

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma nº 5**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção aos usuários com HAS e/ou DM pertencentes à  
área de abrangência da UBS/ESF Projeto Figueira, Vila Verde, Transacreana -  
Rio Branco/AC**

**Alberto Asael Reyes Cruz**

**Pelotas, 2015**

**Alberto Asael Reyes Cruz**

**Melhoria da atenção aos usuários com HAS e/ou DM pertencentes à área de abrangência da UBS/ESF Projeto Figueira, Vila Verde, Transacreana - Rio Branco/AC**

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: Antonio Maurício Rodrigues Brasil

Pelotas, 2015

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

C957m Cruz, Alberto Asael Reyes

Melhoria da Atenção aos Usuários com HAS e/ou DM  
Pertencentes à Área de Abrangência da UBS/ESF Projeto Figueira,  
Vila Verde, Transcreana - Rio Branco/AC / Alberto Asael Reyes Cruz;  
Antonio Maurício Rodrigues Brasil, orientador(a). - Pelotas: UFPel,  
2015.

86 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. Brasil, Antonio Maurício  
Rodrigues, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

**Aos meus filhos: a minha razão de ser.**

## **Agradecimentos**

Ao Programa Mais Médicos para o Brasil, por permitir ser parte deste.

À minha família, por tanta dedicação e apoio.

Ao meu orientador, por sua grande ajuda incondicional.

## Resumo

CRUZ, Alberto Asael Reyes. **Melhoria da atenção aos usuários com HAS e/ou DM pertencentes à área de abrangência da UBS/ESF Projeto Figueira, Vila Verde, Transacreana - Rio Branco/AC.** 88f. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Especialização em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS.

Este trabalho teve como objetivo melhorar a atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos pertencentes à área a USF Projeto Figueira, Vila Verde, Transacreana - Rio Branco. O foco da intervenção realizada foi escolhido levando em consideração a alta incidência de usuários portadores hipertensão e/ou diabetes mellitus e pela baixa cobertura de usuários cadastrados, bem como daqueles pesquisados e monitorados de forma sistemática por nossa equipe de saúde na área de abrangência. A intervenção proposta foi operacionalizada por meio de um conjunto de ações desenvolvidas em quatro eixos: Monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Foi realizada no período de 12 semanas, entre os meses de janeiro a março de 2015. Os objetivos propostos se relacionaram ao aumento da cobertura para os usuários hipertensos e/ou diabéticos, à melhoria da qualidade da atenção, à melhoria da adesão ao programa, à melhoria do registro das informações, ao mapeamento dos hipertensos e/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular, bem como à promoção da saúde desses usuários. Foram estabelecidas metas para cada um dos objetivos propostos, cujo alcance pode ser verificado por meio dos indicadores apresentados. Para a coleta e sistematização das informações foram utilizados como instrumentos a ficha-espelho e a planilha de coleta de dados digital, fornecida pelo curso. Os resultados mais relevantes se relacionaram à ampliação da cobertura da atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes da área de abrangência da unidade, com incremento que alcançou cerca de 97% (123) e 81% (22) respectivamente, já que todos os espaços de produção de saúde foram utilizados para cadastramento dos usuários. Foram ainda melhorados diversos aspectos relacionados à qualidade da atenção, tendo sido adequadamente acompanhados todos os usuários cadastrados e inseridos no programa. A intervenção trouxe excelentes resultados não somente para os usuários envolvidos na intervenção, mas para toda a comunidade. Qualificou o cuidado em saúde ofertado, incrementou os conhecimentos, não somente a respeito destas doenças, mas para a prevenção de outras doenças, contribuindo para o empoderamento das pessoas através das ações de educação em saúde, com foco naquelas voltadas à promoção e prevenção de agravos, nas quais todos podiam participar de forma ativa. Trouxe ainda, grande impacto positivo para o serviço, melhorando os processos de trabalho e o nível de organização da unidade. A equipe de trabalho atuou de forma engajada e comprometida, todos unidos e com grande senso de grupalidade, adquirindo novos conhecimentos para um acompanhamento adequado dos usuários e resultando numa oferta de cuidado em saúde mais qualificada e resolutiva. A intervenção trouxe benefícios para todos os atores envolvidos no processo, sejam os usuários hipertensos e/ou diabéticos, a própria comunidade e a equipe, sendo, dessa forma incorporada à rotina de serviço da unidade.

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

## Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde. UBS/ESF Projeto Figueira, Rio Branco/AC. 2015.	55
Figura 2	Gráfico da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde. UBS/USF Projeto Figueira, Rio Branco-AC. 2015	56
Figura 3	Gráfico da proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. UBS/ESF Projeto Figueira, Rio Branco/AC. 2015.	57
Figura 4	Gráfico da proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. UBS/ESF Projeto Figueira, Rio Branco/AC. 2015.	58
Figura 5	Gráfico da proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular. UBS/ESF Projeto Figueira, Rio Branco/AC. 2015.	62
Figura 6	Gráfico da proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. UBS/ESF Projeto Figueira, Rio Branco/AC. 2015.	64
Figura 7	Gráfico da proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física. UBS/ESF Projeto Figueira, Rio Branco/AC. 2015.	65
Figura 8	Gráfico da proporção de hipertensos com orientação sobre riscos do tabagismo. UBS/ESF Projeto Figueira, Rio Branco/AC. 2015.	66
Figura 9	Gráfico da proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal. UBS/ESF Projeto Figueira, Rio Branco/AC. 2015.	67

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

ACS	Agente comunitário da Saúde
CAD	Centro de avaliação e diagnóstico
CEO	Centro de especialidades odontológicas
DCNT	Doença Crônica Não-Transmissível
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HOSMAC	Hospital de Saúde Mental do Acre
LACEN	Laboratório central
NASF	Núcleos de Apoio a Saúde da Família
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas



## Sumário

Sumário .....	9
Apresentação .....	10
1 Análise Situacional .....	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	11
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional ..	21
2 Análise Estratégica .....	22
2.1 Justificativa .....	22
2.2 Objetivos e metas .....	25
2.2.1 Objetivo geral .....	25
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	26
2.3 Metodologia .....	28
2.3.1 Detalhamento das ações .....	28
2.3.2 Indicadores .....	37
2.3.3 Logística .....	42
2.3.4 Cronograma .....	44
3 Relatório da Intervenção .....	50
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	50
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	52
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	52
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	53
4 Avaliação da intervenção .....	54
4.1 Resultados .....	54
4.2 Discussão .....	64
5 Relatório da intervenção para gestores .....	68
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	70
Referências .....	73
Anexos .....	77

## **Apresentação**

Este volume trata do Trabalho de Conclusão de Curso da Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS. Foi desenvolvido por meio de um projeto de intervenção que teve como objetivo melhorar a atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos pertencentes à área da USF: Projeto Figueira, Vila Verde, Transacreana - Rio Branco. AC. 2015, incorporando-o à rotina de serviços da unidade.

O volume está dividido em partes de forma organizada pelos respectivos conteúdos, de forma a facilitar a apreensão da proposta.

A primeira parte é a Análise Situacional, na qual consta uma avaliação geral do cenário, resultante da apropriação do município e da área de abrangência da UBS, com suas particularidades, características, processos de trabalho e ações desenvolvidas no âmbito desta.

A segunda parte é a Análise Estratégica, na qual é apresentado o projeto de intervenção propriamente dito, com a justificativa, os objetivos, metas propostas, e aspectos da metodologia.

Na terceira parte vem o Relatório da Intervenção, trazendo as ações desenvolvidas, aquelas não desenvolvidas e aspectos relacionados à coleta de dados e viabilidade de incorporação da intervenção à rotina do serviço.

Na quarta parte consta a Avaliação da Intervenção trazendo os resultados alcançados, além de uma parte dedicada à discussão.

Nas partes cinco e seis temos os Relatórios da Intervenção para os Gestores e para a comunidade respectivamente.

A parte sete é dedicada a uma reflexão crítica do processo pessoal de aprendizagem. Encerram este volume, as referências utilizadas e uma parte dedicada aos anexos.

## **1. Análise Situacional**

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

A unidade de saúde onde eu fui incorporado para realizar meu trabalho esta localizada na zona rural do município Rio Branco, a 58 km da capital do mesmo nome, onde temos uma mistura de culturas por ser um estado amazônico.

Com uma estrutura física apropriada para o atendimento na atenção primaria de saúde, prestamos os serviços em várias salas e com o equipamento adequado, materiais e insumos que precisamos para um ótimo atendimento da nossa população.

Para isto contamos com uma equipe integrada por um médico, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, 13 ACS, distribuídos para cada área de abrangência da nossa unidade. O serviço está muito pequeno para a quantidade de pessoas da nossa área e, ainda os usuários fora de área que são muitos, sendo nossa unidade a sua referência porque e a única em toda a Rodovia Transacreama, mas a atenção é para todos os usuários que chegam a nossa unidade precisando de nosso serviço. Cada membro da equipe cumpre com as suas atribuições, tanto as individuais como as coletivas, sendo uma equipe muito integrada e unida, participando também do planejamento das atividades uma vez por mês como palestras, atividades de promoção e prevenção em saúde tanto individuais como para a comunidade.

Quanto à comunidade, nós fazemos atendimentos, levando cuidados em saúde, através da equipe de saúde. Fazemos vacinas, adaptamos locais e fazemos

PCCU, além das palestras educativas. Fazemos grupos de idosos e de gestantes, onde duas vezes por mês fazemos nossos encontros com eles, por todas estas ações e nossa população agradece muito e são de grande aceitação.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

A USF Projeto Figueira está localizada na cidade de Rio Branco, capital do Estado do Acre, mais especificamente na Rodovia Transacreama, Km 58. O povoamento da região se deu no início do século XIX, com a chegada dos nordestinos. O desenvolvimento do município ocorreu durante um grande período dado pelo Ciclo da Borracha, surgindo a partir de um seringal fundado em dezembro de 1882. A cidade é cortada pelo Rio Acre, dividida em duas partes, denominados Primeiro e Segundo Distritos.

O município limita-se ao norte com os municípios de Bujari e Porto Acre e com o estado Amazonas. Ao sul, com os municípios de Xapuri e Capixaba, ao leste com o município de Senador Guiomard e ao oeste com o município de Sena Madureira.

O sistema de saúde de Rio Branco tem de atender a 357.194 pessoas e, para isso, sendo organizado a partir da SEMSA (Secretaria Municipal de Saúde), responsável por sua gestão. Conta com 58 unidades básicas de saúde (UBS) com suas respectivas equipes de saúde da família (ESF). Além disso, constam 13 unidades básicas tradicionais (UBS), dispõe de 2 núcleos de apoio a saúde da família (NASF), 1 centro de especialidades odontológicas (CEO). Na atenção especializada temos 1 laboratório de próteses, 2 centros de avaliação e diagnóstico de imagem (CAD) e 1 laboratório central (LACEN), 1 centro especializado de assistência farmacêutica municipal, 1 consultório de rua e unidade de acolhimento. Temos disponibilidade de 2 unidades de pronto atendimento, pronto socorro, Hospital de Clínicas que tem várias especialidades para atendimento de usuários (otorrinolaringologia, cardiologia, neurologia, traumatologia, ginecologia, oncologia, oftalmologia, consultas para cirurgias eletivas, angiologia). Contamos com um hospital do idoso, centro de alta complexidade em oncologia, hospital da criança, maternidade e o hospital de saúde mental do Acre (HOSMAC).

A unidade Projeto Figueira é tradicional e rural, localizada em Vila Verde, Km 58 da Rodovia Transacreana, têm uma situação estrutural boa e suficiente para o trabalho, com recepção e sala de espera, uma sala para consultas para médico, uma para enfermagem, sala de vacina, sala de curativos, farmácia, almoxarifado, cozinha, departamento para material de limpeza, 3 banheiros. Possuímos também um consultório para o atendimento odontológico, mas ainda não equipada em sua totalidade e esta é uma das dificuldades que apresentamos, já que nossa população não é bem atendida neste aspecto, já que é muito difícil conseguir vagas, além das grandes distâncias que precisam percorrer.

Nossa unidade tem janelas e ventilação indireta que possibilitam a circulação de ar em todos os espaços. Temos aparelhos de ar condicionado nas salas de consultas, farmácia, curativos e vacinas, tem iluminação natural e iluminação artificial, paredes e pisos são lisas, laváveis. Os pisos das diferentes salas são de superfície regular, estável e antiderrapante. As portas e as janelas são de madeira, temos armários de alumínio de superfície lisa de fácil limpeza. Existe sinalização adequada e visual dos ambientes que permite a boa comunicação para os usuários. A UBS é adequada para o acesso de pessoas com deficiências físicas. Os prontuários são arquivados pelos ACS nos armários adequados para este objetivo.

Temos também equipamento e instrumental suficientes para os objetivos de uma USF, como antropômetro e balança de adultos e crianças, espéculos vaginais, estetoscópio e esfigmomanômetro, estetoscópio de Pinard, uma geladeira exclusiva para vacina, mesa ginecológica, 2 glicosímetros, otoscópio, 1 negatoscópio, todos em muito boas condições de uso. Temos três computadores, sendo um na farmácia, um na sala dos ACS e outro na sala de enfermagem com internet para o uso da docência, cadastramento e usuários. Fazemos cartões de SUS e geramos outras informações com o uso das impressoras, o que facilita nosso trabalho.

O abastecimento de materiais e insumos não tem muitas dificuldades e se faz de acordo com as necessidades da unidade, não sendo assim com os medicamentos, que às vezes precisamos de alguns que não constam no quadro básico de nosso município, embora o necessário para o atendimento exista na UBS. Por outro lado, temos alguns medicamentos de que os usuários precisam, que

podem ser adquiridos na farmácia popular sem custos, como aqueles utilizados no tratamento das doenças crônicas.

Nossa equipe é composta por 1 médico, 1 enfermeira, 1 técnico de enfermagem, 13 agentes comunitários de saúde (ACS), 1 servente para serviços gerais. Contamos com 1 carro próprio da unidade. Nossa carga horária de 40 horas semanais, das quais 32 de trabalho e 8 para docência médica. O horário de funcionamento da unidade é das 8h às 12h e à tarde das 14h às 17h. Fazemos reuniões de equipe todas as semanas, nas quais debatemos acerca do nosso fazer enquanto equipe de saúde, buscando estratégias para solucionar os desafios apresentados e planejamos as atividades com os grupos, temos funcionando grupo de gestantes e idosos, com encontros mensais.

Fazemos as visitas domiciliares sempre às terças-feiras e são planejadas em conjunto com os ACS, segundo estabelecimento de prioridade e quatro dias para as consultas médicas, no horário da manhã e no horário da tarde, sendo o atendimento e por demanda espontânea. Com as visitas domiciliares que nossa equipe realiza, conseguimos um olhar diferenciado acerca da realidade de nossa comunidade, como vivem, sua alimentação, trabalho, situação higiênico epidemiológica de cada família, a fim de melhor determinar os riscos potenciais e as principais doenças da família para intervir de forma efetiva sobre estas.

Temos convênios com as escolas que ficam em nossa área fazendo vacinação, fazemos palestras educativas para os estudantes e professores e a comunidade em geral.

Também em nossa unidade se faz coleta de exames uma vez por semana, que são levadas para a capital Rio Branco com todas as condições, onde se fazem as leituras dos exames por meio de convênios com outras unidades do SUS.

Os ACS têm disponibilidade e suficiência de materiais e equipamentos necessários à realização das atividades na área de abrangência da UBS. Apesar de ser uma área de muito difícil acesso, sobretudo em épocas de chuva, os agentes fazem seu trabalho com muita disciplina e entrega, sempre procurando o melhor para os usuários. Às vezes são disponibilizados meios de locomoção para o deslocamento dos ACS na área, mas a maioria deles dispõe de meio de transporte próprio e fazem as visitas domiciliares em suas motos. Um dos nossos maiores desafios, trata-se justamente o deslocamento de equipe até as áreas de difícil

acesso, já que às vezes não conseguimos chegar a todos os usuários no tempo requerido e programado.

Para o traslado de usuários contamos com o SAMU que quando se precisa, mas não é suficiente porque às vezes não chega a tempo e em outras ocasiões não chega e então, temos que transportar os usuários por nossos próprios meios, e sem as condições adequadas.

Minha equipe atende uma população de 2.167 pessoas. A distribuição da população por sexo e faixa etária na área de abrangência de minha UBS fica de acordo com aquela observada na estimativa do Caderno das Ações Programáticas, sendo 43 menores de um ano, 86 menores de 5 anos, 503 pessoas entre 5 e 14 anos, 1.297 pessoas entre 15 e 59 anos, 138 pessoas com 60 anos ou mais.

Temos dias para as consultas agendadas, especificamente para diabéticos, hipertensos, crianças, gestantes, idosos, embora muitas vezes, precisamos mudar o planejado e fazer alguma visita o outro atendimento segundo a situação que se apresente no momento, por isso, não se podem seguir padrões, tampouco normas estritas no atendimento em uma UBS. Saber usar o raciocínio clínico deve contemplar uma série de aspectos: olhar, escutar, ficar atento, conversa, acolhimento, confiança, exame físico, aliada à técnica, contribuem a um melhor atendimento a saúde da família.

Trata-se de uma população carente, onde só existe a nossa UBS em toda a Rodovia Transacreana, que tem 100 km de asfalto somado aos seus diversos ramais, onde o principal obstáculo é, justamente, a distância que geralmente tem de recorrer nossos usuários para chegar a UBS, ou a equipe para realizar as ações de saúde no território. Como fazemos muitos atendimentos de fora de área, isso termina por dificultar, muitas vezes, o planejamento das consultas aos nossos próprios usuários. Outra dificuldade refere-se ao longo tempo que nossos usuários precisam aguardar para consultas, quando são encaminhados para especialistas em outros níveis de atenção. Embora sejamos especialistas em medicina geral e resolvemos muitas das doenças que nos chegam, precisamos de outras especialidades para apoio diagnóstico e acompanhamentos mais específicos como a oftalmologia, cirurgia, endocrinologia e outras.

Em nossa UBS ficam bem definidas as atribuições dos profissionais da cada integrante da equipe, sendo que a equipe participa junto da identificação de grupos,

famílias, indivíduos expostos a riscos, trabalho com as doenças crônicas e busca ativa de usuários faltosos às ações programáticas e/ou programas existentes.

Os cuidados em saúde à população da área de abrangência se realizam onde quer que seja necessário: no domicílio, nas escolas, na associação de bairro / comunitária, em igrejas ou outros espaços comunitários e existe levantamento dos usuários moradores da área de abrangência que necessitam receber cuidado domiciliar (curativo, nebulização, orientações, educação e cuidados de saúde). Realizamos atendimentos de urgências / emergências que depois são encaminhados pelo SAMU a outros níveis de atenção do sistema de saúde, respeitando fluxos de referência, mas a contra referência, infelizmente, é outra das grandes dificuldades que enfrentamos.

Existe um bom relacionamento com as pessoas da administração, que é flexível e compreende quando explicamos as coisas que, administrativamente, de algum jeito estão interferindo nosso trabalho ou no atendimento ao usuário. Em nossa UBS, o pessoal procura, trabalhando em equipe, soluções imediatas. Tem muitas situações que podem ser resolvidas na UBS, se temos os recursos necessários, o apoio administrativo e da Secretaria de Saúde, porque isso dá maior poder resolutivo às UBS.

Percebo que ainda precisamos trabalhar muito, principalmente no que diz respeito à prevenção à promoção da saúde, a fim de continuar estimulando mudanças nos estilos de vida e nos costumes, por vezes arraigados, da nossa população.

Importante ressaltar que, no início do meu trabalho na unidade, as dificuldades foram muitas, já que anteriormente não existia médico fixo, só uma ou duas vezes por semana, o trabalho com os programas não era feito segundo os protocolos recomendados pelo MS e somente se trabalhava com as gestantes, câncer de colo de útero, idoso e algumas puericulturas. Depois de minha chegada, buscamos organizar e melhorar o serviço, tivemos o fortalecimento e complemento da equipe e as mudanças no serviço foram muitas. São ofertadas consultas diárias onde a mais beneficiada foi a nossa população, realizando ações planejadas, que antes eram muito poucas ou não se realizavam. Conseguimos trabalhar com os programas implantados pelo MS, as consultas são feitas com a qualidade requerida, aumentaram as visitas domiciliares com maior qualidade já que só se realizavam



poucas e direcionadas e agora são feitas integralmente, alcançando, também, uma maior integração da nossa equipe e um trabalho mais qualificado.

O cuidado dos usuários deve ser integral, de demanda espontânea, com ações de prevenção e promoção à saúde, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; tanto na UBS como na visita à família na comunidade. Nesse aspecto nossa equipe não tem problemas, visto que na unidade fazemos acompanhamento e controle de doenças crônicas como Hipertensão Arterial, Diabetes, Asma Brônquica, entre outras, fazemos atendimento da demanda espontânea, puericultura, pré-natal. Realizamos busca ativa e notificação compulsória de doenças e agravos notificáveis, fazemos prevenção de câncer de colo de útero e mama (médico e enfermeira). São ainda feitos curativos, nebulizações, aplicações de medicamentos intramusculares e intravenosos, vacinação, entrega de medicamentos.

O Pré-natal é acompanhado mais diretamente pela enfermeira e pelo médico, conforme os Protocolos do Ministério da Saúde e com a qualidade que se precisa. A Enfermeira trabalha com essa população a mais de dois anos e a técnica em enfermagem há mais de seis anos e, dessa forma, conhecem muito bem a população da área, trabalhado todos unidos com os ACS. Um total de 14 gestantes residentes na área são acompanhadas pela UBS e de acordo com o Caderno das Ações Programáticas (CAP), temos uma cobertura de 43%, considerando que o número estimado de gestantes seria de 32, aproximadamente. A primeira coisa para o trabalho com o risco preconcepcional é o planejamento familiar, mediante o controle de doenças tanto crônicas como agudas, a fim de que as gestantes tenham a melhor gestação possível. Talvez por isso, o número de grávidas seja um pouco pequeno para uma área rural e não esteja de acordo com o estimado. Além disso, existem aquelas que realizam seu atendimento e acompanhamento pré-natal em outras unidades de municípios vizinhos porque é mais fácil seu transporte, mas sempre conseguimos consultar nossas grávidas em tempo hábil e com bons indicadores de qualidade. Uma vez descobrindo-se grávida, nosso objetivo é fazer um ótimo acompanhamento pré-natal que garanta um parto tranquilo e um recém-nascido saudável. Os ACS sempre ficam atentos para o surgimento de novas gestantes na área de abrangência e procuramos fazer com que a primeira consulta ocorra no primeiro trimestre, mesmo com as dificuldades de acesso. Realizamos

atividades educativas por meio do grupo de gestantes, puérperas e lactantes, abordando principalmente a importância do aleitamento materno, falamos sobre o parto normal e aos hábitos saudáveis de vida, sobre a importância do acompanhamento pré-natal, da consulta de puerpério e do planejamento familiar, dos direitos da gestante e do pai, dos riscos do tabagismo, do uso de álcool e de outras drogas e o uso de medicações na gestação. A identificação de sinais de alarme na gravidez e o reconhecimento do trabalho de parto e, também, sobre os cuidados com o recém-nascido.

Com relação ao Puerpério, tentamos sempre avaliar nossas puérperas nas primeiras semanas do pós-parto, avaliando também, o recém-nascido, mas nem sempre é assim, devido ao difícil de acesso à unidade e pela dificuldade da contra referência, as quais são monitoradas sempre pelos ACS. Às vezes tentamos visitar a puérpera logo nos primeiros dias, porém, nem sempre conseguimos garantir que sejam consultadas antes dos 42 dias de pós-parto. Nos últimos 12 meses, 13 mulheres fizeram consulta de puerpério e de acordo com o CAP, temos uma cobertura de 30%, considerando a estimativa de 43 puérperas para nossa área nesse período. Não temos registros específicos e percebemos que os indicadores de qualidade não são excelentes. O bebê deve ser bem recebido por seus pais e por nossa unidade de saúde para o acompanhamento, uma nova pessoa em nossa área de abrangência.

A atenção à saúde da criança é importante para todos nós. Contamos com palestras realizadas para promover o aleitamento materno, hábitos alimentares saudáveis, cuidado da saúde bucal, prevenção de anemia e violências, onde participam todos os integrantes da equipe. Não realizamos teste do pezinho, mas as puérperas são bem orientadas onde podem ir para fazer este teste tão importante para a saúde da criança, o local onde realizam o teste do pezinho é longe e, muitas vezes, vão depois dos três dias e, sendo preciso, utilizamos protocolos para regular o acesso das crianças a outros níveis do sistema da saúde.

Realizamos também, ações específicas voltadas para a Saúde da Criança de acordo com os protocolos recomendados pelo MS. Os atendimentos das crianças são registrados no prontuário, formulário especial da puericultura, ficha de atendimento individual, odontológico, nutricional, de vacina. Não temos arquivos

específicos para o registro dos atendimentos, pois os prontuários ficam juntos com as demais pessoas. Porém quando estes retornam a consulta sempre registramos no prontuário, caderneta da criança, sempre preenchemos todas as informações, damos orientações às mães sobre alimentação saudável, o significado do posicionamento da criança na curva de crescimento, data certa da próxima vacina, como acompanhar o desenvolvimento neuropsicomotor. Acompanhamos de forma sistemática, 26 crianças menores de um ano e, de acordo com o CAP teríamos então, uma cobertura de 60%, considerando que temos estimadas 43 crianças nesta faixa etária. Minha unidade cumpre com o programa Bolsa Família, onde são responsáveis pelo cadastramento e envio dos cadastros a enfermeira, o médico e os agentes comunitários. Cumprimos com os protocolos do MS implantados, pensando em todas as coisas boas que podemos fazer para nossas crianças. Apresentamos bons indicadores de qualidade referentes à saúde da criança em nossa UBS, a exemplo e termos 84% de crianças com consulta em dia, 100% de teste do pezinho realizados em até sete dias, 100% de triagem auditiva, 73% da primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida. Todas as crianças acompanhadas em nossa unidade são monitoradas para crescimento e desenvolvimento, bem como são avaliadas em sua saúde bucal. 73% tem o calendário vacinal em dia e todas as mães recebem orientações sobre aleitamento materno exclusivo e prevenção de acidentes.

Conseguimos preencher os dados com ajuda de toda equipe e penso que precisamos continuar insistindo para que as mães tragam seus filhos à consulta de puericultura e não só quando estejam doentes. A cobertura de puericultura às vezes é dificultada pela questão do acesso, problema este, que preciso trabalhar junto com minha enfermeira e os agentes comunitários.

Com relação à prevenção do câncer de colo de útero, buscamos seguir os protocolos estabelecidos pelo MS, mas possuímos registros frágeis. De acordo com o CAP, temos estimadas 456 mulheres em nossa área de abrangência na faixa etária entre 25 e 64 anos e que, portanto, que devem ser pesquisadas para este tipo de câncer, embora não tenhamos registros que nos permita saber quantas tem seus exames periódicos em dia. Realizamos ações de educação das mulheres para realização periódica do exame preventivo, a fim de que estas possam realizá-lo em tempo para a detecção precoce deste tipo de câncer. As atividades educativas acontecem no âmbito da unidade, onde todos os profissionais participam. Na minha

unidade da saúde realizamos a prevenção do câncer do colo uterino através da coleta de exame citopatológico dois dias por semana. A enfermeira é quem realiza o exame, mas aproveitamos o comparecimento das usuárias à unidade e realizamos conversas com essas mulheres sobre a necessidade de realizar com a periodicidade recomendada. A realidade é diferente quando precisamos de exames que dependem da atenção secundária, porque a demora em realizar os exames é muito grande. Aquelas mulheres com resultados alterados são encaminhadas para o especialista. Dessa forma, por não contarmos com um sistema de contra referência eficiente, terminamos por perder o seguimento das usuárias. Agora com o cadastramento sendo ampliado, estão sendo identificadas aquelas que não a realizam ou têm atraso deste exame, orientando sobre a importância de realizá-la.

Em relação ao Controle do Câncer da Mama, realizamos de forma sistemática a avaliação do risco, bem como orientações sobre prevenção, considerando que estas informações constam na maioria dos prontuários revisados. Penso que a cobertura de controle do câncer de mama ainda é baixa. De acordo com o CAP temos uma estimativa de 107 mulheres entre 50 e 69 anos e que, portanto, devem ser pesquisadas para o câncer de mama. Considerando que temos 92 usuárias acompanhadas na UBS, temos então uma cobertura de 86%. Buscamos seguir os protocolos do MS. Percebemos que muito poucas usuárias para esta faixa etária possuem mamografia feita.

As doenças crônicas não transmissíveis têm assumido importância cada vez maior, que levam estas doenças a condições epidemiológicas, como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM). Em relação à HAS, utilizamos para a análise os prontuários dos usuários registrados na unidade de saúde. Temos que especificar que antes da intervenção realizada, passaram-se vários meses sem a presença de médico na unidade e, dessa forma, não existia um acompanhamento eficaz dos usuários com doenças crônicas. Possuímos em nossa área de abrangência, 127 usuários hipertensos e, de acordo com o CAP, temos uma cobertura de 33%. No caso dos diabéticos, estes somam 27 usuários em nossa área de abrangência, com uma cobertura de 25%. As estimativas não parecem adequadas à nossa realidade. Com relação aos usuários hipertensos, a atenção ofertada busca seguir os protocolos do MS. Planejamos uma estratégia junto à comunidade na qual, num primeiro momento informamos à população (tanto de forma individual como coletiva) sobre os fatores de risco, os sintomas mais

frequentes que se apresentam nessa doença, realizando de forma sistemática ações de educação com foco em promoção à saúde e prevenção de agravos. São realizadas orientações para todos os usuários com relação à prática regular de atividade física e alimentação saudável. Realizamos também, a estratificação de risco cardiovascular e solicitamos exames complementares com a frequência recomendada. No entanto temos muita dificuldade com relação à realização dos exames, já que estes eram coletados em nossa UBS e as amostras seguiam para análise mas, com a chegada do período de chuvas, todos os recursos foram postos à disposição dos desabrigados e vítimas das enchentes, de forma que nossos usuários passaram a ter de se deslocarem para a capital Rio Branco a fim de realizar seus exames com demora considerável para obter os resultados. Pouco tem meios para fazer esse deslocamento e isso impacta negativamente para que se tenha um acompanhamento adequado. Em relação especificamente ao DM, também seguimos os protocolos. Assim como os usuários hipertensos, recebem orientações sobre a importância da prática regular de atividade física e alimentação saudável, sendo avaliados em sua saúde bucal, bem como a solicitação de exames. A equipe tomou como estratégia a busca ativa dos usuários, indicado ao menos, uma Glicemia ao ano, tem que aprofundar no diagnóstico e registro dos usuários com fatores de risco potencialmente modificáveis. Infelizmente, nossos registros que não nos permite ter números exatos dos indicadores de qualidade.

Com relação à Saúde do Idoso, a nossa unidade realiza suas ações de saúde, sempre buscando garantir a prioridade e o bom acolhimento. A consulta é feita com muita paciência, escutando o que fala o idoso, mantendo sempre uma boa relação médico usuário. O exame físico é completo, sempre explorando a memória, a escuta, os movimentos, sem esquecer as atividades da vida diária do idoso. Buscamos seguir as recomendações dos protocolos. As ações incluem orientações sobre alimentação saudável e importância da atividade física, sendo investigado para HAS e DM, feita a avaliação multidimensional rápida e verificado o risco para morbimortalidade, sempre tentando que o idoso possa viver uma vida melhor. No entanto, percebo que existem aspectos que podem ser melhorados no caso da saúde do idoso a fim de que possam ter um acompanhamento adequado, tanto na consulta para saber como é que vai evoluindo o usuário ou se tem tratamento, quanto na visita domiciliar. Não temos registros específicos para os idosos em nossa

unidade, mas de acordo com o CAP, temos estimadas 138 pessoas com 60 anos ou mais em nossa área de abrangência.

A maior dificuldade é a avaliação da Saúde Bucal, fato que percebo ser um problema geral em nosso município, a questão da garantia de acesso às ações de saúde bucal e ao atendimento odontológico em si. O município de Rio Branco tem uma grande carência de serviços odontológicos que pertencem ao SUS, assumindo este atendimento os setores privados, aonde o grande número da população não pode receber atenção pelo alto valor das consultas. Nossa população deve receber atendimento odontológico na URAP Barral, de forma que os nossos usuários têm que se deslocar para a capital para o atendimento. Além disso, o acompanhamento não é adequado, porque não existem vagas para os nossos usuários quando chegam a esta unidade pela distância que tem que percorrer. Referente a este aspecto, nossa equipe vem realizando um trabalho educativo e preventivo nas consultas, visitas domiciliares, atividade na comunidade e nas escolas.

Fazemos atividades itinerantes em toda a Transacreeana para levar o atendimento a populações mais distantes e que mais precisam, onde fazemos programas de educação para saúde com todas as idades e grupos e a população nos agradece por estas atividades de prevenção e educação em saúde.

Depois de 17 meses de trabalho, já podemos ver algumas das mudanças pelas quais trabalhamos todo este tempo. A população reconhece e fala bem do atendimento da nossa equipe e de ter um médico sempre que precisem dele para seus cuidados da saúde. Ainda temos que trabalhar muito, mas já percebemos a satisfação do bom acolhimento da população, meus usuários me identificam como seu médico e quando eu viajo para cuba para minhas férias todo o tempo ficavam perguntando quando seu médico voltaria e que queriam a seu médico de volta. Isso somente me fortalece como profissional e como pessoa, por isso tenho que trabalhar muito mais para conseguir as mudanças de que precisa minha população.

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

Fazendo uma comparação entre a situação de ESF/APS da unidade e o Relatório da Análise Situacional, podemos apreciar que existem pontos de

convergência entre eles, como por exemplo, os referentes à estrutura da unidade, serviços prestados aos nossos usuários, a composição da equipe, também a logística, materiais e insumos; todos eles segundo os parâmetros que exige o Ministério de Saúde Brasileiro. No entanto, ocorre que, com a grande diferença de que o texto inicial traz somente uma ideia da nossa unidade e dos aspectos gerais e já o Relatório da Análise Situacional estabelece uma avaliação mais ampla da unidade e do trabalho da nossa equipe. Dessa forma, com a análise situacional foi possível detalhar processos e aspectos como serviços prestados, dados populacionais, o trabalho com grupos específicos e programas, oferecendo uma melhor avaliação através de indicadores que ponderam ser melhorados para beneficiar os nossos usuários com ações desenvolvidas para mudar o estilo e modo de vida da população. Por outro lado, a diferença observada é, sobretudo, um retrato, do processo de apropriação da UBS e da realidade de saúde da comunidade.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

As doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) são um problema crescente em todo o mundo. Este fenômeno é atribuído às mudanças que sofreram a maior parte dos países, com destaque para o controle de doenças infecciosas, o aumento da expectativa de vida e aquisição progressiva "ocidental" de um modelo de vida (BRASIL, 2002; KENNETH, 1998). Tanto o DM quanto a HAS, são um problema de saúde em todo o mundo devido à sua prevalência, e estão associados com alta morbidade e mortalidade por complicações que surgem em seu curso (GRESS, 2000). O número de pessoas afetadas aumentou muito nas últimas décadas por todo o mundo (OMS, 2010; OMS, 2013). Quanto ao DM, não há dúvida de que é uma das mais importantes do mundo para a carga da doença em termos de incapacidade e mortalidade prematura que provoca problemas de saúde. Estima-se que cerca de 171 milhões de pessoas no mundo que vivem com DM e este número vai subir para 300 milhões em 2030. A magnitude do que está a aumentar devido a fatores crescentes, como obesidade, excesso de peso, sedentarismo e hábitos alimentares inadequados (WILD, 2004).

Estima-se que mais de 50% dos usuários que sofrem de hipertensão no momento do diagnóstico do médico. Ambos interagem, e aumenta, portanto, o risco de mortalidade por doença vascular. (GAEDE, 2003; RODRÍGUEZ, 2004) A HAS é um dos principais fatores na patogênese da lesão dos vasos macro e micro em usuários com distúrbios de tolerância à glicose, presente em 70% dos usuários diabéticos com doença cardiovascular, especificamente em 45% dos usuários com isquemia coronária. Estima-se que entre 30 e 75% de complicações do DM pode ser atribuída a aumento da pressão arterial (JOHNSON, 2004).



A prevenção destas doenças evita que esses usuários desenvolvam complicações, aprendendo a viver com a sua doença e com melhor qualidade de vida. A necessidade de mudar os estilos de vida e orientadas para a melhoria da saúde permite uma relação direta entre a presença de boas práticas e de prevenção de doenças. A implementação de práticas saudáveis se reflete na diminuição da incidência e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis ou que beneficiam dos serviços de saúde para que altera o custo econômico dos cuidados em consultas dos usuários e permite que os fundos para outros sistemas prevenção e promoção (OMS, 2007).

A unidade Projeto Figueira é tradicional e rural, localizada em Vila Verde, Km 58 da Rodovia Transacreana, têm uma situação estrutural boa e suficiente para o trabalho, com recepção e sala de espera, uma sala para consultas para médico, uma para enfermagem, sala de vacina, sala de curativos, farmácia, almoxarifado, cozinha, departamento para material de limpeza, 3 banheiros. Possuímos também um consultório para o atendimento odontológico, mas ainda não equipada em sua totalidade e esta é uma das dificuldades que apresentamos. Nossa equipe é composta por 1 médico, 1 enfermeira, 1 técnico de enfermagem, 13 agentes comunitários de saúde (ACS), 1 servente para serviços gerais, ofertando cuidados em saúde a cerca de 2.167 pessoas.

Este projeto de intervenção terá como foco a área programática de HAS e DM pela alta prevalência de usuários com estas doenças em nossa área de abrangência e pela baixa cobertura de usuários cadastrados como usuários pesquisados e monitorados por nossa equipe de saúde. Existem em nossa área de abrangência cerca de 2.167 pessoas, sendo que temos 127 hipertensos com 20 anos ou mais e de 27 diabéticos com 20 anos ou mais, residentes na área. Nossa unidade tem possibilidade de ofertar um cuidado qualificado em saúde, sendo a única existente em toda a estrada Transacreana em seus 100 km de extensão e seus ramos.

Consultas dos Hipertensos são agendadas na parte da manhã, uma vez por semana, assim como as consultas dos diabéticos em dias diferentes. Estes usuários com doenças crônicas têm consultas agendadas a cada três meses. São realizados o exame físico completo com qualidade e solicitados os exames complementares, de acordo com a periodicidade recomendada. Em grupos de hipertensos e diabéticos são realizadas atividades educativas duas vezes por mês com toda a equipe de saúde sobre fatores de risco e complicações, alimentação saudável, nutrição e sobre a importância de se fazer o acompanhamento longitudinal adequado.

Este projeto de intervenção é importante pela alta incidência de usuários com estas doenças e pela baixa cobertura dos mesmos na área de abrangência. Esta intervenção vai permitir pesquisa dos usuários de área que ainda não tem diagnóstico nem tratamento, evitando complicações e contribuindo para aumentar a qualidade de vida dos mesmos. Toda a equipe de saúde será envolvida neste trabalho, sendo essencial esse engajamento para a realização da mesma. Pretendemos melhorar muito os cuidados de saúde e a qualidade de vida das pessoas com hipertensão e/ou diabetes, contribuindo para a redução dos fatores de risco e complicações, bem como aumentar o número de usuários acompanhados pela unidade.

## **2.2 Objetivos e Metas**

### **2.2.1 Objetivo Geral**

Melhorar a atenção à saúde ofertada aos portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus da USF Projeto Figueira, Vila Verde, Transacreana - Rio Branco/AC.

### **2.2.2 Objetivos Específicos**

1. Ampliar a cobertura da atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos;
2. Melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos e/ou diabéticos;
3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos;

4. Melhorar o registro das informações dos hipertensos e/ou diabéticos;
5. Mapear hipertensos e/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular;
6. Promover a saúde de hipertensos e/ou diabéticos.

### 2.2.3 Metas

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

Meta 1.1. Ampliar para 100% a cobertura aos usuários hipertensos da área de abrangência no Programa de atenção à HAS e ao DM da unidade de saúde;

Meta 1.2. Ampliar para 100% a cobertura aos usuários diabéticos da área de abrangência no Programa de atenção à HAS e ao DM da unidade de saúde;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Objetivo 6.** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos;

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

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

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

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

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

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

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

## 2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família USF: Projeto Figueiras, no Município de

Rio Branco/AC. Participarão da intervenção todos os usuários com HAS e/ou DM da nossa área de abrangência de mais de 20 anos de idade, a equipe de saúde da unidade, bem como a comunidade de nossa área de abrangência.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

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

**Meta 1.1.** Cadastrar 100 % 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.

Ações a serem desenvolvidas, contemplando as metas relativas ao objetivo 1, por eixo temático:

#### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

Para monitoramento do número de usuários hipertensos e/ou diabéticos, o médico, a enfermeira e os ACS realizarão os cadastros na medida em que os usuários forem identificados, aproveitando-se de todos os espaços de produção de saúde, como as visitas domiciliares e consultas, anotarão nos registros planilhas e prontuários dos Hipertensos e/ou diabéticos que tem acompanhamentos e, também, serão registrados aqueles já diagnosticados com acompanhamento inadequado.

#### **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

Dentro do eixo organização e gestão do serviço, buscaremos estabelecer estratégias para garantir o registro adequado dos usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa. Todos os membros da equipe serão capacitados para que possamos melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e/ou DM. Vamos estabelecer prioridade para a marcação de consultas, pelo menos duas vezes por semana, em horários reservados. Será necessário ainda, garantir que a equipe seja devidamente capacitada para a aferição da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e para medir a glicose (glicosímetro) na unidade de saúde, sendo este treinamento ofertado pelo médico e pela enfermeira em turnos reservados para este fim, nos momentos de reunião de equipe, para não interferir na rotina das demais ações de saúde realizadas na

unidade. Além disso, será importante, garantir o material adequado e em bom estado para uso, o que já possuímos. Caso necessária manutenção, esta será garantida pelo gestor da unidade, com o qual já foram feitas as devidas articulações.

## ENGAJAMENTO PÚBLICO

Com relação ao engajamento público e pensando na ampliação da cobertura dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, utilizaremos todos os espaços de produção de saúde, incluindo as consultas visitas e ações de educação em saúde a fim de informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e/ou diabéticos da unidade de saúde. As ações serão realizadas por todos os membros da equipe de saúde, sobretudo pelo médico e pela enfermeira.

## QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

No eixo qualificação da prática clínica, serão realizados momentos específicos de capacitação junto aos ACS para o adequado cadastramento de hipertensos e/ou diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde. Serão ainda capacitados para a verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e do glicosímetro. Estes momentos de capacitação foram planejados em articulação com o grupo municipal de promoção de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ações a serem desenvolvidas, contemplando as metas relativas ao objetivo 2, por eixo temático:

### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Serão realizados pelo médico, exames clínicos apropriados em todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos, seja nos momentos das consultas na unidade ou durante o atendimento domiciliar, com solicitação de exames complementares de acordo com a periodicidade recomendada pelos protocolos do MS. Uma vez cadastrados e em acompanhamento pelo programa, os usuários hipertensos e/ou diabéticos retornarão para consultas de revisão a cada três meses. Todos serão avaliados com relação à estratificação de risco cardiovascular e os diabéticos terão medidas a sensibilidade dos pés e pulsos tibial posterior e pedioso. As ações realizadas deverão ser registradas para devido monitoramento e posteriormente transpostas para as planilhas de acompanhamento da intervenção, que terá um membro da equipe designado para fazer este acompanhamento juntamente com o médico. Serão prescritos, prioritariamente os medicamentos da Farmácia Popular tanto para os hipertensos quanto para os diabéticos. Os ACS farão o monitoramento com relação ao acesso aos medicamentos na Farmácia Popular. Durante as consultas os usuários hipertensos e/ou diabéticos serão ainda, avaliados com relação ao seu estado de saúde bucal, quando receberão as devidas orientações e encaminhamento para consulta programática, levando em conta a indicação de cada caso em específico.

### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

No eixo de organização e gestão do serviço, será necessário definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e/ou diabéticos, além de serem capacitados pelo médico e pela enfermeira de acordo com os protocolos adotados pela unidade, sendo estabelecida uma periodicidade para atualização da equipe. Já dispomos de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde. Será garantida a realização dos exames

complementares a todos os usuários pela administração, todas as quartas-feiras na unidade de saúde e serão estabelecidos sistemas de alerta para os exames complementares preconizados. Manteremos um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde e realizaremos o controle de estoque de medicamentos (ACS). Serão garantidos todos os medicamentos necessários para o tratamento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos acompanhados pela unidade por meio da administração da unidade e da secretaria de saúde, contando com todos os recursos necessários na farmácia de nossa unidade. Será realizada uma articulação com a administração da unidade e a gestão municipal a fim de garantir a realização do atendimento dos hipertensos e/ou diabéticos proveniente da avaliação da necessidade de atendimento odontológico, pois dependeremos do trabalho de outras unidades. Os ACS terão a responsabilidade de avisar os usuários ou seus familiares sobre a consulta odontológica programática e os ACS, juntamente com o médico registrarão nos prontuários após a realização da consulta odontológica, mediante contra referência.

## ENGAJAMENTO PÚBLICO

Com relação ao engajamento público, serão ofertadas orientações específicas pelo médico e pela enfermeira durante as consultas, as visitas e atendimentos domiciliares e as ações de educação em saúde e prevenção de agravos, acerca dos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e/ou diabéticos e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Além disso, os usuários hipertensos e /ou diabéticos serão orientados quanto à necessidade e periodicidade de realização dos exames complementares. O médico e a enfermeira realizarão uma atividade de qualificação preparatória junto aos ACS e todos os membros da equipe estarão envolvidos nas orientações junto aos usuários hipertensos e/ou diabéticos com relação aos seus direitos na obtenção de medicamentos na Farmácia Popular e sobre a importância de que seja realizada a avaliação da saúde bucal. O tema da saúde bucal será então, incluso naqueles temas a serem abordados nos momentos de educação em saúde realizados por todos os membros da equipe e direcionados aos usuários hipertensos e/ou diabéticos e para toda a comunidade.



## QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Quanto à qualificação da prática clínica e a fim de alcançar as metas relacionadas à qualidade da atenção ofertada aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, o médico irá planejar, em articulação com o grupo municipal de promoção de saúde, momentos de capacitação para a equipe de saúde no sentido de qualificá-los para a realização do exame clínico apropriado, seguindo os protocolos (médico e enfermeira), além de capacitar os ACS para orientar adequadamente os usuários hipertensos e/ou diabéticos sobre as alternativas para obtenção de medicamentos da Farmácia Popular e para a avaliação da necessidade de acompanhamento 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.

Ações a serem desenvolvidas, contemplando as metas relativas ao objetivo 3, por eixo temático:

## MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Será realizado sistematicamente pela equipe o monitoramento com relação à periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia). O médico, a enfermeira e os ACS, irão identificar os usuários hipertensos e/ou diabéticos que ainda precisam cadastrar-se junto ao programa, seja através das visitas domiciliares e consultas, e serão anotados nos registros, planilhas e prontuários dos hipertensos e/ou diabéticos, a fim de verificar de forma sistemática aqueles que faltam ao acompanhamento adequado na unidade, não apresentando, pois, boa adesão.

## ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Dentro do eixo organização e gestão do serviço a equipe buscará organizar e intensificar a realização das visitas domiciliares com o intuito de buscar os faltosos, que serão realizadas de forma programática todas as terças-feiras. Participarão desta ação o médico, a enfermeira e os ACS. Nossos usuários hipertensos e/ou

diabéticos serão acolhidos quando comparecerem à unidade, fortalecendo o vínculo com a equipe de saúde e com o serviço. Durante o acolhimento, será tema das palestras realizadas pela equipe para a comunidade sobre a importância da continuidade e adesão ao tratamento para HAS e/ou DM.

## ENGAJAMENTO PÚBLICO

Com relação ao engajamento público e a fim de melhorar a adesão dos usuários hipertensos e/ou diabéticos ao programa, serão realizadas ações de educação em saúde, por meio de palestras por toda a equipe. Essas ações ocorrerão nos diversos espaços de produção de saúde pelo médico, enfermeira e ACS. A comunidade também será escutada sobre possíveis estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e/ou diabéticos.

## QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Quanto à qualificação da prática clínica, os ACS serão capacitados para realizar orientações aos nossos usuários de hipertensos e/ou diabéticos quanto à importância de realizar as consultas e sua periodicidade. Será planejada uma atividade de capacitação a ser realizada pelo médico e pelo grupo de promoção de saúde junto aos ACS para este fim.

### **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.

Ações a serem desenvolvidas, contemplando as metas relativas ao objetivo 4, por eixo temático:

## MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Uma vez cadastrados e a fim de melhorar os registros das ações realizadas junto aos usuários hipertensos e/ou diabéticos acompanhados pela unidade, no eixo monitoramento e avaliação, toda a equipe estará comprometida no sentido de

garantir a qualidade dos registros nas planilhas de acompanhamento e prontuários, verificando sempre aqueles usuários que tem acompanhamento adequado e aqueles que estão com registros e acompanhamento inadequados.

## ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Após serem estabelecidas as atribuições de cada membro da equipe, serão especificados os profissionais responsáveis pela manutenção das informações do SIAB atualizadas, com a implantação de uma ficha de acompanhamento. Será organizado um sistema e alerta que permita sinalizar situações quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença. O responsável (ACS) então registrará o atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, além de alimentar o SIAB.

## ENGAJAMENTO PÚBLICO

Todos os membros da equipe estarão envolvidos a fim de garantir aos usuários hipertensos e/ou diabéticos e a comunidade como um todo, a devida orientação sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Todos serão previamente capacitados pelo médico através de atividade planejada em articulação com o grupo municipal de saúde.

## QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

No eixo qualificação da prática clínica, toda a equipe será capacitada pelo médico através de atividade planejada em articulação com o grupo municipal de saúde no sentido de garantir o preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do usuário hipertenso e/ou diabético, além de serem capacitados para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

**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.

Ações a serem desenvolvidas, contemplando as metas relativas ao objetivo 6, por eixo temático:

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O médico, enfermeira e os Agentes Comunitários irão identificar e cadastrar os usuários hipertensos e/ou diabéticos que ainda precisam cadastrar-se e anotarão os registros nas planilhas e prontuários dos usuários hipertensos e/ou diabéticos que tem acompanhamentos e os que faltam acompanhamento adequado, além da periodicidade das consultas programadas. Isso permitirá monitorar o número de usuários hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, garantindo a realização naqueles sem esta estratificação.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

O médico, enfermeira e os Agentes Comunitários identificarão e cadastrarão os usuários hipertensos e/ou diabéticos que ainda precisam cadastrar-se, anotarão os registros nas planilhas e prontuários dos usuários hipertensos e/ou diabéticos que tem acompanhamentos e os que faltam acompanhamento adequado. Uma vez identificado o usuário hipertenso e/ou diabético como de alto risco cardiovascular, será priorizada a marcação de consulta desses usuários, sendo garantida a reserva de vaga na agenda para o primeiro turno de atendimento.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

A fim de garantir o engajamento público neste conjunto de ações, os usuários hipertensos e/ou diabéticos serão devidamente orientados quanto à importância do acompanhamento regular e do controle sobre os fatores de risco modificáveis, através de ações de educação em saúde, por meio de palestras e conversas individuais ou coletivas, feitas pelo médico, ACS e enfermeira, em consultas, visitas domiciliares e em palestras na recepção da unidade (sala de espera) e educação sanitária de saúde todas as semanas.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Será conduzido pelo médico da unidade, um processo de capacitação construído em articulação com o grupo de promoção da saúde do município, tendo por objetivo capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos-alvo, além de tratar da importância do registro desta avaliação, bem como pensar em estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, a fim de orientar adequadamente nossos usuários hipertensos e/ou diabéticos e toda a comunidade.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ações a serem desenvolvidas, contemplando as metas relativas ao objetivo 6, por eixo temático:

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Uma vez capacitados, todos os membros da equipe estarão envolvidos nas ações a serem desenvolvidas nesse eixo. Todos terão bem definidos os seus papéis e atribuições no sentido de monitorar a realização de orientações específicas aos nossos usuários hipertensos e/ou diabéticos com relação à alimentação saudável, à importância da prática de atividade física regular, sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal. O médico estará à frente deste monitoramento, verificando junto à equipe o cumprimento das pactuações feitas.

## ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Serão realizadas com a gestão as articulações necessárias a fim de garantir a inserção do profissional nutricionistas em ações coletivas sobre alimentação saudável, bem como do educador físico para engajar-se nas atividades sobre atividade física regular direcionada aos usuários hipertensos e/ou diabéticos. Será ainda, demandada junto à gestão a garantia de fornecimento de medicações utilizadas no tratamento do abandono do tabagismo. As ações serão feitas em parceria com o grupo municipal de promoção da saúde.

## ENGAJAMENTO PÚBLICO

No sentido de garantir o engajamento público junto às ações que visam promover a saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, serão realizadas ações de educação em saúde no sentido de empoderar nossos usuários, realizando orientações sobre a importância da alimentação saudável e sobre a prática de atividade física regular, bem será feita por todos os membros da equipe, devidamente capacitados, a divulgação sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo e sobre a importância da higiene bucal.

## QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

A fim de qualificar a equipe para as ações de promoção à saúde, direcionadas aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, será realizada pelo médico, em articulação com o grupo municipal de promoção da saúde, atividades de capacitação sobre metodologias de educação em saúde que possam oportunizar um diálogo mais próximo com nossos usuários hipertensos e/ou diabéticos e toda a comunidade, para que a equipe possa realizar as orientações sobre alimentação saudável, prática da atividade física regular e riscos do tabagismo de forma adequada.

### 2.3.2 Indicadores

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura da Atenção aos Hipertensos e Diabéticos

**Meta 1.1** Ampliar para 100% o cadastro dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e DM da unidade de saúde.

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

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

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

**Meta 1.2** Ampliar para 100% o cadastro dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

**Indicador 2.1.** Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número total de hipertensos 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 priorizada.

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

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 priorizada.

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

**Indicador 6.2.** Proporção de diabéticos com orientação

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### 2.3.3 Logística

A intervenção está desenhada para ser implementada em 16 semanas na USF Projeto Figueira, Vila Verde, Transacreana - Rio Branco/AC e adotará como referências o Caderno de Atenção Básica N<sup>o</sup> 36, Diabetes Mellitus - Estratégias

para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica (BRASIL, 2013) e o Caderno de Atenção Básica Nº 37, Hipertensão Arterial Sistêmica - Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica (BRASIL, 2013), disponibilizados pelo MS.

Utilizaremos os cadastros, prontuários e ficha espelho dos Hipertensos e/ou diabéticos (ANEXO C) para organizar o registro específico da intervenção e poder coletar todos os dados pelo médico, enfermeira e ACS. As fichas-espelho serão impressas em número suficiente para o quantitativo de usuários com HAS (127) e DM (27) de nossa área de abrangência. Temos o protocolo impresso e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar, em caso de necessidade, norteador as ações implementadas.

Os ACS revisarão todas as semanas os prontuários e as fichas espelhos junto ao médico (responsável da intervenção) para consolidar as informações e anotá-las na planilha eletrônica. Todos os dias serão atualizadas as informações do SIAB, função esta que caberá à profissional enfermeira da unidade

Em todas as consultas, o médico, ajudado pelos ACS e a enfermeira monitorará a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual, realização do hemoglicoteste e realização de glicose em todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos acompanhados pela unidade de saúde. Temos os recursos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen, glicosímetro). Ficarão definidas as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de hipertensos e/ou diabéticos. Isso nos ajudará a melhor organizar nossos processos de trabalho, contribuindo para que a intervenção seja implementada de forma mais eficiente, ao tempo em que atuaremos numa perspectiva de valorização do trabalho e do trabalhador, construindo um cenário na qual todos poderão perceber a importância da sua atuação individual para que o conjunto funcione de forma adequada.

Os ACS atuarão ainda no sentido de orientar, organizar o trabalho, a medir o peso dos usuários. A enfermeira será responsável pela aferição de pressão arterial e medição da glicose ou outro exame que se seja necessário. Os novos usuários serão acolhidos e agendados para consultas para que possam ser inseridos de forma adequada no programa de hipertensão arterial e diabetes mellitus da unidade de saúde e contemplados pelo conjunto de ações sistematizadas do programa, a fim de que tenham um acompanhamento adequado para suas necessidades de saúde.

Será garantida a referência e contra referência de usuários que assim o precisem, também os que precisam atendimento odontológico e acompanhamento

por dentista para melhorar a saúde bucal, já foram feitas as articulações necessárias com a URAP e unidades do município, na medida em que não dispomos de serviço de saúde bucal na unidade e será necessário uma boa articulação com a rede. O gestor da unidade coordenará e planejará as consultas com outras especialidades e, logo após, os ACS serão responsáveis por repassar tais informações aos usuários ou ao familiar responsável em seu domicílio, contribuindo para garantir e viabilizar o acesso à oferta de cuidado para outros níveis de atenção.

O médico, enfermeira e os ACS anotarão nos registros, planilhas, prontuários e mapa das pessoas hipertensas e/ou diabéticas que tem maior risco de morbimortalidade, acompanhamentos e a periodicidade das consultas programadas, também os que ainda precisa cadastrar se.

Por meio dos momentos de capacitação previstos, a equipe será qualificada para esclarecer e orientar a comunidade sobre a importância dos hipertensos e/ou diabéticos realizarem acompanhamento periódico na unidade de saúde a cada três meses, orientação nutricional para melhorar os hábitos alimentares e estimular hábitos saudáveis, a realização de orientação de atividade física regular ou outros temas, a cada 15 dias teremos uma atividade planejada pelo médico e pelo grupo municipal de promoção de saúde. Também realizaremos ações de educação em saúde junto aos nossos usuários hipertensos e/ou diabéticos, na perspectiva da promoção de saúde e prevenção de agravos na recepção, sob o formato de sala de espera ou rodas de conversa, nas consultas ou visitas domiciliares, buscando envolver todos os membros da equipe nesta ação. Isso nos ajudará em muito, no sentido de empoderar os usuários acerca dos seus estados de saúde, fomentando a corresponsabilidade.



<p>Realizar atividades de promoção de saúde na UBS junto aos usuários hipertensos e/ou diabéticos.</p>																
<p>Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e/ou diabéticos da unidade de saúde. Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e/ou diabéticos.</p>																
<p>Articulação com o gestor municipal a fim de garantir agilidade na realização dos exames complementares definidos no protocolo.</p>																



### **3 Relatório da Intervenção**

Embora a intervenção tenha sido inicialmente construída para ser implementada num período de 16 semanas houve uma redução para 12 semanas ao longo do percurso. Essa redução foi recomendada pela coordenação geral do curso de Especialização em Saúde da Família, UNASUS/UFPEL, pela necessidade de ajustar a intervenção ao cronograma do curso.

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

Começamos a nossa intervenção o dia 19 de janeiro de 2015, onde a primeira coisa que fizemos foi uma reunião para uma conversa com a equipe sobre o projeto global, seus objetivos, características específicas, o alcance e sua importância para os usuários e a comunidade, ainda que em semanas anteriores já houvéssemos conversado sobre isso e tivemos tudo preparado para este início e as possíveis dúvidas e dificuldades que poderiam surgir.

Monitoramos o número de usuários com HAS e DM dentro de nossa área, que compreende do km 48 ao km 80 da Transacreana mais todos os ramais que compõem cada área coberta pelo ACS, ramais com mais de 40 km de distância da estrada e da unidade de saúde, buscando garantir todos os recursos necessários.

Realizamos a capacitação da equipe sobre o projeto, o cadastramento, o seguimento de doentes com a HAS e DM, a medição da PA e medição da glicose que foi realizada por duas semanas. Além disso, a equipe reuniu-se com três líderes da comunidade para informá-los sobre o projeto e seus benefícios para os usuários e a própria comunidade.

Por conta das chuvas e do período de enchentes logo no início da intervenção, surgiu, grande preocupação por conta da dificuldade de acesso dos usuários para se deslocarem até a unidade, o que tornava ainda mais difícil a assistência, aumentando nossos desafios e dificuldades com a realização de exames complementares e o atendimento odontológico. Sempre buscamos seguir em frente a despeito das dificuldades.

Realizamos ações de educação em saúde com foco na promoção à saúde e prevenção de agravos todos os dias, através de palestras feitas antes das consultas e sempre divulgando acerca da importância do programa, explicando em que consistia, periodicidade das consultas e exames necessários para alcançar um bom atendimento.

Realizamos visitas domiciliares, que são tão importantes para o nosso trabalho na atenção primária, porque não só foram para pesquisa, tratamento e acompanhamento de usuários com HAS e/ou DM, mas também para o trabalho educativo, que é muito necessário e ainda mais quando o estado estava vivendo as inundações e fortes chuvas.

Foram revisados os medicamentos, sempre monitorando o número de usuários cadastrados, para que fizéssemos uma boa gestão dos recursos para continuar com nossa intervenção. A partir do momento em que se iniciou o período das enchentes, começamos a enfrentar muitas dificuldades, já que o estado estava sofrendo com a maior enchente de sua história e os recursos para a realização dos testes em nossa unidade foram removidos e colocados à disposição da população que estava em abrigos de inundados. Nossos usuários passaram a ter de se deslocar até a capital do estado a fim de conseguirem realizar exames complementares, o que foi mais difícil pelas condições meteorológicas, a distância percorrida e porque a nossa unidade de referência também foi alagada.

Mesmo com as dificuldades encontradas, encerramos o segundo mês da nossa intervenção, com um total de 99 usuários, entre diabéticos e hipertensos. A partir desse período, somando-se a todos os desafios que já vínhamos enfrentando veio a reforma de nossa unidade, onde além das condições climáticas adversas, as fortes chuvas e os ramais intransitáveis juntou-se a esse cenário o trabalho sendo

realizado numa escola em condições atípicas e improvisadas, com alguma dificuldade, porque só contávamos com uma sala pequena sem maca para examinar os usuários, sem água para lavar as mãos e outra sala para a entrega dos medicamentos que ficavam em caixas e sua revisão era feita com dificuldade. Quando as atividades letivas começaram, passamos para o SEAPROF, onde a farmácia e as consultas ficavam na mesma sala. Foi muito desafiador e pensamos em muitas estratégias como intensificar as visitas domiciliares de forma a compensar nossas dificuldades em conseguir ofertar cuidados em saúde à população de forma regular.

Felizmente, com muito esforço, compromisso e dedicação por parte de todos, encerramos nossa intervenção com bons resultados, sobretudo levando em conta a quantidade e o tamanho dos desafios postos e enfrentados.

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

Podemos aqui falar da questão de alguns aspectos como do acompanhamento odontológico. Embora tenhamos realizado a avaliação da necessidade de atendimento odontológico, infelizmente, não tínhamos como garantir o acesso ao atendimento em si. Nossos usuários tinham de se deslocar para a capital através de encaminhamento, as vagas eram poucas e os agendamentos difíceis. Já ao final da intervenção, felizmente conseguimos uma reunião com o chefe de zonas rurais e garantimos através de pactuação realizada que todas as quintas-feiras teremos disponibilidade de duas vagas para que os nossos usuários realizem o atendimento odontológico, dando continuidade à nossa intervenção como uma rotina de trabalho em nosso serviço.

Com relação aos exames complementares podemos dizer que foram parcialmente cumpridos, já que nas primeiras semanas as coletas foram realizadas todas as quartas-feiras, até que veio o período das enchentes, onde vários municípios foram muito afetados e a partir desse momento todos os recursos foram postos à disposição dos abrigos de pessoas cujas casas foram alagadas.

Também quanto aos cadastros que havíamos previsto inicialmente para realizar junto aos 127 usuários com hipertensão e 27 com diabetes, já que nossa intervenção anteriormente programada para 16 semanas foi reduzida para 12 por

recomendação do curso de especialização. No entanto, podemos dizer que seguimos avançando e já realizamos muitos cadastramentos após encerrado o prazo da coleta de dados para efeito desta intervenção.

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

Em relação à coleta de dados, saliento que não apresentamos grandes dificuldades, bem como no preenchimento das planilhas e dos formulários. Nas primeiras semanas existiu algum grau de dificuldade que foi sendo progressivamente sanado com as revisões realizadas e na medida em que fomos nos apropriando da ferramenta disponível.

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

A intervenção já é incorporada à rotina de serviço da nossa unidade. Seguimos buscando nossas metas tanto com relação à cobertura, quanto no sentido de qualificar cada vez mais os cuidados em saúde, ofertados aos nossos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Sobre a programação das consultas, pretendemos ajustar nossos processos de trabalho, de forma a ampliar os turnos de atendimento disponibilizados para este grupo em nossa unidade, respeitando os protocolos.

Pretendemos em breve, garantir a todos os hipertensos e/ou diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Com a entrega da unidade remodelada, foi iniciada coleta dos exames todas as quartas-feiras, sempre dando prioridade aos usuários do programa, garantindo sempre pelo menos cinco vagas.

Planejamos ainda, organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos e/ou diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Dando continuidade ao nosso projeto de intervenção, conseguimos pactuar a disponibilidade de três vagas para o atendimento de nossos usuários em um centro de saúde na capital, até que seja retomada a ideia inicial do atendimento todas as semanas em nossa unidade. Isso será importante tanto para nossos usuários hipertensos e/ou diabéticos, bem

como, para toda a comunidade. Ademais, seguiremos realizando o nosso conjunto de ações sistematizadas e buscando qualificar cada vez mais nossa oferta de serviços em saúde.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A área coberta por minha unidade de saúde é extensa por tratar-se de uma unidade localizada numa rodovia, de forma que além das grandes distâncias para percorrer, lidamos com um acesso difícil a determinadas localidades. Possuímos 127 usuários com hipertensão e 27 com diabetes mellitus, considerando aqueles com 20 anos ou mais de idade e que são portadores de, pelo menos, uma das doenças, sendo que este valor será utilizado no denominador dos resultados visto que as estimativas dos cadernos das ações e planilha de coleta de dados ficam distantes da nossa realidade.

Ao longo da intervenção, a despeito dos desafios que enfrentamos por motivos diversos trazidos ao longo deste volume, conseguimos alcançar bons resultados, que são apresentados abaixo. Na medida em que nossa equipe foi adquirindo conhecimentos e se aproximando da metodologia proposta, fomos também, aumentando o número de cadastros semanais e de usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados.

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

**Meta 1.1:** Ampliar para 100% o cadastro dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Com relação a este primeiro indicador, que se refere ao alcance de cobertura que atingimos com os usuários hipertensos evoluiu de forma que, no primeiro mês, 60 usuários foram cadastrados, correspondendo a 47,2%.

No segundo mês evoluímos para 92 usuários (72%), alcançando no mês 3, um total de 123 (97%) ao final da intervenção. Embora tenha sido bom indicador, não atingimos nossa meta proposta porque, como esclarecemos anteriormente, nossa intervenção teve sua duração reduzida de 16 para 12 semanas, além dos demais desafios encontrados que incluíram o período de enchentes, a dificuldade de acesso e reforma da UBS. Todos contribuíram para este resultado, principalmente os ACS, cadastrando os hipertensos de nossa área de abrangência.

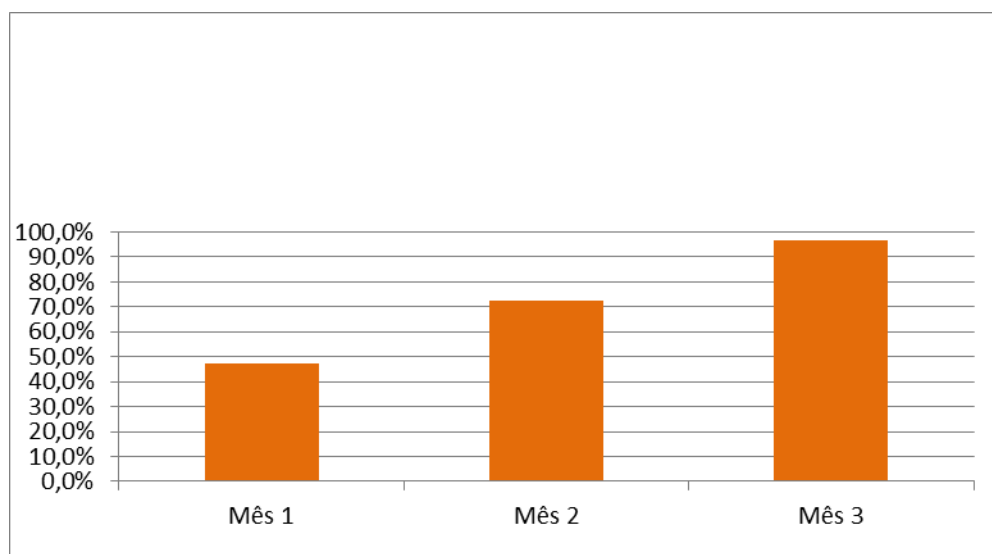


Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde. UBS/ESF Projeto Figueira, Rio Branco/AC. 2015.

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

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

Com relação especificamente à cobertura da atenção ao diabético, no primeiro mês, cadastramos 10 diabéticos, correspondendo a 37%. No mês 2, atingimos 66%, correspondendo a 18 usuários e encerramos nossa intervenção, tendo alcançado 81%, sendo assim 22 diabéticos inseridos no programa. Os motivos que contribuíram ou dificultaram para que obtivéssemos tais resultados foram os mesmos daqueles que influenciaram na cobertura dos usuários hipertensos.

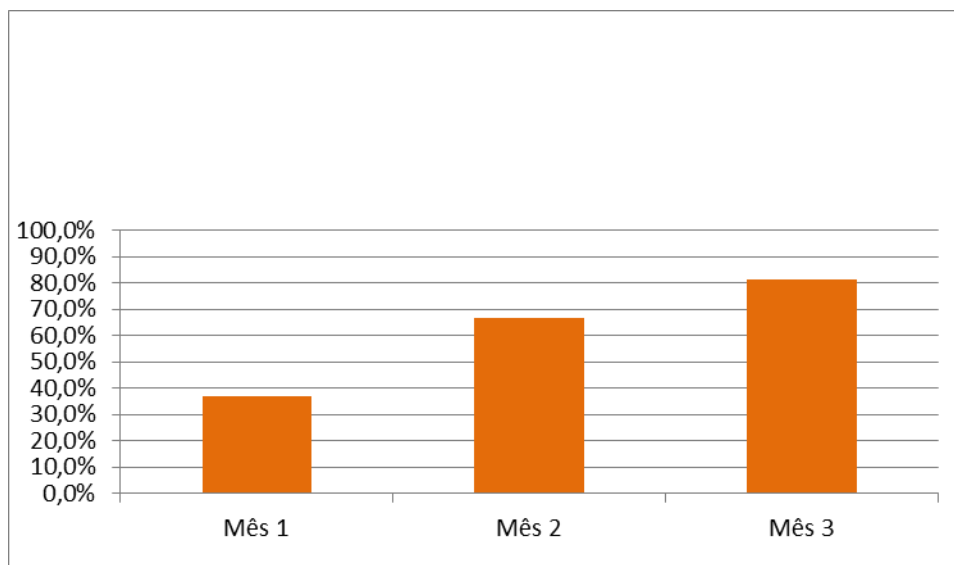


Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde. UBS/USF Projeto Figueira, Rio Branco-AC. 2015

**Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo**

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

Para esta meta, que trata da realização de exame clínico apropriado nos usuários hipertensos, conseguimos contemplar a todos, atingindo 100% dos hipertensos em todos os períodos avaliados (três meses de intervenção) e fazendo o exame clínico completo para cada usuário no próprio atendimento. Foi essencial o processo de capacitação realizado junto à equipe de saúde, compromisso e engajamento de todos, além de poder contar com a estrutura física e material para alcançar esta meta.

**Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo**

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

Com relação à realização do exame clínico apropriado junto aos nossos usuários diabéticos, igualmente como ocorreu com aqueles hipertensos, conseguimos com o empenho e dedicação de todos, alcançar a meta de 100% de exames realizados de forma adequada de acordo com



os protocolos em todos os períodos avaliados. Do mesmo modo, foi essencial o processo de capacitação realizado junto à equipe de saúde, compromisso e engajamento de todos, além de poder contar com a estrutura física e material para alcançar esta meta.

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

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

Quanto a garantir a realização de exames complementares a 100% dos hipertensos, podemos dizer que a nossa meta foi cumprida parcialmente. Nosso indicador evoluiu de forma que no mês 1, garantimos exames em 10 dos 60 usuários cadastrados naquele momento, correspondendo a 16%. No mês 2, conseguimos realizar exames em 18 dos 92 usuários com HAS cadastrados (19%) e, no mês 3, encerramos nossa intervenção com uma pequena queda para 18% porque proporcionalmente aumentamos o número de cadastros, realizando exames em 23 dos 123 usuários. No primeiro mês tudo aconteceu de acordo com nosso cronograma previsto, já que foram feitas as coletas em nossa unidade de saúde todas as quartas feiras. Logo chegaram as alagações e como já falamos antes, todos os recursos da saúde municipal foram postos à disposição dos desabrigados e os nossos usuários tinham que se deslocar até a capital para realizar seus exames e também com a dificuldade dos ramais que se tornaram intransitável, acarretando em baixos percentuais alcançados.

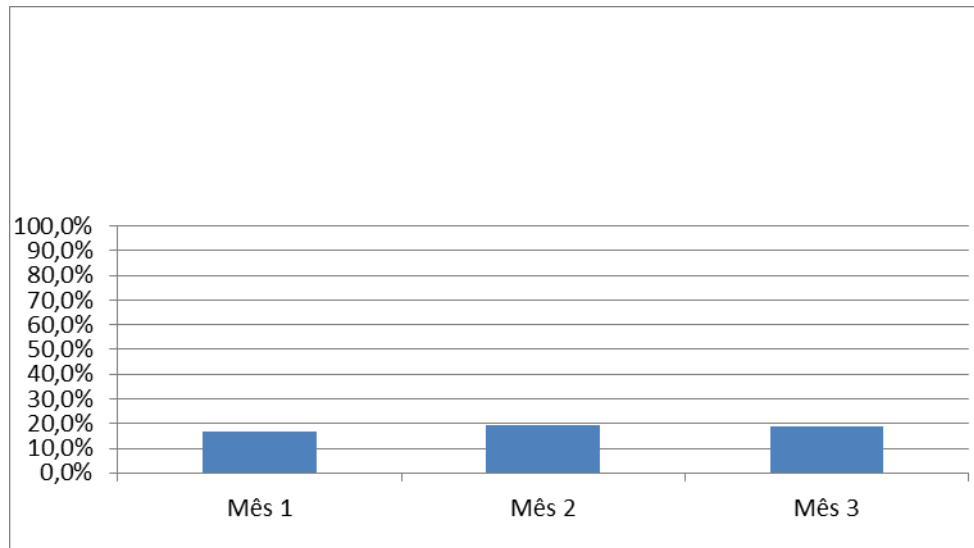


Figura 3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. UBS/ESF Projeto Figueira, Rio Branco/AC. 2015.

#### **Indicador 2.4: Proporção de diabéticos com os 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.

Com relação à realização dos exames complementares especificamente de nossos usuários diabéticos, no primeiro mês, conseguimos apenas 10%, ou seja, realizamos exame em apenas 1 diabético dos 10 cadastrados até aquele momento. No mês 2, tivemos proporcionalmente um avanço para 28%, realizando exames em 5 dos 18 usuários participantes do programa. Encerramos nossa intervenção com pequena queda para 27% de exames complementares realizados, correspondendo a 6 dos 22 cadastrados. Os motivos que contribuíram e influenciaram para tais resultados, correspondem àqueles no caso dos usuários hipertensos.

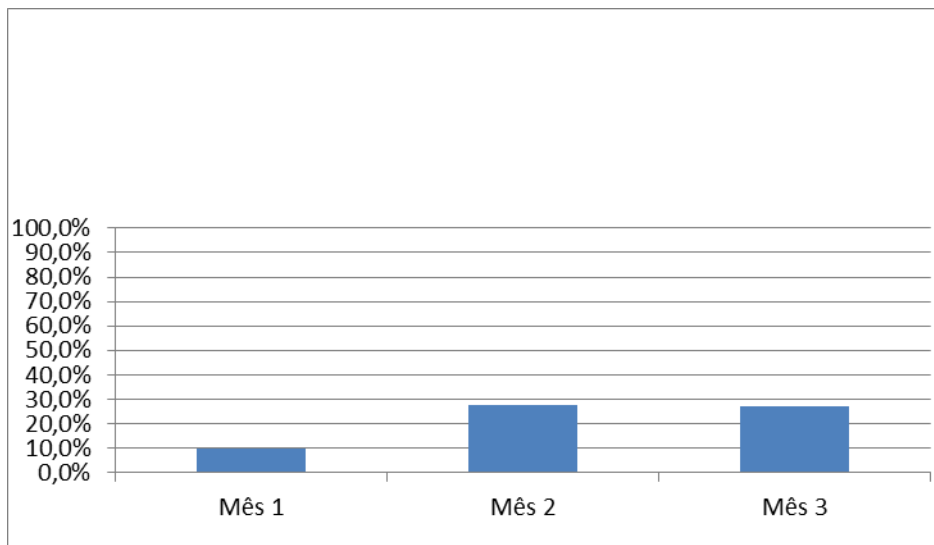


Figura 4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. UBS/ESF Projeto Figueira, Rio Branco/AC. 2015.

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

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

Conseguimos resultados excelentes para esta meta, que diz respeito a priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular aos nossos usuários hipertensos. Dessa forma, com satisfação alcançamos os 100% desta meta de qualidade em todos os períodos avaliados (três meses de intervenção). Os medicamentos foram garantidos por nossa equipe e pela equipe da farmácia da SEMSA na farmácia de nossa unidade sem faltas, garantindo que todos os nossos usuários saíssem das consultas com seus medicamentos. As articulações realizadas previamente com a gestão municipal foram essenciais para que conseguíssemos tal resultado.

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

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

Do mesmo modo evoluiu nosso indicador que descreve a proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada. Igualmente como ocorreu com nossos usuários hipertensos,

mantivemos nossa meta alcançada em 100% em todos os períodos avaliados. Os motivos que contribuíram para este êxito foram os mesmos que influenciaram para este indicador relacionado aos diabéticos.

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

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

Com relação à avaliação da necessidade de atendimento odontológico junto aos nossos usuários hipertensos, podemos dizer que, também atingimos esta meta em 100% em todos os períodos avaliados (três meses de intervenção). Os processos de capacitação realizados junto à equipe foram essenciais para que garantíssemos a todos esta avaliação, realizadas nos momentos de consulta, fosse em consultório, nas dependências da unidade ou mesmo durante as visitas e atendimentos domiciliares. Infelizmente, não tivemos como garantir o atendimento odontológico propriamente dito, pelas fragilidades da rede, dificuldades de acesso aos serviços de saúde bucal. Após reuniões de articulação e pactuações feitas, já ao final da intervenção, é que conseguimos garantir a disponibilidade de três vagas por semana para os nossos usuários e já começamos a perceber os resultados.

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

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

Do mesmo modo como no indicador anteriormente descrito, alcançamos e mantivemos 100% em todos os períodos avaliados para esta meta. Os motivos que influenciaram para tais resultados foram os mesmo daqueles apresentados no caso dos usuários hipertensos.

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

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

Com relação ao indicador que verifica a proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa, obtivemos excelentes resultados, mantendo 100% de usuários com busca bem sucedida em todos os períodos avaliados. No primeiro mês, foram realizadas buscas aos 26 usuários hipertensos que faltaram às consultas. No segundo mês, tivemos o mesmo número de 26 faltosos e todos foram buscados. No mês 3, todos os 30 faltosos foram buscados. Esse resultado foi fruto das capacitações que a equipe recebeu, além do engajamento e dedicação de todos para que a intervenção ocorresse da melhor forma e, nesse caso, principalmente dos ACS. As ações de educação em saúde junto aos usuários foram, também muito importantes no sentido de aproximá-los do serviço de saúde, entendendo a importância do acompanhamento adequado.

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

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

Com relação especificamente à busca ativa de usuários diabéticos faltosos às consultas, nosso indicador evoluiu do mesmo modo como no caso dos hipertensos, de forma que atingimos e mantemos os 100% em todos os períodos avaliados. Assim, tivemos no mês 1, 6 usuários diabéticos faltosos, todos com busca ativa bem sucedida. Nos meses 2 e 3, tivemos respectivamente 6 e 3 usuários faltoso e todos, igualmente, foram buscados. As razões que contribuíram para os bons resultados deste indicador coincidem com aquelas que explicam o mesmo indicador no caso dos hipertensos.

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

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

Quanto ao indicador que mede a proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento, foi outra meta bem sucedida de nossa intervenção, já que conseguimos manter os 100%, considerando todos os períodos avaliados. Todos os usuários cadastrados e inseridos no programa tiveram seus registros realizados com a qualidade necessária para um adequado acompanhamento. Os hipertensos tiveram seus registros atualizados e passaram a fazer parte do grupo de usuários cujos registros eram constantemente monitorados. Foi muito importante aqui o processo de capacitação realizado, dispor da estrutura física e material necessário e em quantidade suficiente, além do comprometimento de todos os profissionais da equipe.

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

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

Do mesmo modo como evoluiu o indicador anteriormente descrito, no caso dos usuários diabéticos, este indicador que mede a proporção de usuários com registro adequado na ficha de acompanhamento, obteve excelentes resultados, mantendo-se em 100% em todos os períodos avaliados. Os motivos que contribuíram para este resultado foram os mesmos citados no caso dos usuários hipertensos.

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

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

Quanto à estratificação de risco cardiovascular, trata-se de um componente essencial quando pensamos no acompanhamento de usuários hipertensos, sendo utilizado como importante critério para condução terapêutica de cada caso individualmente. No caso do indicador que avalia a proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular, evoluímos de forma que no mês 1 esta avaliação foi realizada em 98% dos usuários, correspondendo a 59 dos 60 cadastrados naquele mês. No mês 2, conseguimos 90%, considerando ter realizado a estratificação em 91 dos

92 hipertensos cadastrados e, finalmente, no mês 3, alcançamos os 100%, avaliando todos os 123 usuários para risco cardiovascular. Foi importante aí a capacitação recebida pela equipe, sendo devidamente qualificados para a prática clínica e a dedicação de todos os membros da equipe, cumprindo cada um com suas atribuições dentro da intervenção.

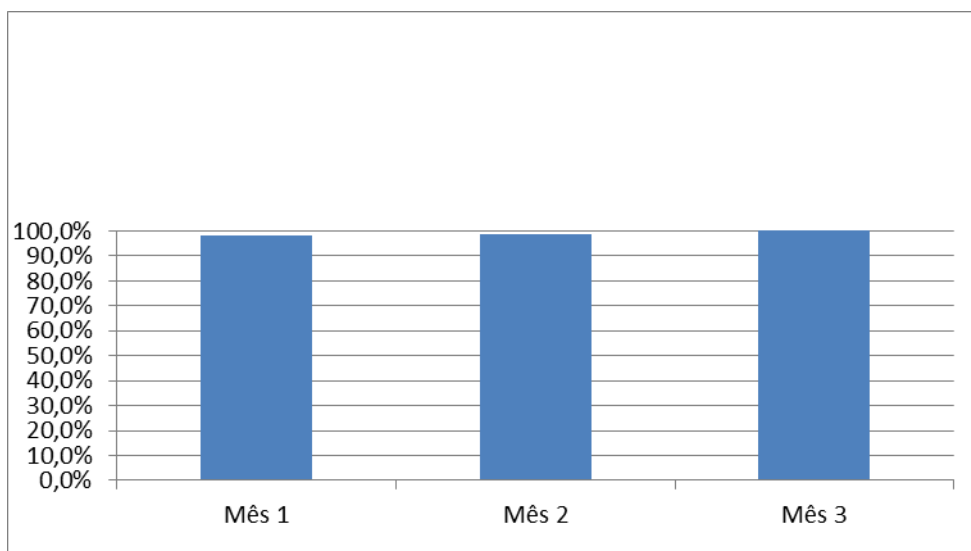


Figura 5: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular. UBS/ESF Projeto Figueira, Rio Branco/AC. 2015.

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

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

No caso da realização da estratificação de risco cardiovascular especificamente dos usuários diabéticos, conseguimos o êxito de manter 100%, em todos os períodos avaliados. No primeiro mês foram realizadas estratificações nos 10 usuários cadastrados, evoluindo para 18 no segundo mês e 18 no terceiro mês. Os motivos que levaram à obtenção de tal êxito foram os mesmos que contribuíram no caso dos hipertensos, sendo a estratificação realizada adequadamente na própria consulta.

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

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

Quanto à proporção de hipertensos que receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, evoluímos com bons resultados. Nos meses 1 e 2, alcançamos respectivamente 98% e 99%, contemplando 59 e 61 usuários cadastrados nestes meses. Encerramos o mês 3, tendo atingido a meta em 100% com todos os 123 usuários hipertensos tendo recebido tais orientações. As orientações foram ofertadas em ações de educação em saúde, na perspectiva da promoção em saúde com palestras (coletivamente) no início do dia na sala de espera e em momentos individuais nas consultas, os processos de capacitação realizados junto com o grupo municipal de promoção da saúde, que qualificaram a equipe para orientar nossos usuários adequadamente, a dedicação e engajamento da equipe, além das articulações com a SEMSA contribuíram em muito para os excelentes resultados alcançados.

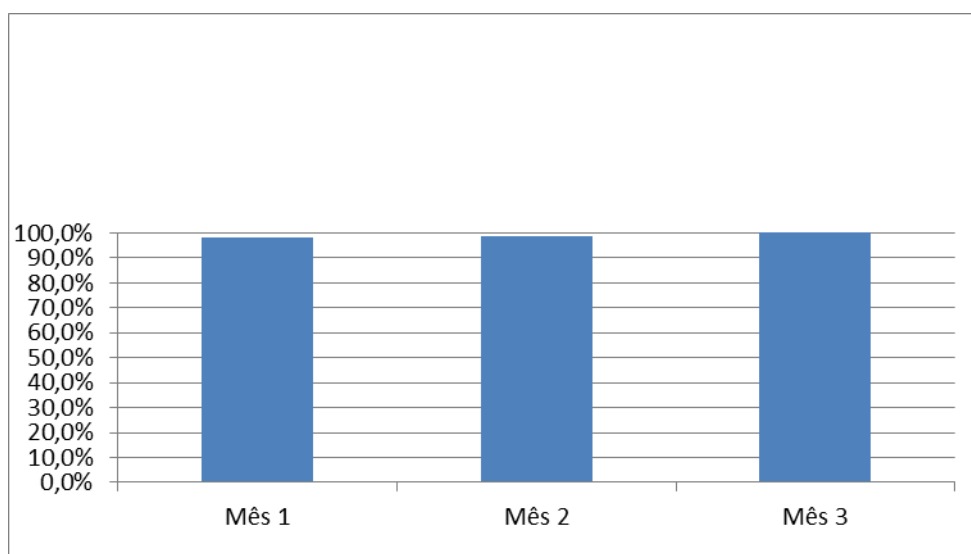


Figura 6: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. UBS/ESF Projeto Figueira, Rio Branco/AC. 2015.

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

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

No caso da proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, felizmente conseguimos atingir os 100% desta



meta, que foi mantido em todos os períodos avaliados (três meses). As razões para os bons resultados foram as mesmas que contribuíram para este indicador aplicado aos hipertensos.

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

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

Com relação à proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física, podemos dizer que alcançamos bons resultados. No mês 1, conseguimos 98% (59), evoluindo para 99% no mês 2, correspondendo a 92 usuários cadastrados naquele momento. Encerramos o mês 3, tendo alcançado 100% desta meta de qualidade, para todos os 123 usuários cadastrados e acompanhados pelo programa. Do mesmo modo como nas orientações nutricionais, as ações de educação em saúde, na perspectiva da promoção em saúde com palestras no início do dia antes das consultas, os processos de capacitação realizados junto com o grupo municipal de promoção da saúde, que qualificaram a equipe para orientar nossos usuários adequadamente, a dedicação e engajamento da equipe, além das articulações com a SEMSA contribuíram em muito para os excelentes resultados alcançados.

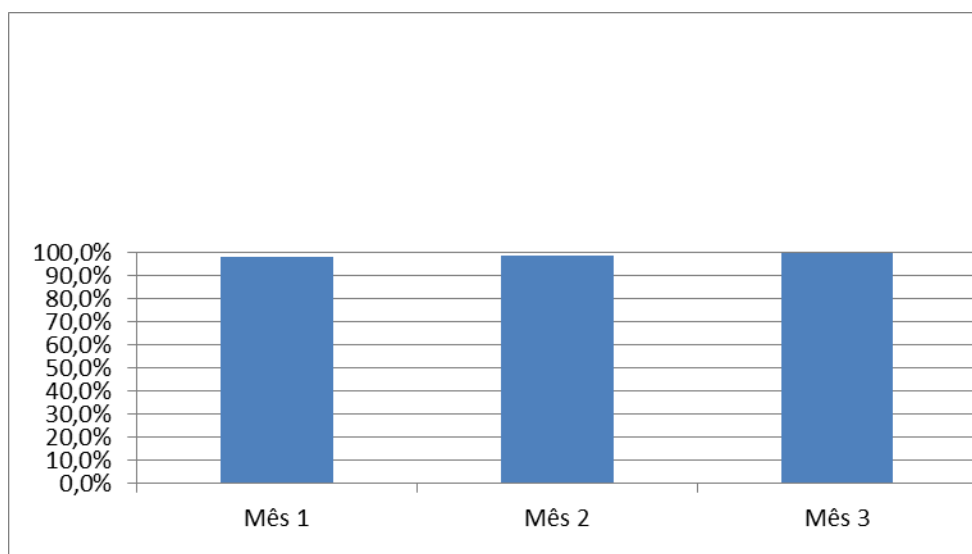


Figura 7: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física. UBS/ESF Projeto Figueira, Rio Branco/AC. 2015.

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

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

Quanto aos diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, felizmente conseguimos atingir os 100% desta meta, que foi mantido em todos os períodos avaliados (três meses). As razões para os bons resultados foram as mesmas que contribuíram para este indicador aplicado aos hipertensos.

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

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

Com relação ao indicador que mede a proporção de hipertensos com orientação sobre riscos do tabagismo, evoluímos de forma que nos meses 1 e 2, alcançamos 98 e 99%, contemplando 59% e 91% dos usuários cadastrados nesses meses respectivamente. No mês 3 encerramos a intervenção tendo alcançado nossa meta em 100% com todos os 123 usuários cadastrados com estas orientações. Como no caso das ações relacionadas à promoção da saúde dos usuários hipertensos, contribuíram para tal resultado as ações de educação em saúde, na perspectiva da promoção em saúde com palestras no início do dia antes das consultas, os processos de capacitação realizados junto com o grupo municipal de promoção da saúde, que qualificaram a equipe para orientar nossos usuários adequadamente, a dedicação e engajamento da equipe, além das articulações com a SEMSA contribuíram em muito para os excelentes resultados alcançados.

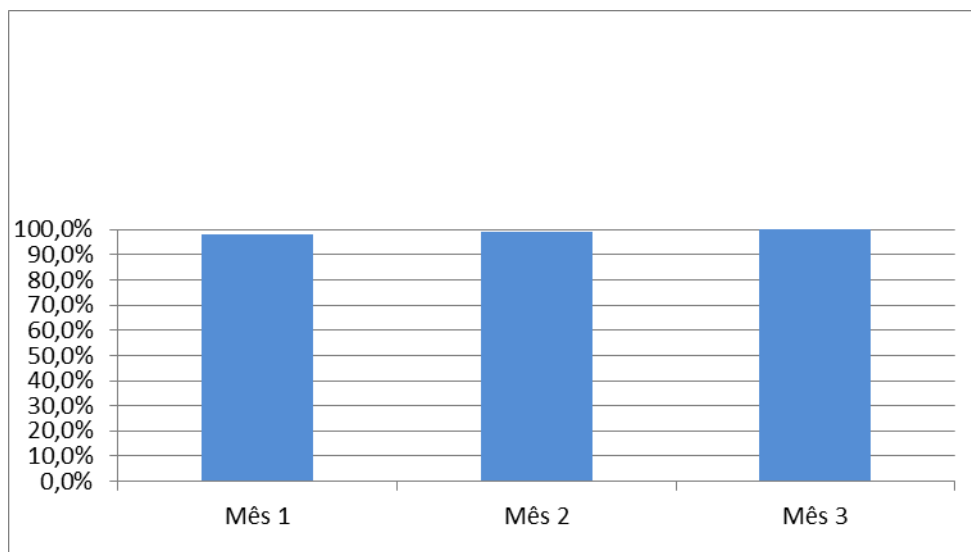


Figura 8: Proporção de hipertensos com orientação sobre riscos do tabagismo. UBS/ESF Projeto Figueira, Rio Branco/AC. 2015.

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

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

Quanto aos diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo, conseguimos alcançar e manter nossa meta em 100% durante todos os períodos avaliados da intervenção (três meses). As razões para os bons resultados foram as mesmas que contribuíram para este indicador aplicado aos hipertensos.

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

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

No caso do indicador que mede a proporção de hipertensos que receberam orientações sobre higiene bucal, penso que alcançamos bons resultados. No mês 1, atingimos 98% da meta, correspondendo a 59 usuários cadastrados naquele mês. No mês 2, tivemos pequeno incremento para 90% (91 usuários) e, encerramos o mês 3 com 100% de nossa meta atingida, com todos os 123 usuários hipertensos com tais orientações. Mais uma vez aqui, as ações de educação em saúde, na

perspectiva da promoção em saúde com palestras no início do dia antes das consultas, os processos de capacitação realizados junto com o grupo municipal de promoção da saúde, que qualificaram a equipe para orientar nossos usuários adequadamente, a dedicação e engajamento da equipe, além das articulações com a SEMSA contribuíram em muito para os excelentes resultados alcançados.

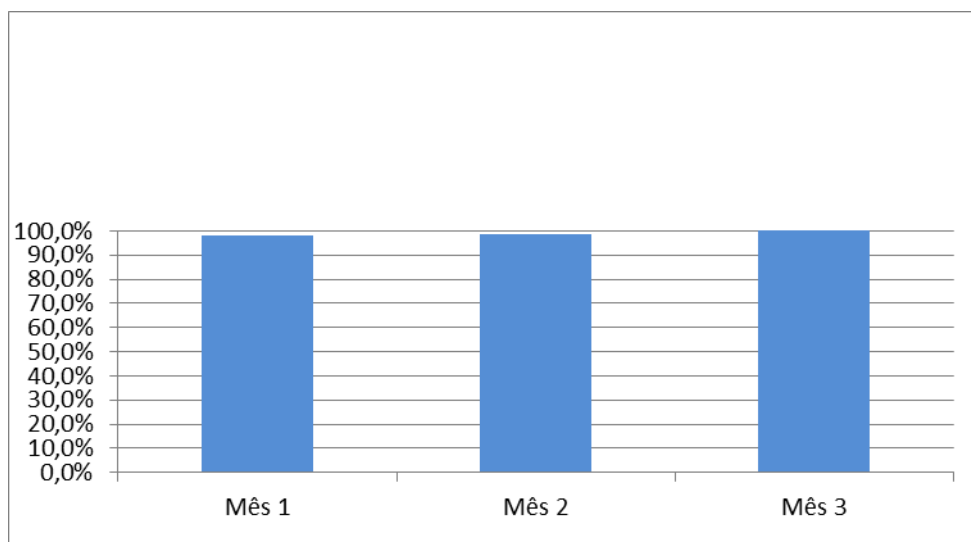


Figura 9: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal. UBS/ESF Projeto Figueira, Rio Branco/AC. 2015.

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

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

Com relação aos diabéticos com orientação sobre higiene bucal, conseguimos alcançar e manter nossa meta em 100% durante todos os períodos avaliados da intervenção (três meses). As razões para os bons resultados foram as mesmas que contribuíram para este indicador aplicado aos hipertensos.

#### **4.2 Discussão**

Nossa área compreende desde o km 48 ao km 80 da Rodovia Transacreama, mais todos os ramais que compõem cada área coberta

pelos ACS, ramais com mais de 40 km de distância entre a estrada e a unidade de saúde.

Temos 13 micros áreas de saúde, dos quais 11 estão cobertas por ACS. Recentemente, foram contratados os outros 2 ACS a fim de contemplar todas as microáreas em que vamos continuar com o acompanhamento dos usuários com hipertensão e diabetes para registrar e incorporar ao programa.

Com a nossa intervenção conseguimos aumentar a nossa cobertura de cuidados para usuários com hipertensão e diabetes mellitus, com a melhoria do acolhimento ao cuidado integral dos nossos usuários.

O início da nossa intervenção começou com um total de 60 usuários com hipertensão e 10 com diabetes acompanhados e registrados corretamente, o que correspondia a 47,2% e 37% respectivamente, já no final do mês 3 da intervenção, tínhamos conseguido acompanhamento para 123 usuários com hipertensão (96,9%) e 22 usuários com diabetes mellitus (81,5%). Embora tenha sido um bom resultado, não atingimos a meta proposta, na medida em que houve uma redução do período da intervenção de 16 para 12 semanas, além das dificuldades de acesso por conta das intensas chuvas e vias intransitáveis para chegar aos nossos usuários para ofertar os cuidados em saúde e cumprirmos a meta. Meta esta, que cumpriremos nos próximos meses com a continuidade de nosso trabalho.

Sobre a importância da intervenção para a equipe, com a realização deste trabalho nossa equipe de trabalho adquiriu mais conhecimento para um acompanhamento adequado dos usuários com hipertensão e/ou diabetes, tendo havido a qualificação dos profissionais em assuntos até então novos para eles. Houve capacitação para a medição da glicose e para a aferição da pressão arterial, contribuindo para um cuidado mais qualificado e melhor acompanhamento dos usuários, bem como, conseguimos que a maioria deles pudesse desenvolver um senso de “corresponsabilidade” para com nossos usuários, do mesmo modo que os usuários passaram a ser mais corresponsáveis com seus estados de saúde, mais engajados em seus processos de adoecimento-cura. Mesmo

com todos os desafios postos, próprios da nossa área de saúde, nossa equipe tem a convicção de que foi uma boa intervenção e ficou o entusiasmo para seguir adiante com o trabalho.

Alcançamos uma maior integração entre todos os membros da equipe, onde cada um fez a sua parte com muita responsabilidade para que a intervenção obtivesse resultados satisfatórios para todos os atores envolvidos nesse processo, nossos usuários, a comunidade e a equipe. Com a nossa intervenção cada membro de nossa equipe trabalha hoje com muito mais responsabilidade, com atribuições bem definidas. Como médico da equipe, coube a mim a responsabilidade de estar à frente na implementação da intervenção, desde a preparação, os processos formativos em parceria com a enfermeira até a finalização dos trabalhos.

Os ACS em conjunto com a enfermeira e o médico realizaram as visitas domiciliares e também estavam encarregados das orientações nos domicílios, a coleta de dados de cada usuário e preenchimento dos formulários com formação prévia. Um dos ACS foi o encarregado da digitação e revisão dos registros comigo, enquanto médico da unidade. E todos fizeram um bom trabalho, como uma verdadeira equipe, construindo grande senso de grupalidade.

A revisão e entrega de medicamentos pela farmácia estava no comando da técnica de enfermagem, realizando a revisão cada sexta-feira, completando os medicamentos em falta na segunda-feira.

A conclusão desta intervenção trouxe mudanças para o nosso serviço, bem como na maneira de ver os usuários como um todo e não como doentes unicamente, contribuindo verdadeiramente, para a integralidade do cuidado. Modificamos nossa forma de acolhimento aos usuários, que agora é muito melhor. É feita a escuta qualificada e corresponsável, esclarecendo todas as dúvidas que tenham sobre o atendimento, a doença e buscando a resolutividade das demandas. Foi melhorado o cadastro de usuários, não somente daqueles portadores de hipertensão e/ou diabetes, mas também, portadores de outras doenças e outros programas, utilizando a mesma metodologia de trabalho da nossa intervenção.

A intervenção foi muito importante para o nosso serviço porque o atendimento de usuários com hipertensão e/ou diabetes atualmente não se constitui em responsabilidade exclusiva do médico, passando a ser de toda a equipe, melhorando nossos processos de trabalho, com uma equipe mais consciente e engajada.

Conseguimos aumentar o número de pessoas com hipertensão e/ou diabetes acompanhadas pela equipe e de outras doenças, tendo como exemplo esta intervenção, melhorando assim os registros, cadastros, agendamento de consultas, deixando as demandas espontâneas para urgências, melhorando os fluxos da unidade. Também em cada atendimento foi feita a classificação de cada usuário de acordo com o risco, para priorizar o atendimento, sendo agendadas as consultas especializadas em nossa própria unidade trazendo os serviços mais perto dos usuários e levando em conta a equidade de acesso.

A intervenção também foi muito importante para a comunidade porque qualificou o cuidado ofertado aos usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes, contribuindo também, para o aumento do conhecimento de todos, não só com respeito à sua doença, bem como na prevenção de outras doenças através das palestras e conversas individuais feitas. Isso foi importante como estímulo para maior engajamento e para maior empoderamento e protagonismo das pessoas.

Apesar das grandes vantagens que a nossa intervenção trouxe para a comunidade, uma grande maioria não compreendeu, a princípio nossa proposta, tampouco a necessidade de organizarmos os atendimentos por prioridade, tendo havido alguma insatisfação no início. Depois, com as palestras feitas todos os dias antes dos atendimentos, conseguimos um entendimento do porquê dessa intervenção e muitos deles ajudaram na busca dos usuários hipertensos e/ou diabéticos que moravam perto de suas casas, falando que eles nunca tinham sido consultados e eles sabiam que a pressão ascendeu ou tinham problemas de diabetes.

Apesar do trabalho intenso realizado até aqui, ainda temos usuários por registrar e cadastrar, o que atualmente nós estamos fazendo para alcançá-los, já com a intervenção fazendo parte da rotina de trabalho da nossa equipe.

Com esta intervenção, tanto para mim como médico, quanto minha equipe obtivemos uma grande experiência no atendimento e acompanhamento dos usuários e uma melhor integração entre todos os membros da equipe.

Caso começasse a intervenção neste momento (e se pudesse optar), a primeira coisa que eu faria, seria mudar a intervenção para um período mais quente do ano, a fim de poder visitar mais facilmente a todos os usuários, apesar de que a equipe não se arrepende de todas as dificuldades que enfrentamos, porque eu mostrei que quando uma equipe quer e está decidida a fazer as coisas e fazê-las bem, nada impede. Faria um melhor planejamento, com tempo suficiente para debater melhor com a equipe acerca da proposta, bem como com a gestão e a comunidade e seus líderes, para que a intervenção fosse desenvolvida com maior sucesso do que nós tivemos. A outra coisa que eu faria seria investir numa maior articulação com outras unidades através da secretaria de saúde e departamento de saúde rural para conseguir cumprir as metas que não conseguiram ser cumpridas, como os exames complementares e o atendimento odontológico. No entanto, próximo ao final da intervenção, começamos a cumprir essas metas após as articulações feitas, começando com o atendimento odontológico, com a disponibilização de três vagas por semana para os nossos usuários (ainda insuficientes), bem como a realização dos exames complementares.

A intervenção já é incorporada à rotina diária do nosso trabalho porque nos deixou uma grande satisfação e experiência no trabalho com os usuários hipertensos e/ou diabéticos. Por isso mesmo, vamos expandir a cobertura de atenção com a incorporação dos novos ACS, levando o trabalho desta intervenção até as demais micro áreas até então descobertas, continuando o atendimento com priorização de usuários e aqueles de alto risco fundamentalmente, para melhorar sua qualidade de vida.



Com a conclusão do projeto de nossa intervenção em nossa unidade, não significa que se encerra o nosso trabalho. Ao contrário, a partir da primeira semana do mês subsequente a este Trabalho de Conclusão de Curso, vamos começar a trabalhar em novas micro áreas, começando com a formação dos ACS envolvidos e, certamente, vai aumentar a cobertura do atendimento para os usuários. Levaremos esta metodologia a outros programas de atendimento como puericulturas, doenças crônicas da infância, assistência pré-natal e saúde do idoso. Embora nós viéssemos trabalhando nesses programas, agora que adquirimos a experiência e o conhecimento necessários com essa intervenção, nossa equipe ficou com grande entusiasmo para continuar o nosso trabalho, utilizando-se desta metodologia.

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

Prezado gestores,

Foi realizada uma intervenção em nossa unidade e na área de abrangência que está sob nossa responsabilidade sanitária, com o objetivo de melhorar a atenção em saúde ofertada aos usuários hipertensos e/ou diabéticos. Além de melhorar a cobertura das ações, buscamos melhorar a qualidade do cuidado através de um conjunto de ações sistematizadas, visando melhorar a adesão de usuários ao programa, o registro das informações da unidade, mapear hipertensos e/ou diabéticos para risco doença cardiovascular e promover a saúde deste público-alvo.

Este projeto de intervenção teve como foco a área programática de HAS e DM, pela alta prevalência de usuários com estas morbidades e pela baixa cobertura de cadastrados como usuários pesquisados e monitorados de forma sistemática por nossa equipe de saúde na área de abrangência

Para esta intervenção, nossa equipe passou por um processo de capacitação que abordou diferentes aspectos e questões como o âmbito da intervenção, compreensão dos aspectos clínicos da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus, a aferição pressão arterial, a medição da glicose, o preenchimento de registros e cadastros, a fim de realizar uma intervenção com a máxima qualidade.

Com a nossa intervenção, conseguimos aumentar a nossa cobertura de cuidados para usuários com hipertensão e diabetes mellitus, com a melhoria do acolhimento ao cuidado integral dos nossos usuários, ofertando uma atenção com maior qualidade.

A intervenção durou três meses. No início, começamos com um número de 60 usuários hipertensos e 10 diabéticos, acompanhados e registrados corretamente, correspondendo a 47,2% e um 37% da cobertura. Já no final da intervenção,

tínhamos conseguido o acompanhamento para 123 usuários com hipertensão (96,9%) e 22 usuários com diabetes mellitus (81,5%). Embora tenhamos alcançado bons resultados, não conseguimos alcançar a meta proposta inicialmente, sobretudo pelos desafios encontrados durante o processo da intervenção, como o período de intensas chuvas, com as vias de acesso intransitáveis para chegarmos até todos os nossos usuários e cumprirmos nossas metas de cobertura e qualidade. Metas estas, que certamente cumprimos nos próximos meses, com a continuidade de nosso trabalho, já incorporado à rotina do serviço.

Aumentamos em número e qualidade as visitas domiciliares que são tão importantes para o nosso trabalho na APS, porque não só foram para pesquisa, tratamento e acompanhamento de usuários com hipertensão e/ou diabetes, mas também para o trabalho de educação em saúde que é muito necessário, principalmente quando o Estado estava sofrendo com as inundações e fortes chuvas.

Alcançamos objetivos que nunca antes haviam sido conquistados, a exemplo da melhoria no acolhimento e assistência ofertada aos usuários, incluindo não somente a oferta de medicamentos, mas empoderando a comunidade através de um maior conhecimento sobre a sua doença, sendo esclarecidas todas as dúvidas que tivessem sobre suas doenças. Aumentamos o número de usuários registrados e cadastrados no programa, uma maior integração da equipe e mais conhecimento e responsabilidade com o seus usuários em cada área. Nossa proposta é que possamos ampliar esta intervenção, com a mesma metodologia e ações sistematizadas, para outras áreas programáticas.

A conclusão desta intervenção trouxe mudanças para o nosso serviço, impactando de forma positiva em nossos processos de trabalho, bem como na maneira de enxergarmos os usuários de forma integral. Podemos afirmar com segurança, que a intervenção trouxe benefícios para todos os envolvidos.

Ao propormos a realização de uma intervenção, sabíamos dos desafios postos e que nem tudo dependeria unicamente do envolvimento da equipe, de forma que é importante e necessário o apoio da gestão das diferentes instituições e atores que direta ou indiretamente influenciam nos processos dos quais dependem as ações de saúde.

Ao encerrar este período da nossa intervenção, alguns objetivos não foram totalmente alcançados por diferentes causas e muitas vezes por causas externas,

que fugiram à nossa governabilidade, como por exemplo: não conseguimos ofertar atendimento odontológico como estava planejado, porque era muito difícil conseguir consultas para nossos usuários, também por conta da dificuldade de acesso. Felizmente, logo após o período que compreendeu a intervenção, conseguimos a disponibilização de três vagas por semana para os nossos usuários. Também não conseguimos garantir que todos os usuários realizassem seus exames complementares. No início dos trabalhos, as coletas eram realizadas em nossa unidade todas as quartas-feiras, mas com a vinda das chuvas intensas essa estratégia não mais funcionou, já que todos os esforços e a rede foram postos à disposição das vítimas das enchentes. Tivemos ainda a reforma da unidade e dificuldade pela falta de transporte. Dessa forma e tendo em vista a incorporação da intervenção à nossa rotina de trabalho, fortalecendo as ações já implementadas e possível ampliação para outras áreas programáticas, desde já solicitamos o apoio necessário, uma vez que, melhorando tais aspectos, nosso serviço será feito com maior qualidade para os nossos usuários e a comunidade. Obrigado!

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

À comunidade da UBS Projeto Figueira,

Realizamos na comunidade, uma intervenção com usuários que tem pressão alta e níveis elevados de açúcar no sangue ou glicose elevada, para melhorar a qualidade do atendimento e do cuidado a esses usuários.

E o que é a intervenção? É um programa planejado com um grupo de ações específicas a fim de melhorar o atendimento dos usuários e da comunidade em geral. Neste caso, realizamos uma intervenção direcionada aos usuários com pressão alta e diabetes.

Para conseguirmos melhorar a assistência, precisamos inicialmente conhecer quantos e quem eram os usuários que tínhamos em nossa área, quantos foram registrados no programa para o atendimento de usuários doentes de pressão alta e açúcar no sangue ou glicose elevada e quantos ainda não tinham sido registrados e atendidos pelo programa.

Começamos nossa intervenção o dia 19 de Janeiro de 2015 com um conjunto de ações planejadas. Para esta intervenção a nossa equipe teve que se preparar para as atividades que íamos fazer com os usuários, para que tudo ocorresse de forma organizada e com a melhor qualidade possível.

Para realizar com êxito nossa intervenção como foi planejada, algumas atividades tiveram a rotina alterada em nossa unidade, regulamos o número de atendimentos diários para outros usuários desde que não fossem situações de emergência, aumentamos o número de visitas às casas dos usuários, aumentamos as conversas e palestras para a comunidade, também sobre outras questões de interesse como o cuidado com a higiene, muito necessárias, já que o nosso Estado estava passando pela pior inundação da sua história.

Apesar das alterações na rotina do serviço, devemos pensar que foi essa uma forma de melhor organizar a assistência prestada à população. A intervenção trouxe excelentes resultados não só para os usuários com pressão arterial elevada e diabetes, mas para todos na comunidade, porque trouxe um melhor atendimento para os usuários, aumentou o conhecimento, não só com respeito à sua doença, mas na prevenção de outras doenças através das palestras e conversas individuais feitas, onde toda a comunidade participava em conjunto com os usuários que participavam da intervenção. A proposta é que possamos ,também, melhorar a assistência para outros usuários como os idosos, as grávidas e as crianças.

Com a nossa intervenção conseguimos até o momento cadastrar quase todos os usuários e melhorar o atendimento. Continuaremos a trabalhar com o objetivo de melhorar cada vez mais a assistência não somente para os hipertensos e/ diabéticos, mas pretendemos estender as ações organizadas para todos na comunidade. Esperamos contar com a ajuda e o apoio de todos para continuarmos crescendo e fortalecendo o nosso trabalho, que traz benefícios para todos da comunidade. Obrigado!

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

Chegando o nosso curso ao final, neste momento de conformar o TCC, lembro com muito prazer quando começamos a Especialização em Saúde de Família. Pensei inicialmente que, fazer especialização ao mesmo tempo em que trabalhamos com a população desconhecida, para mim não ia ter muita relevância. No entanto, na medida em que o curso ia avançando, minhas expectativas mudaram por completo.

Vinculando o trabalho diário aos conhecimentos adquiridos com a especialização, compreendi muito mais os problemas de saúde da minha comunidade, que é muito diversificada cultural e socialmente, com uma variedade de doenças, algumas conhecidas de meu país de origem, outras de países onde já trabalhei, e algumas novas para mim, que me obrigaram a estudar muito, os riscos e características de cada uma, relacionando aos conhecimentos que ia acumulando com o curso.

Acredito que o curso de especialização foi muito importante, na medida em que aumentou em muito meus conhecimentos, além de que nos permitiu implementar nosso projeto de intervenção, trazendo muitos benefícios para todos os envolvidos no processo, principalmente para a comunidade, mudando hábitos e estilos de vida e aumentando o conhecimento de todos, não só com respeito à sua doença, bem como na prevenção de outras doenças através das palestras e conversas individuais e coletivas. Forneceu o espaço para um melhor relação com a comunidade nas visitas domiciliares onde chegamos a conhecer muito mais de perto as condições de vida tanto social, quanto cultural e epidemiológicas da nossa população.

Com esta especialização não somente eu e a comunidade ganhamos, também para nossa equipe e o serviço em si foram muito beneficiados, porque contribuiu para que a equipe se tornasse mais unida, ofertou conhecimentos a todos os membros, ofertando a possibilidade de colocá-los em prática.

O curso me ofertou ainda, a possibilidade de trocar conhecimentos com outros profissionais da saúde, tanto nacionais como estrangeiros, com os nossos professores e instrutores do curso, trocando ideias, conhecimentos o que enriqueceu ainda mais nosso processo de aprendizagem.

Agora com a conclusão do curso, sinto que minha preparação é muito mais completa e, dessa forma, me sinto mais preparado para enfrentar novos desafios e poder ajudar ainda mais e melhor a minha comunidade.



## Referências

ALMEIDA, M. F.; et al. Prevalência de doenças crônicas auto referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*, v.7, p. 743-756, 2002.

ASSOCIAÇÃO LATINO-AMERICANA DE DIABETES. Consenso sobre diagnóstico e tratamento do diabetes mellitus em a criança e no adolescente. Peru: O. Ramos, 2000. 42p. BAKRIS, George L. et al. Preserving renal function in adults with hypertension and diabetes: a consensus approach. *American Journal of Kidney Diseases*, v. 36, n. 3, p.646- 661, sept, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus- HIPERDIA. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/> Acesso em: 04 mar. 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e aomDiabetes Melittus. Brasília, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus: plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento deAtençã Básica. Diabetes Mellitus: Cadernos de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

GAEDE P, VEDEL P, LARSEN N, JENSEN G, PARVING HH, PEDERSEN O. Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2003;348:383-93.

GRESS J. Hypertension a significant factor for type 2 Diabetes. *N Engl J Med*. 2000;342:90-5.

JOHNSON ML, PITES K, BATTELEMAN DS, BEYTH RJ. Prevalence of comorbid of hypertension and dyslipidemia associate with cardiovascular disease. *Am J Manag Care*.2004;10:926-32.

KEARNEY PM, WHELTON M, REVNOLDS K, MUNTNER P, WHELTON PK, HE J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet*. 2005; 365: 217-23.

KENNETH G. The global impact of noncommunicable diseases: estimates and projections. *World Health Stat Q*, 41 (1998).

LAWES CMM, HOOM SV, RODGERS A. Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. *Lancet*. 2008; 371: 1513-8.

Ministério da Saúde da Costa Rica: Política Nacional de Saúde 1994-1998. Disponível em: <http://www.geocities.com/HotSprings/8131/salud.htm>. Retirado 15 de outubro 2007

Obesidade e excesso de peso. Página Web da Organização Mundial de Saúde.QUEM. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>. Recuperado a 12 de outubro de 2007.

Organização Mundial de Saúde. Relatório sobre a situação global das doenças não transmissíveis 2010. Ginebra, Organização Mundial da Saúde, 2011.

POPKIN BM. An overview on the nutrition transition and its health implications: the Bellagio meeting. *Public Health Nutrition* 2002; 5: 93-103.

RODRÍGUEZ L, MARTÍNEZ L, M P RIA, J. Menéndez referido Prevalência de doenças não transmissíveis em idosos: Ciudad de La Habana, 2002. *Rev Cubana Hig Epidemiol*. 2004; 1 (42): 20-5.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Consenso brasileiro sobre diabetes, diagnóstico e classificação do diabetes melito e tratamento do diabetes melito tipo 2. 2002. Disponível em: <http://www.sbd.org.br>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial, IV. In. Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial, 2002, Campos do Jordão.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial, V. In. Consenso tensão Brasileiro de Hipertensão Arterial, 2006, São Paulo.

World Health Organization Salud. Global Observatório Repositório de Dados [banco de dados on-line]. Genebra, Organização Mundial de Saúde de 2008 (<Http://apps.who.int/gho/data/view.main>). Consultado a 11 de fevereiro de 2013

WILD, S., ROGLIC, G., GREEN, A., SICREE, R., KING, H. Global Prevalence of Diabetes. Estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care* 2004;27(5):1047-1053

## **Anexos**

## Anexo A - Documento do comitê de ética



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

---

OF. 15/12  
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>  
Prof<sup>a</sup> Ana Cláudia Gestal Fassa

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

Prezada Pesquisadora;

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

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



