

**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 a Pessoa com Hipertensão e/ou Diabetes na UBS Maria do Socorro Reis, Baixa Grande do Ribeiro/PI**

**Yalexis Fernandez Granado**

**Pelotas, 2015**

**Yalexis Fernandez Granado**

**Melhoria da Atenção a Pessoa com Hipertensão e/ou Diabetes na UBS Maria do Socorro Reis, Baixa Grande do Ribeiro/PI**

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

Orientador(a): Andressa de Andrade

Pelotas, 2015

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

G748m Granado, Yalexis Fernandez

Melhoria da Atenção a Pessoa com Hipertensão E/Ou Diabetes na UBS Maria do Socorro Reis, Baixa Grande do Ribeiro/PI / Yalexis Fernandez Granado; Andressa De Andrade, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

65 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. Andrade, Andressa De, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

## **Agradecimentos**

Agradeço primeiramente a minha maravilhosa família pelo apoio na distância.  
A equipe de trabalho da unidade básica de saúde Maria do Socorro Reis.  
A minha orientadora Andressa de Andrade, pela dedicação e apoio constante.

## Resumo

GRANADO, Yalexis Fernandez. **Melhoria da Atenção a Pessoa com Hipertensão ou Diabetes na UBS Maria do Socorro Reis, Baixa Grande do Ribeiro/PI.** 2015. 65f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Teresina, 2015.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a doença crônica não transmissível (DCNT) mais frequente na população e pode ser considerada como o principal fator de risco para as complicações cardiovasculares. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos, chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. A finalidade da ação programática com foco em HAS e DM é fortalecer e qualificar a atenção às pessoas com estas doenças por meio da integralidade do cuidado, principalmente na atenção primária à saúde. O objetivo geral deste trabalho foi melhorar a atenção à pessoa com hipertensão e/ou diabetes na UBS Maria do Socorro Reis, do município de Baixa Grande do Ribeiro/PI. Trata-se de uma intervenção desenvolvida no período de 12 semanas na área de abrangência da UBS, tendo participado todos os hipertensos e diabéticos maiores de vinte anos residentes na área. As ações realizadas na intervenção foram embasadas nos protocolos do Ministério da Saúde. Para alcançar os objetivos propostos foram estabelecidas ações em quatro eixos pedagógicos: organização e gestão do serviço, engajamento público, qualificação da prática clínica e monitoramento e avaliação. Como registros específicos utilizou-se a planilha de coleta de dados e a ficha espelho disponibilizadas pelo curso de especialização em saúde da família da UFPel. Como resultados, obtemos 70% de cobertura para hipertensos (n=218) e 100% para diabéticos (n=78); 93,1% dos hipertensos e 96,2% dos diabéticos estão com exames complementares em dia. Quanto à avaliação da necessidade de atendimento odontológico realizamos em 89,4% dos hipertensos e 82,1% em diabéticos. Além disso, atualizamos os registros e realizamos buscas ativas aos faltosos para 100% dos usuários cadastrados. Para a comunidade, o estudo foi produtivo, uma vez que muitos usuários puderam receber conhecimentos sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, características, complicações e prevenção de ambas as doenças, conheceram os direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via destes documentos. O vínculo entre profissionais – usuários – família mostrou-se maior. A ESF alcançou uma organização mais detalhada dos diferentes arquivos de atendimento dos usuários, assim como maior qualidade do acolhimento e otimização da agenda para a atenção. A intervenção exigiu ainda uma maior qualificação de todos os trabalhadores da unidade e promoveu o trabalho em equipe.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; doença crônica; diabetes mellitus; hipertensão.

## Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso.	42
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao diabético.	43
Figura 3	Proporção de hipertensos com exame clínico em dia.	44
Figura 4	Proporção de hipertensos com exames complementares em dia.	45
Figura 5	Proporção de diabéticos com exames complementares em dia.	46
Figura 6	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	47
Figura 7	Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	58
Figura 8	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico.	50

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

ACS	Agente comunitário da Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
SUS	Sistema único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS

## Sumário

Apresentação .....	9
1 Análise Situacional .....	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	10
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	15
2 Análise Estratégica .....	16
2.1 Justificativa .....	16
2.2 Objetivos e metas .....	18
2.2.1 Objetivo geral .....	18
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	18
2.3 Metodologia .....	21
2.3.1 Detalhamento das ações .....	21
2.3.2 Indicadores .....	29
2.3.3 Logística .....	35
2.3.4 Cronograma.....	39
3 Relatório da Intervenção.....	41
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	41
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	43
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	44
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	44
4 Avaliação da intervenção.....	45
4.1 Resultados.....	45
4.2 Discussão .....	55
5 Relatório da intervenção para gestores .....	57
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	59
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	61
Referências .....	63
Anexos .....	64



## **Apresentação**

Este Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família modalidade à distância da Universidade Aberta do SUS (UNASUS)/ Universidade Federal de Pelotas (UFPel), é o resultado das atividades que foram desenvolvidas durante as Unidades de Ensino que integram o Projeto Pedagógico do curso de especialização. Nosso foco foi a melhoria da atenção a Hipertensos e Diabéticos da Unidade Básica de Saúde (UBS) Maria do Socorro Reis, do município de Baixa Grande do Ribeiro/PI.

O presente volume apresenta os resultados deste processo em sete seções: a primeira está composta pela Análise Situacional, a segunda pela Análise Estratégica – Projeto de Intervenção, a terceira pelo Relatório Final da Intervenção, a quarta pela Avaliação da Intervenção, que descreve os resultados e a discussão acerca do trabalho. Ao final apresentamos, na quinta seção, o Relatório da intervenção para gestores, na sexta o Relatório da intervenção para comunidade e, por fim, a Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

## **1 Análise Situacional**

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

A comunidade da UBS Maria do Socorro Reis tem uma população total 2.059 usuários que vive na área do bairro Formosa. Esta área tem 1.005 pessoas do sexo masculino e 1.054 do sexo feminino; na faixa etária de menores de 20 anos encontramos 759 pessoas, entre 20-59 encontram-se 1.060 pessoas e com mais de 60 anos, 240 usuários. Nossa UBS possui maior número populacional porque nosso bairro está em constante crescimento e não há cadastramento total neste momento.

Até julho de 2014 em nossa comunidade existiam 112 usuários com HAS e 17 usuários com DM. Os cálculos realizados no exercício foram baseados em informações retiradas do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB). No entanto, estes dados não expressam a realidade atual, em função de que as informações que alimentaram o banco de dados eram oriundas de uma população parcialmente cadastrada. Muitos usuários acompanhados pela unidade de saúde eram usuários que residiam fora da área de cobertura da equipe.

No caso dos usuários com Hanseníase e Tuberculose eles são diagnosticados na unidade e encaminhados para um Serviço Especializado. Nesta área não temos usuários com Hanseníase nem Tuberculose atualmente. Também não temos casos de leishmaniose.

Na saúde Materno-Infantil podemos afirmar que não temos óbitos em menores de um ano. A proporção de crianças com até um ano com esquema de vacinação completo é de 100% e as gestantes que tiveram sete ou mais consultas de pré-natal representam 95% do grupo. O acompanhamento é realizado através do pré-natal e as consultas de puericultura são oferecidas a crianças menores de dois anos de idade.

As principais causas de internação hospitalarem usuários maiores de 60 anos são as complicações por doenças crônicas e as infecções respiratórias agudas. Nossa equipe está comprometida com a comunidade a fim de melhorar esta situação de saúde e alcançar um atendimento com a qualidade que todos merecem.

## 1.2 Relatório da Análise Situacional

A análise da situação de saúde é definida como o resultado das ações dos diferentes fatores sociais na identificação e solução dos problemas de saúde. Seu objetivo geral é analisar a caracterização da situação de saúde da população em um contexto, em tempo concreto, com vistas à identificação dos principais problemas de saúde.

O município onde trabalho se chama Baixa Grande do Ribeiro e localiza-se ao sul do Estado do Piauí,abrangendo uma população de 12348 habitantes (IBGE, 2010) que é atendida em cinco UBS, todas com ESF. Atualmente temos apenas uma em construção. Contamos com Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) completo,não contamos com CEO,também não contamos com especialistas em nosso município, exceto um dermatologista que faz consulta uma vez por mês, o que faz com que os usuários tenham que ser encaminhados até a capital do estado, para serem atendidos de acordo com as disponibilidades do Sistema único de Saúde (SUS).

Temos um hospital de pequeno porte que não cumpre com todas as condições requerida se onde se realizam exames complementares básicos. Outros exames são realizados em uma clinica particular que temos na área. Nos finais de semana só se realizam exames de urgência e os complementares de alta complexidade são agendados na capital do estado, o que representa um grande problema para a população uma vez que é muito distante geograficamente.

Nossa UBS é classificada como rural,estamos vinculados com o SUS apesar das deficiências do mesmo. Temos vínculo com instituições de ensino,fazemos palestras,ações de medidas de peso e altura, orientações sobre educação sexual,alimentação saudável,assim como sobre a importância das vacinas de acordo a idade.

O modelo de atenção de nossa UBS é ESF, contamos com duas equipes,uma formada por um medico de família,um enfermeiro,um técnico de enfermagem, um

odontólogo, um técnico de odontologia, uma auxiliar de limpeza e quatro agentes comunitários. A outra equipe (que é a minha) tem um médico de família, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, uma auxiliar de limpeza e onze agentes comunitários. Temos ainda uma recepcionista que auxilia ambas as equipes.

A UBS conta com uma recepção que fica junto com a sala de espera onde aguardam os usuários das diferentes consultas, sendo esta muito pequena; um consultório de odontologia, dois consultórios de enfermagem, dois consultórios médicos, dois sanitários (um para os usuários e outro para os profissionais da saúde) e uma cozinha. Não temos sala de esterilização, os materiais de odontologia são esterilizados na sua própria sala em autoclaves. Também não contamos com sala de prontuários, os quais ficam na sala de espera, cumprem com os requisitos, mas faltam mais armários para organização dos mesmos.

Não temos salas de vacinas, os usuários são encaminhados para o hospital onde as mesmas são administradas. As reuniões são feitas na sala de espera já que não temos sala para reunião. A UBS não possui sala de procedimentos, também não tem um lugar para depósitos de resíduos sólidos, nem para colocar os materiais de limpeza; não temos farmácia nem sala para coleta de amostras para exame. Apesar das dificuldades o fluxo dos usuários não afeta o atendimento e os procedimentos ou ações que não podem ser realizados são encaminhados para onde precisam. Além das dificuldades e do esforço que a equipe faz para um melhor atendimento temos queixas por parte da população, mas as limitantes que interferem no trabalho com a comunidade ficam muito longe de se resolver, já que dependem dos gestores de saúde, da prefeitura, do SUS, enfim da capacidade de encontrar soluções viáveis por parte de qualquer instituição responsável por vigiar a saúde do município.

Temos uma população total de 2.059 habitantes, dos quais 1.054 são do sexo feminino e 1.005 são do sexo masculino. Na faixa etária de menos de 20 anos encontramos 759 pessoas, entre 20 e 59 anos temos 1060 pessoas e com mais de 60 anos, 240. A quantidade de usuários em relação à equipe e sua estrutura corresponde com o estabelecido pelo Ministério da Saúde (MS).

O acolhimento é uma prática que deve estar presente em todas as relações de cuidado, em todos os encontros entre os profissionais da saúde e os usuários e frisamos que o jeito de acolher a demanda espontânea que chega a UBS deve ser cada vez melhor. Em nossa unidade, a maioria dos atendimentos é realizado por

agendamento, porém todos os usuários que chegam ao posto dentro do horário de trabalho são atendidos sempre que possível, procurando perceber as peculiaridades de cada situação que se apresenta, buscando agenciar os tipos de recursos e tecnologias que ajudem a aliviar o sofrimento, melhorar e prolongar a vida evitar ou reduzir danos enfim melhorar as condições de vida.

A demanda é acolhida por todos os integrantes da equipe (recepcionista, enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, odontólogo, técnico de odontologia, e até pela auxiliar de limpeza). O usuário é ouvido e a queixa problematizada e reconhecida, já que grande parte das demandas que chegam a unidade podem ser acolhidas e satisfeitas na atenção básica.

Um acontecimento muito importante na vida dos seres humanos é a chegada de uma criança na família. Em nossa UBS as consultas de puericultura são realizadas de acordo com o protocolo do MS; tudo fica registrado no prontuário especial de puericultura, o que permite o preenchimento no caderno de ações programáticas.

A cobertura de puericultura para crianças menores de um ano na UBS é de 100% (temos 32 crianças menores de um ano), pois todas as crianças são captadas e atendidas adequadamente. No atendimento participam médicos, enfermeiros, técnica de enfermagem e agentes comunitários de saúde. O atendimento se faz tanto na unidade como no domicílio. Os indicadores de qualidade da atenção à saúde da criança estão sempre presentes em cada atendimento, tratando de que cada dia seja melhor. Fazemos a captação de recém-nascidos com menos de sete dias de vida, realização do teste do pezinho, triagem auditiva, monitoramento do crescimento e desenvolvimento das crianças e detecção das dificuldades do desenvolvimento físico e motor durante o crescimento.

Em cada consulta mensal são evoluídos estes aspectos; além da vacinação, orientamos as mães sobre aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida e alimentação complementar conforme a idade, prevenção de acidentes e avaliação da saúde bucal. Temos um dia reservado para fazer consultas de puericultura nos dois turnos de atendimento, mas os que não comparecem nesse dia são visitados pelos ACS em sua casa e voltam em outro dia da semana.

Outro tema de importância é o pré-natal. Considerando a estimativa do CAP, nossa cobertura para pré-natal é de 75% (24 gestantes de uma estimativa 31) Realizamos atendimento ao pré-natal de acordo com o protocolo do MS. Em cada

consulta se indicam os exames complementares precisos de acordo com o trimestre,também se indicam as vacinas,administração de sulfato ferroso preventivo de acordo com as necessidades de cada uma das gestantes.Desde a primeira consulta, as gestantes são encaminhadas para ser avaliadas em saúde bucal pela odontologia, se faz trimestralmente o exame ginecológico (o que não se fazia periodicamente, mas já foi resolvido).

As consultas são registradas no prontuário clínico, sendo monitorado mensalmente pelo medico e pela enfermeira, buscando as dificuldades que possam ter para assim melhorar o trabalho e a saúde da gestante. As usuárias que não comparecem as consultas são visitadas pelos agentes comunitários de saúde para que voltem à unidade, além do que temos também gestantes de outra área que fazem atendimento conosco. No atendimento do pré-natal participam o medico, a enfermeira,a técnica de enfermagem,o odontólogo e o técnico de odontologia. Falamos sobre a importância da alimentação saudável,vacinação,aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida e outros temas de importância.

Considerando o puerpério, no momento temos um total de 16 puérperas de 31 com atendimento até 45 dias após o parto, o que corresponde a uma cobertura de 52%. Nossos registros estão deficientes para esta população e não permitiram conhecer os indicadores de qualidade relativos a este grupo.

Em relação à prevenção dos cânceres de colo uterino e de mama, neste mês temos a campanha Outubro Rosa. Neste período a equipe de saúde realiza um trabalho muito organizado, integral e humanizado na prevenção destas doenças. Temos uma população feminina estimada de 499 mulheres com idade entre 25 e 64 anos e destas estão acompanhadas em nossa UBS, 292 (59%). Para o câncer de mama estão em acompanhamento em nossa unidade um total de 155 mulheres, o que corresponde a 100% de cobertura, conforme os dados do CAP.

Contamos com os protocolos de seguimento preconizados pelo MS,participamos organizando atividades de promoção da saúde, procurando as faltosas e as que requerem atendimento domiciliar, promovendo a participação das comunidades para que conheçam mais sobre os tipos de doença,os fatores de risco, sua prevenção, o autoexame de mama,sobre quando procurar um medico e sobre a importância da vacina contra o papiloma vírus humano (HPV) nas adolescentes.

As consultas são bem programadas e registradas no prontuário medico, estes são monitorados mensalmente pelo medico e pela enfermeira. As principais

dificuldades da nossa área é que não contamos com ginecologista, não temos onde realizar as mamografias e as mulheres são encaminhadas a outro município ou para a capital do estado, o que dificulta muito o cumprimento dos parâmetros de periodicidade requeridos.

Outras doenças que afetam grande parte da população de nossa área são a HAS e o DM. Ambas representam doenças crônicas não transmissíveis de origem multifatorial, as quais representam um alto número de incidência e prevalência em todos os níveis de atenção médica no mundo, além de ter uma alta taxa de morbidade oculta e mortalidade elevada, seja por falta de pesquisas realizadas nos sistemas de saúde, por sistemas de saúde com pouca ou nenhuma estrutura ou pela falta de educação e conhecimentos de nossa população referente a essas doenças tão importantes e cotidianas na prática médica.

As consultas feitas aos usuários com essas doenças acontecem de acordo com o protocolo do MS. Temos a informação acerca de cada usuário cadastrado nos prontuários e registros de HIPERDIA. Dispomos ainda de uma ficha de atenção nutricional, onde em cada consulta são indicados os exames complementares de que necessita cada usuário. Atualmente estão atendidos na UBS 298 hipertensos e 77 diabéticos e a estimativa do CAP é de 313 hipertensos e 78 diabéticos. Portanto, nossa cobertura é de 72% para hipertensos e de quase 100% para diabéticos.

Procura-se orientar cada consulta sobre alimentação saudável, realização de atividades físicas, em caso de diabetes sobre o cuidado com os pés e a importância de evitar o tabagismo e, no entanto, apesar de um bom número de usuários cadastrados, temos atualmente um grande número de consultas por motivo de descompensação clínica de ambas as doenças, tanto na UBS quanto em âmbito hospitalar. Este panorama evidencia a necessidade de aumentar as atividades de monitoramento, avaliação e de promoção da saúde na comunidade, tornando os usuários coparticipantes de seu cuidado.

Todas as ações são feitas por todos os membros da equipe. Procuramos organizar atividades de promoção e prevenção em saúde sempre que possível, educando as comunidades mediante palestras. Fazemos ainda visitas domiciliares para assim conhecer nossa realidade e melhorar os indicadores de incidência e prevalência, detecção precoce das doenças e ter um ótimo controle das mesmas. A principal dificuldade que temos é a de que não contamos com especialistas e não temos também como fazer exames de alta complexidade em nosso

município. Também precisamos melhorar a avaliação clínica dos usuários e a estratificação de risco cardiovascular, procurando prevenir complicações que atendemos diariamente na UBS. Salientamos que com os registros que temos atualmente, não foi possível preencher boa parte dos indicadores de qualidade do CAP, pois estão incompletos. Outro ponto que precisa ser revisto é facilitar a entrega dos resultados dos exames pelo laboratório do município, os quais sempre chegam na UBS com muito atraso.

Quanto aos idosos, temos a quantidade que corresponde com o estimado pelo caderno de ações programáticas, sendo a cobertura de 77% dos idosos, o que corresponde a 168 usuários, sendo a estimativa do CAP de 219 usuários com 60 anos ou mais. Não temos os protocolos de atendimento, as consultas se fazem com a qualidade requerida, se fala com os usuários sobre a importância da prática de atividade física regular, se realiza avaliação de saúde bucal pela odontologia, e se orienta sobre como evitar acidentes e sobre a importância de não fumar. Faz-se também a realização da avaliação multidimensional rápida e avaliação de risco para morbimortalidade, assim como a indicação de exames complementares caso necessário. Toda a equipe participa do atendimento dos idosos, por meio de palestras, visitas domiciliares e outras ações de importância; estas ações são registradas no prontuário médico e na caderneta de saúde da pessoa idosa.

Considerando a saúde bucal, temos na UBS um odontólogo que atende as duas equipes de saúde. Trabalhamos em conjunto e a média de procedimentos clínicos por habitante mês na UBS é satisfatória, pois a equipe de saúde bucal conseguiu fazer um esquema de atendimento onde divide a demanda por turno em atendimentos programáticos, não programáticos e atendimentos de urgência. Além de fazer atividades de educação em saúde na própria UBS, também participa das reuniões de equipe para discutir a qualidade do atendimento e o que pode ser melhorado, assim como preconiza o ministério da saúde.

Dentro das principais dificuldades se encontra o déficit de especialistas e os exames complementares de alta complexidade que são feitos na capital do estado que fica muito distante o que dificulta a realização dos mesmos.

Penso que em relação ao trabalho, o atendimento à população é muito bom neste instante, os usuários estão muito agradecidos e se sentem melhor tratados; quanto aos indicadores precisamos reforçar a captação de usuários hipertensos e diabéticos e os ACS estão trabalhando muito para diminuir a demanda oculta.



Temos ainda que melhorar a captação dos recém-nascidos e de gestantes. Procuramos garantir mais qualidade de vida aos nossos usuários e acreditamos numa saúde melhor e de ótimas condições, para assim obter resultados de excelência.

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

Inicialmente fizemos uma análise geral da situação da UBS e do serviço de saúde da família que oferecemos. Já no último relatório estes aspectos foram avaliados com maior profundidade, permitindo a obtenção de uma visão mais clara da área de saúde, comprovando que temos muito trabalho a fazer. O relatório nos ajuda a resolver muitos dos problemas que tínhamos no início. Os profissionais percebem a cada dia que trabalhar em equipe é a melhor forma de promover e prevenir saúde.

Quando comparamos o texto inicial com o relatório final da análise situacional nos damos conta de que avançamos em todos os aspectos, pois como equipe podemos atualmente realizar um plano de ação que nos permitirá ir melhorado a cada dia, tanto em quantidade como em qualidade. Para o próximo ano pretendemos alcançar um trabalho mais completo e organizado.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus são duas doenças crônicas não transmissíveis de origem multifatorial, as quais representam um alto número de incidência e prevalência em todos os níveis de atenção médica no mundo, além de ter uma alta taxa de morbidade oculta e mortalidade elevada, seja por falta nas pesquisas realizadas pelos sistemas de saúde, por sistemas de saúde com pouca ou nenhuma estrutura, ou pela falta de educação e conhecimentos de nossas populações, referente a essas doenças tão importantes e cotidianas na prática médica (NAKAMOTO, 2012). Ambas estão diretamente relacionadas à aceitação, a falta de informação, identificação dos fatores de risco e motivação com relação ao desenvolvimento do autocuidado e de hábitos de vida saudável.

O modelo de atenção de nossa UBS é de ESF e contamos com duas equipes, a minha formada por um médico de família, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um odontólogo, um técnico de odontologia, um recepcionista, um auxiliar de limpeza e onze agentes comunitários de saúde. A outra equipe conta com um médico de saúde da família, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, um auxiliar de limpeza e quatro ACS. Contamos ainda com uma recepcionista que é comum para ambas as equipes.

Estruturalmente, a UBS conta com uma recepção que fica junto com a sala de espera, onde aguardam os usuários das diferentes consultas, sendo esta muito pequena; um consultório de odontologia, dois consultórios de enfermagem, dois consultórios para os médicos, dois sanitários (um para os usuários e outro para os profissionais da saúde) e uma cozinha. Não temos sala de esterilização, nem contamos com sala de prontuários, os quais ficam na sala de espera, cumprem com os requisitos, mas faltam mais armários para a melhor organização dos mesmos.

Atualmente nossa equipe atende uma população total de 2.059 habitantes, dos quais 1.054 são do sexo feminino e 1.005 são do sexo masculino. Na ESF temos registros de um total de 298 usuários com diagnóstico de HAS de um estimado de 313 (pelo caderno de ações programáticas), o que representa 72% de cobertura. No caso do Diabetes Mellitus, temos um total de 77 usuários de um total estimado de 78, o que representa quase 100% da cobertura estimada.

As dificuldades encontradas no trabalho com este grupo estão relacionadas ao laboratório do município que entrega os exames dos usuários sempre com atraso. Além disso, estas duas patologias produzem grande demanda de usuários descompensados na unidade de saúde e no hospital do município e, portanto, fortalecer as orientações e o atendimento a este grupo torna-se essencial para o serviço e para a população. Além disso, nossos registros não permitiram preencher boa parte dos indicadores qualitativos no CAP, pois estão incompletos.

A realização desta intervenção será importante para estabelecer um sistema de atenção muito mais organizado em nossa unidade. Vai ser um trabalho em conjunto com a participação de toda a equipe e a comunidade, onde cada qual vai ter sua responsabilidade. Um ponto importante é o de que contamos com o apoio de toda a equipe de saúde, da Secretaria de Saúde e da Prefeitura, o que é de muita ajuda para nós. Estes órgãos garantem transporte, propagandas educativas, carros de som. Acredito que com esta intervenção possamos mudar diversos aspectos na vida dos usuários, buscando evitar futuras complicações, ainda que seja a longo prazo.

## **2 Objetivos e Metas**

### **2.1 Objetivo Geral**

Melhorar a atenção à Pessoa com Hipertensão e/ou Diabetes na UBS Maria do Socorro Reis do município de Baixa Grande Do Ribeiro/PI.

### **2.2 Objetivos Específicos e Metas**

1- Ampliar a cobertura à Hipertensos e/ou Diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 90% 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 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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.

### 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;

### 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.

### 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.

### 6- Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na UBS Maria do Socorro Reis, no Município de Baixa Grande do Ribeiro/Piauí. Participarão da intervenção todos os hipertensos e diabéticos com vinte anos ou mais da área de abrangência da UBS. Nossa estimativa é de um total de 313 hipertensos e 78 diabéticos.

### **2.3.1 Ações e Detalhamento**

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

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

Detalhamento: O monitoramento da cobertura será realizado semanalmente com a revisão das fichas de cadastro das agentes comunitárias de saúde das fichas espelho assim como as fichas de atendimento diário do médico e enfermeira, dos novos cadastros realizados na UBS assim como as disponibilizadas pelo curso de especialização, o que será realizado pela enfermeira ao terminar a semana de trabalho na UBS.

- Organização e Gestão do Serviço: Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa. Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e diabetes. Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Detalhamento: A cada atendimento realizado por um profissional a um usuário portador de hipertensão ou diabetes mellitus terá que ser realizado o preenchimento das fichas espelho e dos prontuários de atendimento de cada usuário. Será dada capacitação aos membros da equipe de trabalho para melhorar o acolhimento dos usuários além da capacitação nas normas de atendimento diagnóstico e tratamento. A enfermeira será responsável pelo acolhimento. Será bem organizado o processo de recepção e agendamento dos usuários e sua chegada ao local de atendimento o que será de responsabilidade do médico da UBS.

- 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: Os agentes comunitários de saúde assim como os líderes da comunidade serão capacitados inicialmente para oferecer informação a população sobre o programa e a importância de realizar a medida da pressão arterial, assim como os fatores de risco destas doenças. Também serão desenvolvidos cartazes informativos sobre as patologias, assim como atividades educativas de promoção e prevenção de saúde com todos os grupos de usuários existentes na UBS para ser abordado o tema, o que será da responsabilidade da enfermeira. Estes encontros serão realizados na UBS duas vezes por semana.

- Qualificação da prática clínica: Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos 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 os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde. Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: Antes do início da intervenção, a equipe de enfermagem será capacitada pelo médico sobre os cuidados na verificação da pressão arterial e na verificação da glicose no posto. Os ACS serão capacitados pela enfermeira e pelo

médico quanto ao preenchimento das fichas de cadastro e da revisão das mesmas. A responsabilidade será em conjunto entre a enfermeira e o médico.

**Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a Hipertensos e/ou Diabéticos.**

- Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos. Monitorar a quantidade de usuários hipertensos ou diabéticos com exame de laboratório requisitado pelo protocolo na UBS. Monitorar o número de hipertensos ou diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada. Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA. Monitorar os hipertensos e diabéticos que precisam de atendimento odontológico.

Detalhamento: O monitoramento da realização dos exames clínico e laboratoriais dos usuários será feito por meio de acompanhamento da ficha espelho e da planilha de coleta de dados que será realizada a cada consulta com o profissional de saúde. Será garantido por parte do gestor municipal o acesso dos usuários a farmácia popular, avaliando também a necessidade do atendimento de saúde bucal. A responsável do monitoramento será a enfermeira do posto.

- Organização e Gestão do Serviço: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos. 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. 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: será de responsabilidade do médico e a enfermeira da UBS a realização do exame clínico em cada consulta assim como o monitoramento e realização das capacitações dos profissionais no horário adequado, além de organizar a consulta para uma melhor afluência dos usuários e colocar os protocolos impressos na unidade. Articular com o gestor do município a prioridade na realização dos exames laboratoriais, manter uma revisão ampla do estoque de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA. Realizar uma avaliação da



necessidade de atendimento odontológico dos usuários o responsável pelo monitoramento desta ação será o médico da UBS.

- Engajamento Público: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares. Orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares. Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso. Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Serão realizadas na comunidade palestras e aulas educativas com os usuários para dar conhecimento do risco cardiovascular e neurológico da hipertensão e a diabetes mellitus, orientando também nas palestras a necessidade e a importância da realização de exames complementares. Também orientaremos sobre as alternativas para obter o acesso aos medicamentos da farmácia popular, orientar a importância da realização da avaliação da saúde bucal o que será de responsabilidade da enfermeira.

- 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. 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: Aproveitar as reuniões que são feitas na equipe para capacitar o pessoal da equipe no que se refere a realização do exame clínico adequado, além da capacitação sobre o seguimento dos protocolos de atendimento. Trazer até a equipe de trabalho as novas atualizações no tratamento da hipertensão e a diabetes e orientando aos usuários das alternativas de farmácia popular e avaliação da necessidade de atendimento odontológico. O responsável da avaliação desta ação será o médico.

### **Objetivo 3: Melhorar a adesão de Hipertensos e/ou Diabéticos ao Programa.**

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

Detalhamento: Para o monitoramento das consultas serão utilizadas fichas espelho e planilhas, assim como o registro de atendimento na UBS e os prontuários dos usuários. O responsável por esta ação será a enfermeira.

- Organização e Gestão do Serviço: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos. Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Realizar visitas domiciliares com os profissionais da equipe para buscar usuários faltosos e fazer o cadastro de novos usuários hipertensos ou diabéticos. Isto será feito pela equipe de saúde e ACS uma vez por semana.

- 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 diabetes (se houver número excessivo de faltosos). Esclarecer aos portadores de hipertensão e diabetes à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Realizar palestras nas comunidades para informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas e esclarecer aos portadores de hipertensão e diabéticos e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas através do protocolo de atendimento. Os responsáveis por esta ação serão o médico e a enfermeira.

- Qualificação da prática clínica: Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: Aproveitar as reuniões que realiza se na UBS e capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas com sua periodicidade através dos protocolos de atendimento. A responsabilidade será do médico.

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

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

Detalhamento: serão coletados em todas as consultas dados para acompanhar os indicadores do programa, assim como nos prontuários de atenção individual aos usuários. A responsável por esta ação será a enfermeira que fará isto diariamente sempre que o paciente chegar na UBS. A mesma observará o prontuário clínico, atentando para os registros na ficha espelho do paciente, anexada no mesmo prontuário.

- 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.

Detalhamento: Levar um estrito controle para manter as informações atualizadas com a realização da ficha de acompanhamento com os dados que sejam necessários. Será responsável o médico, a enfermeira e o digitador da equipe de trabalho para o monitoramento dos registros. A responsável de avaliar esta ação será a enfermeira.

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

Detalhamento: Realizar palestras nas comunidades para orientar os usuários da comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso se for necessário em algum momento. Serão responsáveis por esta ação a enfermeira e o médico e estas serão realizadas quinzenalmente na sexta feira.

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

Detalhamento: Aproveitar as reuniões de equipe na UBS e capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas dos usuários hipertensos e diabéticos. O responsável será o médico da UBS.

**Objetivo 5: Mapear Hipertensos e Diabéticos de risco para doença cardiovascular.**

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

Detalhamento: Realizar nas primeiras consultas a estratificação de risco cardiovascular em todos hipertensos e diabéticos cadastrados e consultados na UBS. O responsável será o médico da unidade.

- Organização e Gestão do Serviço: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Detalhamento: Levar controles mais periódicos e mais completos aos usuários hipertensos ou diabéticos avaliados como de alto risco cardiovascular. O responsável será o médico.

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

Detalhamento: Realizar palestras e aulas educativas nas comunidades para orientar os usuários quanto ao seu nível de risco de morbidades e à importância do acompanhamento regular, para um adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação). A responsável será a enfermeira e a equipe do NASF e será feito na praça uma vez ao mês.

- 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: Aproveitar às reuniões que realiza se na UBS e capacitar a equipe para realizar a estratificação de risco de lesões em órgãos alvo, a importância do registro desta avaliação e a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, o que será responsabilidade do médico.

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

- Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos. Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos. Monitorar a realização de orientação

sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos. Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: As orientações das consultas de enfermagem e médicas serão registradas na ficha espelho e passadas para a planilha de coleta de dados, a qual possibilitará fazer o monitoramento das informações passadas e avaliação e seguimento do comportamento dos usuários. A responsável será a enfermeira da UBS.

- Organização e Gestão do Serviço: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável. Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade. Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física. Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: Estabelecer materiais necessários e profissionais responsáveis, bem como programar as datas das atividades e sua divulgação na comunidade e estabelecendo parcerias institucionais para envolver educadores físicos nestas atividades de orientação da atividade física. O responsável por organizar isto será o médico da UBS.

- Engajamento Público: Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável. Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular. Orientar os hipertensos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: Realizar palestras e aulas educativas nas comunidades para orientar hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, prática regular de atividade física, higiene bucal que são de vital importância para o correto desempenho de sua saúde. A responsabilidade será da enfermeira.

- Qualificação da prática clínica: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde. Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: Realizar palestras e aulas educativas durante as reuniões semanais da equipe sobre a importância da alimentação saudável, prática regular de atividade física e higiene bucal; o responsável será o médico e a equipe do NASF.

### 2.3.2 Indicadores

**Meta 1.1:** Cadastrar 90% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde;

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

Numerador: Número de hipertensos residentes na área da equipe da unidade de saúde, cadastrados no programa de atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

**Meta 1.2:** Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Numerador: Número de diabéticos residentes na área da equipe da unidade de saúde, cadastrados no programa de atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

**Indicador 2.2:** Proporção de diabéticos com 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 exames complementares em dia.

Numerador: Número total de hipertensos com exames complementares 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 exames complementares em dia.

Numerador: Número de diabéticos com exames complementares em dia.

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

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

**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 de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

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

**Indicador 3.1:** Proporção de Hipertensos faltosos a consulta médica com busca ativa.

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

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na área da equipe faltosos as consultas.

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

**Indicador 3.2:** Proporção de diabéticos faltosos a consulta médica com busca ativa.



Numerador: Número de diabéticos faltosos a consulta médica com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na área da equipe faltosos as consultas.

**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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

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

**Indicador 6.4:** Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.

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

Denominador:Numero de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

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

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

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

Denominador:Numero de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

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

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

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

Denominador:Numero de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

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

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

Numerador:Numero de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador:Numero de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

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

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

Numerador: Numero de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador:Numero de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

### 2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção com foco na ação programática de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, vamos seguio Manual Técnico do HIPERDIA do Ministério da Saúde, 2013 Para a obtenção das informações necessárias dos usuários, utilizaremos os prontuários médicos e os registros do programa HIPERDIA (livro da unidade), que primeiramente vamos atualizar para obter informações mais fidedignas.

Utilizaremos as fichas espelho do programa HIPERDIA disponibilizadas pela especialização em saúde da família da UFPel, cujas cópias serão disponibilizadas pela secretaria municipal de saúde e anexadas ao prontuário de cada paciente. Além disso, vamos elaborar um registro onde se possam anotar os encaminhamentos às consultas especializadas e as visitas domiciliares realizadas. Este registro ficará na unidade de saúde. Para seguimento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados também disponibilizada pela especialização em saúde da família da UFPel.

Temos uma tarefa importante pela frente que é organizar e atualizar o livro de registro do programa HIPERDIA. Para isso, a enfermeira será a responsável pela organização e atualização deste, transcrevendo as informações mais recentes dos prontuários dos usuários para as fichas espelho.Semanalmente esta profissional examinará as fichas espelho e o registro do programa identificando aqueles que estão com consultas, exames clínicos, exames laboratoriais ou vacinas em atraso. Os agentes comunitários de saúde farão a busca ativa de todos os usuários que tenham atraso, estima-se 10 por semana totalizando 40 por mês.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidos coma equipe da UBS. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o Manual Técnico de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus

para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS e para isto serão reservadas uma hora ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe. Os responsáveis por estas capacitações serão o médico e a enfermeira da equipe.

As principais temáticas abordadas durante a capacitação serão as seguintes: como fazer o cadastramento dos usuários da área de abrangência da unidade de saúde, técnica correta de verificação da pressão arterial e realização do hemoglicoteste em adultos, realização de exame clínico apropriado de acordo com os protocolos atualizados adotados pela unidade, saúde bucal, acolhimento, preenchimento adequado de todos os registros necessários ao acompanhamento, estratificação de risco cardiovascular e sua importância para a prevenção das complicações, estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis e prática de estilos de vida saudável.

Atualmente destinamos apenas um dia de consulta a usuários do programa HIPERDIA e pretendemos aumentar para dois dias, a fim de possibilitar maior número de captações de usuários e, conseqüentemente, a cobertura de usuários ao programa. O acolhimento será feito pelos agentes comunitários de saúde (um por dia), devidamente capacitados para esta tarefa. Realizar-se-á verificação da tensão arterial todos os dias aos usuários maiores de 18 anos e se deixará quatro vagas no atendimento do médico por dia, para a consulta de captação das buscas ativas. O atendimento será realizado por microárea.

Temos usuários com exames complementares em atraso, por isso com a revisão e atualização dos registros específicos do programa vamos verificar quais são estes usuários, para desta forma poder solicitá-los. Precisamos garantir que os usuários entendam a importância da realização e do acompanhamento dos exames para um melhor seguimento e controle de suas doenças. Além disso, responsabilizar cada ACS pelo monitoramento dos usuários de suas microáreas.

Para a ação de avaliação da estratificação de risco cardiovascular, inicialmente vamos priorizar os usuários que conhecemos que tem alto risco de doenças cardiovasculares, cerebrais, renais e de outros órgãos e sistemas que podem produzir complicações graves e inclusive até a morte do usuários. Também estaremos alerta àqueles em que, durante as consultas ou visitas domiciliares,

possamos detectar a presença de algum risco ou sintoma de complicação. O médico será o responsável pelo monitoramento e avaliação desta ação. Também batalharemos para garantir as consultas especializadas aos que necessitarem de encaminhamento.

Para as ações que envolvem a odontologia já dispomos de um odontólogo em nossa equipe de saúde que agora está organizando seu trabalho para garantir o correto seguimento dos programas que se realizam na unidade. O mesmo já tem conhecimento do projeto de intervenção e da necessidade de atendimento que tem nossos usuários para garantir uma melhoria em relação a saúde bucal. Realizar-se-ão atividades de promoção de saúde bucal na UBS onde o principal responsável será o odontólogo.

Considerando o engajamento público, vamos trabalhar muito para garantir que os usuários e a comunidade possam compreender porque é importante a verificação da tensão arterial de todos os usuários maiores de 18 anos de idade, explicar em que consiste o programa de HIPERDIA, que com sua integração eles receberam medicação de forma gratuita, além de um atendimento integral com equipe multidisciplinar, como também seguimento com as distintas especialidades do SUS. Desta forma acreditamos aumentar a adesão dos usuários ao programa.

Para garantir a disseminação destas informações, vamos colocar murais informativos na unidade e comunidade explicando em que consiste o programa. Além disso, vamos organizar atividades de promoção de saúde em igrejas e centros de trabalhos, com apoio dos representantes da comunidade e líderes de igrejas. Estas atividades se realizarão uma vez por semana e toda a equipe será responsável pelo cumprimento destas atividades. Entre as temáticas abordadas nestes encontros estarão: fatores de risco para HAS e DM, formas de diagnóstico, tratamento, complicações e orientações acerca da importância da adoção de hábitos saudáveis (alimentação adequada, atividade física, abandono do tabagismo e do uso de álcool e acompanhamento periódico).

### 2.3.4 Cronograma

Ações	Semanas											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Capacitação dos ACS para o acolhimento e cadastramento dos hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência	X											
Capacitação da equipe sobre metodologias de educação em saúde e a promoção da prática de cuidados com a saúde bucal.	X											
Cadastramento dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência.	X		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Atendimento e solicitação de exames clínicos	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Realização de buscas ativas aos usuários faltosos	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Realização do registro dos idosos hipertensos e diabéticos acamados ou com problemas de locomoção.	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Avaliação para tratamento odontológico.	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Palestras educativas para promoção da saúde na comunidade					x						x	
Atendimento individual dos usuários para avaliação e orientações nutricionais.				x				x				x
Reunião da equipe para avaliação dos resultados e monitoramento das ações				x				x				x

### **3 Relatório da Intervenção**

Para a realização do projeto de intervenção que teve como título Melhoria da atenção a saúde da pessoa com hipertensão e/ou diabetes na UBS Maria do Socorro Reis, Baixa Grande do Ribeiro/PI, primeiramente foi necessário realizar uma análise situacional da UBS, objetivando reconhecer as principais dificuldades da comunidade. Com base nestes dados, foi determinada como foco de intervenção a atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos. A intervenção ocorreu no período de meados de março a meados de junho de 2015, totalizando 12 semanas.

#### **3.1 Ações previstas e que foram desenvolvidas**

Para a realização das ações procuramos seguir o cronograma estabelecido no projeto. Na primeira semana de intervenção se definiu o papel de cada integrante da equipe de saúde em cada uma das ações programadas, viabilizando o acesso aos prontuários dos hipertensos e diabéticos. Ainda durante este período, realizamos a capacitação da equipe de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde, sendo eles Brasil (2003a; 2003b).

Realizamos capacitação quanto ao registro adequado dos dados, e preenchimento da ficha espelho, que foram preenchidas pelo médico, pela enfermeira, e pelas técnicas de enfermagem. As fichas posteriormente eram arquivadas de forma separada dos prontuários, mantendo o mesmo número dos prontuários que coincidia a ficha de cada paciente hipertenso e/ou diabético.

Um momento importante para a intervenção foi às reuniões da equipe, onde se avaliou a situação atual da qualidade dos registros nas fichas e prontuários para a intervenção. Nestas reuniões se realizava as capacitações dos ACS para atualização do cadastramento, busca ativa de usuários com controle em atraso e com fatores de risco para HAS e DM, o que era orientado em todas as reuniões.



Capacitou-se a equipe para a técnica correta de aferição da pressão arterial e de realização de hemoglicoteste e para aferir pressão arterial em todas as consultas, as pessoas com fatores de risco para HAS e DM conforme protocolo. Outra ação importante foi o acolhimento e atendimento de todos os usuários hipertensos e diabéticos, o que acontecia diariamente na UBS. Inicialmente, em várias ocasiões me senti descontente, uma vez que não compareciam todos os usuários agendados pelos ACS nos dias de HIPERDIA, o que atrapalhava um pouco o desenvolvimento da intervenção. A partir daí tínhamos que pensar estratégias para recuperar estes usuários faltosos, por meio da busca ativa.

Após a capacitação da equipe de saúde, o atendimento ficou organizado da seguinte forma: toda terça feira os hipertensos e/ou diabéticos eram identificados pela recepcionista e a técnica de enfermagem já no momento da escuta inicial e eram preenchidos dados pessoais, antropométricos, realizada aferição de PA e hemoglicoteste, procedimentos estes realizados pela profissional de enfermagem. Eram disponibilizadas até 40 fichas somando os dois turnos e entre estas deixadas para os usuários provenientes das buscas ativas até dez (cinco para cada turno).

Após este preenchimento inicial, a ficha era encaminhada ao médico para que houvesse continuidade ao atendimento com a avaliação clínica, solicitação de exames ou encaminhamento a outra especialidade, se necessário. O atendimento a hipertensos e diabéticos foi realizado também nas visitas domiciliares, para usuários moradores áreas de difícil acesso e domiciliados/acamados que foram priorizados nas visitas. O atendimento odontológico era agendado pela técnica de odontologia em conjunto com a técnica de enfermagem e era realizado todas as terças e sextas-feiras.

Realizamos educação sobre saúde bucal aos usuários hipertensos e diabéticos e para esta ação conseguimos chegar à meta traçada. Também se capacitou os profissionais para avaliação de risco, orientação nutricional, prática de exercício físico e controle de fatores de risco.

Em várias ocasiões fizemos contatos com as lideranças comunitárias sempre com o apoio dos ACS os quais eram os responsáveis por agendar todos os usuários hipertensos e diabéticos para cada semana e tinham um controle próprio de quais não assistiam a consultas, para a equipe continuar realizando buscas ativas e assim não deixar nenhum paciente desassistido.

Outra ação importante foi a de informar a população sobre HAS e DM através de organização de grupos operativos pelos integrantes da equipe, utilizando recursos interativos, dinâmicos, para chamar a atenção dos usuários, escutar o que eles sabiam a respeito da doença e fornecer todas as informações importantes para melhorar a adesão no tratamento. Aqui tiveram um papel muito importante as lideranças da comunidade, os quais ofereceram apoio durante toda a intervenção e se mostraram sempre com muito interesse e entusiasmo. Em duas ocasiões se buscou um carro de som para que circulasse pela comunidade com o objetivo de divulgar sobre nosso projeto de intervenção, o qual permitiu que muitos destes usuários se integrassem aos grupos.

Em nossa UBS apesar de ser um local adaptado que não reúne as condições estruturais de unidade de saúde, sempre se aproveitou os espaços e os diferentes momentos de atendimentos para informar a população sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos e do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, assim como oferecer informação a população sobre o funcionamento do serviço, monitoramento, e garantia de seus direitos.

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

No começo da intervenção tivemos dificuldades como a disponibilização de cópias das fichas espelho, porém se conversou com a gestora e secretária municipal de saúde sobre o problema e rapidamente recebemos ajuda.

Uma ação que se cumpriu parcialmente foi a troca de experiência com a comunidade para avaliar o desenvolvimento da estratégia que deveria ter sido realizada em três ocasiões, entretanto só se realizou uma vez. Isto se justifica porque primeiramente, como já dissemos anteriormente, nossa UBS funciona em um local adaptado e não reúne as condições para esta atividade.

Passamos muito trabalho buscando um local, porém depois que um líder comunitário ofereceu a igreja da comunidade para realizarmos a atividade, a enfermeira e o odontólogo se ausentaram da UBS na semana programada para esta atividade, o que dificultou a realização. Finalmente se realizou com sucesso a atividade prevista e, apesar de ter acontecido uma única vez, avaliamos como muito boa, uma vez que a população questionou sobre muitas dúvidas em relação a HAS

e DM. Outra dificuldade que nos atrasou um pouco foi a parada laboral durante a semana santa.

### **3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização dos resultados**

Inicialmente o preenchimento das fichas espelho foi bastante demorado, mas com o tempo houve maior agilidade por parte dos profissionais.

### **3.4 Viabilidade de incorporação da intervenção a rotina do serviço**

Quanto à incorporação das ações previstas no projeto à rotina de trabalho do serviço, podemos dizer que uma vez terminado o Curso de Especialização em Saúde da Família, a intervenção ficará como rotina normal da UBS. Dessa forma, continuaremos com o acolhimento de todos os usuários hipertensos e diabéticos e o seu atendimento, seguindo os protocolos do Ministério da Saúde, incluindo as atividades educativas, indispensáveis em nosso trabalho e realizadas pelos diferentes integrantes da equipe.

Também continuaremos trabalhando forte na educação em saúde bucal dos usuários hipertensos e diabéticos, neste caso os ACS se comprometerão a melhorar os controles sobre os registros da consulta odontológica. O odontólogo se comprometeu a aumentar o número de atendimentos, para assim garantir a avaliação dos hipertensos e diabéticos, melhorando sua qualidade de vida. Já ficou implantada a aferição da pressão arterial e a realização de hemoglicoteste as pessoas com fatores de riscos para HAS e DM, conforme o protocolo por parte das técnicas de enfermagem, uma vez realizado a triagem pela enfermeira. Para isto se solicitou a Secretaria Municipal de Saúde para que incrementem os recursos necessários para levar a cabo com sucesso esta e outras intervenções, inclusive com foco em outros grupos alvo.

## 4 Avaliação da Intervenção

### 4.1 Resultados

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

**Meta 1.1:** Cadastrar 90% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Na área adstrita a nossa UBS temos uma estimativa de 313 hipertensos e destes foram acompanhados 218 durante a intervenção, alcançando ao final uma cobertura de 70%. Ressaltamos que em função da deficiência dos registros tivemos que iniciar o cadastramento e o atendimento do zero, contemplando as informações de todos os indicadores para todos os usuários.

Destaca-se que a evolução desse indicador foi boa, visto que no 1º mês o percentual foi de 26,5%, perfazendo 83 hipertensos; no 2º mês foi de 38,7%, correspondendo a 121 hipertensos; no 3º mês atingiu-se 69,6%, o que representou um total de 218 hipertensos (Figura 1).

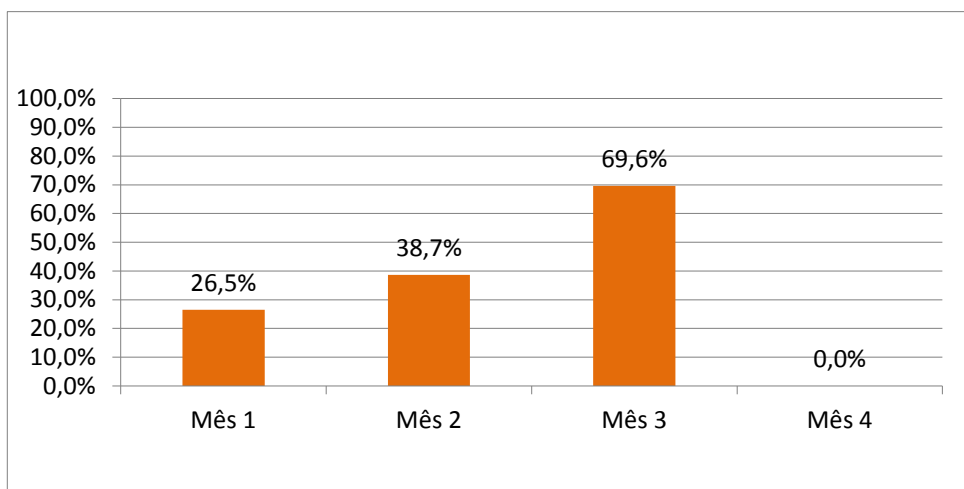


Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

**Meta 1.2:** Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Na área adstrita a UBS temos uma população alvo de 78 diabéticos, sendo que destes foram acompanhados 78 usuários ao longo da intervenção, alcançando ao final uma cobertura de 100%. A evolução desse indicador foi a seguinte: no 1º mês o percentual foi de 22,1%, perfazendo 17 diabéticos; no 2º mês foi de 36,4%, correspondendo à 28 diabéticos, no 3º mês atingiu-se 100%, o que correspondeu a um total de 78 diabéticos, conforme fica evidenciado na Figura 2:

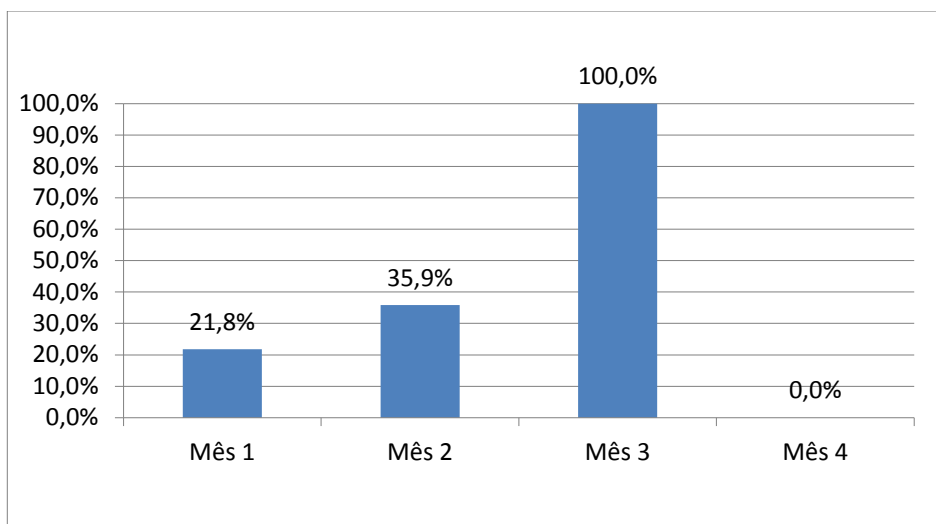


Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

As ações que mais auxiliaram no aumento da cobertura do Programa de Atenção à Saúde dos Diabéticos foram o cadastramento de toda a área adstrita desenvolvida pelos ACS, o rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg desenvolvido pelos profissionais da equipe e as capacitações durante as reuniões com toda a equipe de saúde para realização do cadastramento e agendamento de todos os usuários.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade na atenção a hipertensos e diabéticos.

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

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

Na intervenção foi importante a realização de exame clínico. A evolução desse indicador foi boa, onde no 1º mês foi de 100% (83 hipertensos) no segundo mês foi de 96,7%, correspondendo à 117 hipertensos; no 3º mês atingiu 97,7%, o que representou um total de 213 hipertensos com exame clínico apropriado. Não alcançamos a meta porque no segundo e terceiro meses tivemos dificuldades com os materiais como glicosímetros e esfigmomanômetros, porém posteriormente o município disponibilizou materiais suficientes.

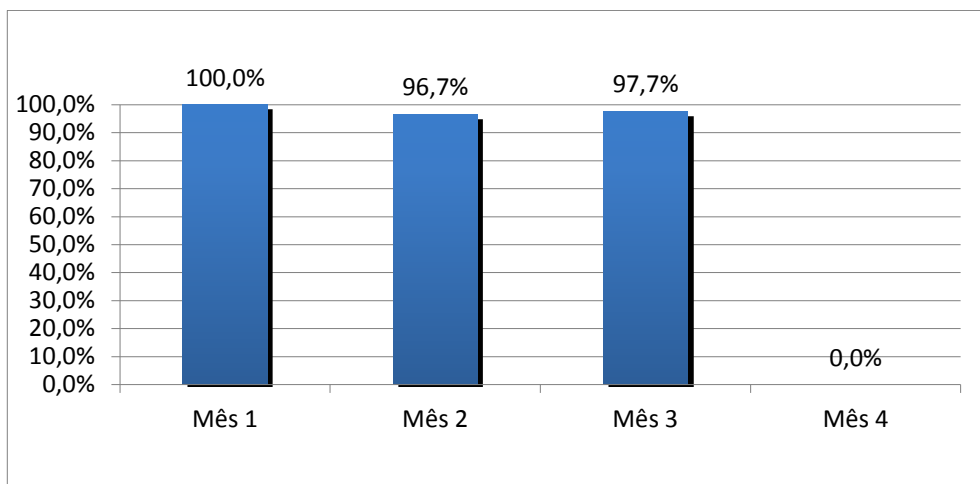


Figura 3: Proporção de Hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Para os diabéticos tivemos como resultados: no 1º mês o percentual foi de 100%, perfazendo 17 diabéticos; no 2º mês foi de 100%, correspondendo à 28 diabéticos e no 3º mês atingiu-se 100%, para um total de 78 usuários. As principais ações que ajudaram para o desenvolvimento dos resultados para hipertensos e diabéticos foram a definição das atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e a capacitação da equipe para a realização de exame clínico apropriado.

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

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

A evolução desse indicador foi a seguinte: no 1º mês o percentual de hipertensos com exame complementar em dia foi de 96,4%, perfazendo 80 hipertensos; no 2º mês foi de 90,9%, correspondendo à 110 hipertensos; no 3º mês atingiu-se 93,1%, o que representou um total de 203 hipertensos com exame complementar em dia. Esta meta não foi cumprida totalmente em função das

dificuldades com a realização dos exames complementares no município, como a pouca agilidade para a realização dos exames. Os usuários precisam agendar os exames todas as segundas-feiras ou fazer nas clínicas particulares, sendo que nem todos possuem condições financeiras para tal.

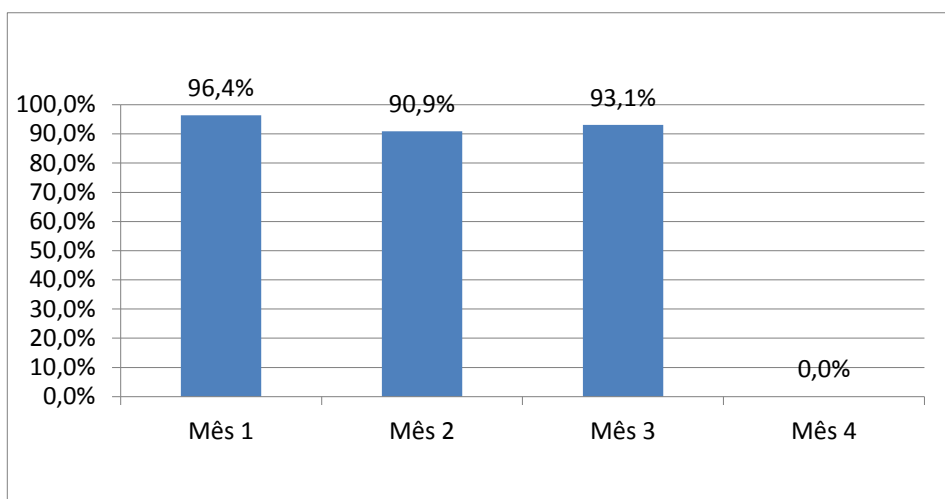


Figura 4: Proporção de Hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Para os diabéticos, a evolução deste indicador foi no 1º mês de 100%, perfazendo 17 diabéticos; no 2º mês de 100%, correspondendo à 28 diabéticos e no 3º mês atingiu 96,2%, o que correspondeu a um total de 75 diabéticos com exames complementares em dia. Esta meta também não pode ser cumprida completamente em função das mesmas dificuldades citadas anteriormente no município.

Tanto para hipertensos, quanto para diabéticos, as principais ações que auxiliaram foram a capacitação da equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares e a orientação dos usuários e da comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados estes exames.

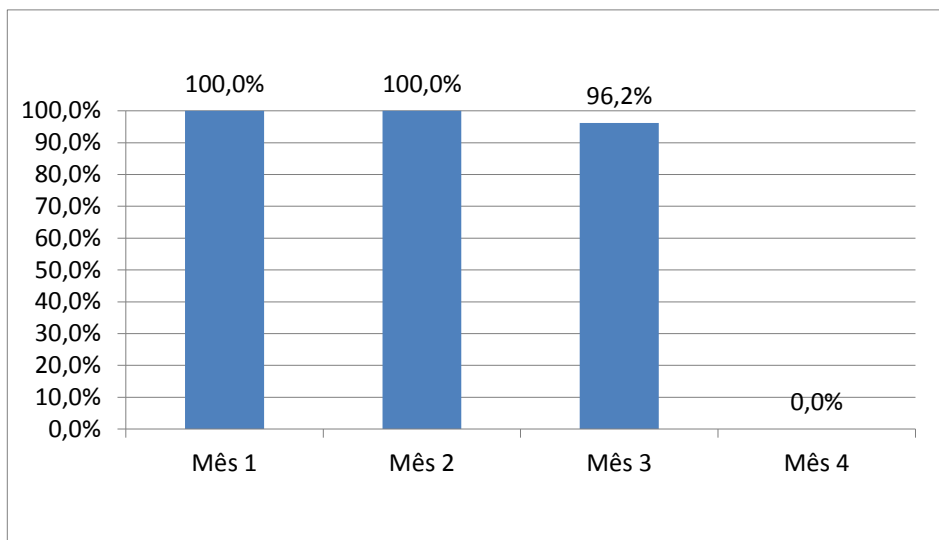


Figura 5: Proporção de Diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

Com relação a este indicador temos no 1º mês o percentual de 100%, dos hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular, perfazendo um total de 83 usuários; no 2º mês foi de 100%, correspondendo à 121 hipertensos e no 3º mês manteve-se os 100% (218 usuários hipertensos). Para os diabéticos tivemos no 1º mês o percentual de 100% (17 diabéticos), no 2º mês foi de 100%, (28 diabéticos) e no 3º mês manteve-se em 100%, o que representou um total de 78 usuários diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular.

Dentro das ações que mais auxiliaram a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS foram estão a prescrição preferencial de medicamentos incluídos na Farmácia Popular/HIPERDIA, o registro adequado do tratamento no prontuário e na ficha espelho, o controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos, mantendo um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, a atualização dos profissionais no tratamento da HAS e do DM e a orientação aos usuários sobre os medicamentos da Farmácia Popular e possíveis alternativas para obter este acesso.



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

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

A evolução deste indicador foi boa, visto que no 1º mês o percentual de hipertensos avaliados para a necessidade de atendimento odontológico foi de 96,4%, perfazendo 80 hipertensos; no 2º mês foi de 93,4%, correspondendo à 113, e no 3º mês atingiu 89,4%, representando um total de 195 hipertensos.

Para os diabéticos, tivemos no 1º mês o percentual de 94,1%, perfazendo 16 diabéticos; no 2º mês de 85,7%, correspondendo à 24 diabéticos e no 3º mês atingiu-se 82,1%, o que correspondeu a 64 diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. As metas não foram cumpridas em sua totalidade em função de que o odontólogo entrou em férias durante a intervenção e não houve substituição deste no período. Contamos apenas com a colaboração do odontólogo da outra equipe de saúde.

As ações que mais auxiliaram para estes resultados foram a avaliação da necessidade de atendimento odontológico realizada pelo odontólogo e pela assistente de saúde bucal, o registro específico na ficha-espelho dos usuários, a capacitação da equipe sobre avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos e a orientação da comunidade quanto a importância de realizar avaliação da saúde bucal.

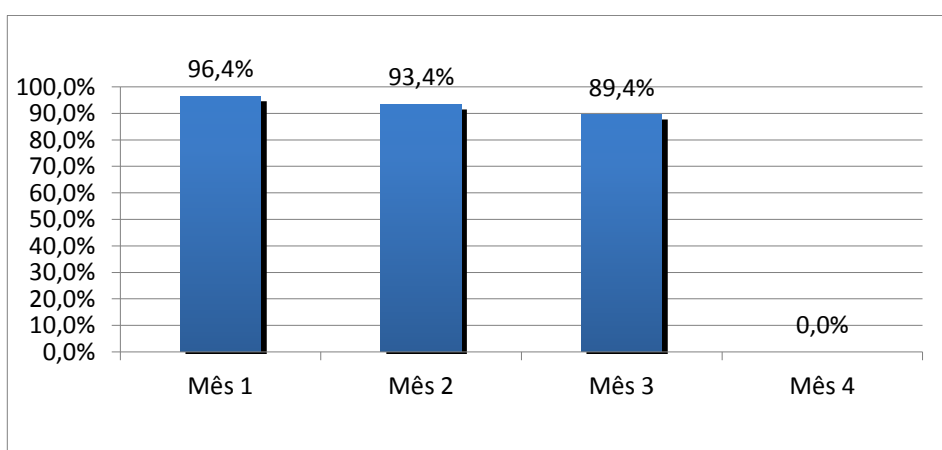


Figura 6: Proporção de Hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

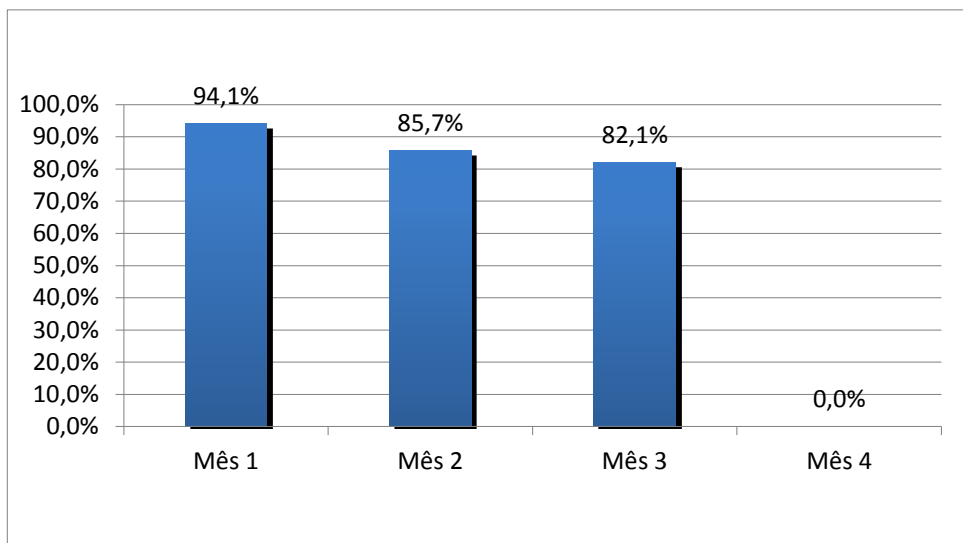


Figura 7: Proporção de Diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**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.

Para estas meta alcançamos e mantivemos um percentual de 100% ao longo dos três meses de intervenção, tendo no 1º mês 9 hipertensos faltosos buscados pela equipe; no 2º mês 14 e no 3º mês 35 hipertensos faltosos buscados pela equipe de saúde. Para os diabéticos também mantivemos 100% ao longo de todo o período de intervenção, sendo que no primeiro mês houve um diabético faltoso, no segundo mês 2 usuários e no terceiro mês 18. Salientamos que todos foram buscados pelos ACS.

Felizmente nesta meta alcançamos êxito. As principais ações que contribuíram para estes resultados foram: identificação do atraso nas consultas pelo monitoramento da periodicidade e ou pela identificação no registro próprio dos ACS, organização das visitas domiciliares para buscar os faltosos, organização da agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares, disposição de horários disponíveis para atendimento clínico ou acolhimento, capacitação das agentes de saúde para a orientação de hipertensos quanto à realização as consultas e sua periodicidade.

**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.

O indicador referente aos registros dos usuários do grupo alvo da intervenção se comportou da seguinte forma: no 1º mês atingimos o percentual de 100% dos hipertensos registrados adequadamente na UBS, perfazendo 83 usuários; no 2º mês 100%, correspondendo à 121 hipertensos e no 3º mês mantivemos os 100%, representando 218 hipertensos registrados.

Considerando os registros dos diabéticos tivemos no 1º mês o percentual de 100% dos usuários registrados, perfazendo 17 diabéticos; no 2º mês 100%, correspondendo à 28 diabéticos e no 3º mês também 100%, perfazendo 78 diabéticos.

Dentro das ações que auxiliaram na obtenção destes bons resultados estão a implantação e avaliação da qualidade dos registros específico de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde, a orientação durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde, sobre os direitos do usuários e da comunidade em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário e a capacitação da equipe de saúde no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos usuários alvo.

**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.

Para a meta de realização da estratificação e risco cardiovascular alcançamos no 1º mês o percentual de 94% dos hipertensos, perfazendo 78 usuários; no 2º mês 95%, correspondendo à 115 hipertensos e no 3º mês atingiu-se 97,2%, perfazendo em total de 212 hipertensos. Em relação aos diabéticos atingimos no 1º mês o percentual de 100%, perfazendo 17 diabéticos; no 2º e 3º mês mantivemos os 100%, correspondendo à 28 e 78 diabéticos respectivamente.

As principais ações que ajudaram no desenvolvimento deste indicador foram a garantia de um horário prioritário na agenda para atendimento clínico dos usuários de alto risco, a capacitação da equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de *Framingham* ou de lesões em órgãos alvo e da importância do registro desta avaliação, a orientação dos usuários e da comunidade quanto ao seu nível de risco, a importância do acompanhamento regular e adequado controle de fatores de risco modificáveis durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde. Salientamos que é muito importante manter essas ações na unidade básica de saúde, porque representam a garantia de acompanhamento com qualidade para os usuários, além de oferecer a possibilidade de prevenir muitas complicações da doença.

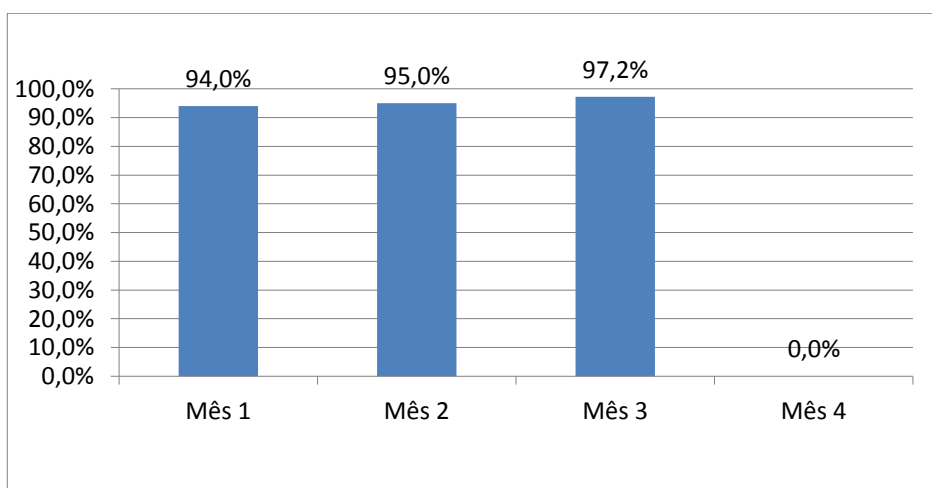


Figura 8: Proporção de Hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Em relação aos usuários hipertensos, 100% receberam orientação para alimentação saudável, para a prática de atividade física regular, para os riscos do tabagismo e para a importância da higiene e saúde bucal, ao longo dos 3 meses de intervenção, sendo 83, 121, e 218 usuários hipertensos respectivamente. Considerando os diabéticos também mantivemos 100% de orientações para a promoção da saúde no primeiro, segundo e terceiro mês de intervenção (17, 28 e 78 diabéticos respectivamente).

As ações que mais auxiliaram nestes resultados foram a orientação nutricional sobre alimentação saudável para os usuários hipertensos e diabéticos durante as consultas clínicas e grupos de educação em saúde, a organização das práticas coletivas sobre alimentação saudável, a capacitação da equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável e sobre metodologias de educação em saúde. Manter essas ações torna-se indispensável para a população, porém é necessário estabelecer junto ao gestor em saúde, parcerias institucionais para envolver nutricionistas e educadores físicos neste trabalho garantindo maior qualidade. Os profissionais do NASF auxiliaram muito nas ações de promoção da saúde, tanto a nutricionista, quanto o psicólogo e o fisioterapeuta participaram dando apoio, e organizando palestras educativas tornando o trabalho produtivo.

Para finalizar e em resumo, posso argumentar que durante os três meses de intervenção, nossa equipe de saúde, cadastrou um total de 218 hipertensos e 78 diabéticos, deu cumprimento a maiorias das metas previstas ao inicio da intervenção, sendo que poucas metas não atingiram os percentuais estimados por motivos que envolvem a responsabilidade de outros serviços, trabalho antigo, ou descuido durante o período de férias da médica e do odontólogo da UBS. Alego estar totalmente satisfeita com os resultados finais e estendo minha mais sincera vontade de continuar o projeto tornando-o cada dia melhor, estendendo-o para a outra equipe, bem como incorporar outros programas paulatinamente.

## 4.2 Discussão

A intervenção na UBS Maria do Socorro Reis propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção oferecida aos usuários, com destaque para a ampliação dos exames clínicos, para a avaliação do risco de ambos os grupos e para a orientação quanto a promoção da saúde.

Antes do início da intervenção as atividades de atenção a Hipertensão e Diabetes eram concentradas na médica e na enfermeira somente; a intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao Programa de Atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Esta atividade promoveu o trabalho integrado de todos os membros da equipe, destacando-se o empenho da enfermeira, dos agentes comunitários de saúde, da equipe odontológica e da médica da Unidade, além do pessoal da recepção.

Isto acabou tendo impacto também em outras atividades no serviço, que felizmente contribuíram para o desenvolvimento com qualidade da atenção. A intervenção propiciou que fossem revistas as atribuições de cada membro da equipe garantindo a atenção a um maior número de pessoas. A melhoria do registro e o agendamento dos Hipertensos e Diabéticos permitiu uma melhor organização das demais ações programáticas, porém ainda temos uma demanda espontânea um tanto elevada e estamos discutindo com a equipe formas de organizar os outros grupos a fim de diminuir estes números. Uma vez realizada a classificação de risco de nossa população alvo foi priorizado o atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos. A equipe toda percebeu a diferença antes e após a intervenção e ficaram muito contentos e satisfeitos pelo trabalho realizado durante a intervenção toda, sobretudo nossos ACS que fizeram um ótimo trabalho.

A comunidade ainda não consegue perceber o impacto da intervenção como desejamos, mas como a mesma fica integrada na rotina diária da unidade, a população irá percebendo as mudanças que estão e estarão aparecendo a cada dia. Uma parte da população tem conhecimentos sobre a existência do Programa de Atenção ao hipertenso e diabético e a importância deste programa, os usuários atendidos durante a intervenção e seus familiares estão muito satisfeitos com o acolhimento e atendimento realizado pelos membros da equipe, com a prioridade

nos atendimentos e com a realização de exames periodicamente. Eles têm conhecimento dos objetivos da intervenção e conhecem neste momento os motivos da prioridade dada a esta população alvo, sendo que não deixamos de atender a nenhum outro grupo.

Caso fosse realizar a intervenção neste momento, teria feito uma análise situacional mais detalhada do estado de saúde da comunidade antes de começar o projeto, pois a mesma poderia ter sido facilitada se toda a equipe tivesse participado deste processo e tivesse auxiliado na identificação dos principais problemas, assim como as facilidades e dificuldades para enfrentar a intervenção. Também informaria mais detalhadamente a comunidade com respeito ao desenvolvimento da intervenção para assim discutir a melhor maneira de implementar isto. Faltou a união constante com a Secretaria de Saúde para dar solução aos problemas enfrentados. Ademais caso o tempo da intervenção pudesse ter sido maior teríamos atingido todas as metas, porém como já fica incorporada na rotina do serviço acredito que teremos condições de superar as dificuldades para alcançar os 100% no total dos indicadores.

Para conseguir atingir as metas propostas e que não foram alcançadas pensamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação á necessidade da atenção aos usuários com hipertensão e diabetes. Além disso, continuaremos monitorando todas as ações. A partir do desenvolvimento deste projeto pretendemos investir na ampliação da cobertura das demais ações programáticas que se desenvolvem em nossa UBS tais como ações programáticas na mulher, prevenção de câncer ginecológico e de mamas, planejamento familiar, acompanhamento pré-natal.

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

Prezada Secretária Municipal de Saúde,

Este relatório apresenta uma descrição de como foi implementado o Projeto de Intervenção com foco no tema da melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na UBS Maria do Socorro Reis, município Baixa Grande do Ribeiro/ PI. A intervenção ocorreu entre os meses de abril a junho do presente ano.

Após a realização de uma análise da situação de saúde da comunidade pertencente a nossa UBS, foi possível evidenciar que o número de usuários hipertensos e diabéticos era muito baixo quando comparado à estimativa para a população de nossa área, o que ocasionava um baixo percentual de cobertura do programa de HIPERDIA. Por este motivo a equipe sentiu a necessidade de realizar um trabalho que ajudasse a solucionar este problema.

Com o objetivo de melhorar os problemas encontrados, foi planejado um conjunto de ações e metas que foram desenvolvidas de acordo com o cronograma definido pela equipe para ser cumprido em um período de 12 semanas e que contou com seu apoio. Este cronograma continha ações de organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica, engajamento público e monitoramento e avaliação. Obtivemos resultados muito favoráveis tanto para a comunidade como para a equipe e a unidade de saúde em geral: foram acompanhados 218 usuários hipertensos o que representou uma cobertura de 70% e 78 usuários diabéticos perfazendo uma cobertura de 100%.

A maioria dos usuários cadastrados foi avaliada quanto à necessidade de atendimento odontológico 82,1% dos usuários diabéticos e 89,4% dos hipertensos. Houve atualização dos registros dos usuários, ficha de acompanhamento e dos



prontuários para 100% da população alvo cadastrada no programa ao longo da intervenção. Foi realizado exame clínico completo a 100% dos usuários atendidos, bem como estratificação de risco cardiovascular para a totalidade destes (100%). Outro resultado favorável foi o de que 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados receberam orientação para alimentação saudável, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal.

Infelizmente tivemos dificuldade com a realização de exames complementares de acordo com o protocolo. Apesar de ser solicitado a todos os usuários que necessitavam, nem todos tiveram a oportunidade de realizar os mesmos em função das dificuldades que existem no município neste aspecto, devido ao excesso de demanda e a carência de materiais e equipes de laboratório. Embora a gestão se esforçasse muito para ajudar neste aspecto, acredito que juntos poderíamos pensar/buscar medidas para melhorar este ponto. Não tivemos dificuldade na prescrição de medicamentos da farmácia popular no município.

Dentre os aspectos dependentes da gestão que foram importantes para viabilizar e/ou melhorar a intervenção realizada encontram-se o apoio logístico dos recursos materiais utilizados (fichas espelho, esfigmomanômetros, manguitos, fita métrica, glicosímetros). A equipe agradece e solicita o apoio cada vez mais próximo da gestão no desenvolvimento de outros projetos, pois juntos fazemos muito mais.

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

O presente relatório representa uma apresentação para a comunidade de como foi realizada a Intervenção com foco no tema de Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na UBS Maria do Socorro Reis, município Baixa Grande do Ribeiro/PI. Abaixo foi realizado um relato de como se desenvolveu o projeto com foco nos usuários pertencentes a nossa área de abrangência. A intervenção ocorreu entre os meses de abril e junho do presente ano.

Por meio de uma análise da situação de saúde da comunidade, ficou evidenciado que o número de usuários hipertensos e diabéticos era muito baixo quando comparado à estimativa para a população de nossa área, o que ocasionava um baixo percentual na cobertura do programa de HIPERDIA. Em função disso, a equipe sentiu a necessidade de realizar um trabalho que ajudasse a resolver este problema.

Com o objetivo de melhorar os problemas encontrados, foi planejado um cronograma de ações e metas que foram desenvolvidas no período de 12 semanas. Estas ações envolveram a organização e gestão do serviço, a qualificação da prática clínica, o engajamento público e o monitoramento e a avaliação das ações. Finalmente obtivemos resultados muito favoráveis tanto para a comunidade como para a equipe e a unidade de saúde em geral.

Com a realização do trabalho na comunidade observamos que a qualidade de vida dos usuário diabéticos e hipertensos melhorou, pois foram reincorporados aqueles usuários diabéticos e hipertensos que estavam faltosos as consultas, recebendo uma atenção de qualidade que incluía avaliação clínica geral com estratificação de risco cardiovascular, atualização dos prontuários, avaliação odontológica, realização de exames complementares e orientação sobre

alimentação saudável, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo, higiene bucal e outros temas em saúde e estilos de vida saudáveis.

A comunidade de forma geral ganhou conhecimentos sobre a existência do programa de HIPERDIA na unidade, além de outros conhecimentos importantes para o cuidado de saúde na prevenção destas doenças e sobre a diminuição dos fatores de risco para adquirir as mesmas e as medidas a serem cumpridas para evitar as principais complicações destas doenças, benefícios que seguiram aumentando devido à incorporação da intervenção na rotina de atendimento do posto.

Como resultados, obtemos: 218 hipertensos cadastrados, o que correspondeu a 70% e 78 diabéticos cadastrados, o que representou 100% de cobertura. Todos os usuários cadastrados foram registrados adequadamente, permitindo o completo monitoramento das informações. Além disso, 100% dos usuários hipertensos e diabéticos receberam avaliação para estratificação de risco cardiovascular e 100% recebeu orientação para hábitos e estilos de vida saudáveis. Nossa principal deficiência ainda é o atendimento odontológico, porém está se analisando a melhoria deste atendimento junto à secretaria de saúde.

A comunidade pode contribuir com este e outros projetos de intervenção como até agora esta contribuindo participando em todas as atividades planejadas pela equipe, assistindo as palestras sobre os diferentes temas para prevenção e promoção de saúde e convencendo outros usuários sobre a importância destes cuidados.

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

O desenvolvimento do trabalho no curso mudou minhas expectativas iniciais, pois graças ao projeto realizado tive um maior crescimento da minha aprendizagem, em diferentes pontos da minha vida profissional. O relacionamento com outros colegas foi ótimo e possibilitou interagir a cada semana nos fóruns com orientadores e especializando e compartilhar diferentes temas com os membros da equipe. Também, permitiu oferecer uma capacitação dos profissionais da equipe com maior qualidade, com a incorporação da intervenção na rotina do trabalho e, sobretudo, garantiu o trabalho em equipe de todos os profissionais.

O significado do curso para minha prática profissional foi ótimo já que, através do curso de Especialização em Saúde da Família, tive a oportunidade de investigar e estudar muitos temas em saúde e levar a minha prática profissional. A intervenção no serviço contribuiu para o meu conhecimento e para melhorar a atenção à saúde no Brasil, pois muitos protocolos de tratamento são diferentes dos de nosso país de origem. Foi muito importante conhecer e desenvolver os princípios e diretrizes do SUS e as atribuições de cada membro da equipe, o que favoreceu mudanças no processo de trabalho, com maior vínculo entre usuários e profissionais.

Considero como aprendizado mais relevante o Engajamento Público na consolidação do SUS, conhecimento fundamental devido às ações que fortalecem o Controle Social como a apropriação pela população da política de saúde pública em termos de participação nas escolhas e decisões, o controle do planejamento e execução das ações de saúde e a responsabilização pela própria saúde individual e também pela saúde coletiva em seu sentido mais amplo.

Outro importante assunto aprendido foi o acolhimento, muito importante para a atenção dos usuários; todo o trabalhador da unidade deve ficar aberto para perceber as peculiaridades de cada situação que se apresenta, buscando agenciar

os tipos de recursos e tecnologias que ajudam a aliviar o sofrimento, melhorar e prolongar a vida, evitar ou reduzir danos, construir a autonomia, melhorar as condições de vida e outras situações onde podemos planejar ações e organizar o processo de trabalho. Graças a este projeto conheci os protocolos disponibilizados pelo MS relativos à atenção das ações programáticas mais comuns, facilitando a sistematização dos conhecimentos e levando a um caminho organizado em conjunto com todos os membros da equipe.

## Referências

NAKAMOTO, A.Y.. **Como diagnosticar e tratar a hipertensão arterial sistêmica**. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** – Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponível em:<[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_37.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf)>. Acesso em: dezembro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 160 p.(Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_diabetes\\_mellitus\\_cab36.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf)>>. Acesso em: dezembro de 2014.

## **Anexos**

## Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>  
Prof<sup>a</sup> Ana Cláudia 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*  
Patrícia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL







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

Eu, (Yalexis Fernandez Granado), (medica) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

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

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

Yalexis Fernandez Granado

Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador: