

**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 à saúde dos usuários com HAS e/ou DM na UBS/ESF  
Osmar de Albuquerque Lima, em Cruzeiro do Sul/AC**

**Adis Maria Pardo Rodriguez**

**Pelotas, 2015**

**Adis Maria Pardo Rodriguez.**

**Melhoria da atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM na UBS/ESF  
Osmar de Albuquerque Lima, em Cruzeiro do Sul/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**

R696m Rodriguez, Adis Maria Pardo

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com HAS e/ou DM na UBS/ESF Osmar de Albuquerque Lima, Em Cruzeiro do Sul/AC / Adis Maria Pardo Rodriguez; Antonio Maurício Rodrigues Brasil, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

82 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

Dedico este trabalho à minha família, por ser a origem e a razão de toda a minha vida, meu orientador Antonio Maurício Rodrigues Brasil, por ter me ensinado e orientado muito bem e com competência, aos usuários e à equipe, que tanto me têm ensinado.

## **Agradecimentos**

Em primeiro lugar, agradeço a Deus por cuidar de mim em toda minha vida, a meu professor, Antonio Maurício Rodrigues Brasil por toda sua dedicação e a todos aqueles que de uma forma ou outra me apoiaram para realizar este trabalho.

## Resumo

RODRIGUEZ, Adis Maria Pardo. **Melhoria da atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM na UBS/ESF Osmar de Albuquerque Lima, em Cruzeiro do Sul/AC.** 2015. 80f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença caracterizada pela elevação da pressão sanguínea associada, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. O Diabetes Mellitus configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. Por esse motivo fui incentivada a realizar este trabalho de intervenção com usuários hipertensos e/ou diabéticos pertencentes à área de abrangência da UBS Osmar de Albuquerque Lima em Cruzeiro do Sul, Acre, que teve duração de 16 semanas, no período compreendido entre setembro de 2014 a janeiro de 2015 e que teve como objetivo fundamental promover ações de prevenção e promoção de saúde para mudar hábitos e costumes de vidas, melhorando e qualificando a atenção em saúde ofertada aos usuários hipertensos e/ou diabéticos. Através das ações que foram distribuídas em 4 eixos temáticos, foram ofertados cuidados em saúde através de um conjunto sistematizado de ações a 138 usuários hipertensos e 42 usuários diabéticos. Em sua totalidade, receberam exames clínicos com avaliação e estratificação do risco cardiovascular, prescrição de medicamento da farmácia popular e da unidade de saúde, atendimento odontológico e registro adequado na ficha de acompanhamento (ficha espelho e planilha de coleta de dados). Além disso, esses usuários receberam, em sua totalidade, orientações sobre prática regular de atividade física, alimentação saudável, higiene bucal e riscos do tabagismo. Nosso grande desafio para um bom acompanhamento é que a população da área de abrangência reside em zona rural de difícil acesso. Algumas dificuldades contribuíram para que nem todas as metas fossem alcançadas em 100%, a exemplo dos exames clínicos em dia, nos quais 77,7% de hipertensos e 74,4% de diabéticos foram alcançados. Apesar das metas que ainda podem ser melhoradas, para a equipe, a intervenção resultou em saldo positivo, pois permitiu qualificar a atenção ofertada e todos os atores envolvidos foram beneficiados.

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

## Lista de Figuras

Figura 1	Distribuição Populacional por sexo e faixa etária	12
Figura 2	Cobertura do programa de atenção a hipertenso na unidade de saúde.	38
Figura 3	Cobertura do programa de atenção a diabético na unidade de saúde.	38
Figura 4	Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.	39
Figura 5	Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.	40
Figura 6	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamento da farmácia popular priorizada.	41
Figura 7	Proporção de diabéticos com prescrição de medicamento da farmácia popular priorizada.	41
Figura 8	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	42
Figura 9	Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	42
Figura 10	Proporção de hipertensos faltosos com busca ativa.	43
Figura 11	Proporção de diabéticos faltosos com busca ativa.	44
Figura 12	Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.	45
Figura 13	Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.	45
Figura 14	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.	46
Figura 15	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.	47
Figura 16	Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.	47
Figura 17	Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.	48

Figura 18	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.	48
Figura 19	Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.	49
Figura 20	Proporção de hipertensos que recebem orientação sobre os riscos do tabagismo.	50
Figura 21	Proporção de diabéticos que recebem orientação sobre os riscos do tabagismo.	50
Figura 22	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal	51
Figura 23	Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal	52
Figura 24	Fotografia – Educação em Saúde	62
Figura 25	Fotografia – Reunião com gestores	63
Figura 26	Fotografia – Reunião com comunidade	64
Figura 27	Fotografia – Atividade da intervenção	65

## Lista de abreviaturas e siglas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAB	Caderno de Atenção Básica
CAP	Caderno de Ações Programáticas
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

## Sumário

Apresentação .....	9
1 Análise Situacional .....	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	10
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	18
2 Análise Estratégica .....	19
2.1 Justificativa.....	19
2.2 Objetivos e Metas.....	21
2.2.1 Objetivo Geral .....	21
2.2.3 Metas .....	22
2.3 Metodologia.....	23
2.3.1 Detalhamento das ações .....	24
2.3.2 Indicadores .....	32
2.3.3 Logística.....	38
2.3.4 Cronograma .....	41
3 Relatório de Intervenção.....	42
3.1 Ações Previstas e Realizadas .....	42
3.2 Ações previstas e não realizadas.....	44
3.3 Dificuldades na coleta e sistematização de dados .....	44
3.4 Viabilidade da Incorporação e das ações à rotina do serviço .....	44
4 Avaliação da Intervenção.....	46
5 Relatório de Intervenção para os Gestores .....	64
6 Relatório de Intervenção para a comunidade .....	67
7 Reflexão Crítica sobre o Processo Pessoal de Aprendizagem .....	69
Referências .....	70
Apêndices.....	71
Anexos .....	76

## **Apresentação**

Este volume trata do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), do Curso de Especialização em Saúde da Família - EaD, ofertado pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel), em parceria com a Universidade Aberta do SUS e está organizado como descrito abaixo. Foi construído e implementado um projeto de intervenção com foco na melhoria da atenção à saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos pertencentes à área de abrangência da UBS Osmar de Albuquerque Lima, localizada no município de Cruzeiro do Sul/AC.

No primeiro capítulo, consta a Análise Situacional, na qual é apresentado o município, trazendo ainda elementos da situação da Atenção Primária à Saúde, além dos principais desafios encontrados no serviço.

O segundo capítulo, trata da Análise Estratégica, apresentando o projeto de intervenção que foi implementado, contendo os objetivos, as metas a serem alcançadas, a metodologia, as ações propostas, os indicadores, logística e cronograma.

No terceiro capítulo, temos o Relatório de Intervenção, trazendo conteúdos como as ações que foram desenvolvidas, as ações que não foram desenvolvidas, além das dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados e é avaliada a possibilidade de incorporar a intervenção à rotina do serviço.

Na Avaliação da Intervenção (quarto capítulo), consta a análise e discussão dos resultados e os relatórios da intervenção para a comunidade e para os gestores.

Uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem é apresentado no quinto capítulo e, no sexto capítulo, consta a bibliografia utilizada para execução do trabalho.

São apresentados ao final, os apêndices e anexos utilizados durante o processo.

## **1 Análise Situacional**

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

A Atenção Básica, enquanto um dos eixos estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS) vive um momento especial ao ser assumida como uma das prioridades do Ministério da Saúde. Entre os seus desafios atuais destacam-se aqueles relativos ao acesso e ao acolhimento, a efetividade e resolutividade das suas práticas, a seleção, ao provimento e à fixação de profissionais, a capacidade de gestão/coordenação do cuidado e de modo mais amplo às suas bases de sustentação e legitimidade social.

Os atendimentos na Estratégia Saúde da Família (ESF) possuem enfoque em atendimentos de elevada complexidade e baixa densidade, a fim de facilitar o acesso à saúde de boa qualidade com poucos recursos físicos, acontecendo assim uma interação entre a ciência, recursos tecnológicos e prática. Com uma equipe composta, basicamente, por um médico generalista, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um dentista e agentes de saúde, com funções determinadas.

Os indicadores da qualidade da atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) avaliados em minha UBS, não atingem os objetivos propostos pelo Ministério da Saúde. Não existem em minha UBS grupos de usuários hipertensos classificados e organizados para fazer e programar ações de promoção e prevenção dos fatores de risco para as pessoas propensas a adoecer destas doenças e, no caso daqueles já adoecidos, de evitar complicações como aquelas cardiovasculares, cerebrovasculares, renais, vasculares, as retinopatias hipertensivas, dentre outras. Esses grupos irão ser realizados com junto à proposta do projeto de intervenção, também porque são considerados usuários com sequelas de doenças crônicas irreversíveis. Selecionamos este foco de intervenção para contribuir com mudanças concretas.

Os aspectos dos processos de trabalho que podem ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à HAS em minha UBS são diversos como iniciar e atualizar o cadastro de forma organizada, buscar apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), buscar articulação com os gestores de Saúde municipal, melhorar os protocolos de atendimento, investir na capacitação aos profissionais de saúde vinculados ao trabalho da atenção básica.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

Estrela da Floresta é o nome poético que homenageia a constelação que domina o céu do Brasil, embora a cidade esteja encravada em outro símbolo registrado nas cores da bandeira: na floresta amazônica, às margens do Rio Juruá, no extremo Oeste do Brasil.

Como autêntica cidade amazônica, Cruzeiro do Sul tem acesso contínuo apenas pelo ar ou por via fluvial. A rodovia BR-364 só é transitável na época da seca, de julho a setembro. No período de enchentes, o Rio Juruá invade as terras baixas. A cidade foi fundada em 1904 e preserva alguns dos marcos de sua história: A Estação do Porto é de 1912, construída em estilo colonial inglês, o Fórum Civil Caio Valadares tem estilo neoclássico, a Catedral de Nossa Senhora da Glória, erguida em 1957, apresenta curioso estilo germânico, em formato octogonal.

O município conta com uma rede hospitalar de atenção secundária, constituída por 3 hospitais, um hospital geral, um hospital dermatológico, uma maternidade, um laboratório de exames pertencente a rede pública de atendimento, uma unidade de pronto socorro, 22 UBS, sendo 11 rurais e as demais urbanas, com ESF, disponibilidade de NASF e conta com uma população de 78.507 habitantes.

Minha Unidade Básica de Saúde (UBS) chama-se Osmar de Albuquerque Lima e está situada no município de Cruzeiro do Sul – Acre, ficando na zona rural chamada Assis Brasil. Nossa equipe é composta por um médico, dois enfermeiros, um técnico de enfermagem, 10 agentes comunitários de saúde (ACS), dentista; auxiliar de odontologia, recepcionista, dois auxiliares na limpeza e um vigia.

A UBS Osmar De Albuquerque Lima tem uma boa estrutura, contando com sala de espera, área de recepção, consultório médico e banheiro, consultório

odontológico com banheiro; consultório de enfermagem com banheiro, sala de esterilização, sala de curativo, sala de vacina, sala de reunião, de procedimentos, farmácia, escovódromo, copa, expurgo; banheiro para funcionários e banheiro de usuários. Não temos sala para coleta de exames que é feito no consultório de enfermagem. Também não contamos com coleta seletiva de classificação de lixo. Temos barras de apoio no banheiro para idosos e deficientes. Não possuímos sala de administração, nem sala de agentes comunitários. Não temos linha telefônica, computador e almoxarifado. O banheiro para funcionários não tem armários, a copa /cozinha não tem fogão, nem mesa de refeição. A sala de recepção não tem computador nem impressora, o consultório não tem megascópio, a sala de curativo não tem cilindro de oxigênio. Não existe sinalização adequada pensando nas pessoas com necessidades especiais.

Temos em nossa área de abrangência uma população de 1.836 habitantes segundo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), sendo que 909 (49,5%) são do sexo masculino e 927 (50,5%) do sexo feminino. As gestantes somam um total de 18, crianças menores de um ano são 4, número de famílias cadastradas são 497 e número de famílias cadastradas no Programa Bolsa Família são 125. Pelos registros próprios, temos 81 usuários hipertensos e 16 diabéticos. A nossa população, do ponto de vista de distribuição por faixa etária, tem a seguinte disposição como na tabela abaixo:

Faixa Etária (anos)	Masculino	Feminino	Total
< 1	03	01	04
1 a 4	55	50	105
5 a 6	43	38	81
7 a 9	65	60	125
10 a 14	107	111	218
15 a 19	95	125	220
20 a 39	321	314	635
40 a 49	87	85	172
50 a 59	55	75	130
> 60	78	68	146
Total	909	927	1836

Figura 1. Tabela de distribuição dos usuários da área de abrangência segundo faixa etária e sexo. Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB)

As doenças mais frequentemente encontradas na comunidade são as doenças respiratórias, as parasitoses, malária e as doenças crônicas como hipertensão

arterial e diabetes mellitus. Possuímos apenas uma ESF responsável por uma população de 1.836 pessoas na área de abrangência. Os ACS fazem um trabalho de prevenção de agravos e promoção à saúde junto à comunidade, além de ações relacionadas à vigilância em saúde, demanda agendada, urgência e emergências e atenção psicossocial. Eu estou muito feliz de trabalhar aqui.

Na UBS não tem registro específico para controle das crianças, sendo que para obter algumas informações, tivemos de contar com a ajuda dos ACS que tem cadastro feito por área de abrangência, embora a enfermeira não tenha pasta com registro atualizado. Na área fazemos o acompanhamento de quatro crianças menores de um ano correspondendo com uma cobertura de 11%, segundo a estimativa do caderno de ação programática (CAP) disponibilizado pelo curso de especialização, pelo qual há uma estimativa de 37 crianças nesta faixa etária. A atenção à puericultura é insuficiente do ponto de vista da qualidade, não é feito no município a triagem auditiva, não temos agendamento de consultas programadas por idade e fator de risco, não é feita avaliação de saúde bucal, nem contamos com avaliação de pediatria. Os indicadores de saúde avaliados estão críticos, porque não temos na UBS protocolos de atendimento, não existem tabelas com valores nutricionais por faixa etária, idade e sexo. Trata-se de uma zona rural de difícil acesso e as mães, infelizmente, só procuram o serviço se a criança fica doente. É também, ofertado o serviço de vacinação das crianças.

Temos muito trabalho que fazer e são muitos os desafios, nós solicitamos uma reunião com a presença dos gestores de saúde municipal para tratar das pautas relacionadas à saúde, com a finalidade de organizar o trabalho, identificar as vulnerabilidades e riscos, irregularidades, capacitar os profissionais e trabalhar em equipe para atingir os objetivos propostos. A UBS não permitiu o preenchimento completo das informações porque a enfermeira que faz atendimento é nova e o arquivo não tem atualização com dados organizados e confiáveis.

Quanto ao Pré-natal o CAP temos uma estimativa de 27 grávidas, sendo a nossa cobertura deficiente para um 65%, correspondendo a 18 grávidas com as quais realizamos o acompanhamento, temos grande demanda de acolhimento de forma geral e a enfermeira faz o controle sozinha; os ACS não têm cadastro e mapeamento atualizado do total de gestantes e não tem apoio de ginecologista. Posso falar que não se trabalha com todos os dados da atenção ao pré-natal na

UBS e não temos dados atualizados que corresponda com a demanda de atendimento de gestantes.

A consulta de puerpério não tem qualidade, porque às vezes as mulheres, depois de parto, não vão à UBS para acompanhamento puerperal. Mesmo assim temos 2 puérperas fazendo o acompanhamento na área, correspondendo a apenas 5% da cobertura, segundo a estimativa do CAP de 37 puérperas. Os indicadores de qualidade da atenção às puérperas não se trabalham com eficiência, não temos protocolos de atendimento ao puerpério e não temos dados de puérpera e recém-nascidos atualizados. Como mencionamos, desde o início da análise situacional, devemos contar com cadastros atualizados de mulheres de idade fértil, a atenção em planejamento familiar para a redução da mortalidade materna e infantil, diminuir o número de gestações não desejadas e planejar a gravidez em mulheres adolescentes ou com patologias crônicas. A equipe precisa conhecer ao máximo a população de mulheres em idade fértil para participarem do planejamento reprodutivo e detecção precoce de gravidez e início do pré-natal e realização de cadastro da gestante após de gravidez por intermédio do preenchimento de cadastramento do Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL). Fazemos a classificação do risco gestacional, realização de práticas educativas como orientação ao aleitamento materno e em relação aos hábitos saudáveis de vida. Identificamos sinais de alarme de hipertensão e diabetes na gestação e reconhecimento do trabalho de parto. Falamos sobre os cuidados de recém-nascidos, da consulta de puerpério e do planejamento familiar, da visita domiciliar às gestantes faltosas e puérperas, na consulta na primeira semana após de parto. Não temos protocolos específicos de gestantes e não tem profissionais que se dedicam a avaliação e monitoramento do programa pré-natal.

Com relação ao controle do câncer de colo de útero, temos uma cobertura avaliada em 39% correspondendo a 151 mulheres e considerando a estimativa do CAP pelo qual temos 387 mulheres entre 25 e 59 anos e que, portanto, devem ser pesquisadas para este tipo de câncer. Não existem registros de exames preventivos de colo útero. Não contamos com Ginecologista para atenção diferenciada das mulheres com diagnóstico de câncer de colo de útero, tampouco é feito acompanhamento adequado dos casos, além de que não funciona o sistema de referência / contra referência entre a UBS e Departamento da Saúde de mulher. Os

indicadores avaliados não atingem as metas propostas, por um insuficiente cadastro das mulheres entre 25 e 64 anos. Não existe agendamento programado e só é feito exames de forma oportunista a critério médico, não contamos com registro de população de risco para Doenças Sexualmente Transmissível (DST). Como sabemos, o rastreamento do câncer do colo de útero deve ser feito em mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos, envolvendo, sobretudo, mulheres jovens sexualmente ativas devem ser orientadas sobre doenças sexualmente transmissíveis, sobre práticas de sexo seguro, exame cito patológico, devendo realizar dois exames com intervalos de um a três anos, conhecer as mulheres que estão sendo tratadas/acompanhadas e rastreamentos de mulheres com pós-menopausa e histerectomizadas. No caso das mulheres sem história de atividade sexual ativa, trabalhar com protocolos de atendimentos de câncer de colo de útero e trabalhar os fatores de risco. A estratégia mais importante, pensando num acompanhamento adequado, é cadastrar a população de mulheres por faixa etária de 25 a 64 anos e depois recuperar aquelas que já fizeram o exame e são faltosas, através de visitas domiciliares com intercambio e participação da comunidade.

Com relação à prevenção do câncer de mama, a estimativa das mulheres para prevenção de câncer de mama na nossa área é de 93, sendo que temos cadastradas 65 mulheres na faixa etária entre os 50 e 69 anos, correspondendo a uma cobertura, segundo o CAP de 70%. Não contamos com arquivo, não existe registro de exame de mamografia, não existe cadastro adequado de mulheres entre 50 e 69 anos, portanto não temos informações sobre classificação de risco. O mamógrafo não funciona há um mês e as mulheres precisavam fazer o estudo especializado na capital, Rio Branco. Não foi possível avaliar os poucos indicadores propostos, porque não contamos com a informação solicitada. Infelizmente, não contamos com registros que permitam uma análise mais profunda.

É importante capacitar os profissionais da saúde sobre fatores de risco, realizar ações para o controle do peso corporal das mulheres da área de cobertura, realizar ações de estímulo, à prática regular da atividade física para as mulheres da área de cobertura, além de realizar ações que orientem sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool. As ações de educação da mulher devem incluir o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama e realizar rastreamento do câncer de mama (exame clínico/ou solicitação de mamografia).

.....

Com relação a atenção aos usuários hipertensos e diabéticos, temos uma estimativa, segundo o CAP de 323 pessoas com HAS com uma cobertura de 25%, correspondendo a 81 cadastrados e 92 diabéticos em nossa área de abrangência, sendo que temos cadastrados 16 usuários, correspondendo a uma cobertura de 17% que recebem efetivamente acompanhamento em nossa unidade. A avaliação da cobertura de HAS encontrada é muito irregular, não cumprindo os objetivos preconizados pelo SUS. A estimativa do CAP não condiz com a nossa realidade. Existem muitas deficiências que se forem melhoradas, podem contribuir para se ofertar um serviço mais qualificado e melhorar a qualidade de vida dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, evitando sequelas e complicações futuras. Os indicadores de qualidade da atenção à HAS avaliados não atingem os objetivos propostos pelo MS. Não existem ações sistematizadas direcionadas para esses usuários. Não há grupos de usuários hipertensos classificados e organizados para fazer e programar ações de promoção e prevenção de fatores de risco para as pessoas propensas a desenvolver esta doença e evitar possíveis complicações cardiovasculares, cerebrovasculares, insuficiência renal, insuficiência vascular periférica, retinopatias hipertensivas, dentre outras. Infelizmente na UBS, não existe registro para controle específico de usuários que padecem HAS. O preenchimento do CAP foi apoiado nas informações disponibilizadas pelos ACS que trabalham na UBS e atendem a área de abrangência. Eu iniciei meu atendimento no mês de setembro e até agora pesquiso permanentemente a população. Além disso, é uma doença que em muitos usuários simula uma saúde de qualidade e na realidade o usuário pode estar sofrendo de complicações e não este sofrendo sintomas, sendo os chamados, usuários assintomáticos.

Com relação especificamente aos usuários diabéticos acima dos 20 anos, a estimativa de feita pelo CAP também fica longe da nossa realidade da mesma forma acontece com os usuários que sofrem de HAS. É maior a demanda de atendimento que o número de usuários efetivamente cadastrados, além do que, percebemos um número cada vez maior de usuários assintomáticos que padecem da doença. O acompanhamento da DM tem muitas dificuldades em nossa UBS. Não existindo ainda cadastro fidedigno de usuários portadores de DM. Não existe registro específico na área de abrangência, assim como grupos de pessoas de risco que padeçam da doença. Os indicadores de qualidade demonstram que ainda existem vários aspectos a serem melhorados, como o exemplo da criação de grupos de

riscos com o objetivo de realizar atividades de promoção e prevenção de saúde, com foco no sobrepeso ou obesidade, sedentarismo, dislipidemia e tabagismo. Os aspectos para serem trabalhados para este público-alvo seriam principalmente: organizar a UBS, cadastrar, pesquisar para fazer acompanhamento e avaliação permanente dos usuários diagnosticados com a intenção de evitar futuras complicações como cegueira crônica por retinopatia diabética, insuficiência renal, infarto agudo do miocárdio, neuropatias periféricas, pesquisa ativa de lesões de pé diabético, educação alimentar, cuidados gerais para evitar infecções nos membros inferiores.

Quanto à atenção ofertada aos idosos, temos uma estimativa de 117 idosos para nossa área de abrangência, sendo que, neste caso, ocorre o contrário, já que acompanhamos efetivamente 146 pessoas acima dos 60 anos, ultrapassando a estimativa feita pelo CAP. Não contamos com grupos de atendimento/profissionais que se dediquem a este trabalho, não existe oferta de ações desenvolvidas no cuidado aos idosos, não contamos com protocolos para regular o acesso a outros níveis do sistema de saúde, os profissionais não avaliam a capacidade funcional global do idoso por ocasião do exame clínico, não existe caderneta de saúde de pessoa idosa, não se realizam atividades de grupo. Não existem profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas aos idosos.

Em nossa unidade, contamos com o serviço de odontologia. Temos uma cadeira odontológica de nova instalação para atendimento da população. Não realizamos tratamento cirúrgico, não tratamento de canal, não há instalação de próteses dentárias. Não temos arquivo de usuários cadastrados por doenças e faixa etária. Temos que destacar que não existe agendamento planejado por grupos prioritários, por exemplo, deficientes, idosos, gestantes, doenças crônicas, crianças de diferentes faixas etárias, o atendimento é feito de forma espontânea tendo em conta também que priorizam as urgências/emergências. Na UBS, os profissionais da saúde bucal fazem escovação supervisionada e palestras educativas nas escolas, creches, gestantes e idosos. As consultas são eventuais porque não é feito agendamento planejado, as primeiras consultas o usuário solicita o atendimento individual, porque não existe cadastro dos usuários.

.....

Em relação às consultas especializadas como: pediatria, cardiologia, neurologia, ginecologia, oftalmologia e serviço social entre outros, os usuários passam por vários constrangimentos como a espera de vagas para serem atendidos e quando conseguem as vagas, só podem ser atendidos depois de 3 a 4 meses. Com isso, as referidas patologias vão se agravando cada vez mais, e as outras especialidades que não tem no município, temos que encaminhar os usuários para a capital do Estado.

---

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

Para realizar uma comparação da situação minha USF em relação ao início de nosso trabalho, afirmamos que aconteceram muitas mudanças com relação ao cadastro, registros e mapeamento dos usuários portadores de HAS e DM que agora encontram-se atualizados. Além disso, sensibilizamos aos gestores e funcionários públicos da saúde para providenciar as melhorias da condição do atendimento clínico odontológico e equipe do NASF. A análise situacional nos permitiu uma maior compreensão e apropriação da unidade e das características da área de abrangência e especificidades epidemiológicas locais, oportunizando um aprofundamento importante e necessário a fim de que possamos propor ações de forma planejada e adequada, pensando nas necessidades da comunidade e buscando melhorar a qualidade da atenção na saúde ofertada.

Não haviam cadastros com dados fidedignos, além da falta de arquivo e mapeamento tanto na UBS como nos registros municipais da secretaria de saúde que encontravam-se completamente desatualizados, a equipe não recebia capacitação permanente nos diferentes programas da atenção básica, não só de Hipertensão e Diabetes Mellitus, também de SISPRENATAL, atendimento a Idosos e saúde bucal, tampouco contávamos com a sensibilidade por parte dos gestores sobre a importância de realizar um projeto e suas positivas consequências para o serviço e a comunidade.

---

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

O motivo de fazermos nossa intervenção no programa de atenção a HAS e DM deve-se ao fato de que estas são um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo e na nossa unidade de saúde os indicadores da qualidade da atenção à HAS e DM avaliados são muito críticos, o cadastro é de má qualidade, não existem protocolos de atendimento, acompanhamento e avaliação das doenças, não há rastreamento para HAS e DM adequados.

Esse panorama revela que a atenção aos hipertensos e diabéticos não atinge os objetivos desejados e propostos pelo Ministério da Saúde para melhorar a qualidade de vida dos habitantes do Brasil e diminuir as complicações e óbitos devido a essas patologias, sobretudo em minha comunidade, que é de zona rural e de difícil acesso.

Considerada um problema de saúde pública em todo o mundo, decorrente das suas taxas de morbimortalidade, a HAS tem impacto direto na qualidade de vida do portador, altos custos hospitalares nas internações decorrentes de complicações e agravos. Seu surgimento ocorre, via de regra, na vida adulta e em pessoas idosas, mas pode surgir em qualquer idade, sendo que em 90% dos casos sua origem é desconhecida. O quadro hipertensivo pode ser classificado de acordo ao fator desencadeante em HAS primária ou secundária. A dificuldade em que a maioria dos usuários encontra em realizar mudanças no estilo de vida faz com que a intervenção da ESF seja essencial, cabendo aos profissionais procurar conhecer os hábitos de vida do usuário e de sua família para incentivá-los nas mudanças e melhora da qualidade de vida.

O DM configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da

população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo o mundo (BRASIL, 2013). Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde, o número de portadores da doença em todo o mundo era de 177 milhões em 2000, com expectativa de alcançar 350 milhões de pessoas em 2025. Um estudo realizado em Cuiabá/MT (FERREIRA; FERREIRA, 2009) descreveu as características epidemiológicas de 7.938 pessoas com DM atendidas na rede pública entre 2002 e 2006. Os principais fatores de risco cardiovasculares identificados foram: sobrepeso, sedentarismo e antecedentes familiares cardiovasculares. Mais de 80% dessas pessoas também eram hipertensas. O infarto agudo do miocárdio (IAM) foi a complicação mais frequentemente observada. Outro resultado importante foi a identificação de que o usuário, quando chega na Unidade Básica de Saúde (UBS), já apresenta sinais de estágio avançado da doença, o que demonstra, entre outros fatores, as dificuldades de diagnóstico precoce e ações de prevenção primária e secundária.

As consequências humanas, sociais e econômicas são devastadoras: são 4 milhões de mortes por ano relativas ao diabetes e suas complicações (com muitas ocorrências prematuras), o que representa 9% da mortalidade mundial total. O grande impacto econômico ocorre notadamente nos serviços de saúde, como consequência dos crescentes custos do tratamento da doença e, sobretudo das complicações, como a doença cardiovascular, a diálise por insuficiência renal crônica e as cirurgias para amputações de membros inferiores. O maior custo, entretanto recai sobre os portadores, suas famílias, seus amigos e comunidade: o impacto na redução de expectativa e qualidade de vida é considerável (BRASIL, 2013).

Temos uma população de 1.836 habitantes, sendo 909 do sexo masculino e 927 do sexo feminino. São 497 famílias. A avaliação da cobertura de HAS encontrada é muito irregular, não cumprindo os objetivos preconizados pelo SUS. Existem muitas deficiências. Os indicadores da qualidade da atenção à HAS avaliados não atingem os objetivos propostos pelo Ministério da Saúde. Não existem ações sistematizadas direcionadas para esses usuários. Não há grupos de usuários hipertensos classificados e organizados para fazer e programar ações de promoção e prevenção de fatores de risco para as pessoas propensas a desenvolver esta

doença e evitar possíveis complicações cardiovasculares, cerebrovasculares, insuficiência renal, insuficiência vascular periférica, retinopatias hipertensivas, dentre outras. Não existe registro para controle específico de usuários que padecem HAS. Não há estimativa adequada do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área. O que há não é compatível com minha realidade porque a demanda de atendimento em meu posto médico é muito maior que os usuários hipertensos cadastrados. Do mesmo modo, o acompanhamento da DM tem muitas dificuldades em nossa UBS. Não existe registro específico na área de abrangência, assim como grupos de pessoas de risco que padeçam da doença. Os indicadores de qualidade demonstram que ainda existem vários aspectos a serem melhorados a exemplo da criação de grupos de riscos com o objetivo de realizar atividades de promoção e prevenção de saúde, com foco no sobrepeso ou obesidade, sedentarismo, dislipidemia e tabagismo.

Pelos motivos acima expostos, pensamos ser importante, oportuna e necessária, realizar uma intervenção com foco na área programática de HAS/DM, com o objetivo não somente de ampliar a cobertura a esses usuários, bem como, de qualificar a atenção em saúde ofertada, através de um conjunto sistematizado de ações, o que certamente trará benefícios para todos e contribuirá para incrementar os níveis de saúde da população.

---

## **2.2 Objetivos e Metas**

### **2.2.1 Objetivo Geral**

Melhorar a atenção à saúde ofertada aos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus da Unidade Básica de Saúde Osmar de Albuquerque Lima, em Cruzeiro do Sul/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**

Relativas ao objetivo 1:

1. Ampliar para 33% a cobertura aos usuários hipertensos da área de abrangência no Programa de atenção à HAS e ao DM da unidade de saúde;
2. Ampliar para 33% a cobertura aos usuários diabéticos da área de abrangência no Programa de atenção à HAS e ao DM da unidade de saúde;

Relativas ao objetivo 2:

1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos;
2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos;
3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares, em dia, de acordo com o protocolo;
4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares, em dia, de acordo com o protocolo;
5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;
6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde;
7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico para 100% dos hipertensos;
8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico para 100% dos diabéticos.

Relativas ao objetivo 3:

1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde, conforme a periodicidade recomendada;
2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde, conforme a periodicidade recomendada.

Relativas ao objetivo 4:

1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;
2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 5:

1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;
2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 6:

1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos;
2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos;
3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos;
4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos;
5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos;
6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos;
7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos;
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 UBS Osmar de Albuquerque Lima no Município de Cruzeiro do Sul /AC. Participarão da intervenção a equipe de saúde da unidade, bem como os usuários hipertensos e/ou diabéticos pertencentes à área de abrangência da unidade, com o envolvimento de toda a comunidade.

### 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:**

##### Monitoramento e Avaliação

Detalhamento: Este monitoramento será feito pela médica e enfermeira semanalmente, a partir dos registros das ACS, recepção e prontuários e fichas espelhos.

##### Organização e gestão do serviço

Detalhamento: O cadastro será realizado diariamente por todos os membros da equipe, com especial atenção dos ACS. No acolhimento os usuários com HAS e /ou DM já serão encaminhados à médica, aqueles com doença aguda. O agendamento será feito por todos os membros da equipe, todos os dias da semana.

##### Engajamento público

Detalhamento: Será realizada por todos os membros da equipe durante as consultas, nas visitas domiciliares, informando a comunidade sobre a existência do programa de atenção ao hipertenso e/ou diabético na unidade de saúde e sobre a importância de se realizar o acompanhamento adequado para evitar complicações.

##### Qualificação da prática clínica

Detalhamento: Será realizado um processo de capacitação junto à equipe para o adequado acolhimento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos e na adoção dos protocolos do Ministério da Saúde, bem como quanto às informações que devem ser fornecidas à comunidade em geral sobre este programa de saúde. Estes momentos de capacitação tem previsão de que sejam realizados semanalmente, durante as reuniões, sob a responsabilidade da médica e da enfermeira.

**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.

**Ações:**Monitoramento e avaliação

Detalhamento: O monitoramento será realizado pela médica e enfermeira periodicamente, buscando garantir que todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos sejam avaliados clinicamente de forma adequada.

Organização e gestão do serviço

Detalhamento: A manutenção dos aparelhos como balança, antropômetro e glicosímetro será feita trimestralmente. A enfermeira ficará responsável por eventuais substituições ou calibração dos equipamentos. A médica da equipe vai garantir que haja a versão atualizada dos protocolos de atenção ao hipertenso e ao diabético impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário.

Engajamento público

Detalhamento: Será realizado por todos os membros da equipe tanto na UBS como nas visitas domiciliares, por meio, sobretudo das ações de educação em saúde, contribuindo para o efetivo empoderamento, autonomia e protagonismo dos usuários com HAS e/ou DM, fomentando a importância do autocuidado e de forma que possam exercer o controle social.

Qualificação da prática clínica

Detalhamento: O treinamento das técnicas para realização das medidas de peso e altura dos hipertensos e/ou diabéticos será feito frequentemente (ao menos a cada quinze dias) pela médica e enfermeira. Assim teremos também a padronização da equipe.

**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.

**Ações:**Monitoramento e avaliação

O monitorar do percentual de hipertensos e/ou diabéticos com exames complementares em dia de acordo ao protocolo, será realizado a partir das anotações na ficha espelho, tendo como responsáveis a médica e a enfermeira.

#### Organização e gestão do serviço

Detalhamento: Será de responsabilidade da médica e enfermeira garantir junto ao gestor a realização dos exames complementares para os usuários com HAS e/ou DM, por meio de articulação prévia.

#### Engajamento público

Detalhamento: As orientações ofertadas à comunidade, em especial aos usuários com HAS e/ou DM, sobre a importância de realizar os exames complementares em dia serão feitas por todos os membros das equipes, no âmbito da UBS e nas visitas domiciliares e será precedida do devido processo de capacitação.

#### Qualificação da prática clínica

Detalhamento: Responsabilidade da médica e enfermeira a oferta dos processos de capacitação direcionados a todos os membros da equipe de saúde que serão realizados semanalmente nos momentos da reunião de equipe. Em caso negativo fornecer a capacitação. Verificar se o profissional de enfermagem da unidade de saúde está apto para a realização dos exames complementares

**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.

#### **Ações:**

#### Monitoramento e avaliação

Detalhamento: O monitoramento do percentual de hipertensos e/ou diabéticos que receberam prescrição de medicamentos da farmácia popular será feito nas consultas, tendo como principais responsáveis a médica e enfermeira da unidade, quando serão feitos os devidos registros.

#### Organização e gestão do serviço

Detalhamento: Será garantida pela médica da unidade a realização de articulação prévia no sentido de garantir a dispensação periódica dos medicamentos na

farmácia popular o no posto de saúde médica direcionados aos usuários com HAS e/ou DM.

#### Engajamento público

Orientar os hipertensos e a comunidade sobre a importância da medicação.

Detalhamento: As orientações serão realizadas por todos os membros da equipe, por meio de capacitação prévia, nas consultas e visitas domiciliares, junto aos usuários hipertensos e/ou diabéticos no sentido de fomentar o empoderamento e autonomia dos sujeitos, de forma que possam despertar para a importância do autocuidado para manutenção e controle do seu estado de saúde.

#### Qualificação da prática clínica

Detalhamento: Será realizada pela médica, nas reuniões de equipe semanalmente, processo de capacitação ofertado aos membros da equipe no sentido de que estejam aptos para ofertar as recomendações e orientações básicas sobre as medicações utilizadas pelos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

**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.

#### Monitoramento e avaliação

Detalhamento: Será feita pela equipe odontológica, já com articulação prévia construída para este fim o monitoramento e avaliação da necessidade de tratamento odontológico aos usuários com HAS e/ou DM, moradores da área de abrangência.

#### Organização e gestão do serviço

Detalhamento: Será organizado mensalmente um acolhimento em saúde bucal direcionado aos usuários hipertensos e/ou diabéticos de nossa comunidade e feito mensalmente pelos membros da equipe. Será ofertado atendimento prioritário aos hipertensos da unidade de saúde, para os serviços de saúde bucal, de forma que será necessário organizar a agenda de saúde bucal para atendimento aos hipertensos, assim como realizar a avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

### Engajamento público

Detalhamento: Será informado à comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal dos hipertensos e diabéticos e esta informação será realizada por todos os membros das equipes, no âmbito da UBS e nas visitas domiciliares, mediante prévia capacitação.

### Qualificação da prática clínica

Detalhamento: Será realizada pela médica e odontólogo nas reuniões semanais de equipe um processo de capacitação com as informações básicas acerca de importância de que nossos usuários com HAS e/ou DM realizem a avaliação da necessidade de tratamento 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:**

#### Monitoramento e avaliação

Será monitorado o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) para nossos usuários com HAS e/ou DM, sendo este controle realizado com periodicidade definida e realizado pela médica e pela enfermeira da unidade. O monitoramento para busca ativa dos faltosos será feito semanalmente pela médica e pela enfermeira a fim de garantir a adesão daqueles usuários faltosos às consultas.

#### Organização e gestão do serviço

Detalhamento: Será um trabalho conjunto envolvendo médica, enfermeira e ACS a organização das visitas domiciliares para buscar os hipertensos faltosos. A agenda será organizada semanalmente pela médica, enfermeira, ACS e recepcionista a fim de garantir a busca dos usuários faltosos às consultas em tempo hábil.

### Engajamento público

Detalhamento: A comunidade será informada sobre a importância do acompanhamento regular dos hipertensos e/ou diabéticos e tais informações serão oferecidas pelos membros da equipe no âmbito da UBS e nas visitas domiciliares.

#### Qualificação da prática clínica

Detalhamento: Será conduzido um processo de capacitação junto aos ACS na identificação dos hipertensos e/ou diabéticos em atraso, ofertado pela médica e enfermeira em momentos de reunião semanal.

### **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:**

##### Organização e gestão do serviço

Detalhamento: Será orientado pela médica para que todos os membros da equipe possam acessar o sistema e alimentar os dados, trabalhando de forma adequada com os dados provenientes do SIAS/folha de acompanhamento. Serão implantadas as fichas de acompanhamento / espelho do hipertenso e do diabético e será feita pactuação prévia com a equipe no sentido de garantir a qualidade dos registros e sua importância. A médica irá, mediante articulação prévia com a gestão, garantir e providenciar as referidas fichas. O monitoramento dos registros será realizado semanalmente pela médica, observando se os registros estão completos e adequando, se preciso.

##### Engajamento público

Detalhamento: Serão ofertadas à comunidade e aos usuários hipertensos e/ou diabéticos orientações sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via. Tais orientações serão feitas por todos os membros da equipe, tanto na UBS como nas visitas domiciliares.

##### Qualificação da prática clínica

Detalhamento: Será feito pela médica e enfermeira, nas reuniões das equipes processo de capacitação dos membros da equipe no sentido de garantir o

preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso e do diabético 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.

**Ações:**

Monitoramento e avaliação

Detalhamento: Será feito semanalmente pela médica e pela enfermeira o monitoramento do número de hipertensos e/ou diabéticos com risco cardiovascular existentes na comunidade, mediante verificação dos registros.

Organização e gestão do serviço

Detalhamento: Será dada prioridade nas consultas ao atendimento dos hipertensos e/ou diabéticos com risco cardiovascular aumentado. A médica da unidade irá identificar na ficha de acompanhamento/espelho aos hipertensos com risco cardiovascular.

Engajamento público

Detalhamento: Será fornecido pelos membros da equipe no âmbito da UBS e nas visitas domiciliares orientações à comunidade sobre os fatores de risco para morbidades na HAS e no DM, aproveitando todos os espaços de produção de saúde para este fim ou quando se fizer necessário.

Qualificação da prática clínica

Detalhamento: Será conduzido processo de capacitação nos momentos semanais de reunião de equipe a fim de capacitar aos profissionais na identificação dos fatores de risco para morbimortalidade nas reuniões da UBS, tendo como responsável a médica da unidade.

**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:**

##### Monitoramento e avaliação

Monitorar o registro das orientações em prontuário ou ficha de acompanhamento.

Detalhamento: O monitoramento com relação às orientações aos usuários hipertensos e/ou diabéticos que envolvam aspectos nutricionais, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal será feito mensalmente e terá como responsáveis a médica e enfermeira.

##### Organização e gestão do serviço

Detalhamento: Será definido nas reuniões da equipe a questão das atribuições de cada membro no que diz respeito à oferta das orientações que envolvam aspectos nutricionais, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal. A responsável será a médica da unidade.

##### Engajamento público

Detalhamento: Será feito por todos os membros da equipe, em todos os espaços de produção de saúde inclusive nas visitas domiciliares as orientações direcionadas aos usuários com HAS e/ou DM que envolvam aspectos nutricionais, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal. Estas atividades envolverão outros profissionais como aqueles do NASF, em especial a nutricionista, o educador físico e a psicóloga.

### Qualificação da prática clínica

Detalhamento: Serão realizados processos de capacitação direcionados aos membros da equipe no sentido de qualificar-los para a oferta de orientações que envolvam aspectos nutricionais, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal aos usuários da comunidade, em especial aqueles com HAS e/ou DM.

### **2.3.2 Indicadores**

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

Meta 1.1 Ampliar para 33% 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.

Meta1.2 Ampliar para 33% 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 regular.

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

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**

Nossa intervenção será realizada em 16 semanas na USF Osmar de Albuquerque Lima no município de Cruzeiro do Sul, Estado do Acre e será embasada no Caderno de Atenção Básica N<sup>o</sup> 36, DIABETES MELLITUS - Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica e o Caderno de Atenção Básica N<sup>o</sup> 37, HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA - Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica, disponibilizados pelo MS, ambos de 2013. Para registro dos dados utilizaremos as planilhas eletrônicas e as fichas espelhos da especialização em saúde da família da UFPEL. As cópias das fichas espelho serão providenciadas pela médica, em articulação junto ao gestor. A tabulação dos dados será feita semanalmente na planilha eletrônica.

Damos início com a perspectiva de intervir junto a 92 hipertensos e 22 diabéticos (correspondendo a 33% de meta de cobertura tanto para usuários com HAS, como para aqueles com DM) e com isso tentaremos atingir a melhoria da atenção clínica e em outros aspectos aos usuários portadores das doenças hipertensão e/ou diabetes mellitus pertencentes à nossa área de abrangência.

A unidade de saúde Osmar de Albuquerque Lima encontra-se localizada na zona rural de difícil acesso o que dificulta realizar as ações programáticas previstas em nosso projeto de intervenção. Pretendemos realizar diferentes ações contidas nos eixos temáticos de monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

O acolhimento dos hipertensos e diabéticos será feito todos os dias nos dois turnos, por todos os membros da equipe de saúde. Os usuários com problema de saúde agudo serão atendidos no mesmo dia e agendados para novas consultas conforme protocolo. As consultas dos demais usuários hipertensos e diabéticos serão agendadas de acordo aos protocolo do MS e as recepcionistas serão capacitadas para este agendamento com a médica, previamente ao início da

intervenção. Já o cadastramento será feito diariamente, nos dois turnos por todos os membros da equipe, aproveitando todos os espaços de produção de saúde.

Para abranger as ações de qualificação de prática clínica previstas no projeto serão feitas capacitações para todos os membros da equipe segundo o manual do protocolo do MS, pela médica e enfermeira, nas reuniões semanais da equipe, feitas nas segundas feiras, na sala de reuniões da UBS, com duração aproximada de duas horas. Serão tratados temas como o acolhimento aos hipertensos e diabéticos, a Política Nacional de Humanização, a adoção dos protocolos, as orientações que devem ser fornecidas a comunidade, o treinamento das técnicas para realização das medidas de peso e altura, a aferição da pressão arterial e glicemia capilar.

Para alcançarmos nossas metas, temos que, em primeiro lugar, realizar o cadastramento dos usuários através da planilha espelho e além disso trabalhar com os indivíduos que apresentam fatores de risco cardiovascular e metabólicos que são os mais propícios para sofrer de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Tendo em conta os fatores de riscos não modificáveis como a idade, raça ou cor da pele e altura, e os modificáveis tais como, peso, sedentarismo, alimentação e estresse, buscaremos nos ACS a aproximação e fortalecimento de vínculos com a comunidade. Através da visita domiciliar que serão realizadas por todos os membros da equipe de saúde, identificaremos os estilos de vida não saudáveis dos portadores de hipertensão e diabetes mellitus, sendo realizada verificação da pressão arterial e glicemia capilar.

Está prevista uma reunião na última sexta feira de cada mês com os gestores municipais da saúde para comunicar-lhes das nossas necessidades de transporte para recuperar os usuários portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus faltosos a consultas (busca ativa), ressaltando a importância da gestão municipal no sentido de facilitar os materiais necessários para a realização dessas ações, tais como: balanças, fitas métricas, esfigmomanômetro, glicosímetros, material de escritório para unidade básica de saúde, tendo como responsáveis a secretaria municipal de saúde, enquanto responsável pela gestão municipal ao nível da atenção básica. Nas consultas serão feitos os monitoramentos do peso, altura e índice de massa corporal identificando aqueles com fatores de risco. Já contamos com todos os materiais e instrumentos necessários. O monitoramento será feito pela médica e enfermeira. Será indicada prescrição de medicamentos a aqueles usuários

que precisem de tratamento farmacológico na unidade e na farmácia popular. Serão indicados os exames complementares de acordo com a doença do usuário.

A ficha-espelho disponibilizada pelo curso vai permitir que possamos fazer os cadastros por meio da coleta de dados, que nos ajudarão a construir arquivos individuais para usuários portadores de HAS e/ou DM. Como não contamos com um computador na unidade, esses documentos serão arquivados em pasta específica a qual foi preenchida pela equipe, em parceria com a médica do serviço. Todos os dados destes atendimentos clínicos e visitas serão preenchidos na ficha espelho já disponível na UBS e posteriormente, digitados na planilha eletrônica.

Iniciaremos a intervenção clínica e laboratorial com os usuários já cadastrados e continuaremos aumentando o número de usuários cadastrados na medida em que os agentes comunitários forem realizando a visita domiciliar para captação daqueles sabidamente portadores de HAS e/ou, além dos novos casos que surgirem (por busca ativa ou demanda espontânea), a fim de aumentar o registro e procurar casos novos além das palestras que realizaremos na comunidade com a ajuda dos educadores, diretores de creches e escolas que ajudarão a comunidade a compreender a importância de nosso projeto de intervenção aqui a equipe foi responsável em sua totalidade.

Com uma frequência semanal serão avaliadas pela médica e enfermeira as fichas-espelhos dos usuários hipertensos e diabéticos, para identificar as que estão com consultas e exames em dia. Os ACS serão os encarregados de fazer busca ativa de todos os usuários faltosos às consultas, fazendo um agendamento para próxima consulta. As informações serão coletadas na planilha eletrônica ao final de cada semana.

Para tentar sensibilizar a comunidade sobre a importância da HAS e DM temos que fazer ações de divulgação, aproveitando os contatos nas visitas domiciliares e nas ações de educação em saúde feitas na UBS.



### **3 Relatório de Intervenção**

#### **3.1 Ações Previstas e Realizadas**

Todas as ações foram realizadas por meio de controle de fichas, prontuários e da planilha de coleta de dados eletrônica, disponibilizadas pelo curso, na qual atualizamos os dados de cada usuário, após cada consulta. A planilha apresentou dados registrados previamente e todos esses dados foram associados à planilha de indicadores e disponibilizaram o acompanhamento dos dados da intervenção, em gráficos. Foi monitorado durante a intervenção, orientação de hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, da prática de atividade física regular, orientação sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo, sobre a importância da higiene bucal e dos cuidados sobre a saúde bucal, são ações que foram trabalhadas por nós junto à comunidade.

Foram realizadas ações para qualificação da prática clínica, capacitação dos ACS para o cadastramento de hipertensos e de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde, foi coordenado com equipe a realização de cartazes, palestras, cursos que permitiram a capacitação dos profissionais da UBS para realizar um correto cadastro dos usuários que sofrem de hipertensão e diabetes.

Realizamos a capacitação para a equipe da unidade de saúde sobre verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para a realização da glicemia capilar.

As ações escolhidas foram monitoradas por meio de controle de prontuários e planilha disponibilizada pelo curso, na qual foram preenchidos e solicitados os dados de cada paciente depois de cada atendimento. Em minha UBS os usuários hipertensos e/ou diabéticos tiveram consulta de atendimento específico, exames laboratoriais disponibilizados pela gestão municipal, acesso a medicamentos

disponibilizados pela farmácia no posto de saúde e na farmácia popular, atendimento garantido por dentista e técnico de saúde bucal, realização de estratificação de risco por ano, orientação nutricional, atividade física regular, orientação sobre risco de alcoolismo, tabagismo, educação permanente sobre higiene bucal.

Para as ações de organização de gestão e serviços e garantia do registro atualizado de doentes que sofrem hipertensão e diabetes mellitus, convocamos reuniões com os gestores municipais de saúde para sensibilizá-los e para que providenciassem os recursos necessários que foram utilizados no decorrer do projeto de intervenção na verificação de pressão arterial, glicemia capilar, medição da altura e peso corporal, nas consultas em domicílio e no posto de saúde.

Realizamos um trabalho de sensibilização junto à comunidade sobre a importância do projeto de intervenção sobre as doenças de HAS e DM, convocamos a prefeitura da localidade, subprefeito, diretores das escolas, creches, para informar a importância de ajudar nossos trabalhos e convencer a todos os moradores que vão atingir a idade de 18 anos, a medir sua pressão arterial pelo ao menos uma vez por ano. Realizamos atividades de promoção de saúde com apoio do NASF, líderes religiosos, personalidades importantes da comunidade, para atingir um bom engajamento público.

Realizamos ações de educação em saúde junto à comunidade, através de palestras e atividades comunitárias sobre a importância de pesquisar a DM e HAS, atuar e conhecer os fatores de risco cardiovascular, o complicado pé diabético e suas principais consequências como a amputação, com ajuda da coordenadora da área rural, informamos a população a possibilidade de atendimento priorizado e a facilidade de acolhimento, atendimento e manutenção de tratamento gratuitamente.

Demostramos através de aulas, vídeos, que além de que a HAS e DM são doenças crônicas em controle de fatores de risco como a obesidade, sedentarismo, hiperlipidêmicas, podem prevenir-se e modificar, para atingir este objetivo, incorporamos a equipe dos NASF para formar os grupos de hipertensos e diabéticos e realizamos atividades físicas, de reabilitação e prevenção.

### **3.2 Ações previstas e não realizadas**

A realização da Hemoglobina Glicosilada ficou prejudicada porque só é realizada junto à rede privada, além da demora com os resultados dos exames de laboratório que não foi possível atingir esse objetivo devido que só contamos no município de Cruzeiro do Sul com um Centro Laboratorial de Diagnóstico com elevada demanda, na qual a espera por resultados chega a mais de 30 dias.

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

Quando iniciamos nosso projeto de intervenção desde do primeiro momento sofremos muitas dificuldades e começaremos mencionando a que foi de maior importância, pois não contamos com o registro atualizado de usuários portadores de HAS e DM, foi muito difícil fazer um novo registro, cadastro e mapeamento devido à localização geográfica da comunidade em zona de difícil acesso, além das dificuldades dos meios de locomoção para os agentes comunitários de saúde e para nós que não contamos com um transporte estável para a realização das visitas domiciliares e também não temos internet, computador e foi necessário solicitar ajuda da secretaria de saúde para imprimir a ficha-espelho. Quanto à sistematização dos dados, apresentei dúvidas em como preencher a ficha de coleta de dados, mesmo com ajuda do orientador e os fóruns, mantive certo grau de dificuldade, já que tenho poucos conhecimentos de informática.

### **3.4 Viabilidade da Incorporação e das ações à rotina do serviço**

Conseguimos cadastrar 139 usuários hipertensos e 43 diabéticos, a despeito das dificuldades já explicadas devido à localização geográfica da comunidade, falta de sensibilização por parte da gestão e pelos aspectos socioculturais da população.

Cada mês foi feita a revisão do registro de qualidade de hipertensos e diabéticos, foram realizados os exames complementares como estabelece o protocolo de atendimento do ministério da saúde, independentemente da demora dos resultados, inclusive para realizar hemoglobina glicosilada.

Contamos com todo o engajamento para seguirmos trabalhando em busca dos faltosos e com aqueles usuários portadores de fatores de risco, para evitar que os mesmos desenvolvam futuras doenças.

De fato, já contamos com a intervenção como parte de nossa rotina de trabalho, as planilhas espelhos são impressas com ajuda da secretaria de saúde e continuamos o preenchimento da coleta de dados com os novos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados. Além disso, melhoramos a organização por prioridade na realização dos exames de laboratório clínico, bem como na entrega dos resultados.

## 4 Avaliação da Intervenção

### 4.1 Resultados

Nossa intervenção na unidade teve duração de 16 semanas na UBS Osmar de Albuquerque Lima no município de Cruzeiro do Sul/AC. É chegado, então, o momento de apresentamos os resultados através de avaliação de todos os indicadores e as ações realizadas para a obtenção dos mesmos.

A intervenção tratou da melhoria de atenção à saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos na área de abrangência da UBS. Existe uma população de 1.836 pessoas. Ao final da intervenção, a cobertura de ação programática alcançou 49,8% dos usuários com HAS e 62,3% dos usuários com DM, ultrapassando a meta inicial de alcançar uma cobertura de 33% dos hipertensos e 33% de diabéticos.

Com relação especificamente à cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde, foi de 20,4% (57) no primeiro mês; 32,3% (90) no segundo; 39,4% (110) no terceiro e alcançamos 49,5% ao final, com 138 usuários cadastrados.

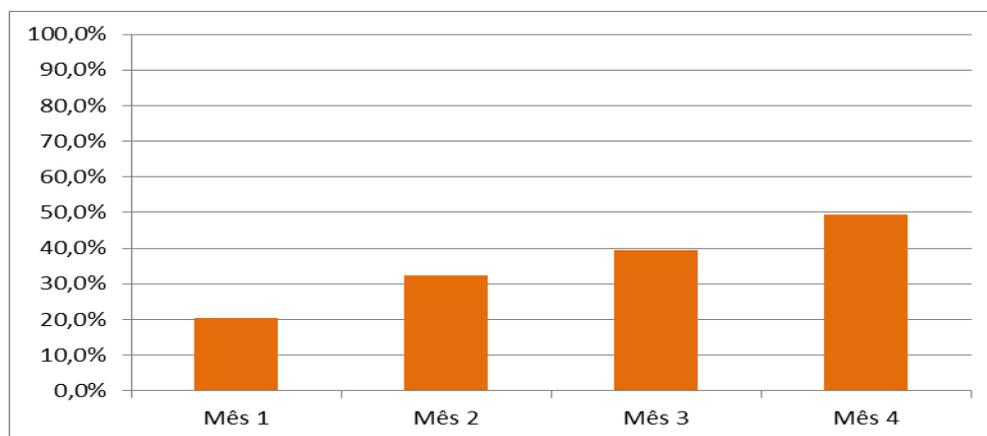


Figura 2 - Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Osmar de Albuquerque Lima. Fonte Planilha Final de Coleta de Dados 2014-2015.

O resultado alcançado foi conseguido devido, principalmente, à atuação e intervenção dos ACS, que atualizaram o cadastro até onde foi possível, mapearam, visitaram no domicílio para recuperar os faltosos às consultas, além de realizarmos também o cadastro daqueles que buscavam atendimento na UBS àqueles que procuravam espontaneamente, seguindo as orientações das conversas feitas em consulta e na comunidade. A capacitação realizada junto à equipe como um todo, no sentido de qualificar para a realização dos cadastros foi de suma importância nesse processo, além do engajamento da equipe em torno da intervenção realizada.

Já com relação à cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde foi de 27,5% (19) no primeiro mês; 37,7% (26) no segundo; 46,4% (32) no terceiro e também alcançamos 60,9% (42) no quarto mês.

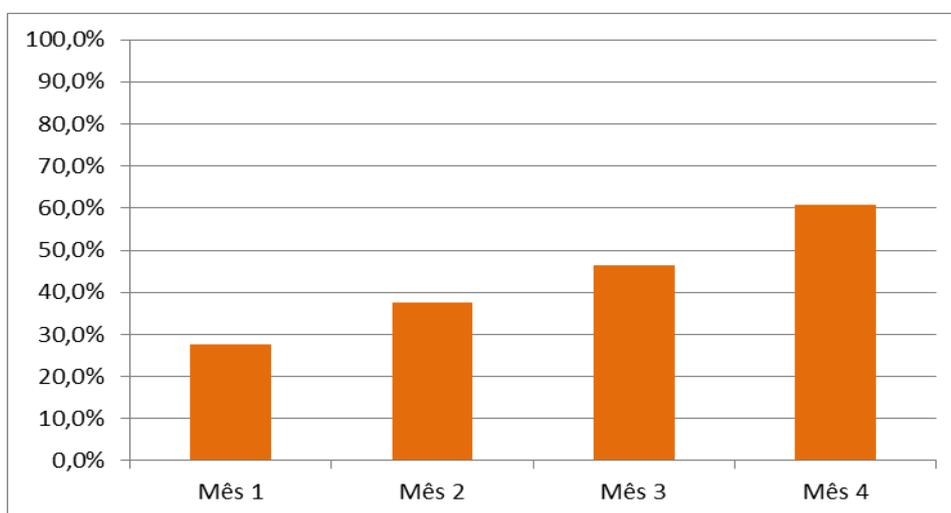


Figura 3 - Cobertura do programa de atenção a diabético na unidade de saúde.

Fonte Planilha final de coleta de Dados 2014-2015.

Também aqui, o resultado alcançado foi conseguido devido, principalmente, à atuação e intervenção dos ACS, que atualizaram o cadastro até onde foi possível, mapearam, visitaram no domicílio para recuperar os faltosos às consultas, além de realizarmos também o cadastro daqueles que buscavam atendimento na UBS àqueles que procuravam espontaneamente, seguindo as orientações das conversas feitas em consulta e na comunidade. Além disso, a capacitação realizada junto à equipe como um todo, no sentido de qualificar para a realização dos cadastros foi de suma importância nesse processo, além do engajamento da equipe em torno da intervenção realizada.

Quanto à realização dos exames clínicos em dia para os usuários hipertensos tivemos no 1 mês 57 hipertensos com exame clínico em dia (100,0%). No mês 2, foram 84 hipertensos (93,3%) para um total de 90. No mês 3 foram 88 hipertensos com o exame clínico em dia (80,0%) para um total de 110 e no último mês foram 108 hipertensos com exame clínico em dia (77,7%) para um total de 139. A queda observada ocorreu, sobretudo, pelo aumento progressivo dos cadastrados, frente àqueles que proporcionalmente, mantiveram os exames clínicos em dia.

Para atingir os resultados mostrados no gráfico abaixo, foram feitas as consultas de atendimento na unidade de saúde, primeiro foram realizadas as reuniões com a comunidade, palestras a partir do eixo de engajamento público com os líderes comunitários. O processo de capacitação da equipe realizados a fim de qualificação para a prática clínica foram de suma importância nesse aspecto.

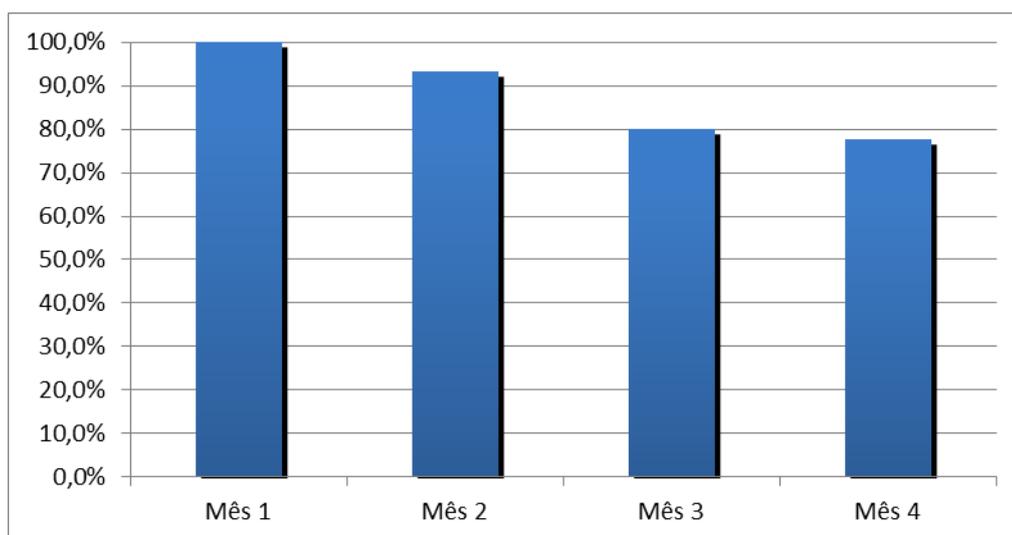


Figura 4 - Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. Fonte Planilha final de Coleta de Dados 2014-2015.

Com relação à proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com protocolo tivemos 19 usuários (100%) no mês 1. No Mês 2 foram 24 usuários (92,3%). No mês 3 foram 25 usuários (78,1%) e no mês foram 32 usuários (74,4%). Este resultado foi alcançado com muitas dificuldades, em primeiro lugar devemos lembrar que as pessoas moram a maioria longe da unidade, em zonas intransitáveis. Também aqui, contribuíram para atingir os resultados mostrados no gráfico abaixo, as consultas de atendimento na unidade de saúde, as reuniões com a comunidade, palestras a partir do eixo de engajamento público com os líderes

comunitários e o processo de capacitação da equipe realizados a fim de qualificação para a prática clínica foram de suma importância nesse aspecto.

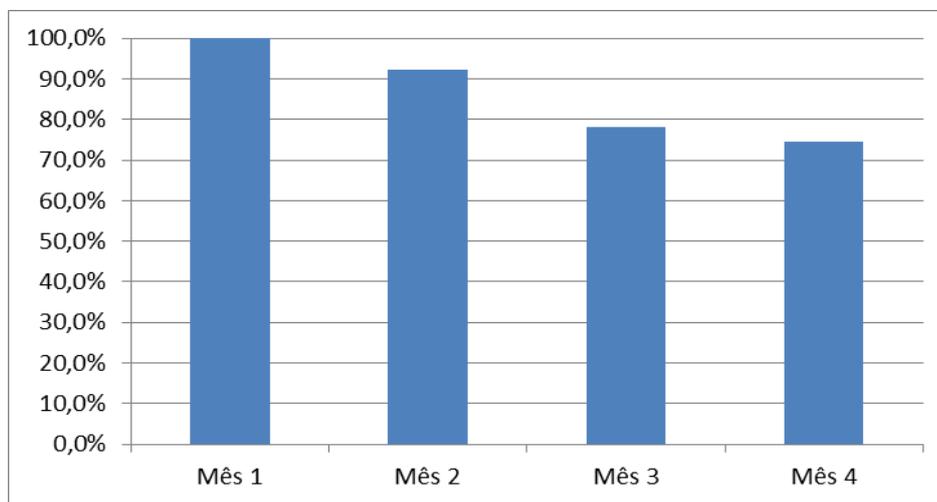


Figura 5 - Proporção de diabéticos com exames clínicos ao dia de acordo com o protocolo. Fonte: Planilha final de coleta de dados 2014, 2015.

No caso destas duas metas não atingimos o 100% de proporção de hipertensos e diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo de atendimento. Um fato que contribuiu para os resultados apresentados foi devido à problema que a máquina do laboratório do centro diagnóstico municipal quebrou por espaço de dois meses e existem exames como a hemoglobina glicosilada, eletrocardiograma, prova de funcionamento de rins que só são feitas na rede privada.

Avaliando o indicador que mede a proporção de hipertenso com prescrição de medicamentos da farmácia popular, tivemos no 1º Mês 57 hipertensos (100%), no 2º mês foram 90 hipertensos (100%), no mês 3 foram 104 hipertensos (95,4%) fechamos o mês 4 com 129 hipertensos (94,9%). Nesta interpretação não podemos deixar de mencionar que, apesar de que a maioria de os usuários receberem tratamento gratuito da farmácia popular, alguns ainda preferem comprar na rede privada porque imaginam um efeito placebo ou encontram-se controlados clinicamente e preferem não modificar a medicação. As orientações realizadas, empoderando os usuários e o processo de capacitação da equipe contribuíram para os bons resultados apresentados.

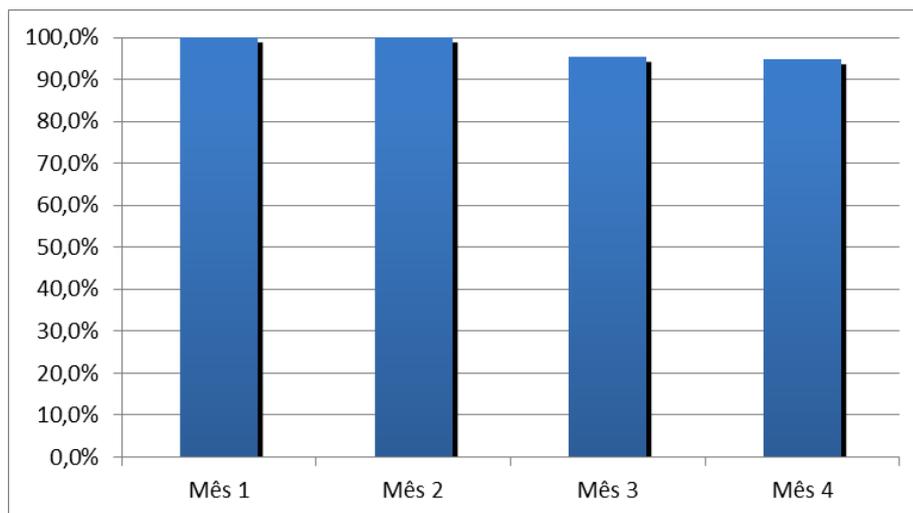


Figura 6 - Proporção de hipertensos com prescrição de medicamento da farmácia popular priorizada. Fonte Planilha final de coleta de dados 2014-2015.

Já com relação à proporção de diabéticos com prescrição de medicamento da farmácia popular no caso dos usuários diabéticos, tivemos no 1º Mês 19 (100%). No mês 2 foram 25 diabéticos (100%), no 3º mês foram 30 diabéticos (96,8%) e finalizamos o último mês com 39 diabéticos (95,1%)

No caso específico dos usuários diabéticos, atingimos quase 100% mas devemos assinalar que os usuários a maioria recebem tratamento da farmácia popular e minoria da rede privada, porque são pessoas de poucos ingressos econômicos. Do mesmo modo como ocorrido com este indicador aplicado aos usuários hipertensos, as orientações realizadas, empoderando os usuários e o processo de capacitação da equipe contribuíram para os bons resultados apresentados.

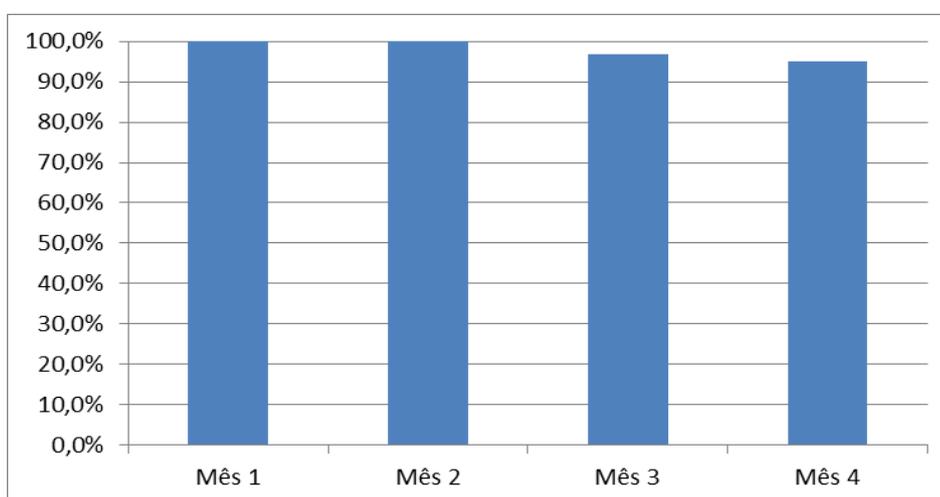


Figura 7 - Proporção de diabéticos com prescrição de medicamento da farmácia popular priorizada. Fonte Planilha final de coletas de dados 2014-2015.

No que diz respeito ao indicador que se refere à proporção de hipertensos com avaliação de necessidade de atendimento odontológico tivemos: Nos meses 1 e 2 nenhum hipertenso (0%). No mês 3 foram 2 hipertensos (1,8 %) e fechamos o mês 4 com 137 hipertensos (98.6%).

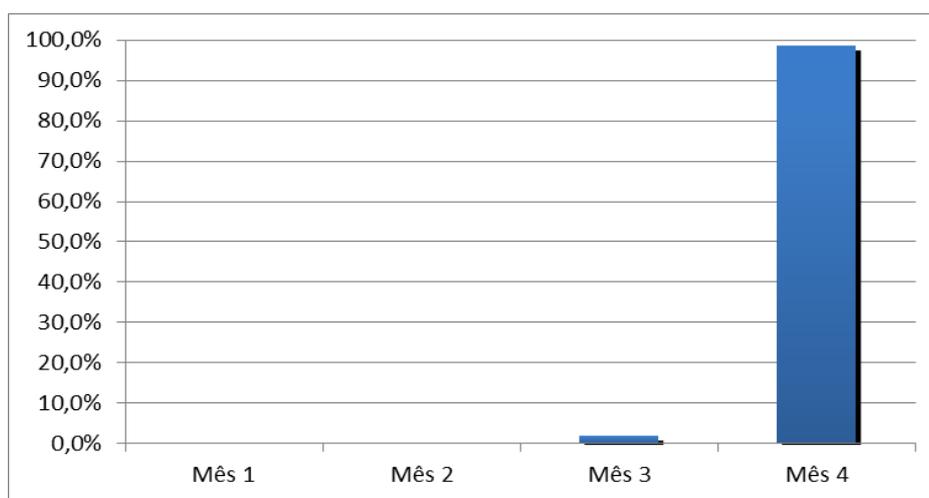


Figura 8 - Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Fonte Planilha final de coleta de dados de 2014- 2015

Vamos aprofundar esta análise, que os primeiros três meses os resultados não foram os que esperávamos porque os usuários não tinham vontade de receber tratamento odontológico. Foi preciso reunir a comunidade com ajuda da odontóloga e a técnica dental, através de palestras diretas na comunidade para conseguirmos o último resultado, nosso serviço odontológico não realiza próteses que é uma grande dificuldade para os usuários que precisam porque com o passar dos anos, a falta de educação sanitária e deficientes hábitos alimentares muitos perderam toda a dentição. Ou seja, temos aqui a importância concreta das ações de educação em saúde realizadas pela equipe, na perspectiva da promoção à saúde e prevenção de agravos, contribuindo, efetivamente para o empoderamento dos sujeitos, sua autonomia, protagonismo e fomentando o autocuidado. A equipe qualificada, por meio das capacitações feitas foram, obviamente decisivas para que, mesmo ao final da intervenção, conseguíssemos uma boa adesão para esta ação proposta.

Com relação à proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, tivemos nos três primeiros meses de intervenção o valor de 0%. Somente no 4º mês é que foram avaliados 42 diabéticos (97,7%). Os motivos que explicam e justificam os resultados obtidos ao longo da intervenção foram os mesmo daqueles apresentados no caso deste indicador aplicado aos usuários com hipertensão.

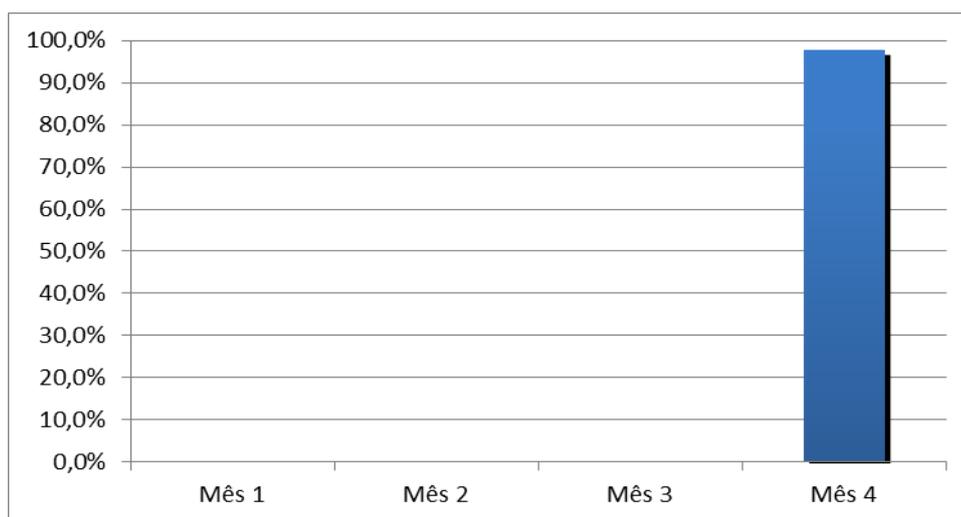


Figura 9 - Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Fonte: Planilha final coleta dados 2014- 2015.

Quanto à proporção de hipertensos faltosos com busca ativa, no mês 1, tivemos 40 usuários faltosos às consultas, mas sem busca ativa realizada, no mês 2 foram 25 hipertensos faltosos as consultas com busca ativa de (100,0%); no mês 3 foram 40 hipertensos faltosos a consulta com busca ativa (100,0%) e no mês 4, tivemos 31 hipertensos faltosos, também com busca ativa (100,0%).

Quanto aos diabéticos faltosos às consultas com busca ativa realizada, podemos dizer que no mês 1 tivemos 17 faltosos às consultas, no entanto, sem busca ativa realizada. Já no mês 2, tivemos 11 diabéticos faltosos as consultas com busca ativa (100,0%). No mês 3 foram 16 diabéticos faltosos às consultas com busca ativa (100,0%) e no mês 4 foram 13 diabéticos faltosos as consultas com busca ativa e mantivemos o indicador em 100%.

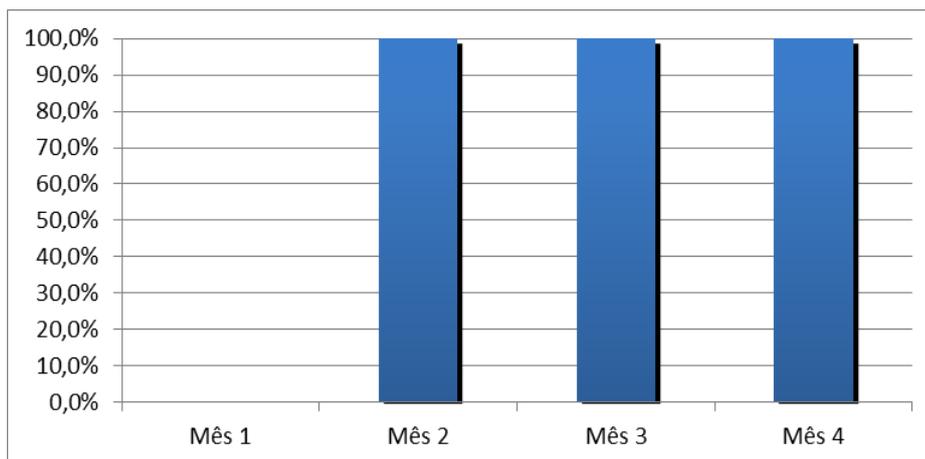


Figura 10 - Proporção de hipertensos faltosos com busca ativa.  
Fonte Planilha final de coletas dados 2014- 2015.

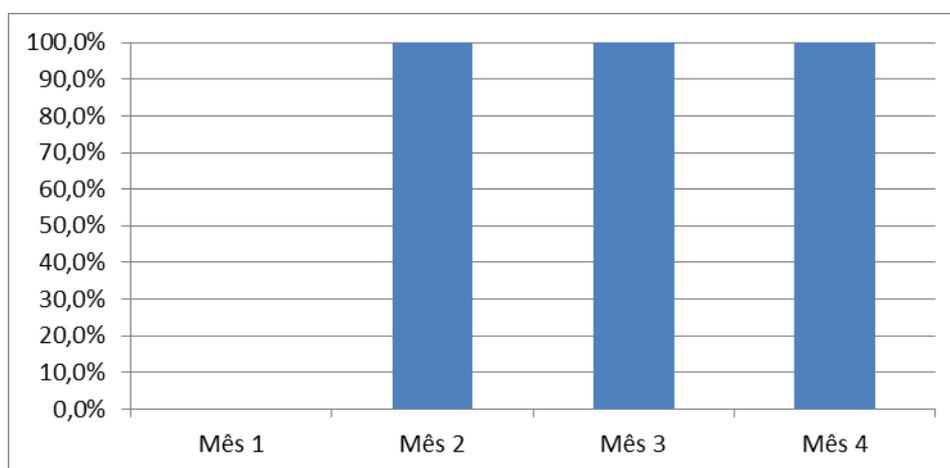


Figura 11 - Proporção de diabéticos faltosos as consultas com busca ativa  
Fonte Planilha final de coleta dados 2014- 2015.

Nesta análise, devemos mencionar que no primeiro mês os usuários não conheciam ainda em sua totalidade o projeto de intervenção e foi preciso realizar palestras na unidade de saúde para conseguir uma boa adesão ao programa, depois de muito diálogo, conseguimos aumentar os atendimentos e, além disso, foi de vital importância as visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde, em busca dos faltosos, contribuindo para a captação dos mesmos.

No que diz respeito à proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento, podemos dizer que no mês 1 foram 57 (100,0%), no mês 2 foram 90 (100,0%), no mês 3 tivemos 97 (88,2%) e fechamos o mês 4 com 136 (97,8%) de hipertensos com registro adequado na ficha acompanhamento. Aqui, foi essencial o engajamento da equipe e seu envolvimento em torno da implementação do projeto. Ou seja, o processo de capacitação realizada com todos os membros da

equipe contribuíram em muito para que tudo ocorresse de forma qualificada e com bons resultados.

Para realizar esta análise, nos baseamos nos critérios de escore de risco de Framingham para doenças cardiovasculares, as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no Brasil, os principais fatores de risco para essas doenças são a hipertensão arterial, a dislipidemia, tabagismo e diabetes, uma fórmula de previsão na população em geral da probabilidade de doença coronária é calculada baseada nos resultados do Framingham, de acordo com a faixa etária, sexo, valores de pressão arterial sistólica, valores de razão entre colesterol total e a fração HDL, presença de tabagismo e diagnóstico de diabetes, é possível estabelecer o risco de infarto do miocárdio e angina do peito em dez anos.

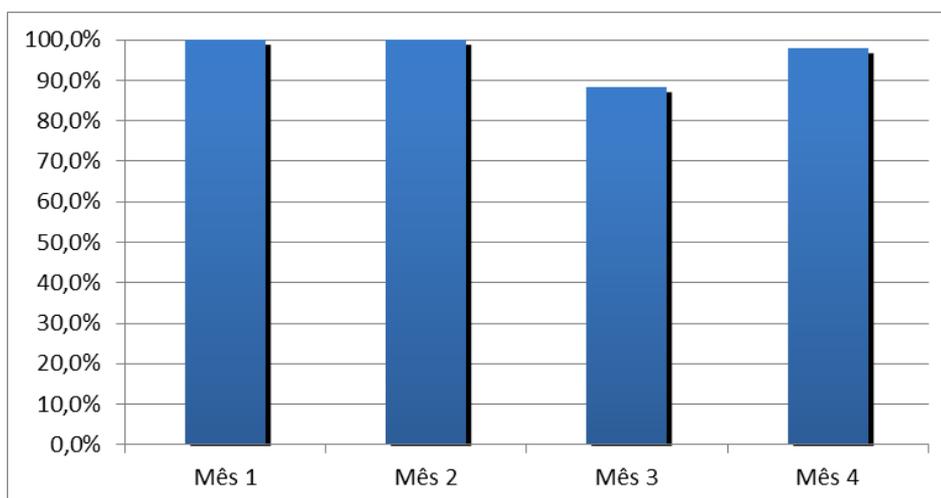


Figura 12 - Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Fonte Planilha final de coleta de dados 2014-2015.

Já com relação à proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, no 1 mês, alcançamos 19 diabéticos (100,0%). No mês 2 foram 26 diabéticos (100,0%). No mês seguinte tivemos uma queda com 27 (84,4%) e no mês 4 foram 42 (97,7 %). Foi feito um trabalho da equipe com a recepcionista, técnica de enfermagem e enfermeira, realizamos o acolhimento com triagem, pesagem, toma de altura, pressão arterial e glicemia capilar. Os motivos que contribuíram para os bons resultados apresentados nesta meta são os mesmo que concorreram para os resultados no caso dos usuários com HAS.

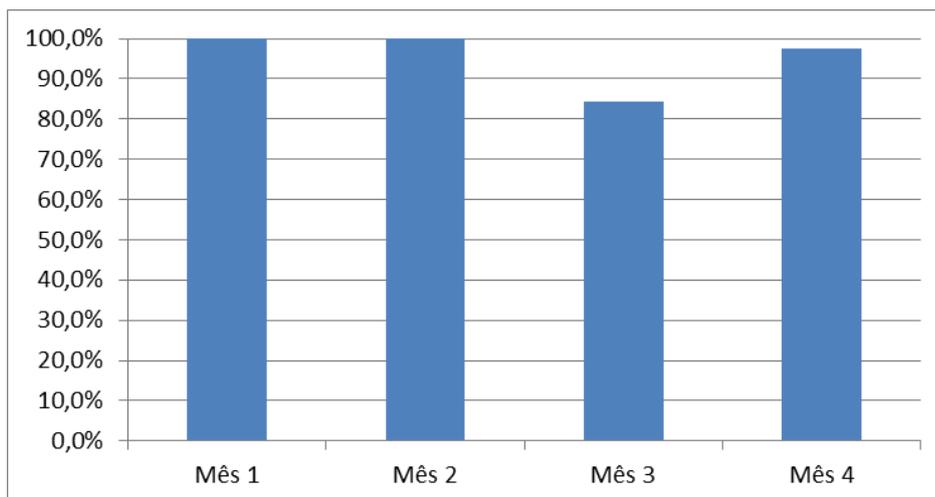


Figura 13 - Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento. Fonte Planilha final de coletas de dados 2014- 2015.

No indicador que mede a proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, no 1 mês 1 tivemos 57 (100,0%). No Mês 2, foram 90 hipertensos (100,0%), no mês 3 foram 97 hipertensos (88,2%) e no mês 4 tivemos 130 hipertensos (93,5%). A qualificação da equipe por meio dos processos de capacitação realizados foi essencial para os resultados alcançados, além do engajamento de todos junto à intervenção.

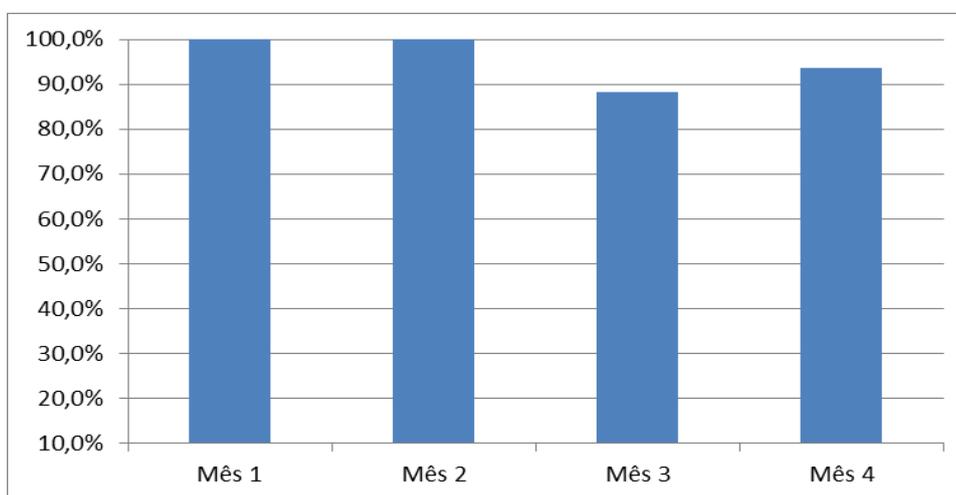


Figura 14 - Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. Fonte Planilha Final de coleta de dados 2014- 2015.

Quanto aos usuários diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, no 1 mês tivemos 19 (100,0%) diabéticos com estratificação de risco cardiovascular, seguido do mês 2, com 26 diabéticos (100,0%). No mês 3 foram 27 diabéticos (84,4%) e no mês 4 tivemos 41 diabéticos (95,3%). Os motivos

que explicam os bons resultados coincidem com aqueles apresentados para esta meta no caso dos usuários com HAS.

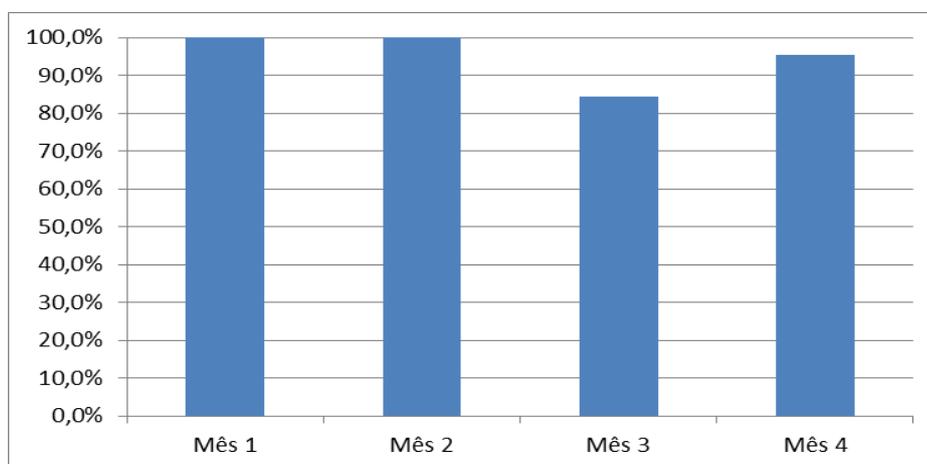


Figura 15 - Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. Fonte Planilha Final de coleta de dados 2014- 2015.

Quanto à oferta de orientação nutricional tivemos que no 1 mês 57 (100,0%) hipertensos receberam tais orientações. No mês 2 foram 90 hipertensos (100,0%); no mês 3 foram 110 hipertensos (100,0%); e no mês 4 tivemos 137 hipertensos (98,6%). Conseguimos excelentes resultados para esta meta graças ao processo de capacitação da equipe como um todo, qualificando seus membros para a realização de orientações relacionadas à alimentação saudável e o engajamento com a intervenção que estava sendo realizada. As ações de educação em saúde desempenharam aqui papel fundamental, realizadas na perspectiva da promoção à saúde e prevenção de agravos e contribuindo efetivamente, para o processo de empoderamento e autonomia de nossos usuários, ao tempo em que se estimulava o autocuidado.

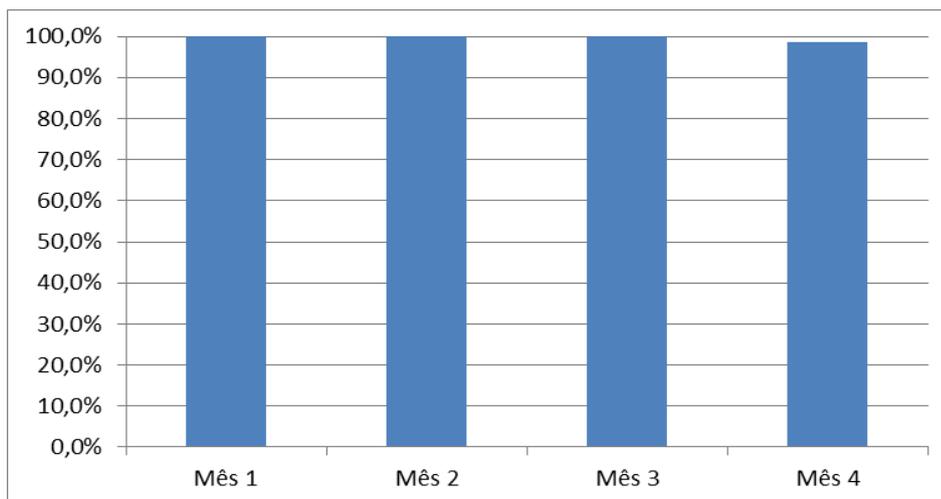


Figura 16 - Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Fonte Planilha Final de coletas de dados 2014 - 2015

Já com relação aos diabéticos com orientação nutricional, no mês 1 tivemos 19 (100,0%). No mês 2 foram 26 (100,0%), no mês 3 foram 32 diabéticos (100,0%) e no mês 4 tivemos uma pequena queda com 42 diabéticos (97,7%). Foi feita uma avaliação clínica nutricional pela nutricionista da equipe do NASF, com cálculo do índice de massa corporal seguem idade, sexo, peso e altura e orientação de alimentação saudável a base de frutas, legumes, vegetais, evitando as gorduras, refrigerantes e salgados. Também aqui conseguimos excelentes resultados pelos mesmos motivos já expostos na análise deste indicador para os usuários com HAS.

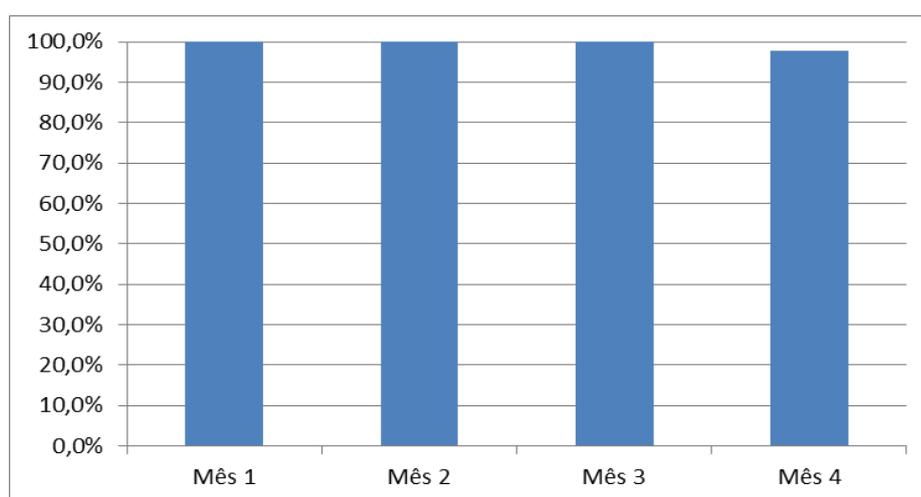


Figura 17 - Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. Fonte Planilha final de coleta de dados 2014-2015.

Quanto ao indicador que mede a proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular, no mês 1 tivemos 56 (98,2%) hipertensos

com orientação sobre a prática de atividade física. No mês 2 foram 90 hipertensos (100,0%), no mês 3 foram 110 hipertensos (100,0%) e no mês 4 tiveram 137 hipertensos (98,6%). Conseguimos resultados obtidos para esta meta são reflexo do processo de capacitação da equipe como um todo, qualificando seus membros para a realização de orientações relacionadas à alimentação saudável e o engajamento com a intervenção que estava sendo realizada. As ações de educação em saúde foram essenciais e desempenharam aqui papel fundamental, realizadas na perspectiva da promoção à saúde e prevenção de agravos, em formato de salas de espera e rodas de conversa, através de metodologias participativas e contribuindo efetivamente, para o processo de empoderamento e autonomia de nossos usuários, ao tempo em que se estimulava o autocuidado.

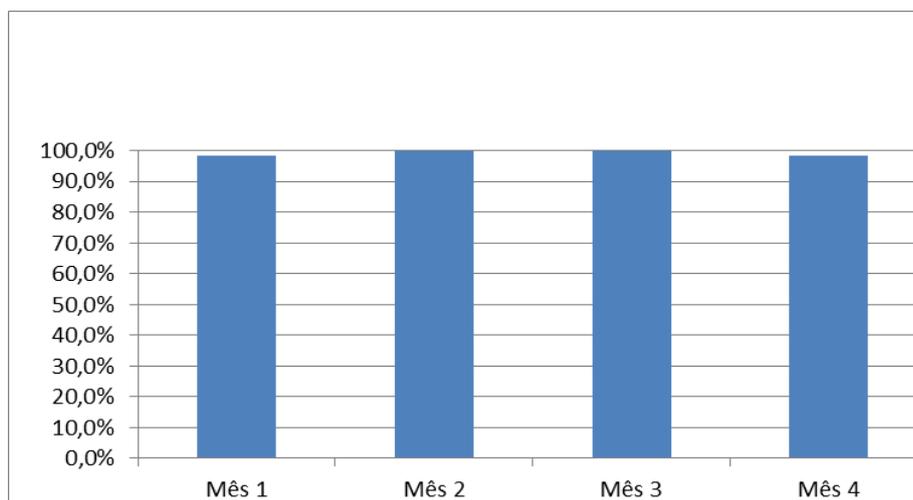


Figura 18 - Proporção de hipertensos com orientação sobre prática de atividade física regular. Fonte Planilha final de coleta de dados 2014-2015.

Já com relação aos diabéticos, no mês 1 tivemos 18 (94,7%) diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular. No mês 2 foram 26 diabéticos (100,0%), no mês 3 foram 32 diabéticos (100,0%) e no mês 4 tivemos 42 diabéticos (97,7%). Os usuários hipertensos e diabéticos que receberem atendimento através do projeto da intervenção forem avaliados por a educadora física que os orientou a importância de realizar atividade física em correspondência a idade, fatores de risco cardiovascular e cerebrovascular e renal. As razões que explicam os bons resultados coincidem com aquelas já expostas para este indicador aplicado aos usuários hipertensos.

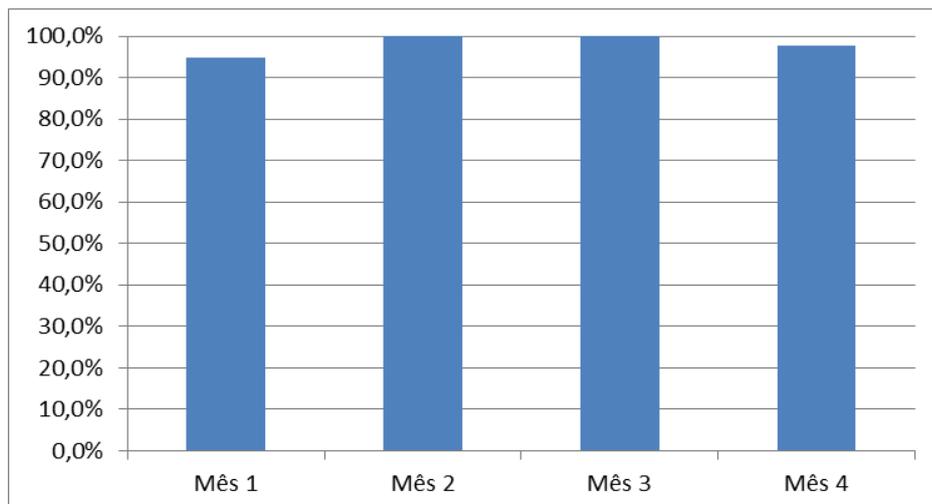


Figura 19 - Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.

Fonte Planilha final de coleta de dados 2014, 2015

Com relação às orientações sobre os riscos do tabagismo, no mês tivemos 57 hipertensos que receberam tais orientações, (100,0%). No mês 2 foram 90 hipertensos (100,0%), no mês 3 foram 110 hipertensos (100,0%) e no mês 4 tiveram 137 hipertensos (98,6%). As ações de educação em saúde foram essenciais e desempenharam papel importante, realizadas na perspectiva da promoção à saúde e prevenção de agravos, em formato de salas de espera e rodas de conversa, através de metodologias participativas e contribuindo efetivamente, para o processo de empoderamento e autonomia de nossos usuários, ao tempo em que se estimulava o autocuidado. As capacitações realizadas junto à equipe de saúde no sentido de qualifica-los para ofertar informações pertinentes foi importante nesse processo.

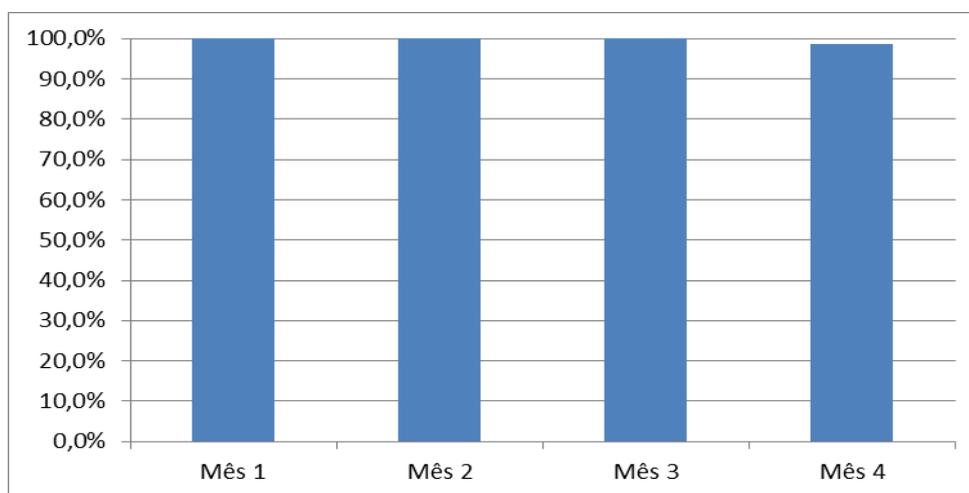


Figura 20 - Proporção de hipertensos que recebem orientação sobre os riscos do tabagismo. Fonte Planilha final de coleta de dados 2014 – 2015.

Quanto aos usuários diabéticos, no 1 mês tivemos 19 diabéticos que receberam orientação sobre os riscos de tabagismo (100%). No mês 2 foram 26 diabéticos (100%), no mês 3 foram 32 diabéticos (100%) e no mês 4 foram 42 diabéticos (97,7%). Os usuários avaliados no projeto da intervenção que sofrem dependência a o tabagismo forem atendidos pela psicóloga e todos os hipertensos avaliados pôr o projeto. Os mesmos motivos e razões dos usuários com HAS explicam aqui os bons resultados alcançados nesta meta aplicada aos diabéticos.

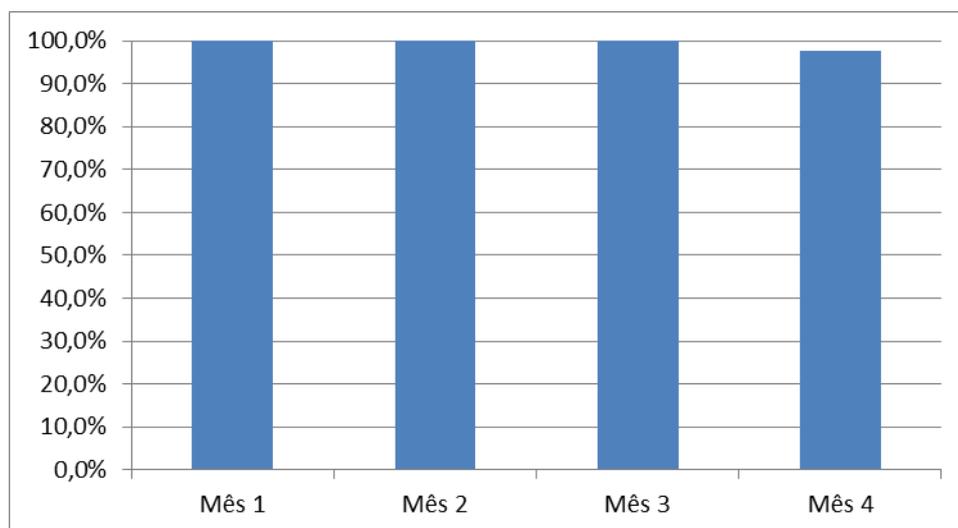


Figura 21- Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Fonte: Planilha Final de coleta de dados 2014- 2015.

Quanto às orientações acerca da higiene bucal, no mês 1 tivemos 57 hipertensos (100%) que receberam essas orientações. No mês 2 foram 90 hipertensos (100%), no mês 3 foram 110 hipertensos (100%) e no mês 4 foram 137 hipertensos (98,6%).

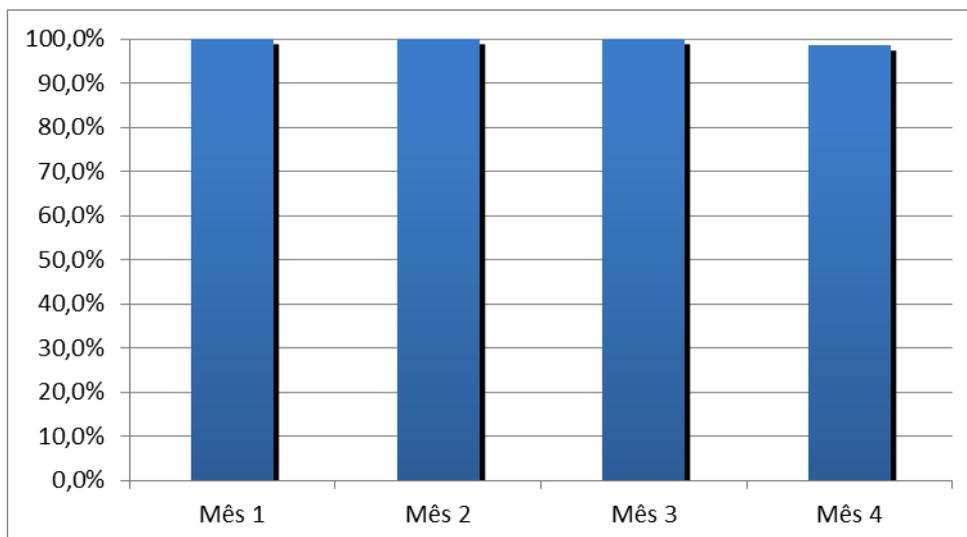


Figura 22 Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Fonte Planilha final de coletas de dados 2014-2015.

Com relação aos diabéticos, no mês 1 tivemos 19 diabéticos (100%) que receberam orientação sobre higiene bucal. No mês 2 foram 26 diabéticos (100%), no mês 3 foram 32 diabéticos (100%) e no mês 4 foram 42 diabéticos (97,7%).

Os usuários hipertensos e diabéticos cadastrados e que fizeram parte da intervenção através do projeto foram orientados sobre a higiene bucal pela dentista e a técnica dental, devemos assinalar que o último mês a dentista estava gestante, de alto risco, e no primeiro tristemente sofreu de uma doença do colágeno (lúpus eritematoso sistêmico) por este motivo o feto não resistiu e ela não continua trabalhando pegando atestado, a técnica bucal fica em outra UBS. De todo modo obtivemos bons resultados ao longo da intervenção realizada.

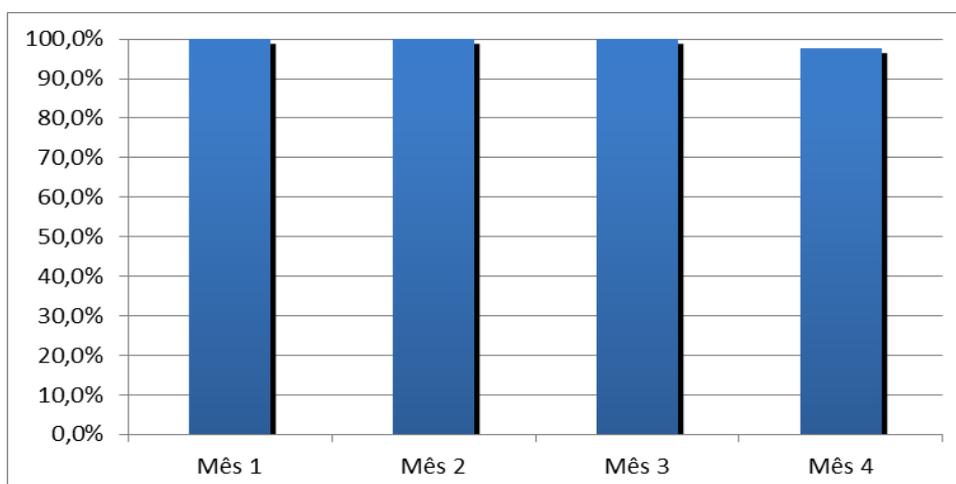


Figura 23 - Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Fonte Planilha final de coleta de dados 2014- 2015.

## 4.2 Discussão

A intervenção feita na USF Osmar de Albuquerque Lima permitiu renovar o registro, cadastro, mapeamento que até a nossa intervenção encontrava-se desatualizado. Conseguimos organizar o atendimento clínico integral dos usuários portadores das doenças de hipertensão arterial e diabetes mellitus, trabalhando criteriosamente com os fatores de riscos baseados nos critérios para estratificação de risco para doenças cardiovascular de escore de Framingham como ferramenta útil e de fácil aplicação no cotidiano.

Além disso, nos permitiu contribuir para a mudança de hábitos e costumes de vida não saudáveis que prejudicava a comunidade contando com o apoio da equipe do NASF, o que permitiu melhorar a qualidade de vida da população.

Nossa intervenção permitiu que hoje a equipe esteja mais unida, contribuiu para incrementar os conhecimentos sobre as doenças de hipertensão e diabetes, através de os protocolos do município e os programas do Ministério da Saúde do ano 2013, incorporamos para a rotina de nosso serviço o atendimento prioritário dos usuários diabéticos e hipertensos, realizamos palestras todas as semanas, em atividades de educação em saúde junto à comunidade sobre os fatores de risco de doenças crônicas não transmissíveis e pretendemos dar continuidade a nossa intervenção, continuar atualizando o cadastro e mantendo as ações.

Para a equipe foi uma grande escola porque todos aprendíamos juntos. Trocamos experiências, compartilhamos entre os membros nossas iniciativas, estudamos, nos capacitamos ainda mais, capacitamos a equipe para a tomada correta da pressão arterial, fatores de riscos, vigilância do acompanhamento do paciente diabético, observância das lesões dos pés para evitar as futuras e temidas complicações como as amputações. De forma geral a equipe ficou feliz porque, apesar das dificuldades agora estamos mais unidos.

É de grande importância a incorporação do projeto da intervenção a rotina diária do serviço, permiti-o realizar um melhor cadastro, mapeamento da área adstrita a UBS, a continuidade do projeto para o atendimento a usuários hipertensos e diabéticos com acompanhamento e a indicação dos estudos clínicos, complementários, permitiu que a secretaria de saúde e os gestores além de todas as dificuldades orientamos para que eles tenham conhecimento de a situação da UBS e as necessidades do serviço.

Pretendemos seguir em frente com a intervenção, já incorporada à rotina do serviço, continuar cadastrando, recuperando os faltosos a consulta, realizando palestras coletivas com ajuda da equipe do NASF para mudar os fatores de riscos modificáveis como sedentarismo, obesidade, hábito de fumar, incentivando a prática regular de exercício físico, melhorando hábitos alimentares para evitar adoecimento e futuras complicações. Pretendemos conseguir manter esta dinâmica de trabalho e continuar perseverando com o engajamento público, obtendo cada dia maior apoio dos líderes comunitários e gestores municipais para dar continuidade ao projeto.

## **5 Relatório de Intervenção para os Gestores**

Prezado gestor municipal de saúde,

Vimos através deste documento, a fim de dar conhecimento sobre o projeto de intervenção realizado em nossa unidade, a UBS Osmar de Albuquerque Lima, na qual realizamos durante o período de quatro meses, a implementação de um projeto de intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde ofertada aos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Esta proposta faz parte do processo de qualificação realizada pela autora deste trabalho, junto ao Curso de Especialização em Saúde da Família, ofertado pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel) em articulação com a Universidade Aberta do SUS (UNASUS).

A população de nossa área de abrangência compreende de cerca de total de 1.836 pessoas, dentre os quais possuímos uma estimativa de 279 usuários com HAS e 69 diabéticos. Foram propostos objetivos, com metas específicas que seriam monitoradas ao longo dos quatro meses de intervenção e mensuradas através dos indicadores propostos. Nossa cobertura junto a esses usuários é estimada, na medida em que no início deste trabalho, não contávamos com registros confiáveis. Fato este que vem mudando, na medida em que vem sendo intensificado o processo de territorialização realizado, sobretudo pelos ACS e, dessa forma, poderemos contar com registros próprios mais fidedignos e que contemplem a nossa realidade. Para alcançarmos nossas metas, a estratégia compreendeu a realização de ações que envolveram quatro eixos temáticos: Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica.

Nossa meta inicialmente estabelecida com relação à cobertura foi de 33% tanto para os usuários hipertensos quanto para aqueles diabéticos. Conseguimos cadastrar no programa de atenção ao hipertenso, 138 usuários, correspondendo a uma cobertura de 49,8%, ultrapassando a meta inicial proposta. Com relação aos usuários com DM, cadastramos 42 usuários, equivalendo a uma cobertura de 62,3%

e, do mesmo modo, ultrapassando a meta inicialmente proposta de 33%. Isso foi possível pelo envolvimento de todos os membros da equipe, sobretudo dos Agentes Comunitários de Saúde (CAS), além do processo de capacitação realizada junto aos profissionais da unidade e que faziam parte do conjunto de ações proposta.

Com relação aos indicadores de qualidade, obtivemos bons resultados, que foram alcançados, sobretudo, pelo empenho e dedicação da equipe para que o projeto fosse implementado da melhor forma. Obtivemos resultados excelentes de quase 100% em todos os meses da intervenção em ações voltadas à promoção da saúde e que envolveram orientações nutricionais, riscos do tabagismo, importância da prática regular de atividade física e higiene bucal. Outros excelentes resultados referentes à qualidade se referem à manutenção dos registros adequados (97,8% e 97,7% respectivamente para hipertensos e diabéticos) e à estratificação de risco cardiovascular, nos quais encerramos a intervenção com 93,5 e 95,3% respectivamente para HAS e DM.

Realizamos ainda um conjunto de ações sistematizadas que envolveram a busca dos usuários hipertensos e/ou diabéticos faltosos às consultas, melhoramos os registros da unidade, capacitamos a equipe para realizar o trabalho com melhor qualidade, além de realizar diversas ações de promoção à saúde e prevenção de agravos, por meio das atividades de educação em saúde, que envolveram orientações nutricionais, prática regular de atividade física, tabagismo. Toda a equipe esteve envolvida e engajada para que pudessemos alcançar bons indicadores.

Importante ressaltar que a despeito de termos atingido bons resultados, as principais dificuldades que enfrentamos ainda persistem, como a carência de reativo para realizar hemoglobina glicosilada, eletrocardiograma, provas hormonais que só são feitas na rede privada e, como a maioria da população é formada por pessoas de baixa renda, não tem condições para pagar preços elevados. Outra deficiência é a demora com os resultados dos exames que é de mais de trinta dias e isso não permite que possamos avaliar em tempo os usuários a fim de intervir de forma adequada em seus quadros de saúde.

Com relação especificamente à cobertura, precisamos seguir intensificando nosso trabalho de busca, atualizando nossos cadastrados, acompanhando adequadamente aqueles que já aderiram ao programa e identificando os novos casos que surgem, pois, como sabemos, tratam-se de doenças crônicas muitas

vezes assintomáticas, mas com grandes riscos de complicação e consequências importantes que impactam em muito na qualidade de vida de seus portadores. A nossa meta, é que possamos seguir avançando até que todos (100%) de nossos usuários com HAS e/ou DM estejam sendo acompanhados de forma adequada.

Dessa forma, reiteramos o nosso compromisso de ofertar cuidados em saúde de forma qualificada aos usuários de toda a nossa comunidade, ao tempo em que buscamos a excelência do serviço, esperando contar com vosso apoio no sentido de oportunizar e viabilizar os meios necessários que em muito contribuem para o fortalecimento das ações propostas e qualificam a atenção em saúde dispensada à nossa comunidade.

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

Prezados líderes comunitários,

Quando iniciamos o projeto, nem todos da nossa comunidade não tinham conhecimento da importância e das consequências positivas que este traria para nossa população. Durante quatro meses, realizamos uma intervenção na unidade para melhorar a atenção em saúde ofertada às pessoas com hipertensão e diabetes. Isso permitiu a melhoria do acolhimento, a cobertura do atendimento aos hipertensos e diabéticos, melhoramos nosso cadastro, registros e pudemos acompanhar de forma mais próxima a saúde de todos aqueles que passaram a fazer parte do programa. Muitas foram e são as ações e atividades que realizamos. Conseguimos melhorar o serviço de atendimento, realizamos atividades de educação em saúde sobre a importância de controlar os fatores de risco de hipertensão e diabetes para evitar futuras complicações, falamos da importância de evitar o tabagismo, sedentarismo, a obesidade, manter uma alimentação saudável com frutas, legumes e vegetais como parte da alimentação. Falamos ainda da importância de realizar exercícios físicos.

Nossa intervenção compreendeu ainda um outras ações para melhorar o cuidado aos hipertensos e/ou diabéticos, como a orientação sobre a importância do cuidado para a saúde bucal, quando os usuários recebiam atendimento clínico, realizamos avaliação do risco cardiovascular oportunamente, conversamos sobre seus direitos de receber medicação gratuita da farmácia popular e da própria UBS. Muitos foram os avanços conquistados até aqui e é importante que possamos seguir fortalecendo nossas ações de cuidado à toda a comunidade. Estamos trabalhando para seguir aumentando nossa cobertura, o que significa dizer que a nossa proposta é que todas as pessoas com pressão alta e diabetes da comunidade sejam identificadas e passem a fazer o acompanhamento de forma correta com nossa equipe de saúde. Isso é importante, porque, como sabemos a hipertensão e o

diabetes tem várias consequências ruins para a saúde das pessoas. É possível modificar e mudar hábitos de vida para evitar ficar doente e, no caso dos usuários portadores de ambas doenças, evitando futuras complicações.

No início da intervenção, muitos mostraram insatisfação porque não compreendiam que os usuários hipertensos e diabéticos recebem prioridade no atendimento. Mas, depois de conversas, palestras e muito diálogo, conseguimos que compreendam a importância do projeto e as possibilidades de atendimento prioritário destes usuários que precisam prioridade no sentido de realizar exames complementares, atendimento estomatológico, atendimento clínico e acompanhamento pela equipe do NASF. É muito importante que possamos fortalecer nosso diálogo, tornando cada vez mais próxima a equipe e o serviço de saúde, de nossa comunidade.

Dessa forma, solicitamos a continuidade do apoio recebido até o momento, para seguirmos avançando e buscando uma saúde melhor para toda a nossa comunidade. Esse apoio contribui muito para que possamos fortalecer tudo aquilo que já conquistamos e alcançar novos e maiores objetivos.

## **7 Reflexão Crítica sobre o Processo Pessoal de Aprendizagem**

Depois de mais de um ano de esforço e atravessar muitas dificuldades de todas as formas, atingimos a etapa final do curso de Especialização em Saúde da Família. Desde o início do curso, soubemos de sua importância para nosso desempenho individual e coletivo, como profissionais da atenção primária de saúde, ligados ao SUS como estabelece o Ministério da Saúde para o Programa Mais Médicos.

Do ponto de vista pedagógico, para mim, este novo sistema de aprendizagem foi totalmente novo e difícil, num primeiro momento. Pela primeira vez contei com um professor pela internet que me orientou e sugeriu. Busquei elevar meu nível técnico com a internet, melhorar minha competência e desempenho e ajudar a capacitar minha equipe para oferecer um melhor atendimento de qualidade a população de nossa área de abrangência.

Os espaços dos fóruns permitiram intercambiar ideias, contar nossas rotinas de trabalhos, as diferentes doenças que enfrentamos diariamente e debater entre todos os possíveis diagnósticos e condutas terapêuticas em cada caso. Me sinto melhor preparada, cientificamente, tecnicamente e desde o ponto de vista social que me permite elevar meu nível de gestão e ajudar a minha comunidade. Foi uma linda experiência impossível de esquecer porque incorporamos o projeto como parte de nossa rotina trabalho e contribuimos efetivamente para melhorar a qualidade da atenção em saúde ofertada aos nossos usuários hipertensos e/ou diabéticos e incrementando a qualidade de vida deles.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Caderno de Atenção Básica n. 37.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Caderno de Atenção Básica n. 36.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

## **Apêndices**

## Apêndice A – Educação em Saúde



## Apêndice B – Reunião com os gestores



## Apêndice C – Reunião com a comunidade



## Apêndice D – Atividade da Intervenção



## **Anexos**

## Anexo A – Documento do Comitê de Ética



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>

Prof<sup>a</sup> Ana Cláudia Gastal Fassa

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

Prezada Pesquisadora;

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

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

## Anexo B – Planilha de Coleta de Dados

Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está cadastrado no Programa HIPERDIA?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?
de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
1							
2							
3							
4							

<p>0-paciente necessita tomar medicamentos?</p>	<p>Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular?</p>	<p>0-paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento</p>	<p>A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?</p>	<p>0-paciente realizou avaliação odontológica?</p>	<p>0-paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação</p>	<p>0-paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física</p>
<p>0 - Não 1 - Sim</p>	<p>0 - Não 1 - Sim</p>	<p>0 - Não 1 - Sim</p>	<p>0 - Não 1 - Sim</p>	<p>0 - Não 1 - Sim</p>	<p>0 - Não 1 - Sim</p>	<p>0 - Não 1 - Sim</p>

