



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
NÚCLEO DE ESTUDOS PESQUISA E EXTENSÃO EM EDUCAÇÃO
PERMANENTE PARA O SUS (NUEPES)
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA E
COMUNIDADE

JOUSY RODRIGUES DE SOUSA

HIPERDIA: MELHORIA DA ADESÃO ÀS CONSULTAS E ACOMPANHAMENTO DOS USUÁRIOS

TERESINA

2018

Jousy Rodrigues de Sousa

HIPERDIA: MELHORIA DA ADESÃO ÀS CONSULTAS E ACOMPANHAMENTO DOS USUÁRIOS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Especialização em Saúde da Família e Comunidade, como requisito parcial à obtenção do título de especialista.

Orientadora: Rosimeire Ferreira dos Santos

TERESINA

2018

JOUSY RODRIGUES DE SOUSA

**HIPERDIA: MELHORIA DA ADESÃO ÀS CONSULTAS E
ACOMPANHAMENTO DOS USUÁRIOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Especialização em Saúde da Família e Comunidade, como requisito parcial à obtenção do título de especialista.

Aprovada em _____ de _____ de 2018.

BANCA EXAMINADORA

1º membro da banca - Nome do (a) tutor (a)

2º membro da banca

3º membro da banca

RESUMO

DESCRITORES

Planejamento em saúde, Saúde da Família, Agendamento de consultas, Absenteísmo, Pacientes, Hipertensão, Diabetes Mellitus

O Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) são condições clínicas frequentemente associadas e resultam em risco aumentado para complicações cardiovasculares. Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), a HAS e o DM possuem prevalência elevada e baixas taxas de controle, sendo consideradas como principais fatores de risco modificáveis e um dos maiores problemas de saúde pública. A Taxa de prevalência de HAS em Teresina- Piauí no ano de 2014 foi de 43,1%, ou seja, a cada 100 pessoas de 25 anos ou mais aproximadamente 43 eram hipertensas. Esse grupo é alvo prioritário de ações de saúde nacionalmente, pois representam grande número de pessoas afetadas, além disso o processo de planejamento, gestão, avaliação e políticas assistenciais são capazes de contribuir para redução da sua incidência e conseqüente controle. É sobre esse desencadeamento de estratégias no HIPERDIA que o presente estudo de intervenção fará abordagem; com exposição das dificuldades encontradas na continuidade da assistência a esse grupo na Unidade Básica de Saúde (UBS) Cacimba Velha- UBS localizada na zona rural do município de Teresina (PI) - e a busca de solução para o enfretamento dessa problemática com melhoria das ações em saúde e planejamento da equipe. Objetivo geral: resolver atendimento dos hipertensos e diabéticos na organização do processo de trabalho da equipe. Com o levantamento da situação problema da equipe de saúde da família da UBS Cacimba Velha no município de Teresina (PI), foi realizado um plano operativo detalhado com os objetivos esperados, além de uma planilha de intervenção com metas/prazos, ações e responsáveis para alcançar a situação ideal e necessária para continuidade do cuidado aos pacientes do grupo HIPERDIA que são o público alvo do projeto de intervenção desenvolvido. Solucionar o problema do usuário e diminuir o desgaste de energia da equipe é a razão de nós como profissionais de saúde estarmos sempre aptos para mudanças que proporcionem feedback positivo, de preferência para todos, pois o gerenciamento e a motivação de uma equipe para prestar um trabalho benéfico e resolutivo é necessário diariamente no nosso processo de trabalho. Com essa finalidade, a busca pelo aperfeiçoamento profissional e a busca incessante de saber mais trouxe-me até o presente curso: Curso de Especialização em Saúde da Família e Comunidade; o qual proporcionou bases concretas de conhecimento e o melhor de tudo um projeto de intervenção a ser aplicado na rotina de trabalho que será a solução para muitos problemas enfrentados por se tratar do envolvimento do maior número de atendimentos da equipe.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DM - Diabetes Mellitus

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

PA - Pressão Arterial

HIPERDIA - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos

UBS - Unidade Básica de Saúde

AB - Atenção Básica

ESF - Estratégia de Saúde da Família

SUS - Sistema Único de Saúde

MS - Ministério da Saúde

IAM - Infarto Agudo do Miocárdio

AVC - Acidente Vascular Cerebral

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

SUMÁRIO

	PG
1. INTRODUÇÃO	8
1.2 OBJETIVOS	9
2. REVISÃO DE LITERATURA	11
3. PLANO OPERATIVO	12
4. PROPOSTA DE ACOMPANHAMENTO DO PLANO	16
5. CONCLUSÃO	17
REFERENCIAS	19

1 – INTRODUÇÃO

1.1 – Análise de situações problemas do seu território

O Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) são condições clínicas frequentemente associadas e resultam em risco aumentado para complicações cardiovasculares. A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis aumentados e sustentados da pressão arterial (PA), com valores $\geq 140/90$ mmHg, e importante causa evitável de morbidade e mortalidade prematura. Representa, ainda, fator de risco significativo para acidente vascular cerebral isquêmico e hemorrágico, insuficiência cardíaca, infarto do miocárdio, doença renal crônica, alterações metabólicas e declínio cognitivo (NICE, 2016).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), a HAS e o DM possuem prevalência elevada e baixas taxas de controle, sendo consideradas como principais fatores de risco modificáveis e um dos maiores problemas de saúde pública.

A Taxa de prevalência de HAS em Teresina- Piauí no ano de 2014 foi de 43,1%, ou seja, a cada 100 pessoas de 25 anos ou mais aproximadamente 43 eram hipertensas. Essa morbidade está associada a muitos fatores de risco, como por exemplo: consumo elevado de sal, obesidade, estresse, fatores genéticos, doenças cardíacas e sedentarismo. Sabendo-se que o risco aumenta com a idade.

O acompanhamento dos hipertensos e diabéticos deve ser realizado rotineiramente de acordo com a avaliação de classificação de risco cardiológica (realizada através de formulário individual) que define o intervalo das consultas. Esse grupo é alvo prioritário de ações de saúde nacionalmente, pois representam grande número de pessoas afetadas, além disso o processo de planejamento, gestão, avaliação e políticas assistenciais são capazes de contribuir para redução da sua incidência e conseqüente controle.

Dentre as principais ações de promoção e prevenção de agravos na população em geral, está o diagnóstico precoce e tratamento da HAS e DM, e o seu acompanhamento por meio do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) do Governo Federal, que envolve reuniões dirigidas para pacientes hipertensos e diabéticos acompanhados em unidades de saúde, tendo como meta primordial a adesão do indivíduo ao tratamento proposto (BRASIL,2016)

Os mesmos recebem orientação sobre suas doenças e da importância do acompanhamento mensal, compartilham suas dificuldades e recebem os medicamentos necessários ao tratamento. Por meio do HIPERDIA, pode ser definido o perfil epidemiológico da população, e o conseqüente desencadeamento de estratégias de

saúde pública, proporcionando a melhoria da qualidade de vida e redução do custo social (BRASIL,2016)

É sobre esse desencadeamento de estratégias no HIPERDIA que o presente estudo de intervenção fará abordagem; com exposição das dificuldades encontradas na continuidade da assistência a esse grupo na Unidade Básica de Saúde (UBS) Cacimba Velha- UBS localizada na zona rural do município de Teresina (PI) - e a busca de solução para o enfretamento dessa problemática com melhoria das ações em saúde e planejamento da equipe.

1.2 – Objetivos

Objetivo geral:

- Melhorar o atendimento dos hipertensos e diabéticos na organização do processo de trabalho da equipe.

Objetivos específicos:

- Analisar melhor forma de atendimento para os hipertensos e diabéticos com eficaz retorno às consultas ;
- Desenvolver estratégias para captação do público alvo;
- Planejar ações capazes de promoverem mudança de hábito e responsabilização do autocuidado.

2 – REVISÃO DA LITERATURA

A Atenção Básica (AB) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (MS, 2011).

Ainda segundo o Ministério da Saúde (2011), AB é desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e

relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.

Na AB tem-se a Estratégia de Saúde da Família (ESF) que desenvolve o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) por ser a porta de entrada do sistema. Sendo uma estratégia de reorganização e melhoria da assistência de saúde aos usuários e concomitantemente uma organização sistemática das diretrizes e princípios da AB. Dessa forma, a ESF amplia e executa todas as características citadas no parágrafo anterior.

Um grande desafio atual para as equipes de AB é a Atenção em Saúde para as doenças crônicas. Estas condições são muito prevalentes, multifatoriais com coexistência de determinantes biológicos e socioculturais, e sua abordagem, para ser efetiva, necessariamente envolve as diversas categorias profissionais das equipes de Saúde e exige o protagonismo dos indivíduos, suas famílias e comunidade. Nesse contexto, o Ministério da Saúde (MS) vem desenvolvendo diretrizes, metodologias e instrumentos de apoio às equipes de Saúde e realizando um esforço para que se organize a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas. Esta rede visa qualificar o cuidado integral, unindo e ampliando as estratégias de promoção da saúde, de prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações, e de tratamento e recuperação (CAB, 2014).

Entre as doenças crônico-degenerativas, destacam-se a Hipertensão Arterial (HAS) e a Diabetes Melitus (DM), cuja estimativa para o ano de 2025 é que 60% da população no mundo seja portadora desta patologia. Ela é responsável por complicações cardiovasculares, encefálicas, coronarianas, renais e vasculares periféricas. Estima-se que 40% dos acidentes vasculares encefálicos e em torno de 25% dos infartos ocorridos em pacientes hipertensos poderiam ser prevenidos com terapia anti-hipertensiva adequada (CAB, 2013).

Segundo Daudt (2013), o nome “Diabetes Mellitus” (DM) faz menção a um transtorno metabólico multicausal, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina. A DM, na atualidade, se apresenta como uma epidemia mundial. Cerca de quatro milhões de mortes por ano são determinadas por essa doença e suas complicações, representando 9% do total de mortes (CAB,2013).

A HAS apresenta alta morbimortalidade, com perda importante da qualidade de vida, o que reforça a importância do diagnóstico precoce e tratamento oportuno visando aprofundar na adesão ao tratamento. O diagnóstico não requer tecnologia sofisticada, e a

doença pode ser tratada e controlada com mudanças no estilo de vida, com medicamentos de baixo custo e de poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade na AB. Além do diagnóstico precoce da HAS e da DM, o acompanhamento efetivo dos casos pelas equipes da Atenção Básica é fundamental para evitar as complicações cardiovasculares e desfechos como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC), problemas renais, entre outros. (DAUDT, 2013).

O agravamento dessas doenças e suas complicações têm relação com a falta de adesão ao tratamento. O comparecimento regular às consultas agendadas apresenta correlação positiva com a adesão ao tratamento, ou seja, quanto mais regularmente o indivíduo comparecer às consultas, maior sua adesão ao tratamento (TRINDADE et al, 2013)

Neste sentido, o processo de trabalho da equipe de saúde da família é fundamental para essa adesão dos pacientes hipertensos e diabéticos –aqui citados como mais relevantes frente a morbidade e mortalidade dentro das doenças crônicas não transmissíveis, além da importância para o presente trabalho.

Aliada ao processo de trabalho, a educação permanente é articuladora de mais conhecimento e dinamicidade ao planejamento dos trabalhadores. Esse processo possui características próprias citadas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que direcionam os serviços de acordo com as necessidades de saúde da população: definição do território de responsabilidade da UBS e equipes; programação de atividades (reuniões, atividades educativas, visitas domiciliares, cuidado continuado e programado, etc); acolhimento; controle social (Conselho Local de Saúde) e implementação de diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão.

Para Trindade et al (2013), os trabalhadores da área de saúde que integram as equipes de saúde da família precisam detectar o perfil clínico e social de hipertensos e/ou diabéticos que não comparecem as consultas, bem como os motivos da ausência dos mesmos, para que se possa adequar às ações em saúde, reorganizar os serviços e assim, promover condições para melhorar a adesão ao tratamento.

3 – PLANO OPERATIVO

- **Objeto de intervenção:**

O HIPERDIA (atendimento programado e agendado) não acontece de maneira eficaz, já que os hipertensos e diabéticos não comparecem na UBS no dia agendado. “Aparecem” na UBS para “trocar recita” quando a medicação acaba. O projeto que desejo realizar é com a finalidade de organizar o atendimento do HIPERDIA para que os pacientes compareçam na data agendada das consultas.

- **Objetivos:**

- 1 Objetivo geral:

- Melhorar o atendimento dos hipertensos e diabéticos na organização do processo de trabalho da equipe.

- 2 Objetivos específicos:

- Analisar melhor forma de atendimento para os hipertensos e diabéticos com eficaz retorno às consultas;
- Desenvolver estratégias para captação do público alvo;
- Planejar ações capazes de promoverem mudança de hábito e responsabilização do autocuidado.

- **Elaboração da Planilha de Intervenção**

Situação problema	OBJETIVOS	METAS/ PRAZOS	AÇÕES/ ESTRATÉGIAS	RESPONSÁVEIS
O HIPERDIA (atendimento programado e agendado) não acontece de maneira eficaz, já que os hipertensos e/ou diabéticos não comparecem na UBS no dia agendado	Fazer com que o HIPERDIA seja eficaz pra melhor acompanhamento e continuidade do cuidado com esses usuários que precisam de orientações freqüentemente	<p>METAS:</p> <p>Fazer reuniões em cada microárea para atendimento dos usuários e agendamento da consulta subsequente de acompanhamento na UBS;</p> <p>Realizar consultas agendadas do HIPERDIA na UBS</p> <p>PRAZO: serão 6 semanas para atender todos os usuários do grupo divididos por</p>	<p>Deslocamento da UBS para as microáreas (em carro próprio dos profissionais)</p> <p>Explicar o plano de intervenção expondo os pontos positivos do atendimento agendado e continuado na UBS;</p> <p>Medida de P.A, glicemia capilar, peso e altura;</p> <p>Agendar</p>	<p>Enfermeira</p> <p>Médica</p> <p>ACS</p> <p>Técnica de enfermagem</p> <p>Coordenação</p>

		microáreas em ordem crescente (a cada semana será realizada uma reunião em uma micro) e agendar retorno	retorno durante esse primeiro momento de atendimento nas micros; Fazer busca ativa de pacientes que não compareceram nas reuniões para agendamento.	
A UBS não é dentro da área de cobertura da equipe e não há transporte disponível para equipe realizar atendimento fora da UBS de maneira contínua	Realizar as consultas em horários que coincida com o horário do transporte público	METAS: os profissionais em acordo (de horário diferenciado) com a coordenação chegarão mais cedo nos dias de atendimento do grupo HIPERDIA PRAZO: após as 6 semanas de implementação do plano de ação na área, a semana seguinte (a 7ª) já será a semana de atendimento na UBS.	Agendar os pacientes no sistema ESUS com a data do atendimento na UBS Avisar aos pacientes a mudança de horário para benefício deles Usar cartão de matrícula disponível na UBS para colocar data e horário da consulta	Enfermeira Médica ACS Coordenação Auxiliares administrativos
Existem 6 micro áreas na equipe e 1 é muito distante da UBS (não é territorialmente contínua) e não há transporte público da	Realizar, excepcionalmente, nessa microárea atendimento HIPERDIA na comunidade	METAS: Atender o máximo possível de pacientes hipertensos e/ou diabéticos para continuidade do tratamento	Palestras educativas sobre temas variados; Consultas com profissionais médica e enfermeira;	Enfermeira Médica ACS Coordenação Aux. Administrativos Dentista

<p>comunidade para UBS</p>		<p>Realizar palestra sobre saúde bucal e avaliação clínica do profissional</p> <p>Realizar ações educativas em parceria com o NASF</p> <p>PRAZO:</p> <p>Por ser a microárea 6 e consequentemente a última na etapa de reuniões citadas no primeiro tópico, o prazo será de 6 semanas para o primeiro atendimento na comunidade e a partir dessa data a cada 3 meses.</p>	<p>Medida de P.A, glicemia capilar, peso e altura;</p> <p>Avaliação odontológica;</p> <p>Entrega de medicamentos (realizado sistema de controle por farmácia através de planilha individual com especificação da medicação, quantidade e data fornecida)</p>	<p>Auxiliar de Saúde Bucal</p> <p>Técnica de Enfermagem</p> <p>NASF</p>
<p>Muitos hipertensos e/ou diabéticos são analfabetos e não comparecem a consulta por não conseguir ler a data anotada em seu cartão</p>	<p>Informar e lembrar o paciente a data da consulta agendada</p>	<p>METAS: ter o comparecimento do paciente na consulta agendada</p> <p>PRAZO: essa será uma atividade permanente dos ACS</p>	<p>Anotar de forma legível a data e horário do retorno do paciente no cartão de matrícula;</p> <p>Os ACS realizarão visitas antes das consultas agendadas lembrando a cada usuário a data e horário de atendimento, para isso cada ACS saberá o dia de</p>	<p>Enfermeira</p> <p>Médica</p> <p>ACS</p> <p>Coordenação</p> <p>Aux. Administrativos</p> <p>Técnica de Enfermagem</p>

			<p>atendimento dos pacientes da sua microárea.</p> <p>Os paciente serão agendados no sistema ESUS e em livro ata específico para esse grupo.</p>	
<p>Muitos hipertensos e/ou diabéticos são idosos e possuem dificuldade de locomoção (não são acamados)</p>	<p>Realizar atendimento desses pacientes no domicílio, como domiciliados</p>	<p>METAS: dar continuidade da assistência diante limitação do usuário</p> <p>PRAZOS: assistência contínua a partir da intervenção</p>	<p>Realizar atendimento com o carro nos dias que o carro para visita domiciliar fornecido pela secretaria de saúde estiver disponível para equipe (em média 2 x mês)</p> <p>Agendar com os ACS durante reunião semanal, pacientes que realmente precisam desse suporte</p> <p>Medir P.A, glicemia capilar, peso e altura</p>	<p>Enfermeira</p> <p>Médica</p> <p>ACS</p> <p>Coordenação</p> <p>Aux. Administrativos</p> <p>Técnica de Enfermagem</p>
<p>Muitos pacientes hipertensos e/ou diabéticos não realizam exames</p>	<p>Facilitar a realização de exames laboratoriais para os pacientes</p>	<p>METAS:</p> <p>Realização de exames laboratoriais dos exames solicitados no mesmo dia da</p>	<p>Através de reunião com a coordenação solicitar a mudança do dia da realização dos</p>	<p>Enfermeira</p> <p>Médica</p> <p>ACS</p> <p>Coordenação</p> <p>Aux.</p>

laboratoriais solicitados por motivo de deslocamento		consulta Avaliação e acompanhamento da situação clínica dos pacientes PRAZOS: após as 6 semanas de implementação do plano de ação na área, a semana seguinte (a 7ª) já será a semana de atendimento na UBS.	exames laboratoriais para o dia de atendimento do HIPERDIA da equipe na UBS (a coleta é realizada na UBS 2 x por semana)	Administrativos Técnica de Enfermagem Técnica de Enfermagem do laboratório
--	--	--	--	--

4 – PROPOSTA DE ACOMPANHAMENTO E GESTÃO DO PLANO

Com o levantamento da situação problema da equipe de saúde da família da UBS Cacimba Velha no município de Teresina (PI), foi realizado um plano operativo detalhado com os objetivos esperados, além de uma planilha de intervenção com metas/prazos, ações e responsáveis para alcançar a situação ideal e necessária para continuidade do cuidado aos pacientes do grupo HIPERDIA que são o público alvo do projeto de intervenção desenvolvido.

Para o acompanhamento do plano é necessário um livro ata com datas para agendamento e check-list com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) - a cada reunião semanal - para conferência do comparecimento ou ausência do paciente com a finalidade de conhecer o motivo da ausência, se houver, e realizar reagendamento para uma data que não prejudique o tratamento farmacoterápico e avaliação de saúde do paciente.

Esse check-list deverá ser realizado por planilha, seguindo as seguintes características:

- Uma planilha por microárea, com o objetivo de manter o feedback e acompanhamento dos pacientes através do ACS (elo da UBS com a comunidade);
- Relação nominal dos pacientes portadores de HAS e DM;
- Dados pessoais de cada paciente, como: data de nascimento, sexo, diagnóstico (HAS e/ou DM);

- Campo para colocar realização da última consulta, retorno, assiduidade e realização de exames (se realiza ou não quando solicitados).

Além dessa planilha dos ACS, existe uma planilha na farmácia para controle farmacoterápico organizada por microárea. Essa planilha tem que ser continuamente atualizada, e com o plano de ação a atualização será mais freqüente (semanalmente a cada reunião). E para não haver esquecimento da data agendada pelo paciente, o mesmo receberá um cartão disponibilizado pela UBS com identificação do paciente, da família, prontuário (envelope), com área específica para data de agendamento e profissional que o atenderá.

A fim de alcançar resultados para de fato virar rotina do atendimento da equipe, essa planilha proporcionará o feedback necessário para verificar o cumprimento da estratégia desenvolvida. Com relação aos números, é possível medir e calcular o resultado esperado a partir do comparecimento dos pacientes às consultas agendadas, já que atualmente no dia de atendimento do grupo específico há mais faltosos do que presentes. Por exemplo, como rotina da equipe, são agendados do grupo HIPERDIA: 15 pacientes para a profissional médica e 10 para profissional enfermeira, ficando o restante das vagas para cumprir a obrigatoriedade de haver vaga para urgência e demanda espontânea. Do total de 25 pacientes, há o comparecimento de no máximo 8 pacientes agendados.

Com o projeto de intervenção a meta é atender o mais próximo possível do total das consultas agendadas, o ideal é 100%; mas como há contratempos na vida de cada indivíduo é compreensível e justificável o não alcance de 100%. Não obstante, é injustificável a ausência da maioria dos pacientes agendados, já que agendamento é uma forma de facilitar a continuidade da assistência e avaliação de saúde dos mesmos.

5 – CONCLUSÃO

A implantação do projeto de intervenção na equipe com certeza resultará em ganho para equipe e para a comunidade, pois o objetivo maior é esse facilitar o processo de trabalho da equipe e conseqüentemente fornecer à comunidade adstrita uma assistência adequada e em conformidade com os princípios do SUS, aqui citados anteriormente.

É fato que haverá a não aceitação imediata de alguns e será totalmente compreensível, já que todo início carregado de novidades evidencia erroneamente as dificuldades, conseqüente de característica intrínseca do ser humano: a tal da resistência a mudanças, até mesmo quando benéficas.

Assim, com o envolvimento e colaboração de toda a “equipe”, ao falar equipe refiro-me a todos os colaboradores da UBS comprometidos nesse projeto de intervenção; existirá a resposta satisfatória e positiva ao usuário que é nosso objetivo maior de trabalho

Solucionar o problema do usuário e diminuir o desgaste de energia da equipe é a razão de nós como profissionais de saúde estarmos sempre aptos para mudanças que proporcionem feedback positivo, de preferência para todos, pois o gerenciamento e a motivação de uma equipe para prestar um trabalho benéfico e resolutivo é necessário diariamente no nosso processo de trabalho.

Com essa finalidade, a busca pelo aperfeiçoamento profissional e a busca incessante de saber mais trouxe-me até o presente curso: Curso de Especialização em Saúde da Família e Comunidade; o qual proporcionou bases concretas de conhecimento e o melhor de tudo um projeto de intervenção a ser aplicado na rotina de trabalho que será a solução para muitos problemas enfrentados por se tratar do envolvimento do maior número de atendimentos da equipe.

Diante de tudo que foi exposto, ensejo para que o plano seja executado com primazia na rotina da equipe e seja capaz de atingir o nosso objetivo maior: satisfação e resolutividade para o usuário.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS, Sistemas e Aplicativos, Epidemiológicos. HIPERDIA - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008 [Cited 2018 Jul]. Available from: <http://hiperdia.datasus.gov.br/>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; 2011
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 160 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 162 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35)
6. DAUDT,C.V.G. Fatores de Risco de Doenças Crônicas Não Transmissíveis em uma Comunidade Universitária do Sul do Brasil. Tese (Doutorado em Epidemiologia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Porto Alegre, 2013. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/88424/000911726.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 12 out. 2018.
7. National Institute for Health and Clinical Excellence. Hypertension: Clinical management of primary hypertension in adults. NICE clinical guideline 127. [Internet]. London; 2016 [Cited 2018 Jul]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg127>
8. Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol. 2010;95 (1supl.1):1-51
9. TRINDADE, F.T; ANTUNES, H.S; SOUZA, N.S; MENEZES, T.M.O, CRUZ, CMS. Perfil clínico, social e motivos de faltas em consultas de hipertensos e/ou diabéticos Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2013 abr/jun;15(2):496-505. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.16909> > Acesso em: 12 out. 2018.