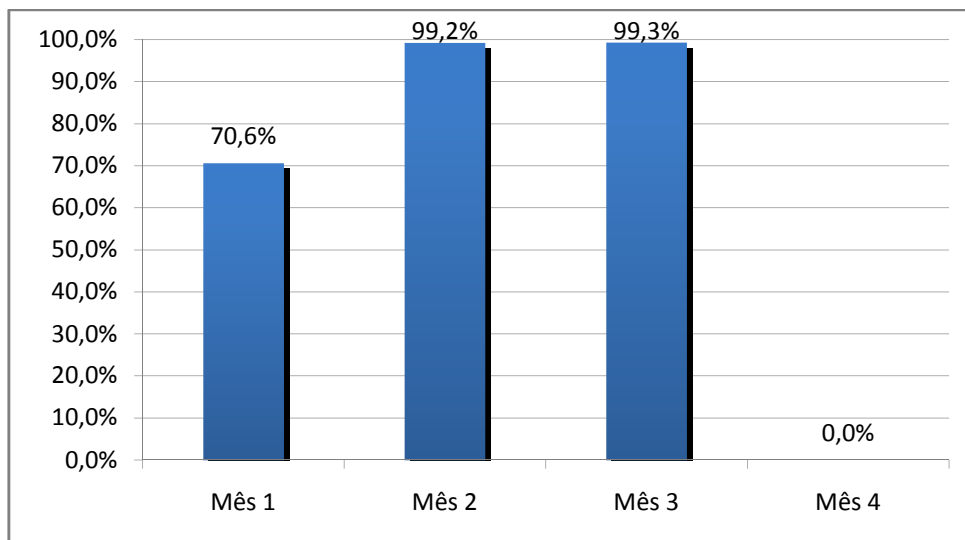
**Figura 15** Gráfico Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo na UBS Central, Tabai/RS.2015

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

Todos usuários diabéticos (100%) receberam orientações sobre os riscos do tabagismo em todos os meses da intervenção.

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

Em relação à orientação sobre higiene bucal para os hipertensos, 213(71.2%) foram orientados no primeiro mês, 493 (99.6%) no segundo mês e 574 (99.7%) no terceiro (Figura 16). Só dois usuários não foram orientados, porque a equipe não conseguiu encontrar com eles nas ações educativas e grupos desenvolvidos para desenvolver este tema.



**Figura 16** Gráfico Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal na UBS Central, Tabai/RS.2015

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

O total dos usuários diabéticos receberam orientação sobre a higiene bucal, 108 usuários (100%). No primeiro mês foram 42 (100%) usuários, no segundo mês 88 (100%) usuários e 108 (100%) usuários no terceiro mês

#### 4.2 Discussão

Em minha unidade de saúde, o trabalho desenvolvido durante a intervenção, favoreceu vários elementos que permitem atualmente um melhor desenvolvimento de atenção, seguimento e controle de os usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus em nossa área de abrangência. Favoreceu uma aproximação entre a equipe e a população e entre a própria equipe e a unidade. Com entusiasmo a equipe desenvolveu o primeiro de muitos projetos e ideias, para trabalhar com uma saúde dinâmica e de qualidade, e de sair de uma rotina que enfraquece a forma de perceber a população e como eles recebem as propostas de saúde. Favoreceu a ampliação da cobertura da atenção aos usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus, não só na possibilidade de ter acesso ao médico mediante consultas agendadas ou espontâneas, mas também nas visitas programadas pela equipe às moradias de cada usuário reconhecido com as doenças ou com os fatores de risco que favoreciam a possibilidade da existência das mesmas.

Permitiu desenvolver um registro geral, registrados em uma base de dados, o qual não existia na unidade básica de saúde. Os dados individuais coletados pelos agentes de saúde e a equipe passaram a ser só um registro que permite avaliar em seu conjunto a realidade de tão relevantes doenças que necessitam de um controle e seguimento diferenciado por sua alta incidência e prevalência na população.

Além disso, conseguimos estimular com ações de promoção e prevenção em saúde a um grupo grande da população a melhorar os conhecimentos e interesse pelas formas de controle das doenças, aproximação do médico com o meio, o que é indispensável para ajudar a encontrar fatores de risco, diagnosticar as doenças e fazer o controle das mesmas.

A intervenção para a equipe foi fundamental para estabelecer um melhor processo de trabalho, a troca de ideias, a preparação coletiva sobre as doenças tratadas o que favoreceu criar conhecimentos adequados que foram levados aos usuários e influenciaram diretamente em sua saúde. Tudo isto foi desenvolvido a cada semana em nossas reuniões assim como nas próprias visitas domiciliares. Colaborou para que cada um se motivasse a fazer de forma comprometida um trabalho sério, no que correspondia à sua responsabilidade. Criou as bases para o futuro de nossa equipe, para trabalhar unidos.

A atenção a hipertensão arterial e diabetes mellitus exige uma atuação multifatorial, com integralidade dos serviços. Esse atendimento integral na unidade foi favorecido pela intervenção com a conscientização da importância do acolhimento, da tomada dos sinais vitais como elemento fundamental para a avaliação do tratamento e conduta a seguir, da avaliação psicológica em que repercutem fatores externos na modificação da pressão arterial, da avaliação por parte da nutricionista sobre alimentação adequada e da situação da saúde odontológica, principalmente nos usuários diabéticos. O agendamento das consultas dos usuários hipertensos e diabéticos foi outro elemento positivo, o qual conseguimos fazer desde as visitas domiciliares, onde marcamos as consultas de muitos usuários que não tinham o costume de visitar nossa unidade e receber consultas de seguimento e avaliação. Para agendar estes casos sempre priorizamos a situação de saúde de cada um, o risco cardiovascular, idade, complicações existentes e o tempo sem receber consultas. A classificação de risco foi outro elemento importante que incorporamos a nosso serviço.

Considero a comunidade como o epicentro de nosso trabalho, onde devem surgir as trocas mais importantes e criar as bases da saúde, a educação sobre as doenças é o primeiro passo. Mas, é um processo que leva tempo, para conseguir desfazer preconceitos das doenças, melhorar a percepção de risco, interesse no seguimento médico, adesão aos tratamentos adequados, entre outros elementos. O resultado de nosso projeto e o trabalho em geral é de satisfação e agradecimento à equipe, isso é o reflexo do que eles recebem com nosso trabalho. Nossa equipe e unidade básica de saúde tem a capacidade de cobertura para o atendimento da população estrita, com qualidade e continuidade.

Eu considero nossa intervenção satisfatória, com uma equipe em constante etapa de aprendizagem, e mesmo sem ter uma enfermeira ou técnica de enfermagem de forma contínua, e com as irregularidades do trabalho da dentista, foi muito acertado. Melhorando o conhecimento da equipe de saúde sobre os usuários. Gostaria, no próximo projeto de intervenção, ter um maior tempo de trabalho, permitindo chegar a ter valores e resultados mais concretos e pertos a totalidade necessária. Estimularia ainda mais, a interação com a população, estimulando os conhecimentos e repercutindo em seus modos e estilos de vida. Sugeriria o tema que a equipe considerara mais importante para a intervenção na população e avaliaria se eles consideraram o tema certo no momento. Estimularia maior unidade entre a equipe desde o início, o trabalho conjunto e o compromisso de cada um com o que se busca.

O objetivo principal de todo projeto de intervenção em saúde é que seja desenvolvido por outros profissionais e por outras unidades que atuem na mesma área. Buscando o resultado comum de resolver determinados problemas que afetam a grupos humanos e propor propostas para o mesmo. Queremos incorporar, portanto, nossa intervenção na rotina do serviço. Para isto, continuaremos ampliando o trabalho de conscientização da comunidade em relação às necessidades de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, com maior ênfase nos de alto risco. Manter atualizada a base de dados de nossos usuários registrados, com um trabalho contínuo de troca de informações com as agentes de saúdes, as quais em seu dia a dia registram nas fichas médicas individuais. As informações coletadas em nossos registros as considero certas, só incluiria nela a

avaliação nutricional dos usuários, elemento que particularmente considero primordial para o controle do risco das doenças.

Os próximos passos serão continuar na mesma direção, mantendo o comprometimento do trabalho da equipe e reforçar as bases criadas nestes meses de trabalho. Continuar na busca ativa dos usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus no município. Incorporar aos grupos de prevenção no posto de saúde aos usuários com maiores riscos em suas respectivas doenças. Manter o controle dos usuários cadastrados e visitar cada moradia de nossa área de abrangência, encontrando fatores de risco, transmitindo conhecimentos em saúde e fazendo ações de prevenção e promoção em saúde. Precisamos ter de forma estável uma enfermeira e dentista que se integrem de forma contínua a nosso projeto. Também, continuaremos o desenvolvimento de outros projetos em temas que a equipe e a população considerem mais importantes.

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

Prezados gestores,

Chegar no município e desenvolver primeiro o trabalho e logo a intervenção foi um desafio muito grande. Por adentrar-me num coletivo de trabalho desconhecido, com costumes e sistemas de trabalho já estabelecidos, assim como numa população que tinha expectativas e não saber como aceitariam um médico de fora, que falava com um português com falhas. Mas, fiquei muito satisfeito ao conseguir executar meu trabalho, ganhar a confiança dos usuários e de minha equipe. O desenvolvimento da intervenção na UBS está ajudando a melhorar a qualidade de vida de muitas pessoas.

No começo tive algumas dificuldades com a equipe, pela falta de experiência e ser a intervenção novidade o trabalho dela, mas, após terem conhecimento da rotina e sistema de trabalho, todos ficaram envolvidos foi possível inserir vários elementos na rotina da unidade.

Apesar das dificuldades enfrentadas no município foi possível ampliar a cobertura dos atendimentos aos diabéticos e hipertensos, que se não se cuidarem a tempo e manter as doenças controladas podem ter complicações a curto, médio ou longo prazo. Foi realizada uma capacitação semanalmente para toda a equipe sobre o adequado acompanhamento da HAS e DM, incorporando conhecimentos que muitos referiam não ter tido acesso anteriormente.

O dia a dia da intervenção permitiu o trabalho em equipe, sendo esta nossa ferramenta fundamental para resolver as dificuldades acumuladas e as que apareciam. Realizamos visitas domiciliares e muitos usuários com hipertensão e diabetes relataram nunca terem recebido visita alguma de um médico a suas residências. O agendamento de consultas foi organizado para um dia específico da semana para um melhor atendimento, foram avaliados todos os usuários durante as consultas realizando o exame clínico completo e anotando nas fichas de acompanhamento, realizamos ações comunitárias com busca ativa de hipertensos aferindo a pressão a todos os pacientes maiores de 20 anos.

Realizamos teste de glicemia aos diabéticos e medição da pressão arterial àqueles com fator de risco. Palestramos sobre alimentação saudável, a importância da prática do exercício físico, a higiene bucal principalmente nos diabéticos, o risco do tabagismo, o uso correto dos medicamentos diários para evitar complicações.



Identificamos o risco cardiovascular a cada um deles e anotamos na ficha de acompanhamento.

Umas das dificuldades enfrentadas e que atrapalhou um pouco o trabalho foi não ter um registro estabelecido no posto de saúde para os usuários hipertensos e diabéticos, com o trabalho esforçado das agentes de saúde foi possível resolver este problema no trajeto da intervenção. Além disso, o serviço de odontologia funcionou de forma constante na UBS o que impossibilitou fazer várias ações preventivas por parte do pessoal especializado nesta área.

O apoio da gestora de meu município foi muito importante e digno de reconhecer, apoiou em cada momento, demonstrado em sua vontade de ajuda logística e humana. Logisticamente facilitou os recursos de oficina necessários para registrar nosso trabalho, ajudou com o transporte da equipe, não só para fazer as visitas correspondentes no cronograma, mas também para fazer outras visitas em horários extras. Ajustou os horários de trabalho quando eu precisei, para favorecer a coleta de dados do projeto. Manifestou interesse pelo trabalho da equipe e o esforço das integrantes, no desenvolvimento do projeto, além de apoiar a incorporação do mesmo à rotina do trabalho da unidade. Apesar de todas as dificuldades enfrentadas conseguimos ampliar os atendimentos dos hipertensos e diabéticos no município. Alcançamos 85.7% (576) de cobertura dos hipertensos e 65.1% dos diabéticos (108), a equipe pretende dar continuidade às ações da intervenção e assim aumentar ainda mais a cobertura a essas doenças com qualidade. Percebo que conseguimos melhorar os aspectos negativos antes mencionados e que contribuíram para melhorar a qualidade de vida da população.

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

Comunidade da UBS Central de Tabaí,

Realizamos nos últimos 3 meses uma intervenção com usuários diabéticos e hipertensos, para ampliar a cobertura, ou seja, aumentar o número de usuários acompanhados na unidade e melhorar a qualidade desses atendimentos.

Porque nesse grupo? Foi um desafio muito grande perceber que ainda haviam muitos usuários e hipertensos da comunidade que não estavam sendo acompanhados, então, quis fazer um melhor trabalho em parceria com a equipe e ampliar os atendimentos, com isso melhorar o acompanhamento principalmente aos idosos, para isso foram realizadas várias ações comunitárias para identificar novos hipertensos e diabéticos, avaliamos a pressão a todos que compareceram na unidade de saúde e fizemos teste de glicose.

No começo foi muito difícil, pois os usuários e a equipe não entendiam qual era o objetivo do projeto, tivemos que capacitar os profissionais da unidade para trabalhar e fazer algumas mudanças no planejamento das consultas, também explicar à população sobre a restrição dos atendimentos, que foi necessária para acompanhar de forma adequada os hipertensos e diabéticos nas consultas.

Realizamos acompanhamentos dos usuários nas visitas domiciliares por estarem atrasados nas consultas, se explicamos que a consulta não foi apenas para pegar o remédio, mas também era para fazer um exame clínico completo, agendamos novas consultas para melhorar a qualidade dos atendimentos, garantimos os medicamentos para o tratamento dessas doenças, em que inicialmente tivemos muito problemas com a disponibilidade na farmácia, o que depois foi resolvido. Marcamos um dia só para hipertensos e diabéticos para não afetar muito os atendimentos da rotina diária.

Oferecemos orientação sobre alimentação saudável e sobre a importância do exercício físico para saúde. Avaliamos cada usuário na consulta com exame físico completo registrando em cada prontuário de acordo com o protocolo do ministério da saúde.

Tivemos algumas limitações para a realização da intervenção, como desde o início termos problemas com o serviço de odontologia que atrapalhou um pouco nosso trabalho, não contar com um laboratório no município e também no início da

intervenção os problemas com os remédios que após uma conversa com os gestores e eles terem conhecimento da intervenção o problema foi resolvido.

Mesmo assim conseguimos ampliar o acompanhamento de hipertensos e diabéticos na UBS, atendemos 576 hipertensos e 108 diabéticos, e melhorar a qualidade dos atendimentos, ainda não para 100%, mas pretendemos incorporar as ações da intervenção à rotina da UBS.

Acho que conseguimos melhorar os aspectos negativos antes mencionados e que contribuiriam a melhorar a qualidade de vida da população.

Finalizando destaque que o desafio valeu a pena, plantamos a semente onde posteriormente se fará a colheita, pois a comunidade foi motivada e incentivamos a participação mais ativa na sua saúde, o que é fundamental.

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

Foi um desafio o curso de especialização pelo idioma, no início ainda mais complexo, mesmo assim enfrentei com todo o empenho para adquirir maior conhecimento do mesmo, assim como do funcionamento da estratégia de saúde da família no Brasil. Para então oferecer a melhor atenção à população brasileira e conseguir melhorar sua qualidade de vida. O curso tem me dado muitas experiências no plano profissional, pois hoje posso falar que tenho melhorado muito o idioma e tenho aprendido muito sobre a saúde da família.

Com a realização da intervenção senti-me satisfeito ao ver como minha equipe se comprometeu e me apoiaram em todas as fases do trabalho. Tiveram momentos complicados na elaboração das tarefas a cada semana, mas não desisti e estou quase no final do curso, já posso sentir essa sensação de dever cumprido, e muitas foram as pessoas que colaboraram com esse sucesso, incluindo a minha orientadora, que de forma generosa e profissional me fez crescer a cada semana com suas dicas e orientações, que me proporcionou uma experiência única que permanecerá para sempre.

O desafio foi muito grande, ao chegar até aqui me sinto muito feliz, já que viemos para tentar melhorar a saúde daqueles usuários mais carentes que precisam de atenção médica e tentar implementar atenção primária à saúde com um sentido profissional, científico e humanitário. Podemos fazer muito mais e melhor, mas acho que estamos cumprindo nossos objetivos.

Meus conhecimentos na atenção primária à saúde no Brasil e sobre o SUS foram enriquecidos a cada semana, com os casos clínicos, os testes de qualificação cognitiva, a bibliografia fornecida no transcurso de cada unidade, permitindo melhorar a qualidade no atendimento dos usuários, aperfeiçoando os conhecimentos de muitas doenças, assim como a conduta a seguir em cada caso.

Foi uma grande experiência desenvolver o curso a distância, me proporcionou melhor capacidade técnica na metodologia para planejar ações, desenvolvi habilidades para organizar as informações e consegui realizar uma análise situacional de qualidade que permitiu criar estratégias a favor de uma melhor atenção de saúde em minha UBS.

O curso me permitiu ter muitos conhecimentos sobre a saúde no Brasil, e sua realidade, de como funciona, também nos permitiu a troca de experiência com

outros profissionais envolvidos no programa, tanto cubanos como de outras nacionalidades, por meio dos diferentes espaços como o fórum clínico.

A vivência proporcionada pelo curso neste momento, vai possibilitar que outras ações sejam melhoradas, ou seja, a intervenção de agora é a imagem e o reflexo para outras envolvendo outros grupos populacionais. É gratificante saber que consegui chegar até o final ao lado de um grupo de profissionais que trabalharam junto a mim, e confiaram em meu desempenho profissional e humano.

## Referências

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.

## **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 Srª  
Profa Ana Cláudia Gastal 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.

Patrícia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL



