

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma 7**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção aos usuários portadores de hipertensão e diabetes, na  
UBS Pedrinhas, Macapá/AP**

**Annia Garzon Rodriguez**

**Pelotas, 2015**

**Annia Garzon Rodriguez**

**Melhoria da atenção aos usuários portadores de hipertensão e diabetes, na  
UBS Pedrinhas, Macapá/AP**

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: Cristiane Quadrado da Rosa

Pelotas, 2015

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

R696m Rodríguez, Annia Garzón

Melhoria da Atenção aos Usuários Portadores de Hipertensão e Diabetes, na UBS Pedrinhas, Macapá/AP / Annia Garzón Rodríguez; Cristiane Quadrado da Rosa, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

99 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. Rosa, Cristiane Quadrado da, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

## **Dedicatória**

A minha filha Amanda Zalet, meu máximo motor impulsor e meu motivo para lutar por os meus sonhos.

A meu esposo, por estar sempre a meu lado.

A meus pais por guiar-me sempre pelo caminho coreto. A eles devo a minha vida e tudo o que sou hoje.

## **Agradecimentos**

Agradeço ao Ministério de Saúde e a Universidade Federal de Pelotas pela possibilidade de participar nesta investigação.

Às orientadoras Maria Aparecida, Cristiane Quadrado e Christiane Luiza, pela ajuda brindada no transcurso da investigação. Sem o seu apoio não tinha sido possível a culminação do curso.

Aos meus colegas de trabalho pela ajuda incondicional.

## Resumo

GARZON RODRIGUEZ, Annia. **Melhorias da atenção aos usuários portadores de hipertensão e diabetes, na UBS Pedrinha, Macapá/AP**. 2015. 99f. 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.

Este trabalho foi feito na Unidade Básica de Saúde Pedrinhas do Município Macapá, Estado Amapá, no período compreendido de janeiro a março de 2015. Considerando a elevada morbimortalidade por DM e HAS presente na nossa área de abrangência, a prevenção destas doenças e das suas complicações, foi o tema selecionado para realizar a intervenção com o objetivo de melhorar atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos e contribuir a melhorar a qualidade de vida deles, promovendo o cadastramento dos usuários pertencentes à área de abrangência da equipe 045, mediante ações de assistência, promoção e prevenção. O levantamento dos dados foi possível mediante o monitoramento constante dos dados dos usuários, com o rigoroso preenchimento das fichas espelhos, prontuários e planilha de coleta de dados. No transcurso da intervenção foi possível cadastrar 160 usuários hipertensos e 77 usuários diabéticos, para um total de 51.4 % de cobertura dos hipertensos e 100% dos diabéticos. Em todos os usuários participantes na intervenção foi realizado o exame clínico apropriado e a estratificação do risco cardiovascular. Todos os hipertensos e diabéticos cadastrados tiveram indicação de exames laboratoriais e foi garantido que 100% destes usuários tivesse prescrição de medicamentos na farmácia popular. Além disso, todos os usuários cadastrados na intervenção receberam ações de promoção em saúde a traves de orientações sobre alimentação saudável, pratica de atividade física regular, riscos do tabagismo e importância da higiene bucal. É importante destacar os resultados alcançados na organização da equipe que pela primeira vez, inicia o trabalho como uma verdadeira equipe e a satisfação mostrada pelos hipertensos e diabéticos, seus familiares e a comunidade toda com a intervenção. Concluí-se que o trabalho feito já foi incorporado à rotina do serviço, com a certeza de que temos melhorado o estado de saúde dos usuários hipertensos e diabéticos da nossa área de abrangência e vai ser estendidas às demais equipes da UBS nos próximos meses.

**Palavras-chave:** Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

## Lista de Figuras

|           |   |    |
|-----------|---|----|
| Figura 1  | Atendimento clínico à usuária hipertensa  | 59 |
| Figura 2  | Ação de saúde na comunidade, atendimento à usuário diabético:<br>Orientações sobre estilo de vida saudável  | 59 |
| Figura 3  | Visita domiciliar a usuário hipertenso portador de sequela de<br>Acidente Vascular Cerebral   | 60 |
| Figura 4  | Passarelas do bairro Pedrinhas onde fica a população mais<br>carente da nossa área de abrangência   | 60 |
| Figura 5  | Verificação de glicemia a usuário diabético na consulta   | 61 |
| Figura 6  | Usuária portadora de ulcera de pé diabético antes do tratamento.  | 61 |
| Figura 7  | Usuária portadora de ulcera de pé diabético depois do<br>tratamento   | 61 |
| Figura 8  | Realização de teste de glicemia em uma ação de saúde feita na<br>igreja da comunidade   | 62 |
| Figura 9  | Reunião no Palácio do Governo do Estado com o representante<br>da OPAS, o Ministério de Saúde e representantes da secretaria<br>de saúde do estado e município                      | 62 |
| Figura 10 | A equipe reunida nas conclusões da intervenção  | 63 |
| Figura 11 | Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção à saúde<br>dos usuários hipertensos na equipe 045 da UBS Pedrinhas,<br>Macapá/AM, 2015.                                      | 65 |
| Figura 12 | Gráfico indicativo da cobertura do programa de<br>atenção à saúde dos usuários diabéticos na equipe<br>045 da UBS Pedrinhas, Macapá/AM, 2015.                                       | 66 |
| Figura 13 | Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com<br>exame clínico em dia de acordo com o protocolo na<br>equipe 045 da UBS Pedrinhas, Macapá/AM, 2015.                            | 67 |
| Figura 14 | Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com<br>exame clínico em dia de acordo com o protocolo na<br>equipe 045 da UBS Pedrinhas, Macapá/AM, 2015.                             | 68 |
| Figura 15 | Gráfico indicativo da proporção dos hipertensos com<br>solicitação de exames complementares em dia de<br>acordo com o protocolo na equipe 045 da UBS<br>Pedrinhas, Macapá/AM, 2015. | 69 |

|           |   |    |
|-----------|---|----|
| Figura 16 | Gráfico indicativo da proporção dos diabéticos com solicitação de exames complementares em dia de acordo com o protocolo na equipe 045 da UBS Pedrinhas, Macapá/AM, 2015. | 70 |
| Figura 17 | Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada na equipe 045 da UBS Pedrinhas, Macapá/AM, 2015     | 71 |
| Figura 18 | Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada na equipe 045 da UBS Pedrinhas, Macapá/AM, 2015.     | 72 |
| Figura 19 | Gráfico indicativo da Proporção de hipertensos faltosos às consultas que receberam busca ativa na equipe 045 da UBS Pedrinhas, Macapá/AM, 2015.                           | 74 |
| Figura 20 | Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na equipe 045 da UBS Pedrinhas, Macapá/AM, 2015                           | 75 |
| Figura 21 | Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na equipe 045 da UBS Pedrinhas, Macapá/AM, 2015.                           | 76 |
| Figura 22 | Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na equipe 045 da UBS Pedrinhas, Macapá/AM, 2015.       | 77 |
| Figura 23 | Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na equipe 045 da UBS Pedrinhas, Macapá/AM, 2015.        | 78 |



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

|       |  |
|-------|--|
| ACS   | Agente comunitário da Saúde            |
| APS   | Atenção Primária de Saúde              |
| CAP   | Caderno de Ações Programáticas         |
| CEO   | Centro de Especialidades Odontológicas |
| DM    | Diabetes Mellitus                      |
| DST   | Doenças Sexualmente Transmissíveis     |
| ESF   | Estratégia de Saúde da Família         |
| HSA   | Hipertensão Arterial Sistêmica         |
| PA    | Pronto Atendimento                     |
| PCCU  | Preventivo de Câncer de Colo do Útero  |
| PSE   | Programa de Saúde da Escola            |
| SUS   | Sistema Único de Saúde                 |
| UBS   | Unidade Básica de Saúde                |
| UFPEL | Universidade Federal de Pelotas        |

## Sumário

|   |    |
|---|----|
| Apresentação .....  | 9  |
| 1 Análise Situacional .....   | 10 |
| 1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....   | 10 |
| 1.2 Relatório da Análise Situacional.....   | 12 |
| 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 |
| 2.2.2 Objetivos específicos e metas.....  | 21 |
| 2.3 Metodologia .....   | 23 |
| Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Pedrinhas no Município de Macapá. Participarão da intervenção 186 usuários hipertensos e 46 usuários diabéticos. .. | 23 |
| 2.3.1 Detalhamento das ações .....  | 23 |
| 2.3.2 Indicadores.....  | 42 |
| 2.3.3 Logística.....  | 48 |
| 2.3.4 Cronograma .....  | 52 |
| 3 Relatório da Intervenção .....  | 54 |
| 3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....   | 54 |
| 3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....   | 59 |
| 3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....  | 59 |
| 3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....   | 59 |
| 4 Avaliação da intervenção .....  | 65 |
| 4.1 Resultados .....  | 65 |
| 4.2 Discussão .....   | 83 |
| 5. Relatório da intervenção para gestores.....  | 85 |
| 6. Relatório da Intervenção para a comunidade.....  | 88 |
| 7. Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem .....  | 90 |
| Referências .....   | 92 |
| Anexos .....  | 93 |

## **Apresentação**

O volume deste Trabalho de Conclusão de Curso está organizado em cinco estruturas que contemplam cada uma das unidades que conformam o Projeto Pedagógico proposto pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) para a Especialização em Estratégia de Saúde da Família modalidade à distância.

A proposta pedagógica inicia-se com a descrição da Análise Situacional da situação da Unidade Básica de Saúde (UBS) em relação às características da população, o engajamento público, a estrutura da UBS e os processos de trabalho na UBS.

A seguir apresenta-se a Análise Estratégica e a elaboração do Projeto de Intervenção que permitiu que um foco de atenção prioritária para o Ministério da Saúde fosse elencado e servisse de base para as ações futuras na unidade de saúde.

Com base nas ações realizadas ao longo das doze semanas da intervenção será descrito o Relatório da Intervenção que teve como base as planilhas de coleta de dados e diários de intervenção.

A partir do Relatório da Intervenção será descrito o Relatório dos Resultados da Intervenção que avaliará se a intervenção atingiu seus objetivos em relação: às metas propostas, a adequação das ações, registros e instrumento de coleta de dados, assim como o efeito da intervenção na unidade de saúde, equipe e população.

Por último será descrita a Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem e na implementação da intervenção abordando o desenvolvimento do trabalho no curso em relação às expectativas iniciais, o significado do curso para a prática profissional e os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso.

## **1 Análise Situacional**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS (27/06/2014)**

A Estratégia de Saúde da Família tem uma importância vital na Atenção Primária de Saúde. O objetivo principal é ofertar atenção baseada na promoção, prevenção das doenças, reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) imprimindo uma nova dinâmica de atenção nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Com definição de responsabilidade entre os serviços de saúde e a população fazendo tratamento preventivo, trabalhando fundamentalmente nos fatores de risco da população.

Eu trabalho na UBS Pedrinhas do Município Macapá, estado Amapá. A mesma tem uma estrutura que precisa de reparação, esta composta por uma sala de recepção, uma sala de consulta de enfermagem, duas salas de consultas médicas, uma delas é compartilhada com o serviço de ultrassonografia e é a sala que eu trabalho. Isto dificulta a frequência de atendimento, uma sala de nutrição, sala de vacinação, sala de triagem, consultório de odontologia, sala de curativo, uma farmácia, uma sala de arquivo, dois banheiros e uma cozinha. A estrutura não é a ideal, mas todos os trabalhadores esforçam-se para ofertar uma atenção de qualidade aos usuários da UBS.

Minha equipe de saúde está composta por um médico, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem e três agentes comunitários de saúde (ACS), ainda faltam integrantes, mas esperamos que os gestores do município Macapá garantam o resto do pessoal na medida de suas possibilidades para garantir um melhor funcionamento da mesma. Embora a equipe toda trabalhe com imensos desejos de brindar a nossa população com o melhor de nós.

Atendemos uma população de 2207 habitantes distribuídos em três áreas de abrangência, cada uma das quais pertence a um agente comunitário de saúde, cada área tem características específicas. De forma geral a população tem poucos ingressos econômicos, baixo nível escolar e cultural, fatores que atentam contra o bem-estar e a saúde da mesma, fazendo que precisem ainda mais de nosso atendimento. Uma das áreas de abrangência esta construída em terrenos alagados, ou seja, área de ressaca onde não tem serviços de saneamento, água potável, tem alto risco de acidentes por dificuldades com a construção das casas e pontes para acessar as mesmas.

Até agora as principais doenças que afetam a nossa comunidade são Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Hipercolesterolemia e Obesidade devido aos hábitos alimentares inadequados e o sedentarismo. Também temos alta incidência de Doenças do Aparelho Osteomioarticular e Gastrite. Das doenças infecciosas as mais frequentes são as Doenças Diarreicas Agudas, Parasitismo intestinal, Hepatite A e Infecções Respiratórias Agudas. Também as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DTS) são frequentes já que temos uma área trabalho de madeireiros onde há muita prostituição.

Para melhorar a situação de saúde de nossa área nós fazemos atendimento na UBS segunda, quarta e sexta de manhã das 8 às 12 horas, lá atendemos os usuários de nossa área que são agendados pelos agentes comunitários de saúde, mas sempre chegam a nossa UBS pessoas que provieram das ilhas próximas ao nosso município nas quais não tem atendimento médico, procurando atendimento e sempre deixamos vagas para eles como demanda espontânea. Terça – feira de manhã e de tarde, na quarta à tarde e quinta de manhã fazemos atendimento nas áreas conjuntamente com as visitas domiciliares aos usuários acamados, as puérperas e recém-nascidos, grávidas e todas aquelas pessoas que precisem deste serviço, procurando os principais fatores de risco das famílias visitadas para fazer intervenção nos mesmo e melhorar as condições de saúde das mesmas. Quinta na tarde fazemos atendimento na escola de nossa área cumprindo com o programa saúde na escola (PSE), já temos feito pesquisa de Hanseníase e Tracoma e profilaxias de Verminose. Neste espaço aproveitamos para fazer palestras, intervenções sobre diferentes aspectos importantes na vida dos alunos de acordo com a faixa etária, também se faze vacinação escolar e participa a equipe toda.

De forma geral os usuários estão muito satisfeitos com nosso trabalho, pois atendemos ao usuário como um ser biopsicossocial, e marcado no seu entorno mesmo, com muito carinho, respeito e ética, orientando eles e brindado lês as ferramentas fundamentais para melhorar o estado de saúde dele, da família e da comunidade.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional (19/09/2014)**

Macapá é um município localizado no Amapá e é a capital do estado. Tem uma população estimada de 437.256 habitantes. Possui 23 UBS, sendo 20 Urbanas e três Rurais. Existem na cidade cinco Módulos de Saúde Familiar com 72 Equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), um Pronto Atendimento (PA) e dois Centros de Especialidades Odontológico (CEO), que trabalham com agendamento e atendimento de urgências. A saúde conta com oito Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) integrado por um psicólogo, um nutricionista um fisioterapeuta e um assistente social, que desenvolvem seu trabalho em aproximadamente três UBS cada uma, com Equipes de Atendimento Domiciliar que desenvolvem seu trabalho distribuído a cada uma para seis UBS. Temos dois Serviços Hospitalares de Emergência com condições e leitos insuficientes, um Serviço Hospitalar de Especialidade também com leitos insuficientes para a população, a cada dia mais crescente.

Quanto aos laboratórios, existem vários no estado. Alguns desses laboratórios públicos ficam nas UBS e prestam atendimento a uma grande parcela da população, mas neste momento, a maioria deles não está funcionando por falta de recursos. Os usuários do município têm a possibilidade de serem atendidos no laboratório do hospital que tem maiores recursos e variedades de exames laboratoriais, mas também não é suficiente para atender a grande demanda existente.

Eu trabalho na UBS Pedrinhas que fica no Jardim Marco Zero. Foi construída e inaugurada no ano de 2004. É uma unidade urbana, vinculada ao SUS e não possui vínculo com nenhuma instituição de ensino. Realizamos dois turnos de atendimento, já que não prestamos serviços à noite nem nos fins de semana. Apresenta a Estratégia de Saúde da Família como modelo de atenção e possui três equipes de saúde da família cada uma com médico do programa Mais Médicos e em sua maioria incompletas quanto a seus integrantes, pois há carências de técnicos de

enfermagem e ACS. Apenas uma dessas três equipes conta com a equipe de saúde bucal. Contamos com as especialidades de pediatria, ginecologia e clínica geral que são insuficientes, pois não ficam o tempo todo na UBS e as vagas são insuficientes para a demanda.

Estruturalmente a minha UBS apresenta muitas deficiências com salas insuficientes para todo o pessoal e com espaço reduzido. As equipes precisam compartilhar as salas para as consultas. Não temos áreas para usar em atividades educativas e os usuários devem ficar aguardando no corredor porque não tem uma sala de recepção para este fim. Em relação à localização, fica distante da maior parte da população. As condições higiênicas não são adequadas e não cumpre com as condições mínimas para assegurar um bom acolhimento e atendimento às pessoas com deficiências. Como estratégia de melhorias, considero que deveria ser reformada, aumentando o número de salas, criando espaços para todas as atividades a serem desenvolvidas. Como positivo posso dizer que temos área suficiente para uma reforma e pessoal disposto a trabalhar mesmo em condições inadequadas.

A nossa equipe é carente de muitos recursos materiais e de recursos humanos. Ela está composta por um médico, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem e três ACS, mas, ainda temos necessidade de mais um técnico e um ACS. Não possuímos equipe de saúde bucal sendo uma questão que limita o bom desenvolvimento do trabalho. Usamos uma sala que é muito pequena, não sendo possível a presença de todos os integrantes da equipe quando é preciso. Além disso, compartilhamos o local com o serviço de ultrassonografia e o equipamento ocupa muito espaço. Estas condições limitam o bom acolhimento e a privacidade do usuário. Para superar e minimizar as deficiências apresentadas é necessário a contratação de profissionais para completar as equipes, a reforma da UBS e a melhora do sistema de transporte para visitar as micro áreas que ficam distantes. Também deveria ser avaliada a distribuição dos medicamentos no estado e no município, porém, já temos tido mudanças nos últimos meses. Os usuários que precisam de algum medicamento para o tratamento de doenças crônicas não transmissíveis, podem adquirir estes nas farmácias Big Ben da cidade.

Minha UBS tem uma média de 11000 habitantes e o número de equipes de Saúde da Família é adequado para o total da população da área de abrangência da UBS, pois são 3 equipes e uma média de 3666 habitantes para cada equipe. Em

relação à distribuição por sexo e idade não temos esses dados em nenhum registro na UBS nem na Secretaria de Saúde do município, mas segundo as estimativas do Ministério de Saúde calculadas pelo Caderno das Ações Programáticas (CAP) do curso temos 3738 mulheres em idade fértil, 2330 mulheres entre 25 e 64 anos, 480 entre 50 e 69 anos. Temos 176 menores de um ano e 317 idosos. Como falei anteriormente, são estimativas do CAP, pois ainda a população não está cadastrada em sua totalidade e possuímos muitas áreas descobertas. Planejamos uma estratégia de trabalho para terminar o cadastro da população adstrita e dependendo das possibilidades da equipe também contemplar com atendimento planejado a essa população. A estratégia consiste em envolver todos os profissionais da equipe no cadastramento.

A demanda espontânea sempre é acolhida na unidade apesar de todas as dificuldades. Além da população adstrita à área, recebemos um grande número de usuários provenientes das ilhas do Pará o que tumultua o atendimento. O acolhimento é feito nos corredores já que não contamos com lugar específico para esse fim. Para lidar com o excesso de demanda espontânea a enfermeira e eu, tomamos como estratégia capacitar os técnicos de enfermagem, os ACS e as recepcionistas da UBS sobre classificação e avaliação de risco biológico e vulnerabilidade social dos pacientes para estabelecer prioridades de atendimento e orientação aos usuários. Outra estratégia consiste em deixar sempre vagas para esse tipo de atendimento e nos dias que existem poucos pacientes agendados ou programados, aproveitamos para atendê-los.

Antes de iniciar a descrição das ações programáticas quisera esclarecer que antes de iniciar o curso eram um verdadeiro desastre e só depois de adquirir um conjunto de conhecimentos fornecidos pelo curso foi possível realizar um trabalho muito mais organizado como está estabelecido pelo Ministério de Saúde.

O Programa de Atenção à Saúde da Criança é muito importante. Atualmente a UBS tem um aproximado de 176 crianças que representa um 76% das estimativas do Ministério de Saúde utilizando os dados das três ESF da UBS para todas as ações programáticas. Na UBS realizamos puericulturas até 72 meses de vida em todos os horários de funcionamento. Além disso, fazemos atendimento à demanda espontânea nesta faixa etária. Todos os profissionais de saúde da minha equipe de uma forma ou de outra, participam na atenção à saúde da criança cada um cumprindo com suas atribuições, além disso, seguimos as diretrizes do Ministério de



Saúde. Na hora de responder a tarefa não tínhamos formas de registro e controle eficientes. As puericulturas eram feitas na sua maioria quando as mães procuravam o serviço. Após a percepção da forma incorreta, decidimos que dois membros da equipe têm a responsabilidade de planejar as consultas, preencher um livro de saúde da criança e monitorar as ações, os demais executam ações neste grupo etário, fazendo consultas de puericultura e visitas domiciliares. Todos os meses temos uma reunião da equipe para avaliar o trabalho feito e planejar as ações segundo as dificuldades encontradas. Ainda a população não tem uma boa adesão. Não procuram o serviço de forma regular segundo as consultas agendadas de puericultura e as mães na sua maioria, não percebem a importância e procuram o serviço de saúde só em caso de doença do filho. Também existe pouca participação nas atividades educativas feitas na UBS.

O tema de atenção pré-natal é de vital importância para avaliação dos indicadores de saúde da população. A cobertura do pré-natal e puerpério em relação à estimativa do Ministério de Saúde é muito baixa, são 76 grávidas para um 46% e 8 puérperas para um 3% respectivamente. Depois de mostrar para minha equipe todas as deficiências que apresentamos ao preencher os dados do caderno de ações programáticas e nossos baixos indicadores segundo as estimativas do Ministério da Saúde, decidimos mudar nossas estratégias de trabalho. Adotamos novas formas de programar as consultas e fazer um registro destas por meio de um livro de controle das consultas programadas, das datas de parto e das ações de promoção e prevenção. Desenvolvemos atividades de divulgação da importância das consultas pré-natais e sobre o acompanhamento feito por nossa equipe, o acompanhamento do puerpério e já vamos sensibilizando as futuras puérperas. Além disso, os ACS participam constantemente na busca ativa de grávidas para começar o pré-natal o quanto antes e com a qualidade requerida. Ainda neste aspecto temos deficiências porque a adesão da população não é total e existem grávidas que não querem vir às consultas até os cinco meses, período quando pode saber o sexo do feto. Baseado nestas deficiências decidimos que os ACS têm que ir casa por casa, procurando pelas grávidas faltosas às consultas e se possível levá-las até à UBS onde damos o atendimento nesse dia se é possível. Com respeito ao registro, temos um livro de controle com um responsável da equipe que preenche, planeja e monitora o programa, mesmo com este acompanhamento, ações são necessárias para a captação de gestantes e puérperas.

Os Cânceres de Mama e de Colo do Útero são doenças crônicas não transmissíveis que provocam milhares de mortes anualmente nas mulheres do mundo todo, e no Brasil não é diferente. Relacionado à prevenção do câncer do colo de útero e de mama posso dizer que fico um pouca mais satisfeita. A cobertura para prevenção de câncer de colo de útero encontrada foi de 76% com 1672 mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área e acompanhadas na UBS. No caso da prevenção de câncer de mama contamos com 402 mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área e acompanhadas na UBS para um 82% de cobertura. A adesão da população feminina com idade de risco para estas doenças tem melhorado muito nos últimos meses. As ações feitas para este fim têm tido resultados positivos, as mulheres procuram ainda mais as consultas solicitando exame de mama, exame de Preventivo de Câncer de Colo do Útero (PCCU) e atendimento para o cuidado da sua saúde reprodutiva e sexual. Aproveitando esta cobertura desenvolvemos nesse dia conversas na UBS sobre promoção e prevenção dos cânceres e doenças sexualmente transmissíveis e distribuimos preservativos. Trabalhamos sempre seguindo o Protocolo do Ministério de Saúde. Temos um livro de registro das ações, planejamos atividades e agendamos as consultas, com relação aos PCCU, que são realizados na UBS pelas enfermeiras capacitadas para este proceder. A qualidade da atenção neste ponto ainda não é a desejada mas tenho a certeza que nos próximos meses vai melhorar muito mais. Da mesma forma que os outros programas anteriores temos um responsável da equipe que leva o planejamento e controle das atividades e realiza o monitoramento, além da reunião mensal que fazemos para avaliar o trabalho e planejar as ações do próximo mês.

A Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus constituem um problema de saúde mundial. Quando realizei a tarefa sobre hipertensão e diabetes foi percebido que os nossos indicadores ficavam muito baixos. A cobertura de hipertensos era de 17% com 339 usuários cadastrados na UBS e 85 usuários diabéticos para 15% de cobertura segundo as estimativas do Ministério de Saúde. Nossa forma de registro não permitia um bom planejamento e controle das ações e a adesão da população era insuficiente. Baseado nestes aspectos decidimos mudar algumas questões, começamos uma busca ativa bem planejada de casos novos de hipertensão e diabetes. Realizamos este trabalho baseando-nos principalmente na clínica porque não temos glicosimêtro, balança, nem esfigmomanômetro suficiente. Então os ACS fazem uma anamnese sobre os principais sintomas e sinais, se tem

algum caso suspeito, encaminham ele à consulta para ser avaliado, fazendo todos os procedimentos segundo os protocolos e indicamos os exames e uma aferição da pressão arterial (PA) por sete dias, duas vezes ao dia, em condições basais para o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (HAS). Criamos um livro de planejamento e controle das ações com dois responsáveis pela monitorização. Na reunião mensal da equipe são debatidas as deficiências e são planejadas as novas estratégias de trabalho. Ainda apresentamos a dificuldade de uma população pouco aderida, não assistem as consultas agendadas quando ainda possuem remédios ou abandonam o tratamento se ficam sem sintomas. Embora ter realizadas várias ações com estes usuários, não conseguimos uma total adesão deles ao programa.

A saúde da pessoa idosa e o envelhecimento são preocupações da Atenção Primária de Saúde, onde as equipes de saúde da família jogamos um papel fundamental na hora de garantir a manutenção da autonomia, a independência e o bem-estar deste grupo populacional. Da mesma forma que nas demais ações programáticas, foi muito complexo preencher os dados do CAP porque não tínhamos uma forma de registro estatístico adequado que permitisse ter os dados organizadamente. Além disso, a cobertura era baixa com 317 idosos cadastrados que representava um 56% das estimativas do Ministério de Saúde. Então decidimos mudar e criamos um livro de registro para programar as ações e manter os dados organizados. Temos planejado criar novos grupos de idosos e aumentar a periodicidade das atividades para motivar a participação de todos. É uma população muito sensível que precisa de uma atenção especial baseada no respeito à sua autonomia, mas garantindo um bom serviço e sobretudo mostrando-lhe muito carinho, só depende muito do trabalho da equipe para motivá-los e ter assim bons resultados. A equipe fica motivada em todos os aspectos e vamos planejar ações para cuidar deste grupo populacional que precisa tanto do nosso cuidado e compreensão.

Dentro dos maiores desafios da minha UBS está uma mudança quase total da estrutura, uma organização do processo de trabalho e uma melhora na gestão. Devemos também conscientizar a população sobre a importância da prevenção em saúde, conseguir uma boa territorialidade e cadastro populacional para fazer uma análise da situação de saúde global de todas as equipes e poder programar e monitorar melhor as ações. Na verdade, fui surpreendida por vários aspectos durante a Análise Situacional pois, percebi que a minha UBS não apresenta

características de uma verdadeira unidade de saúde. Também foi muito complexo preencher dados estatísticos quando não temos um bom registro.

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

Após a leitura do texto apresentado sobre a Situação ESF/APS em meu serviço e fazendo uma comparação com o Relatório Análise Situacional posso dizer que tem ocorrido mudanças positivas, desde o ponto de vista do processo de trabalho e a consciência de trabalho da equipe, mas desde o ponto de vista estrutural ainda não conseguimos mudar quase nada. Conseguimos melhorar nossa visão das necessidades, aprendemos a procurar soluções e dar o melhor de nós como seres humanos, agora depende muito da gestão e as mudanças que possam oferecer para desenvolver um ótimo trabalho e conseguir o propósito final de todos, melhorar o estado da saúde da população brasileira além disso pude obter um melhor conhecimento da situação de saúde da nossa área de abrangência que vai permitir à equipe realizar ações para ajudar a resolver as dificuldades percebidas na nossa população.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a mais frequente das doenças cardiovasculares e ao mesmo tempo o primeiro fator de risco para as principais complicações como: infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico e doença crônica terminal. No Brasil aproximadamente um 35% da população é portadora de HAS o qual representa um alto índice de morbimortalidade. O Diabetes Mellitus (DM) apresenta uma alta morbimortalidade com perda importante na qualidade de vida, é uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, cegueira, amputação de membros inferiores e doença cardiovascular. Cerca de um 12% da população do Brasil é portadora de DM. Ambas doenças são as responsáveis pela primeira causa de mortalidade e hospitalização por enquanto representam um grave problema de saúde no Brasil e no mundo (BRASIL, 2013).

Considerando a elevada morbimortalidade, a prevenção da DM e HAS e das suas complicações é prioridade em saúde pública. A rede da atenção básica, principalmente as Equipes de Saúde da Família, tem a grande responsabilidade de explicar a comunidade como prevenir estas doenças, mantendo modos e estilos de vida saudáveis, identificar grupos de risco para elas, fazer diagnóstico precoce das mesmas e acompanhamento de qualidade para evitar complicações que podem gerar incapacidade e morte. É por isso que a ação programática que aborda o tema de atenção a pacientes portadores de HAS e DM é de vital importância para o Sistema Único de Saúde.

Eu trabalho na UBS Pedrinhas do Município Macapá, estado Amapá. A mesma tem uma estrutura que precisa de reparação. Está composta por uma sala de recepção, uma sala de enfermagem, duas salas médicas, uma delas é compartilhada com o serviço de ultrassonografia e é onde eu trabalho, o que dificulta

as frequências de atendimento. Uma sala de nutrição, sala de vacinação, sala de triagem, consultório de odontologia, sala de curativo, uma farmácia, uma sala de arquivo, dois banheiros e uma cozinha. A UBS possui três equipes de saúde da família, com médicos do programa Mais Médicos. Devido as dificuldades estruturares que apresenta a UBS, como falta de espaços, as demais equipes ocupam um anexo que fica muito longe da unidade. Minha equipe de saúde está composta por um médico, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem e três agentes comunitários de saúde (ACS). Atendemos uma população de aproximadamente 11000 habitantes.

De acordo com as estimativas do Ministério de Saúde, nossa área de abrangência deve ter aproximadamente 1938 usuários portadores de HAS e 554 portadores de DM. Atualmente são atendidos na UBS 327 usuários hipertensos e 85 usuários diabéticos, representando um baixo índice de cobertura de 17% e 15% respectivamente. Em quanto à adesão aos serviços de saúde desses usuários ainda é deficiente. Eles procuram as consultas quando não tem medicamentos ou ficam doentes ou quando apresentam complicações, mas ultimamente temos tido mudanças neste aspecto. Durante as visitas domiciliares, nas atividades e palestras feitas na comunidade, na escola, nas igrejas, com a participação do Núcleo de Apoio às Famílias (NASF), explicamos a importância do acompanhamento destas doenças, de como prevenir complicações modificando os hábitos de vida como manter uma dieta saudável, praticar exercícios físicos, evitar consumo de álcool, cigarros e drogas. Além disso, os ACS têm a responsabilidade de procurar os usuários faltosos a consulta e identificar casos novos na comunidade para ampliar a cobertura.

Eu acredito que é muito importante fazer o projeto de intervenção nesta ação programática, pois sem dúvida alguma, vamos melhorar o estado de saúde dos usuários diabéticos e hipertensos de nossa comunidade, diminuindo os índices de morbimortalidade por estas doenças. Nossa equipe encontra-se muito motivada no projeto. Temos muita vontade de trabalhar e desenvolver todos os objetivos e metas propostos, implementando todas as ações precisas para obter resultados favoráveis. Mas temos muitas dificuldades ainda, não temos esfigmomanômetro e glicosímetros suficientes para os três ACS. Agora se iniciam os meses de chuva o que dificulta o acesso às visitas domiciliares e dos usuários às consultas. Devido as dificuldades estruturais da UBS, o nosso consultório não fica disponível o tempo todo, o que

limita o número de atendimentos. Além disso, como expliquei anteriormente, as demais equipes ficam muito longe o que não me permite ter governabilidade sobre elas para desenvolver o projeto com toda a população da área de abrangência da UBS e ao mesmo tempo elas encontram-se trabalhando nos seus projetos. Como positivo, temos a vontade de trabalhar em bem da comunidade para melhorar a adesão dos usuários aos serviços de saúde. Engajar os usuários hipertensos e diabéticos, a sua família e a comunidade no Programa de Hiperdia, melhorar a qualidade de vida deles e contribuir a baixar os elevados índices de morbimortalidade por estas doenças.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde dos usuários com Hipertensão e Diabetes, na UBS Pedrinhas, no município de Macapá/AP.

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

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura do programa de atenção saúde de hipertensos e diabéticos.

**Meta 1.1** Cadastrar 60% 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 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Objetivo 5:** Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doenças cardiovasculares.

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

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

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

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

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

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

**Meta 6.4** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física



a 100% dos pacientes diabéticos.

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

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

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

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

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido num período de 16 semanas na Unidade Básica de Saúde (UBS) Pedrinhas no Município de Macapá - AP. Participarão da intervenção 160 usuários hipertensos e 77 usuários diabéticos.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

**Objetivo 1. Ampliar a cobertura de atenção aos usuários diabéticos e hipertensos.**

**Metas 1.1 e 1.2: cadastrar 60 % dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.**

#### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

**Ação:** monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Detalhamento:** Procurar junto com os ACS todos os usuários hipertensos e diabéticos cadastrados na área da abrangência. Realizar reuniões pactuadas para a entrega dos nomes onde se designará um profissional da equipe para monitorar e avaliar as ações para ampliar a cobertura e todo isto será discutido em reuniões quinzenais da equipe. Pactuar com os demais profissionais da UBS e aproveitar todos os espaços para captar um maior número de hipertensos e diabéticos como

são: na hora de entregar medicamentos na farmácia, na sala de vacinação, na consulta de odontologia, nas consultas de planejamento familiar, na consulta para coleta de PCCU e incluso nas consultas dos médicos clínicos gerais que não formam parte da ESF.

## ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

**Ação:** garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento: Criar um bom registro de usuários hipertensos e diabéticos cadastrados, que permita obter os dados com facilidade.

**Ação:** melhorar o acolhimento para os usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

Detalhamento: Reorganizar a agenda de trabalho de modo tal que permita um dia de consulta para os usuários, na semana, o qual facilitaria muito o nosso trabalho e permitiria oferecer um melhor acolhimento aos mesmos. Neste caso o dia assinado vai ser a terça feira na manhã.

**Ação:** garantir material adequado para aferição da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e realização de hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: Negociar com o gestor da UBS, secretaria de saúde e outras instituições sobre a necessidade de insumos para levar a cabo o nosso projeto com qualidade. Neste caso precisamos de esfigmomanômetro para aferir a PA e hemoglicosímetros para realizar teste de glicemia aos usuários diabéticos.

## ENGAJAMENTO PÚBLICO

**Ação:** Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

Detalhamento: Aproveitar todos os cenários possíveis para orientar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) da UBS. Estes momentos podem ser nos horários de maior afluência de público à UBS, nas visitas domiciliares, nas ações desenvolvidas nas igrejas e na escola e antes do início das consultas

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

Detalhamento: Aproveitar todos os cenários possíveis como visitas domiciliares, ações desenvolvidas nas igrejas, nas escolas, na UBS antes do início das consultas e nos horários de maior afluência de público. Além disso utilizar cartazes com as informações sobre o porquê da importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente. Colocar eles na UBS em lugares de fácil visualização, nas igrejas da comunidade, nas escolas.

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

Detalhamento: Utilizar os espaços antes mencionados alias cartazes e documentos individuais com as informações descritas de forma didática e de fácil entendimento.

**Ação:** Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: De igual forma se aproveitaram todos os cenários possíveis para orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. Utilizar cartazes com as informações precisas escritas em forma acessível a todos e colocar eles nas áreas de maior afluência de público na comunidade e na UBS.

## QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

**Ação:** Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

Detalhamento: Treinar aos ACS para o cadastramento de usuários hipertensos e diabéticos de toda a área de abrangência. Facilitar os protocolos do Ministério de Saúde que permita um melhor entendimento da necessidade de aumentar a cobertura dos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. As capacitações serão feitas na UBS nos horários da tarde, nas duas semanas iniciais da intervenção.

**Ação:** Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Detalhamento: Capacitar à equipe da unidade para uma correta verificação de PA explicando bem as técnicas a seguir para evitar erros no proceder, baseados nos protocolos atualizados de Hipertensão Arterial Sistêmica.

**Ação:** Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg.

Detalhamento: Trinar aos mesmos sobre a realização de Hemoglicotestes em adultos com PA sustentada maior de 135/80. Para isso serão facilitados materiais de apoio que permitam um melhor entendimento dos conteúdos. De igual formas as capacitações serão realizadas nos horários da tarde na UBS as duas primeiras semanas da intervenção.

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

**Metas 2.1 e 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100 % dos hipertensos e diabéticos.**

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

**Ação:** Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos seguindo como protocolo o Caderno de Atenção Básica: Hipertensão Arterial Sistêmica e o Caderno de Atenção Básica: Diabetes Mellitus, os dois do ano 2013, do Ministério da Saúde do Brasil.

Detalhamento: Monitorar a realização de exame clínico apropriado em usuários hipertensos. Designar um integrante da equipe para o monitoramento da realização do exame clínico apropriado dos usuários hipertensos. Nas reuniões da equipe o responsável apresentará um relatório sobre o monitoramento, se discutirão as dificuldades encontradas e se criarão soluções para resolvê-las.

**Ação:** Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos seguindo como protocolo o Caderno de Atenção Básica: Hipertensão Arterial Sistêmica e o Caderno de Atenção Básica: Diabetes Mellitus, os dois do ano 2013, do Ministério da Saúde do Brasil.

Detalhamento: Monitorar a realização de exame clínico apropriado em usuários diabéticos. Designar um integrante da equipe para o monitoramento da realização do exame clínico apropriado dos usuários diabéticos. Nas reuniões da equipe o responsável apresentará um relatório sobre o monitoramento, se discutirão as dificuldades encontradas e se criarão soluções para resolve-las.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

**Ação:** Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos seguindo como protocolos os Cadernos de Atenção Básica: Hipertensão Arterial Sistêmica e o Caderno de Atenção Básica: Diabetes Mellitus, os dois do ano 2013, do Ministério da Saúde do Brasil.

Detalhamento: Na primeira reunião da equipe para iniciar a intervenção vai ser definidas as atribuições de cada profissional da equipe na realização do exame clínico dos usuários hipertensos segundo os protocolos.

**Ação:** Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários diabéticos.

Detalhamento: Na primeira reunião da equipe para iniciar a intervenção vai ser definidas as atribuições de cada profissional da equipe na realização do exame clínico dos usuários diabéticos segundo os protocolos.

**Ação:** Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Detalhamento: Nas duas semanas iniciais da intervenção vão ser feitas as capacitações dos profissionais que participarão na intervenção segundo os protocolos adotados pela unidade de saúde.

**Ação:** Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: As capacitações vão ser feitas com uma periodicidade semanal nas duas primeiras semanas, mas se é preciso podem ser estendidas a mais duas semanas.

**Ação:** Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: Pactuar com o gestor da UBS e gestores municipais para garantir a impressão dos protocolos atualizados.

## ENGAJAMENTO PÚBLICO

**Ação:** Orientar os usuários e a comunidade, quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes, sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: Aproveitar todos os cenários possíveis para fazer palestras sobre estes temas, além disso, utilizar cartazes e documentos explicando os

conteúdos de forma didática para garantir um entendimento fácil e colocar eles nos lugares de maior afluência de público.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

**Ação:** Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Nas duas primeiras semanas da intervenção serão feitas as capacitações da equipe sobre como realizar o exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos, além disso sempre estaremos dispostos a esclarecer dúvidas se for preciso.

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

**Ação:** Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Detalhamento: Para isso se designará um responsável pelo monitoramento da ação o qual tem que levar às reuniões da equipe, um relatório com os resultados, para serem discutidos.

**Ação:** Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: Da mesma forma será designado um responsável que neste caso vai ser a enfermeira da equipe para monitorar se os exames laboratoriais são solicitados na periodicidade estabelecida e os resultados vão ser discutidos nas reuniões da equipe.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

**Ação:** Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: Em todas as consultas de captação e nas consultas subsequentes dos usuários hipertensos e diabéticos vão ser solicitados os exames complementares segundo os protocolos.

**Ação:** Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Detalhamento: Será pactuado a través do gestor da unidade, com a secretaria de saúde do município, para garantir a agilidade da realização dos exames complementares, dos usuários, já que no nosso serviço não contamos com laboratórios. Para isso será programada uma reunião onde participem todos os gestores e os integrantes da equipe

**Ação:** Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados.

Detalhamento: Nos arquivos criados para organizar os prontuários dos usuários vão se colocar separadores de diferentes cores para estabelecer alertas em quanto ao atraso de exames complementares preconizados.

## ENGAJAMENTO PÚBLICO

**Ação:** Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Detalhamento: Em todos os cenários possíveis como consultas, visitas domiciliares, nas ações feitas nas igrejas e escolas, nas palestras feitas na UBS, serão orientados os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

**Ação:** Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: Em todos os cenários possíveis como consultas, visitas domiciliares, nas ações feitas nas igrejas e escolas, nas palestras feitas na UBS, serão orientados os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados os exames complementares.

## QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

**Ação:** Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: Treinar a equipe segundo os protocolos adotados na UBS para solicitação de exames complementares nas primeiras semanas da intervenção e em cada reunião da equipe serão atualizados estes temas e esclarecidas as dúvidas.

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

**Ação:** Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Será designado um responsável da equipe para monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e em cada reunião da equipe vai trazer um resumo das dificuldades achadas na monitorização as quais vão ser discutidas e no possível solucionadas.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

**Ação:** Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento: Para realizar dita ação, trabalharemos em conjunto com a responsável da farmácia da UBS para juntos poder revisar periodicamente o estoque dos medicamentos usados no programa de Hiperdia, solicitando eles, segundo a quantidade de usuários, os medicamentos que usam e as doses, os quais serão recolhido em um registro com todos os dados fazendo um estúdio de consumo.

**Ação:** Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: Em conjunto com o responsável de farmácia da UBS será mantido o registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde segundo o estudo de consumo.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

**Ação:** Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: Em todos os cenários antes mencionados, principalmente nas consultas, visitas domiciliares e palestras será explicado aos usuários a possibilidade de obter os medicamentos na farmácia da UBS, nas farmácias populares e nas farmácias Big Ben da cidade.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA



**Ação:** Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

Detalhamento: Em todas as reuniões da equipe serão abordados temas de atualização do tratamento da Hipertensão utilizando os protocolos atualizados.

**Ação:** Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: A equipe será capacitada nas primeiras semanas da intervenção sobre as possibilidades de orientar aos usuários para obter os medicamentos principalmente na farmácia da UBS, nas farmácias populares da cidade e nas farmácias Big Bem que tem convenio com o Governo Federal, para garantir os medicamentos do programa de Hiperdia de forma gratuita.

**Metas 2.7 e 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos.**

## MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

**Ação:** Monitorar os usuários hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Em todas as consultas feitas aos usuários hipertensos vai ser avaliada a necessidade de atendimento odontológico. Um responsável da equipe vai monitorizar o cumprimento da ação com uma periodicidade semanal.

**Ação:** Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Em todas as consultas feitas aos usuários diabéticos vai ser avaliada a necessidade de atendimento odontológico. Um responsável da equipe vai monitorizar o cumprimento da ação com uma periodicidade semanal

## ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

**Ação:** Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Em todas as consultas vai ser disponibilizado o tempo para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

**Ação:** Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: Será pactuado com o gestor da UBS a necessidade de organizar a agenda da equipe de saúde bucal, serão planejadas ações com a participação do odontólogo da UBS para realizar essa avaliação a todos os usuários e de ser possível, organizar o atendimento daqueles que precisem, dando prioridade aos mais afetados.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Realizar palestras na comunidade e na UBS com a participação da equipe de saúde bucal sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

**Ação:** Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.

Detalhamento: Realizar uma capacitação com a ajuda do odontólogo da UBS aos integrantes da equipe sobre avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos utilizando os protocolos atualizando e entregando documentos com as informações precisas a cada membro da equipe.

**Ação:** Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

Detalhamento: Realizar uma capacitação com a ajuda do odontólogo da UBS aos integrantes da equipe sobre avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos utilizando os protocolos atualizando e entregando documentos com as informações precisas a cada membro da equipe.

**Objetivo 3: Melhorar a adesão dos usuários diabéticos e hipertensos cadastrados na UBS às consultas segundo periodicidade estabelecida no programa.**

**Metas 3.1 e 3.2: Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.**

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

**Ação:** Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: Um integrante da equipe vai ser designado responsável de monitorar o cumprimento desta ação com uma frequência semanal. O cumprimento da periodicidade das consultas, segundo os protocolos de ministério de saúde, será monitorado nas reuniões da equipe efetuadas de 15 em 15 dias onde serão entregados os nomes dos usuários faltosos a consulta e se planejara a visita aos mesmos.

## ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

**Ação:** Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

Detalhamento: Neste caso os ACS com apoio dos demais integrantes da equipe realizarão as visitas para procurar os usuários hipertensos e diabéticos faltosos à consulta e tentar convencer eles da importância da realização das mesmas com a periodicidade estabelecida.

**Ação:** Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Na agenda de trabalho teremos um horário cada dia para realizar a o atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos procurados nas visitas domiciliares.

## ENGAJAMENTO PÚBLICO

**Ação:** Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Detalhamento: Realizar palestras nas igrejas, escolas e na UBS e colocar cartazes nos lugares de maior afluência de público e providenciar panfletos com a importância de realização de consultas.

**Ação:** Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos).

Detalhamento: Ao finalizar todas as palestras serão ouvidos os participantes da comunidade e cada quem pode aportar ideias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos)

**Ação:** Esclarecer aos portadores de hipertensão e diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Aproveitar as visitas domiciliares, as consultas, as palestras para esclarecer este tema, além disso colocar as informações em cartazes de forma didática para garantir que todos entendam a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: Nas capacitações aos integrantes da equipe nas primeiras semanas da intervenção realizaremos cursos, baseados nos protocolos utilizados, para treinar os ACS de como podem orientar melhor aos usuários. Criaremos modelos de fácil entendimento para orientar melhor e de forma mais precisa aos usuários. Para isso nos apoiaremos nos manuais do Ministério de Saúde.

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

**Metas 4.1 e 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.**

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

**Ação:** Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde

Detalhamento: As fichas de acompanhamento dos hipertensos e diabéticos serão monitorizadas semanalmente. Serão designados profissionais responsáveis pelo preenchimento dos registros. Nas reuniões da equipe quinzenalmente serão avaliadas com rigor a qualidade dos mesmos.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

**Ação:** Manter dados do SIAB atualizados.

Detalhamento: Este sistema será atualizado com uma frequência semanal pela enfermeira e o médico da equipe

**Ação:** Implantar a ficha de acompanhamento para todos os usuários hipertensos e diabéticos cadastrados.

Detalhamento: Todos os usuários hipertensos e diabéticos terão a ficha de acompanhamento com todos os dados preenchidos na mesma, esta será fornecida com a ajuda do gestor da unidade.

**Ação:** Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: Neste caso será designado um integrante da equipe que vai ser o responsável por o registro das informações.

**Ação:** Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: O médico da equipe vai ser o responsável do monitoramento dos registros e em cada reunião da equipe vai trazer os problemas apresentados no transcurso da intervenção.

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

Detalhamento: Os registros vão ter separadores de cores para identificar situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

## ENGAJAMENTO PÚBLICO

**Ação:** Orientar os usuários hipertensos e diabéticos e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: Isto poderia ser feito nas ações de saúde na comunidade, nas igrejas e na escola. Além disso, ensinar aos usuários seus direitos de acesso a segundas vias se necessário e facilitar as mesmas segundo os protocolos estabelecidos.

## QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

**Ação:** Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário no acompanhamento dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Para isso utilizaremos os vídeos fornecidos pelo Ministério de Saúde sobre a forma correta de preenchimento dos registros.

**Ação:** Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: De igual forma usaremos os vídeos e manuais do Ministério de Saúde como material de apoio para explicar melhor os conteúdos.

**Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde de risco para doença cardiovascular.**

**Metas 5.1 e 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.**

## MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: A equipe toda ficará em função de monitorar a realização da estratificação de risco a todos os usuários, tanto nas consultas como nas visitas domiciliares. Em cada reunião da equipe se levarão os nomes dos usuários aos quais é realizada a mesma e serão discutidos aqueles que ainda não tem feita a estratificação de risco e planejar as possíveis soluções do problema.

## ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

**Ação:** Priorizar o atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos avaliados como de alto risco cardiovascular.

Detalhamento: Uma vez que o usuário é avaliado de alto risco cardiovascular o atendimento vai ser feito no mesmo dia.

**Ação:** Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Serão criados espaços para consultas dos usuários avaliados de alto risco. Estes pacientes precisam de um olhar diferente, duma consulta mais profunda, por enquanto temos que agendar mais tempo para eles. De ser preciso facilitaremos o encaminhamento ao nível secundário cumprindo com os fluxogramas estabelecidos.

## ENGAJAMENTO PÚBLICO

**Ação:** Orientar os usuários hipertensos e diabéticos e a comunidade quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Detalhamento: Temos que aproveitar todos os espaços para orientar corretamente a os usuários portadores de HSA e DM, a seus familiares e a comunidade toda. Principalmente nas visitas domiciliares, nas ações feitas na comunidade, nas atividades com grupos de hipertensos e diabéticos onde explicaremos quais são os riscos, como vai ser seu acompanhamento de agora em diante.

**Ação:** Esclarecer os usuários hipertensos e diabéticos e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: Nos cenários antes mencionados explicar como poder intervir e modificar algum os fatores como os hábitos alimentares, a atividade física, o uso de hábitos tóxicos. Além disso, entregaremos panfletos com estas informações

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

**Ação:** Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Detalhamento: Realizaremos atividades educativas utilizando vídeos e matérias baseados nos protocolos do Ministério de Saúde. Realizaremos atualizações dos temas durante todo o transcurso do projeto.

**Ação:** Capacitar a equipe sobre a importância do registro desta avaliação.

Detalhamento: Realizaremos atividades educativas utilizando vídeos e matérias baseados nos protocolos do Ministério de Saúde. Realizaremos atualizações dos temas durante todo o transcurso do projeto.

**Ação:** Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: Realizaremos atividades educativas utilizando vídeos e matérias baseados nos protocolos do Ministério de Saúde. Realizaremos atualizações dos temas durante todo o transcurso do projeto.

**Objetivo 6. Promover saúde nos usuários hipertensos e diabéticos.**

**Metas 6.1 e 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos.**

## MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

**Ação:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Constantemente será monitorada a realização de orientação nutricional para estes usuários. Além disso serão monitorados aqueles que ainda não tem sido avaliados por o nutricionista do NASF. Em todas as reuniões da equipe serão avaliados os resultados do monitoramento

## ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

**Ação:** Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: Realizaremos atividades grupais com grupos de hipertensos e diabéticos em parceria com o nutricionista do NASF.

**Ação:** Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento: Será solicitado ao gestor da UBS a participação de nutricionistas nestas atividades.

## ENGAJAMENTO PÚBLICO

**Ação:** Orientar hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: Em todos os cenários possíveis serão dadas orientações sobre os temas, principalmente nas atividades grupais em parceria com o NASF. Se entregarão panfletos com as informações de forma didática e fácil de entender

## QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

**Ação:** Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

Detalhamento: Nas capacitações planejadas para as primeiras semanas da intervenção vão se dar aulas sobre práticas de alimentação saudável onde utilizaremos manuais e protocolos estabelecidos.

**Ação:** Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.



Detalhamento: Para isto a enfermeira vai ser a encarregada de fornecer matérias sobre metodologia de educação em saúde e vão ser entregues no transcurso das capacitações.

**Metas 6.3 e 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.**

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

**Ação:** Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Constantemente será monitorada a realização de orientação para atividade física regular para estes usuários. Em todas as reuniões da equipe serão avaliados os resultados do monitoramento

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

**Ação:** Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: Serão organizadas atividades com os grupos de hipertensos e diabéticos sobre atividade física regular.

**Ação:** Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: Será solicitado ao gestor da UBS a participação de educadores físicos, principalmente os integrantes do NASF e pedir o apoio de educadores físicos da escola Wilson Malcher.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

**Ação:** Orientar hipertensos e diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento: Em todos os cenários possíveis como consultas, visitas domiciliares, ações feitas na comunidade orientar hipertensos e diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, além disso colocar cartazes com as informações precisas nos lugares de maior afluência de público.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

**Ação:** Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Detalhamento: Nas capacitações planejadas para as primeiras semanas da intervenção vão se dar aulas sobre promoção da prática de atividade física regular onde utilizaremos manuais e protocolos estabelecidos.

**Ação:** Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Em parceria com o gestor da unidade se solicitarão, à secretaria de saúde, cursos para os ACS e técnicos de enfermagem sobre educação em saúde.

**Metas 6.5 e 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.**

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

**Ação:** Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Constantemente será monitorada a realização de orientação sobre risco de tabagismo para estes usuários. Em todas as reuniões da equipe serão avaliados os resultados do monitoramento

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

**Ação:** Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento: Solicitar numa reunião ao gestor da UBS e gestores municipais a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

**Ação:** Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: Nas palestras realizadas na comunidade e na UBS e em todos os contatos com os hipertensos e diabéticos orientar sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

## QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

**Ação:** Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

Detalhamento: Nas capacitações realizadas as primeiras semanas da intervenção vai se dar aulas sobre o tratamento de usuários tabagistas, além disso vão ser solicitados cursos de treinamento sobre este e outros temas à Secretaria de Saúde do município.

**Ação:** Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: A Licenciada em enfermagem fará a capacitação da equipe sobre metodologia da educação em saúde na primeira semana da intervenção.

**Metas 6.7 e 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.**

## MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

**Ação:** Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos.

Detalhamento: Constantemente será monitorada a realização de orientação sobre higiene bucal para estes usuários. Em todas as reuniões da equipe serão avaliados os resultados do monitoramento

## ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

**Ação:** Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual sobre higiene bucal.

Detalhamento: Vai se organizar a agenda de modo tal que exista uma margem de tempo disponível para garantir orientações em nível individual sobre higiene bucal.

## ENGAJAMENTO PÚBLICO

**Ação:** Orientar os hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: Nas palestras realizadas na comunidade e na UBS e em todos os contatos com os hipertensos e diabéticos e seus familiares orientá-los sobre a importância da higiene bucal. Apoiarmos também na utilização de cartazes e

panfletos com as informações precisas. Solicitar sempre a ajuda do odontólogo da UBS.

## QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

**Ação:** Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal a hipertensos e diabéticos.

**Detalhamento:** Realizar aulas à equipe nos espaços das capacitações, com a ajuda da equipe de higiene bucal, sobre como oferecer orientações de higiene bucal a hipertensos e diabéticos.

### 2.3.2 Indicadores

**Meta 1.1** Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

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

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

**Meta 1.2** Cadastrar 60% 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.

**Relativa ao Objetivo 2:**

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

**Indicador 2.1** Proporções 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 cadastrados

**Indicador 2.2** Proporções 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 cadastrados a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 2.3** Proporções 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 cadastrados a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

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

**Indicador 2.5** Proporções de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

**Denominador:** Número de hipertensos cadastrados 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** Proporções de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

**Denominador:** Número de diabéticos cadastrados com prescrição de medicamentos.

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

**Indicador 2.7** Proporções 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 cadastrados.

**Indicador 2.8** Proporções 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.

### **Relativa ao Objetivo 3:**

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

**Indicador 3.1** Proporções 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** Proporções 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.

#### **Relativa ao Objetivo 4:**

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

**Indicador 4.1** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na UBS.

**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

#### **Relativa ao Objetivo 5:**

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

**Indicador 5.1** Proporções 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** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na UBS.

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

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

**Relativa ao Objetivo 6:**

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

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

**Numerador:** Número de 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 cadastrados.

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

**Numerador:** Número de 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 pacientes hipertensos cadastrados.

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

**Numerador:** Número de 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 pacientes diabéticos cadastrados.



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

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

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

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

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

**Numerador:** Número de 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 pacientes diabéticos cadastrados.

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

**Numerador:** Número de 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 pacientes hipertensos cadastrados.

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

**Numerador:** Número de 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 pacientes diabéticos cadastrados.

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

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

**Denominador:** Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

### 2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção do programa de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus utilizaremos os Manuais Técnicos de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do Ministério de Saúde do ano 2013 (cadernos da Atenção Básica números 36 e 37). Utilizaremos a ficha de cadastro de Hipertensos e/ou Diabéticos – Hiperdía e a ficha espelho fornecida pela UFPEL, que contém informações sobre sinais vitais, tratamento, resultado de exames, dentre outras informações que permitem o acompanhamento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos durante as consultas. Faremos contato com o gestor da UBS e gestor municipal para dispor cópias dos manuais técnicos e das fichas espelhos. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

As ações que serão monitoradas durante a intervenção são: o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no programa de Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da UBS, a realização de exame clínico apropriado aos hipertensos e diabéticos, o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com os protocolos adotados na UBS, o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo à periodicidade estabelecida, o acesso aos medicamentos da farmácia Popular pelos hipertensos e diabéticos. Monitoraremos ainda as consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o odontólogo, o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo, a qualidade dos registros dos hipertensos e diabéticos acompanhados na UBS, o número de hipertensos e diabéticos com a realização de pelo menos uma verificação de estratificação de risco por ano, a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos, a realização de orientação sobre atividade física, sobre risco de tabagismo, sobre higiene bucal e cuidados com a saúde bucal aos hipertensos e diabéticos.

Para realizar o monitoramento das ações descritas acima manteremos os arquivos específicos para usuários cadastrados no programa de Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus e a médica e a enfermeira da equipe serão as responsáveis por essa atividade.

Para organizar o registro específico do programa a enfermeira revisará o livro de registros identificando os hipertensos e diabéticos que vieram a consulta nos últimos três meses. A profissional localizará o prontuário destes usuários e

transcreverá todas as informações disponíveis para a ficha espelho. Então realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas atrasadas, exames laboratoriais atrasados, exame clínico em atraso. O monitoramento será feito mensalmente. Entretanto semanalmente a enfermeira fará a revisão das planilhas-espelho e planilhas complementares com o objetivo de identificar os faltosos e providenciar a busca ativa desses usuários. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) farão busca ativa dos hipertensos e diabéticos em atraso. Ao final de cada mês os dados coletados nas fichas-espelho serão consolidados na planilha eletrônica.

Para viabilizar o acolhimento dos usuários hipertensos e diabéticos o mesmo será feito por todos os integrantes da equipe, a técnica vai realizar a triagem dos usuários: peso, altura, verificação de pressão arterial e verificação da glicemia aos diabéticos. Para que esta ação ocorra tranquilamente, a equipe vai precisar de mais um aparelho de glicemia com fitas suficientes pois a equipe só possui um e também uma balança e antropômetro além do esfigmomanômetro. Os dados serão preenchidos nos registros de hipertensos e diabéticos. Os hipertensos e diabéticos não cadastrados serão atendidos no mesmo turno para ampliar a cobertura. Hipertensos e diabéticos com problemas agudos serão atendidos no mesmo turno para agilizar o tratamento das intercorrências. Os usuários portadores de HAS e DM que procurarem consultas de rotina terão prioridade no atendimento, sendo que a demora será no máximo de 7 dias. Todos os hipertensos e diabéticos que vierem a consulta, sairão da UBS com a próxima consulta agendada.

Para acolher a demanda de intercorrências agudas não há necessidade de mudar a agenda, estas serão priorizadas nas consultas reservadas para pronto atendimento. Para agendar os hipertensos e diabéticos provenientes da busca ativa, serão reservadas 6 consultas na semana. Para o atendimento odontológico pactuaremos com o gestor da unidade e o odontólogo. A equipe, principalmente o dentista serão os responsáveis pela avaliação da saúde bucal dos pacientes. O técnico em saúde bucal e o odontólogo da UBS terão a responsabilidade de acolher esses usuários e preencher o livro de saúde bucal adequadamente. Semanalmente a enfermeira avaliará o acompanhamento e os ACS serão os responsáveis por procurar os pacientes faltosos à consulta de odontologia.

Em conjunto com o gestor da UBS será feita a solicitação à secretaria de saúde do município, do material necessário para iniciar a intervenção. A médica será

a responsável de fazer o pedido de medicamentos segundo as necessidades dos usuários hipertensos e diabéticos para garantir a maior quantidade de medicamentos disponíveis para o programa de Hiperdía.

Para viabilizar a ação de capacitar a equipe para a utilização do protocolo, de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus para que todos utilizem esta referência na atenção serão feitas reuniões mensais que ocorrerão na própria UBS. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros profissionais. A médica e a enfermeira serão as responsáveis pelas capacitações da equipe. Serão feitas capacitações sobre verificação de pressão arterial e realização de hemoglicotestes, sobre realização de exame clínico apropriado aos hipertensos e diabéticos, sobre a solicitação de exames complementares segundo os protocolos utilizados pela unidade, sobre tratamento de HAS e DM, sobre avaliação das necessidades de atendimento odontológico (que serão apresentadas pela equipe de saúde bucal). Capacitaremos aos ACS sobre como orientar os hipertensos e diabéticos quanto à realização de consultas e sua periodicidade. Além disso, à equipe será capacitada sobre o preenchimento adequado dos registros de hipertensos e diabéticos, sobre a realização da avaliação da estratificação de risco e sobre alimentação saudável, atividade física regular, cuidados de saúde bucal em usuários hipertensos e diabéticos. Para realizar o treinamento da equipe vamos precisar dos protocolos preenchidos e fornecidos pelo gestor da unidade, além do material audiovisual para projetar os temas, este será fornecido pela enfermeira.

Para sensibilizar a comunidade com a intervenção faremos contato com os representantes nas igrejas e na escola da área de abrangência e será apresentado o projeto, esclarecendo a importância do programa de atenção à HAS e DM. No transcurso da intervenção serão feitas novas reuniões, com uma frequência mensal, para informar sobre os resultados obtidos, dificuldades apresentadas e experiências acumuladas na mesma. Além disso, serão feitas escutas na comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de HAS e DM. Solicitaremos a ajuda da comunidade para ampliar a cobertura do programa captando o maior número possível de hipertensos e diabéticos e para esclarecer os fatores de risco para desenvolver estas doenças, as complicações cardiovasculares decorrentes dela, a importância da realização de exames complementares segundo os protocolos e com a periodicidade estabelecida. Além disso, esclarecer a comunidade

sobre a periodicidade das consultas e a importância da realização das mesmas, assim como a importância de manter estilos de vida saudável nos usuários hipertensos e diabéticos para evitar complicações. Serão realizadas palestras sobre estes temas e os ACS serão os responsáveis pela convocação dos participantes, um dos técnicos de enfermagem será o responsável pelo registro destas ações. Também o Programa será divulgado por meio de panfletos, entregues nas consultas e visitas domiciliares pelos ACS, e murais colocados em lugares de maior circulação de pessoas. A médica, em parceria com instituições sociais, será a responsável por elaborar o material com informações detalhadas de forma didática e fácil entendimento.





### **3 Relatório da Intervenção**

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

Terminamos uma etapa muito importante do nosso trabalho. Embora tenhamos apresentado muitas dificuldades no transcurso da mesma, a intervenção com os usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência da equipe 045 foi um sucesso.

Fazendo um resumo da intervenção podemos dizer que quase todas as ações foram feitas no transcurso dela, umas de forma parcial e outras integralmente tal e qual estavam planejadas. Apresentando muitas dificuldades, mas felizmente tivemos também muitas facilidades que sem dúvida ajudaram o bom desenvolvimento da intervenção.

Em primeiro lugar as capacitações previstas para serem realizadas nas primeiras semanas da intervenção foram feitas integralmente com a participação de todos os membros da equipe e o pessoal da UBS que poderia contribuir à realização da intervenção. Ao início tivemos algumas dificuldades com os materiais de apoio e recursos audiovisuais, mas no transcurso da intervenção fomos melhorando a qualidade das capacitações com a ajuda da enfermeira da equipe que foi toda uma guerreira para conseguir os materiais de forma geral. Além disso, em cada reunião da equipe trazíamos temas novos para dar continuidade as capacitações e melhorar os conhecimentos sobre a atenção aos usuários hipertensos e diabéticos. Posso confessar que também aprendi muitas coisas novas que ainda não sabia.

Ao início da intervenção foi estabelecido o papel de cada profissional da equipe na Intervenção. Todos estiveram de acordo com o pactuado e cumpriram as



suas tarefas de forma satisfatória demonstrando que quando trabalhamos em equipe tudo pode ser possível.

Foi criado um bom registro dos usuários da ação programática que ficou na nossa sala e que permitiu o monitoramento dos indicadores no transcurso da intervenção e na medida que fora detectada alguma dificuldade, novas estratégias eram planejadas para melhorar o indicador. Neste aspecto também posso dizer que tudo transcorreu bem e bons resultados para atingir as metas propostas. A agenda de trabalho foi reorganizada para melhorar o acolhimento dos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Foi selecionado um dia da semana para realizar o atendimento dos usuários da intervenção e em cada dia ficaram duas vagas para acolher aos pacientes provenientes da busca ativa na comunidade. Neste ponto tivemos algumas dificuldades já que junto com a intervenção iniciou o período invernal e com a chegada das chuvas, aumentou muito a demanda espontânea por casos de Dengue, Infecções Respiratórias Agudas, Doenças Diarreicas Agudas e Shicungunya. Mas na verdade esta dificuldade também foi aproveitada positivamente, pois muitos dos usuários portadores destas doenças infecciosas também eram portadores de Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica o que contribuiu ao cadastro deles na UBS. Além disso, alguns dos seus familiares também foram cadastrados na intervenção.

Outra dificuldade apresentada ao início da intervenção foi a greve dos ACS para reclamar o décimo quarto salário, mas eles se comprometeram em não afetar o desenvolvimento do projeto e assim mesmo foi. Também a chegada das chuvas ao início afetou a busca ativa dos usuários hipertensos e diabéticos assim como o número de usuários faltosos a consulta nas comunidades. Neste ponto sofremos muito já que os indicadores de cobertura ficavam muito baixos e parecia que não poderíamos atingir as metas propostas. Graças a unidade mostrada pela equipe e o entusiasmo para cumprir os objetivos, logramos superar as dificuldades com novas estratégias e melhorar o indicador de cobertura significativamente nas últimas semanas da intervenção. Outro aspecto negativo que atrapalhou o desenvolvimento das ações foi o assalto sofrido enquanto fazíamos visitas domiciliares no Bairro Pedrinhas. Embora tenha afetado sim o trabalho, já que perdemos os arquivos com as fotos, além da câmera digital, também foi aproveitado de forma positiva e deu um impulso ainda maior para continuar adiante com projeto tão humano.

Iniciando a intervenção tivemos a reunião com o gestor da UBS que ofereceu todo o seu apoio para o desenvolvimento da mesma e esta foi uma das principais facilidades a nosso favor. Mas infelizmente, por questões políticas ele foi demitido e tivemos que enfrentar a mudança para uma nova gestora que inicialmente, por questão de tempo, não mostrava muito interesse. Então o novo movimento foi engajar a nova gestora na nossa intervenção e o que foi conseguido depois de ser convocada a uma reunião com toda a equipe, onde ficou surpresa pelo entusiasmo mostrado pelos meus colegas, e de escutar as opiniões positivas da população. Também não contamos com o apoio dos gestores municipais no transcurso da intervenção. Este fato, sem dúvida alguma, afeta o desenvolvimento do projeto, mas na verdade nem tanto, já que com os nossos esforços logramos atingir quase todas as metas propostas. Assim que este não foi uma dificuldade muito grande para o cumprimento das ações.

As ações para engajar a comunidade na intervenção foram feitas na totalidade aproveitando desde o início todos os cenários possíveis para divulgar o nosso projeto. Fizemos atividade nas igrejas e nas escolas da comunidade com a participação das lideranças que contribuíram de forma positiva na intervenção. Neste ponto apresentamos algumas dificuldades ao início, como no caso da pouca participação de pessoas nas mesmas. Mas na medida em que avançou a intervenção, foram se engajando cada vez mais pessoas e melhoramos muito neste aspecto. Hoje quase toda a totalidade da nossa comunidade conhece o programa e ficam cientes da importância dele para melhorar a saúde deste grupo populacional.

Importantes ações foram feitas para garantir o exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e diabéticos, capacitando aos membros da equipe com a qualidade requerida na realização do mesmo. Cada membro da equipe executou bem o seu papel neste aspecto e logramos alcançar os nossos objetivos. A população foi corretamente orientada, quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Em quanto à realização dos exames complementares dos usuários hipertensos e diabéticos também não apresentamos maiores dificuldades. Os

usuários ficaram cientes da importância da realização dos mesmos, foram indicados todos na primeira consulta para o bom acompanhamento da doença. Embora não pudemos dispor de alguns deles na rede pública, como foi o caso da Hemoglobina Glicada, esta foi feita num laboratório particular que fica perto na UBS e o exame é mais em conta. Além disso, foi marcado o retorno para a avaliação dos exames a 100% dos usuários.

Ao início da intervenção foi feita uma atualização do tratamento da Hipertensão e a Diabetes segundo os protocolos do Ministério de Saúde, para os membros da equipe e o pessoal da farmácia da unidade. Todos os usuários estão recebendo a medicação da farmácia da UBS onde foi feito um estudo de consumo com a ajuda dos profissionais da farmácia para garantir o abastecimento dos medicamentos do Programa Hiperdia. No caso da insulina que não temos ela no estoque, os usuários receberam ela na farmácia da UBS Leilo Silva ou na farmácia Big Bem da cidade que tem contrato com o governo federal. Neste caso também foi cumprido o objetivo sem apresentar maiores dificuldades no transcurso da intervenção.

Em quanto a avaliação das necessidades de atendimento odontológico apresentamos dificuldades no transcurso da intervenção como foi o caso da falta de odontólogo na unidade. Com o apoio da nova gestora foi restabelecido o serviço e recuperado o atraso nos atendimentos. No então a equipe sempre fez a avaliação da necessidade de atendimento odontológico a todos os usuários cadastrados na intervenção. Pelas dificuldades apresentadas em relação aos recursos humanos e materiais no serviço de odontologia, não foram cumpridas integralmente as ações sobre a capacitação da equipe sobre as necessidades de atendimento odontológico destes usuários com a participação da equipe de higiene bucal além das ações feitas na comunidade com a equipe. Mas no final da intervenção foram realizadas algumas destas atividades.

Sem dúvida alguma conseguimos melhorar a adesão dos usuários hipertensos e diabéticos às consultas segundo os protocolos. Como maior facilidade neste aspecto foi o interesse mostrado pelos ACS na necessidade de procurar 100% dos usuários faltosos na comunidade e o engajamento da comunidade com a intervenção. Estando presente em todo momento e influenciando de forma negativa, as

condições climáticas que muitas vezes impediam a busca ativa na comunidade, mas foram aproveitados ao máximo os dias de sol, para cumprir este objetivo.

Os registros das informações foram melhorados significativamente, pois até o início da intervenção eram um verdadeiro desastre. O 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde tem a ficha de acompanhamento em dia e foi criado um registro específico para garantir o monitoramento da mesma. Foi implementada a ficha espelho que ao início foi um pouco trabalhoso o preenchimento da mesma, atrapalhando às vezes os horários de atendimento. Mas rapidamente logramos melhorar neste aspecto. Como facilidade pode-se mencionar o apoio da gestão da UBS e da comunidade para garantir o material para os registros e as fichas. Além disso, a enfermeira manteve atualizado o SIAB em todo momento. A população já conhece os seus direitos de manter estes registros com a qualidade requerida.

Foi feita a estratificação do risco cardiovascular a todos os hipertensos e diabéticos cadastrados na intervenção. Ao início foi um pouco complicado pela questão do tempo, mas na medida em que avançamos na intervenção melhoramos o indicador e chegamos a 100%. Tivemos a facilidade de contar com os materiais de apoio para as capacitações, já que é um tema bem difícil e posso confessar que eu também esclareci muitas dúvidas que ainda tinha ao respeito. Uma dificuldade apresentada neste aspecto foi o encaminhamento destes usuários para à atenção secundária que muitas vezes torna-se impossível. Mas uma vez mais a enfermeira da equipe foi a maior protagonista na hora de conseguir vagas para os usuários que precisarem.

As ações para promover a saúde aos usuários hipertensos e diabéticos foram feitas na sua totalidade embora tenham tido muitas dificuldades como foi o pouco apoio recebido pelos integrantes do NASF que não estiveram presentes na maioria das atividades planejadas na comunidade. Além disso, também não contamos com o apoio da gestão municipal para garantir capacitações em educação em saúde para os ACS. Mas isso não foi impedimento para cumprir o objetivo já que todos os usuários e a comunidade receberam as orientações sobre a alimentação saudável, a importância da prática de atividade física regular, os riscos do tabagismo e a importância da higiene bucal. Além disso foram feitas atividades com os grupos de hipertensos e diabéticos sobre alimentação saudável e atividade física como

estavam planejadas embora não ter assistido todos os usuários e não contar com a presença dos integrantes do NASF na sua totalidade.

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

A única ação planejada que não foi cumprida foi a reunião com a gestão municipal ao início da intervenção para solicitar os recursos para garantir o bom desenvolvimento da intervenção. Não foi um fato que ficou nas nossas mãos, já que a dita reunião foi planejada muitas vezes e nunca aconteceu por que os gestores municipais não podiam assistir. Já no final da intervenção tivemos um contato direto com eles para a exposição da Análise Situacional do ano 2014. Lá falamos sobre a intervenção e o pouco ou quase nenhum apoio recebido, mas embora tenhamos terminado a intervenção a ação programática vai continuar. Então falaram que poderíamos contar com o seu apoio na continuidade das ações. Este fato ruim não afetou o desenvolvimento da intervenção já que de uma forma ou outra foram garantidos todos os recursos precisos.

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

No início da intervenção tivemos algumas dificuldades com a coleta e sistematização dos dados pela complexidade do preenchimento da ficha espelho e planilha de coleta de dados, sobretudo na seção que gera os indicadores, mas com a ajuda das orientadoras do curso foi resolvido o problema. Semanalmente a atividade era realizada por mim e pela enfermeira da equipe, obtendo por consequente a análise dos indicadores.

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

A intervenção já faz parte da rotina de trabalho da nossa equipe, todos ficamos cientes da importância dela e não tem atrapalhado a realização das demais ações programáticas, fato este muito importante para o bom desenvolvimento das mesmas. Novas estratégias foram planejadas para dar continuidade à ação

programática embora se tenha finalizado a intervenção. Temos uma meta de chegar a 100% de pacientes hipertensos cadastrado para os três meses posteriores. Além disso, vamos trabalhar para implementar a participação do NASF nas atividades na comunidade e ficamos otimistas quanto ao apoio dos gestores municipais para dar continuidade a tão importante trabalho. Outra questão a melhorar vai ser conseguir a unidade de todas as ESF da UBS para incorporar todas as ações à rotina de trabalho da UBS colocando em prática a dita “na união está a força” para cumprir o nosso maior objetivo que é melhorar a saúde da população brasileira.

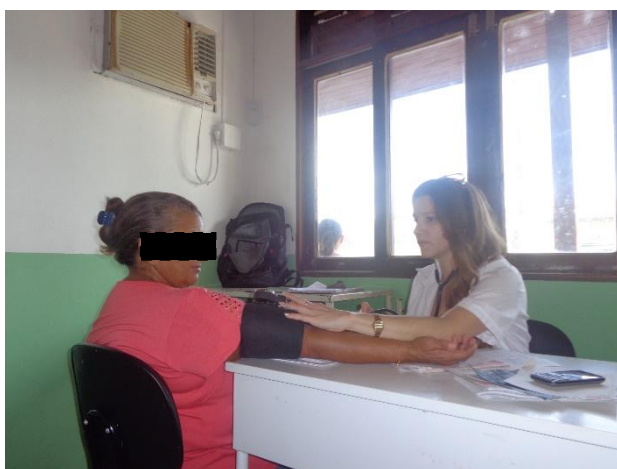


Figura 1: Atendimento clínico à usuária hipertensa



Figura 2: Ação de saúde na comunidade, atendimento à usuário diabético: Orientações sobre estilo de vida saudável



Figura 3: Visita domiciliar a usuário hipertenso portador de seqüela de Acidente Vascular Cerebral



Figura 4: Passarelas do bairro Pedrinhas onde fica a população mais carente da nossa área de abrangência



Figura 5: Verificação de glicemia a usuário diabético na consulta



Figura 6: Usuária portadora de ulcera de pé diabético antes do tratamento.





Figura 7: Usuária portadora de ulcera de pé diabético depois do tratamento



Figura 8: Realização de teste de glicemia em uma ação de saúde feita na igreja da comunidade.



Figura 9: Reunião no Palácio do Governo do Estado com o representante da OPAS, o Ministério de Saúde e representantes da secretaria de saúde do estado e município



Figura 10: A equipe reunida nas conclusões da intervenção

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A intervenção tratou da melhora da saúde dos usuários hipertensos e diabéticos da equipe 045 da UBS Pedrinhas. Nossa equipe tem uma área de abrangência que abarca uma parte do Bairro Pedrinhas, uma parte do Bairro Jardim Equatorial e uma parte do Bairro Mônaco. A população da área adstrita da equipe é de 2045 habitantes com uma estimativa de 311 usuários hipertensos e 77 usuários diabéticos. Ao início da intervenção existia um sub-registro já que só estavam cadastrados 67 hipertensos e 15 diabéticos e não recebiam um acompanhamento regular pela equipe, para uma cobertura de 21% para os usuários hipertensos e 19% para os usuários diabéticos.

No transcurso da intervenção foram avaliados 160 hipertensos e 77 diabéticos.

**Objetivo 1.** Ampliar a cobertura de atenção aos pacientes diabéticos e hipertensos

**Meta 1.1.** Cadastrar 60 % dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Melito da unidade de saúde.

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

A proporção dos usuários hipertensos cadastrados no Programa foi aumentando progressivamente no transcurso da intervenção, não sendo possível alcançar a meta proposta de 60%. No primeiro mês foram cadastrados 46 hipertensos (14.8%), no segundo mês 80 hipertensos (25.7) e no último mês conseguimos cadastrar 160 hipertensos para alcançar uma meta de 51.4%. A evolução deste indicador está apresentada na Figura 11.

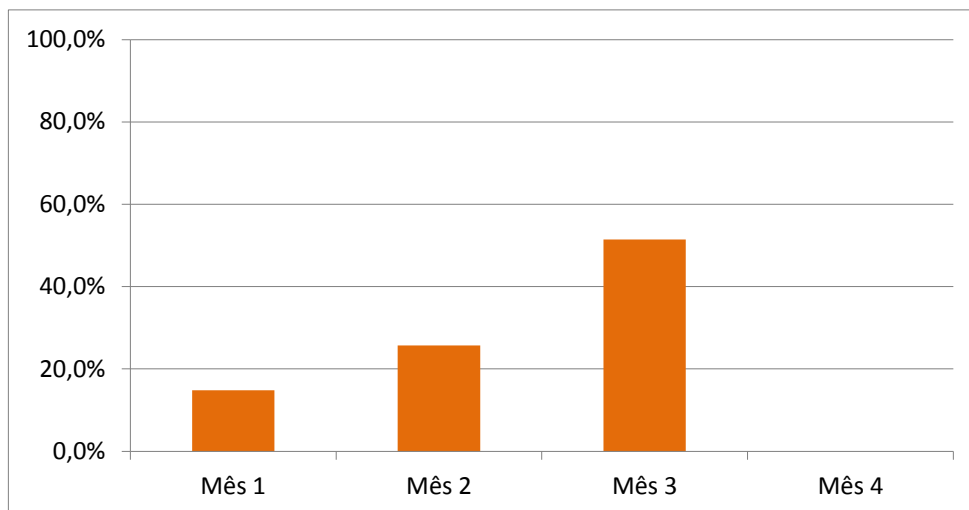


Figura 11: Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção à saúde dos usuários hipertensos na equipe 045 da UBS Pedrinhas, Macapá/AM, 2015.

A ação que mais auxiliou na captação dos usuários hipertensos foi o trabalho contínuo realizado pelos ACS nas comunidades fazendo acompanhamento destes usuários mediante visitas domiciliares, procurando eles para consulta. O principal fator que influenciou de forma negativa em não poder atingir a meta foi a redução da intervenção para 12 semanas já que a meta, no início, foi proposta para 16 semanas. Os usuários que não foram cadastrados nestes três meses serão procurados pelos ACS nas comunidades para alcançar um 100% de cobertura nos próximos meses.

**Meta 1.2.** Cadastrar 60 % dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Melito da unidade de saúde

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

Durante a realização da intervenção foi aumentando progressivamente a proporção de usuários diabéticos cadastrados no programa, facilitando desta forma superar a meta proposta de 60% para alcançar um 100% de diabéticos cadastrados. No primeiro mês foram cadastrados 23 diabéticos (29.9), no segundo mês 45 diabéticos (58.4%) e no terceiro e último mês foram cadastrados 77 diabéticos para atingir o 100% de cobertura, superando a meta proposta. A evolução deste indicador está apresentada na Figura 12.

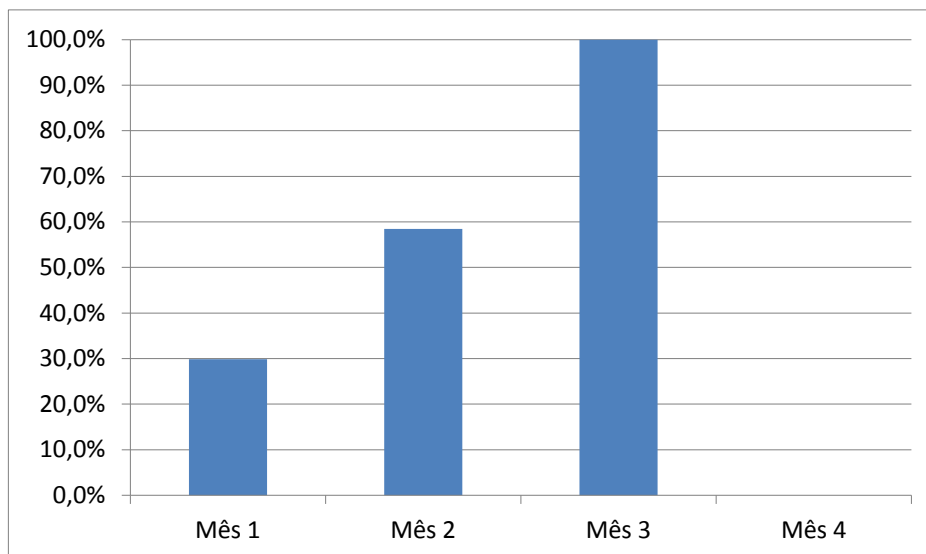


Figura 12: Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção à saúde dos usuários diabéticos na equipe 045 da UBS Pedrinhas, Macapá/AM, 2015.

A ação que mais impactou na captação dos usuários diabéticos foi também o trabalho intenso realizado pelos ACS nas comunidades fazendo visitas domiciliares a todos os usuários diabéticos para chamá-los para consulta.

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

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

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

Na análise quanto a proporção de hipertensos com exame clínico apropriado de acordo com o protocolo podemos observar um crescimento de 13% desde o início da intervenção até o final. Comportando-se da seguinte forma: no primeiro mês foi realizado o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo a 40 hipertensos para um 87% do total de hipertensos cadastrados no programa, no segundo mês foi feito a 80 hipertensos para um 100% dos usuários cadastrados, mantendo-se igual no terceiro e último com 160 hipertensos com exame clínico apropriado para um 100%, atingindo a meta proposta no início da intervenção.

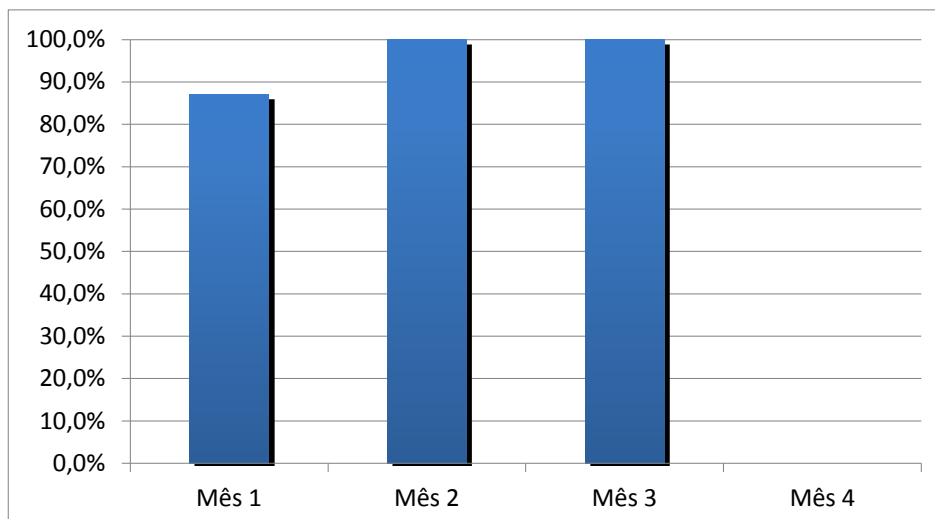


Figura 13: Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na equipe 045 da UBS Pedrinhas, Macapá/AM, 2015.

Para cumprir este indicador foram feitas várias ações que contribuíram de forma positiva. Tal é o caso das capacitações feitas aos membros da equipe utilizando os protocolos atualizados do Ministério de Saúde definindo o papel de cada um deles na realização do mesmo. Além disso, foi disponibilizada a consulta com a privacidade requerida para realizar o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo e o tempo preciso para a realização do mesmo.

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

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

Analisando a evolução deste indicador observamos um crescimento de 8.7% desde o início até o final da intervenção. No primeiro mês foi realizado o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo a 21 usuários diabéticos para um 91.3% do total de diabéticos cadastrados, no segundo mês foi possível atingir a meta proposta quando foi feito o exame clinico a 100% dos diabéticos cadastrados até o momento - 45 usuários diabéticos e no terceiro mês mantemos o 100% com 77 diabéticos com exame clinico apropriado de acordo com o protocolo.

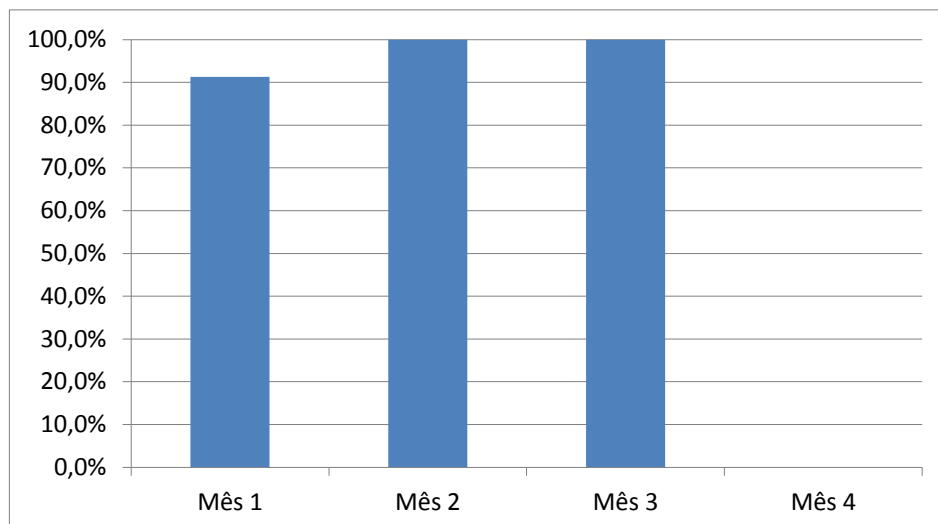


Figura 14: Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na equipe 045 da UBS Pedrinhas, Macapá/AM, 2015.

As ações que mais repercutiram para que os diabéticos tivessem o exame clínico apropriado foram as capacitações feitas aos membros da equipe com a qualidade requerida, baseados nos protocolos atualizados do Ministério de Saúde, definindo o papel deles na realização do mesmo. Além de contar com uma consulta com as condições e privacidade requerida para realizar um exame clínico de qualidade e disponibilizar o tempo preciso em cada atendimento.

**Meta 2.3.** Garantir solicitação de exames complementares em dia de acordo com os protocolos a 100% dos hipertensos

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

Em relação aos hipertensos com solicitação de exames complementares de acordo com o protocolo também apresentamos um crescimento no transcurso da intervenção. Ao início, no primeiro mês ficamos num 67% com 31 usuários hipertensos com exames complementares em dia em relação aos usuários cadastrados até o momento. Já no segundo mês a meta foi atingida com 80 hipertensos com solicitação de exames complementares para um 100% dos usuários cadastrados e no último mês continuamos num 100% com 160 usuários hipertensos com solicitação de exames complementares de acordo com o protocolo.

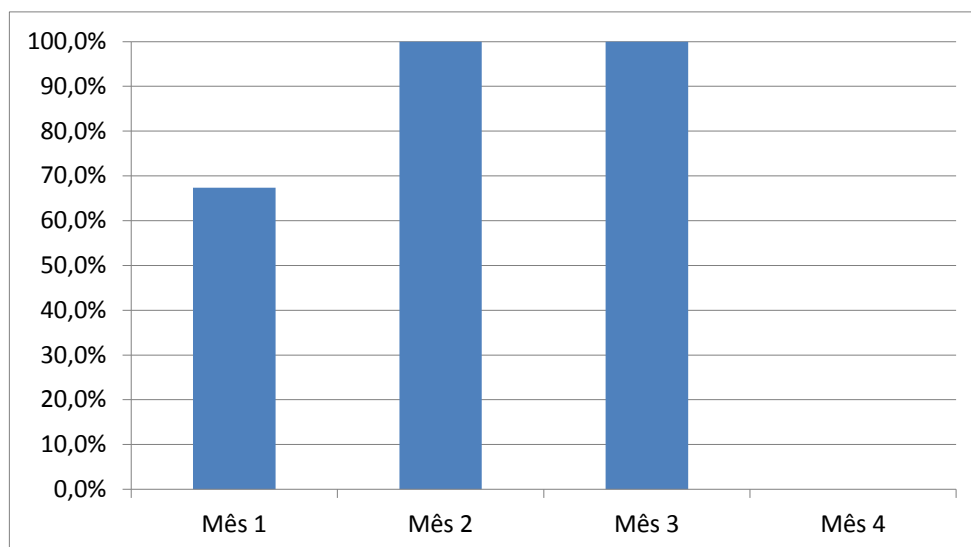


Figura 15 - Gráfico indicativo da proporção dos hipertensos com solicitação de exames complementares em dia de acordo com o protocolo na equipe 045 da UBS Pedrinhas, Macapá/AM, 2015.

Para cumprir esta meta tínhamos que solicitar os exames complementares a 100% dos hipertensos cadastrados no programa a qual foi cumprida graças ao empenho mostrado pela enfermeira da equipe que trabalhou junto a mim para garantir o cumprimento deste indicador.

**Meta 2.4.** Garantir solicitação de exames complementares em dia de acordo com os protocolos a 100% dos diabéticos

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

Neste indicador observamos um crescimento marcado de 43,5%. No primeiro mês só foi possível alcançar 56,5% dos 13 diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo. No segundo mês já foi possível atingir a meta com 45 diabéticos com exames complementares em dia para um total de 100% e no terceiro mês continuamos com 100% dos usuários diabéticos cadastrados no programa com um total de 77 diabéticos com solicitação de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.



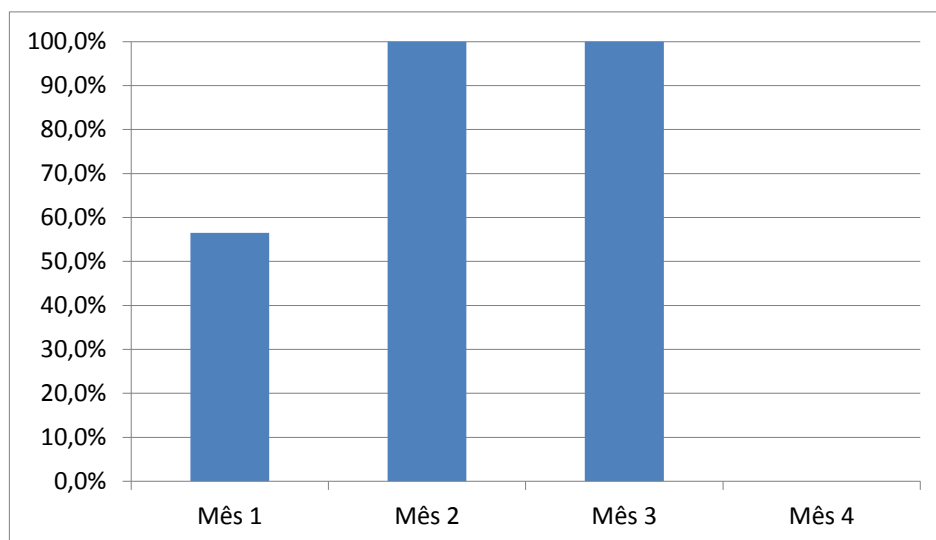


Figura 16 - Gráfico indicativo da proporção dos diabéticos com solicitação de exames complementares em dia de acordo com o protocolo na equipe 045 da UBS Pedrinhas, Macapá/AM, 2015.

O principal fator que ajudou ao cumprimento deste indicador foi o trabalho feito pela enfermeira e por mim para garantir em cada atendimento dos usuários diabéticos a solicitação dos exames complementares segundo os protocolos atualizados.

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

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

Em relação aos hipertensos cadastrados no programa que utilizavam medicamentos da farmácia popular no primeiro mês alcançamos 95% de proporção com 44 hipertensos do total de usuários cadastrados. No segundo mês chegamos a 100% com 80 hipertensos e no terceiro e último mês, mantivemos esta proporção com 160 hipertensos que utilizaram os medicamentos da farmácia popular para um 100%, atingindo assim a meta proposta.

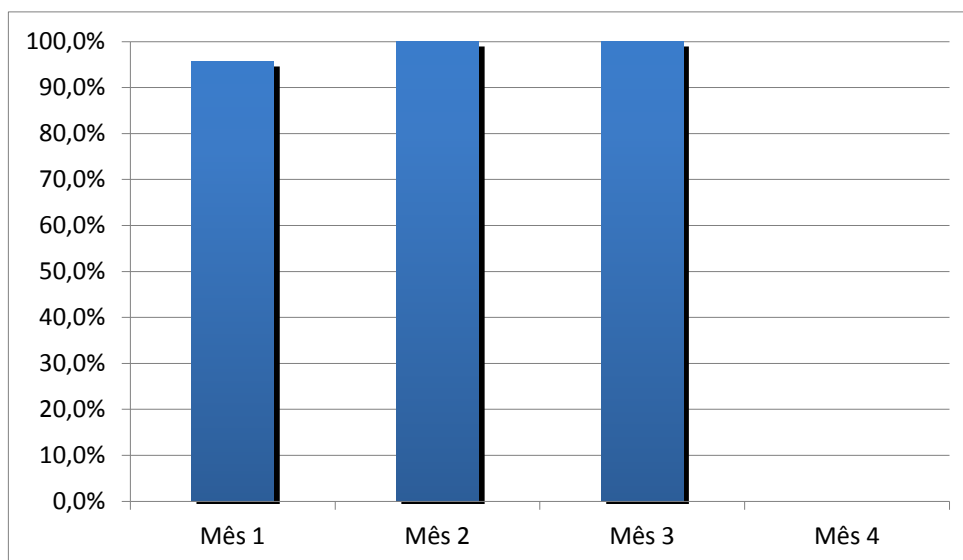


Figura 17. Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada na equipe 045 da UBS Pedrinhas, Macapá/AM, 2015.

A ação que mais ajudou no cumprimento da meta foi o estudo do consumo feito em conjunto com os trabalhadores da farmácia da UBS para garantir assim a maior quantidade possível de medicamentos segundo as necessidades dos usuários. Além disso, contamos com o apoio das farmácias Big Bem da cidade que tem convênios com o Governo Federal para providenciar os medicamentos do programa HIPERDIA de graça.

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

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

Em relação aos diabéticos cadastrados no programa que utilizavam medicamentos da farmácia popular no primeiro mês alcançamos 95,7% de proporção em 22 diabéticos do total de usuários cadastrados. Chegando no segundo mês a 100% com 45 diabéticos e no terceiro mês mantemos esta proporção com 77 diabéticos que utilizaram os medicamentos da farmácia popular para um total de 100%, atingindo assim a meta proposta.

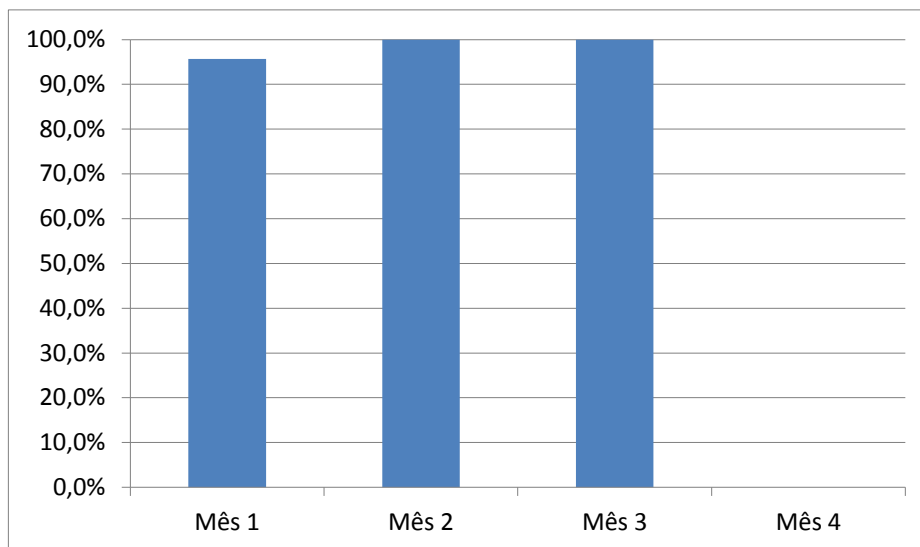


Figura 18. Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada na equipe 045 da UBS Pedrinhas, Macapá/AM, 2015.

A meta proposta foi atingida principalmente graças ao estudo do consumo feito em conjunto com os trabalhadores da farmácia da UBS para garantir assim a maior quantidade possível de medicamentos segundo as necessidades dos usuários. Além disso, contamos com o apoio das farmácias da UBS Leilo Silva que tem providenciado a insulina aos usuários insulínodpendentes.

**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.

Este indicador manteve-se em 100% durante os três meses de intervenção, começando com 46 usuários hipertensos no primeiro mês, cifra correspondente ao total de hipertensos cadastrados até o momento, o segundo e o terceiro mês foi feita a avaliação de atendimento odontológico a 80 e 160 hipertensos respectivamente, apresentando um 100% dos usuários cadastrados no programa.

Para atingir esta meta apresentamos dificuldades no transcurso da intervenção como foi o caso da falta de odontólogo na unidade. Mas com o apoio da nova gestora foi restabelecido o serviço e recuperado o atraso nos atendimentos. No então a equipe sempre fez a avaliação da necessidade de atendimento odontológico a todos os usuários hipertensos cadastrados na intervenção e desde o início mantemos o indicador num 100%.

**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.

Em todos os usuários diabéticos (100%) foi feita a avaliação da necessidade de atendimento odontológico desde o início até o final da intervenção, sendo assim, no primeiro mês 23 diabéticos foram avaliados, no segundo mês foram 45 e 77 usuários diabéticos foram avaliados no terceiro mês de intervenção, conforme está no gráfico abaixo.

Desde o início da intervenção a equipe recebeu as capacitações para realizar a avaliação da saúde bucal dos usuários diabéticos ainda com a falta da equipe de saúde bucal que não participou nem todas as capacitações. Desta forma conseguimos atingir a meta proposta e o 100% dos usuários diabéticos foram avaliados segundo as necessidades de atendimento odontológico.

**Objetivo 3.** Melhorar a adesão dos pacientes diabéticos e hipertensos cadastrados na UBS

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

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

Com relação à proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa, como se mostra na figura 19, observamos que no primeiro foram procurados 15 usuários hipertensos dos 16 que não assistiram a consulta um total de 93.8%. No segundo e no terceiro mês foi realizada a busca ativa em todos os hipertensos faltosos para um total de 100%, 33 hipertensos faltaram a consulta no segundo mês e 73 no terceiro mês, sendo todos procurados na busca ativa.

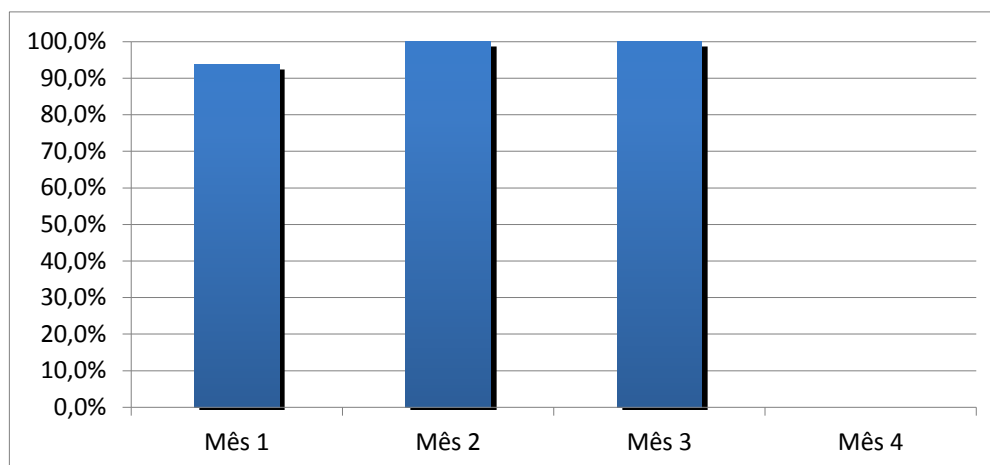


Figura 19 - Gráfico indicativo da Proporção de hipertensos faltosos às consultas que receberam busca ativa na equipe 045 da UBS Pedrinhas, Macapá/AM, 2015.

A ação que mais impactou na busca dos usuários hipertensos faltosos às consultas de toda a área adstrita da equipe, foi o acompanhamento por parte dos agentes comunitários de saúde que realizavam busca ativa para chamar os usuários para a consulta.

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

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

Em relação a proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa observamos que o indicador se manteve num 100% no transcurso da intervenção. No primeiro mês encontravam-se faltosos 8 diabéticos, no segundo mês foram 17 usuários diabéticos e no último mês estavam faltosos 35 diabéticos. Sendo todos eles procurados na busca ativa para um 100%.

Para cumprir esta meta contamos com o árduo trabalho feito pelos ACS na comunidade realizando a busca ativa dos usuários diabéticos faltosos chamando todos eles à consulta.

**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

A análise quanto à verificação dos hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento, mostrou um crescimento neste indicador de 17,4% do primeiro ao terceiro mês de intervenção. No primeiro mês conseguimos que 38 hipertensos (82,6%) estivessem com os registros adequados na ficha de acompanhamento. Já no segundo e terceiro mês alcançamos 100% com 80 e 160 hipertensos, respectivamente, com a ficha de acompanhamento adequadamente preenchida.

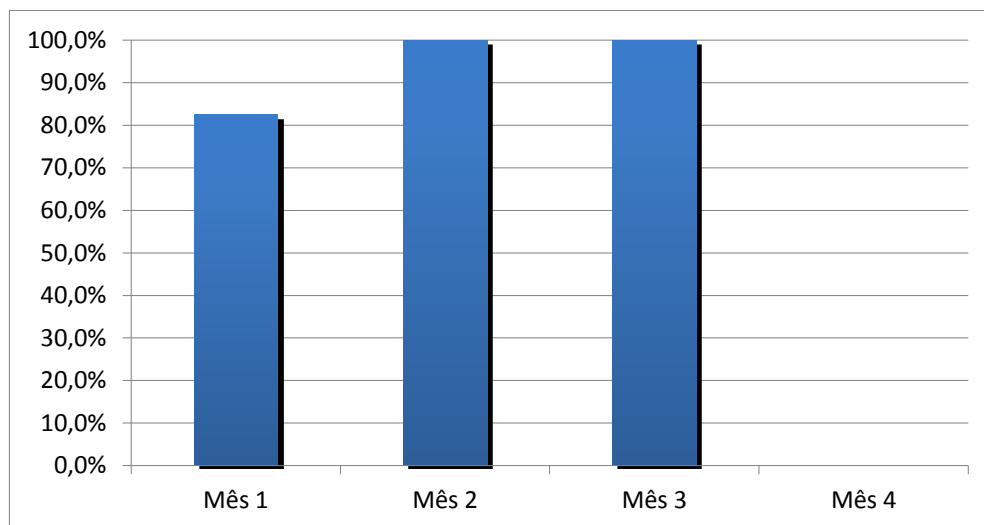


Figura 20 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na equipe 045 da UBS Pedrinhas, Macapá/AM, 2015.

Para alcançar este indicador contamos com o empenho dos profissionais da equipe ao preencher a ficha espelho adequadamente, sendo merecido reforçar a capacitação realizada no início da intervenção com os profissionais da equipe para que o preenchimento das ferramentas fosse realizado com a qualidade requerida.

**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

A seguir apresentamos na figura 21 a proporção dos usuários diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, mostrando um acréscimo de 26,1% no transcurso da intervenção. No primeiro mês conseguimos que 17 diabéticos (73,9%) estivessem com os registros adequados na ficha de acompanhamento. Já no segundo e terceiro mês alcançamos um 100% com 45 e 77

diabéticos, respectivamente, com a ficha de acompanhamento adequadamente preenchida.

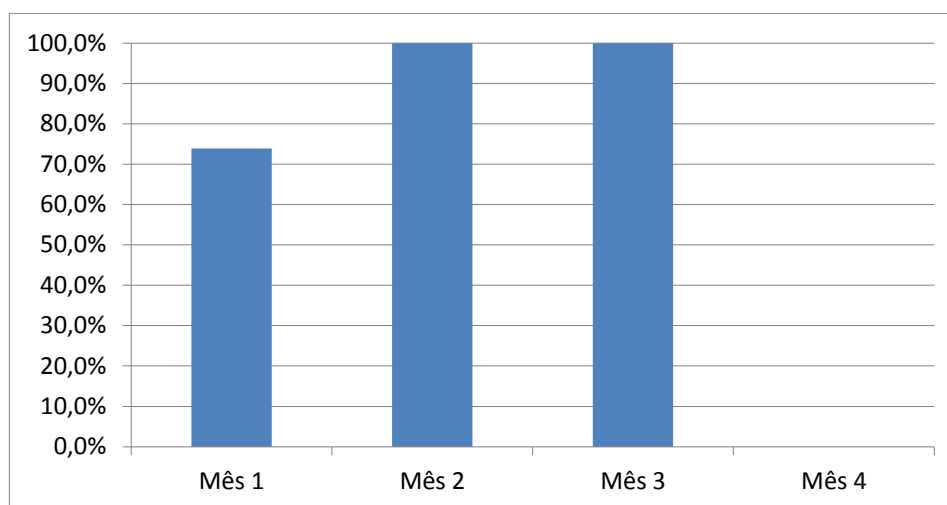


Figura 21 - Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na equipe 045 da UBS Pedrinhas, Macapá/AM, 2015.

A principal ação que contribuiu para alcançar este resultado foi a realização de capacitações utilizando materiais de apoio fornecidos pelo Ministério de Saúde e a UFPEL onde foram ensinadas as ferramentas para o preenchimento adequado das mesmas. Além disso, é importante destacar que tivemos o apoio da gestão da UBS e da comunidade para garantir os materiais.

**Objetivo 5.** Mapear hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde 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

Neste indicador podemos observar um crescente nos gráficos durante os três meses, no primeiro mês 89,1% com 41 usuários hipertensos avaliados, no segundo e no terceiro mês alcançaram 100%, com 80 e 160 hipertensos respectivamente com estratificação de risco cardiovascular.

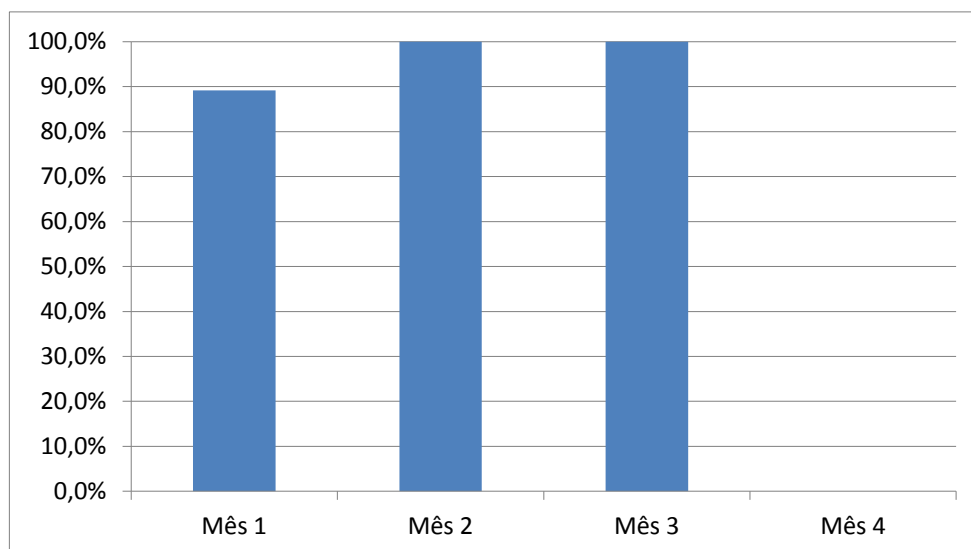


Figura 22 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na equipe 045 da UBS Pedrinhas, Macapá/AM, 2015.

Para alcançar este indicador foi importante o empenho mostrado pelos profissionais da equipe, monitorando o cumprimento da ação cada semana, além das capacitações feitas no início da intervenção com os protocolos atuais.

**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

Na figura 23 está demonstrado o incremento apresentado neste indicador desde o início até o final da intervenção. No primeiro mês conseguimos avaliar 19 usuários diabéticos para um total de 82,6%. Já no segundo mês alcançamos 100% com 45 diabéticos avaliados e da mesma forma aconteceu no terceiro mês onde foram avaliados 77 diabéticos para um total de 100% dos usuários diabéticos cadastrados na intervenção com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.



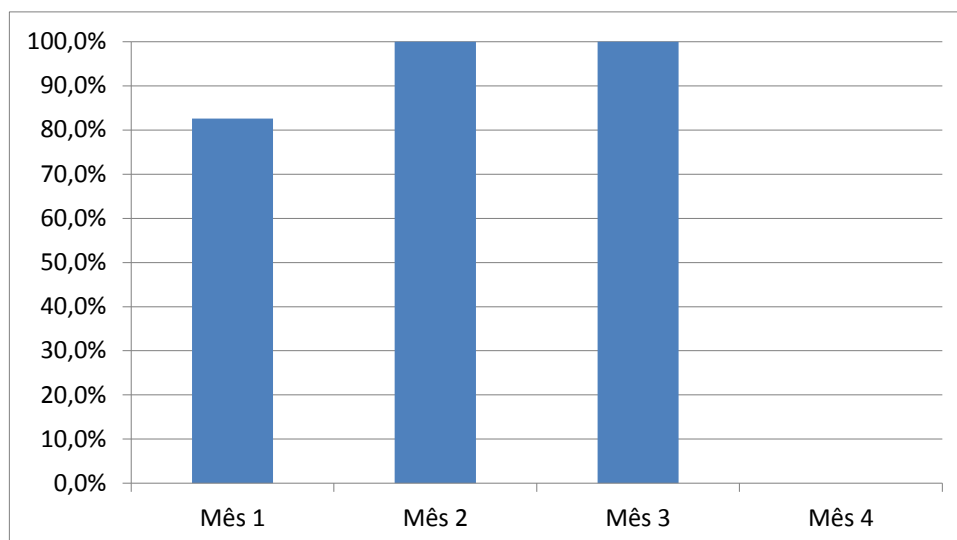


Figura 23 - Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na equipe 045 da UBS Pedrinhas, Macapá/AM, 2015.

No cumprimento deste indicador é importante destacar as capacitações feitas ao início da intervenção onde contamos com todos os materiais precisos para capacitar à equipe. Além disso, a ação foi monitorada cada semana e desta forma conseguimos avaliar 100% dos usuários diabéticos.

#### **Objetivo 6.** Promover saúde nos pacientes 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.

A proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável mantivemos o indicador em 100% no transcurso da intervenção. No primeiro mês receberam as orientações sobre alimentação saudável 46 usuários hipertensos, no segundo mês 80 usuários e no terceiro mês 160 usuários o que representa o 100% de usuários hipertensos cadastrados na intervenção.

A meta proposta foi alcançada graças ao empenho dos profissionais da equipe, realizando as orientações a cabo nas consultas, nas ações de saúde, nas visitas domiciliares, nas palestras e conversas, mantendo esta ação durante toda a intervenção.

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

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

Neste indicador também mantemos o 100% desde o início da intervenção. No primeiro mês 23 usuários diabéticos receberam as orientações nutricionais sobre alimentação saudável. No segundo mês foram 45 usuários que receberam estas orientações e no terceiro mês 77 usuários diabéticos o que representou o 100% de diabéticos cadastrados na intervenção.

Foi possível obter este resultado graças ao empenho mostrado por todos os membros da equipe com a ajuda do nutricionista do NASF para desde o início da intervenção não ficara nenhum usuário diabético sem receber as orientações. As mesmas foram dadas nas consultas, visitas domiciliares, nas ações feitas na comunidade, nas palestras e conversas realizadas no transcurso da intervenção.

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

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

Os resultados foram positivos com relação ao indicador de orientação sobre prática de atividade física, evidenciando-se no gráfico abaixo que todos os hipertensos cadastrados ao longo dos três meses, receberam esta orientação cumprindo com a meta proposta de 100% em todos os meses. Receberam esta orientação 46, 80 e 160 usuários hipertensos no primeiro, segundo e terceiro mês respectivamente.

Esta meta foi cumprida graças ao trabalho feito pelos profissionais da equipe com a colaboração do educador físico do NASF que trabalhou com o grupo de hipertensos e diabéticos já no final da intervenção. Mas desde o início foram dadas estas orientações nas consultas, nas visitas domiciliares, nas ações feitas na comunidade e nas palestra e conversas feitas na UBS e nas igrejas.

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

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

Como aconteceu com os usuários hipertensos, também nos diabéticos tivemos resultados positivos quanto a proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física. O indicador se manteve em 100% ao longo da intervenção. Receberam esta orientação 23, 45 e 77 usuários diabéticos nos três meses da intervenção respectivamente.

Esta meta logrou os resultados alcançados, pelo trabalho que fizeram os profissionais da equipe, com a colaboração do educador físico do NASF, que semana a semana ofereciam conversas e consultas a estes usuários. Alcançando com isto a incorporação de um grande número de hipertensos e diabéticos a esta prática tão importante para sua saúde.

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

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

Este indicador que se manteve num 100% no transcurso da intervenção. No primeiro mês 46 usuários hipertensos receberam as orientações sobre os riscos de tabagismo, no segundo mês foram 80 usuários hipertensos que receberam esta orientação e no terceiro mês foram 160 hipertensos o que representa o 100% dos usuários hipertensos cadastrados na intervenção.

Os resultados obtidos neste indicador, alcançando as metas propostas no início da intervenção, foram possíveis graças ao trabalho unido de todos os membros da equipe para garantir que todos os hipertensos recebessem as orientações sobre os riscos de tabagismo, mas acredito importante enfatizar que este ganho só é possível de manter com o trabalho continuado dos médicos e enfermeiras e resto dos profissionais da saúde, enfrentando todas as dificuldades encontradas no caminho, embora sejam muitas.

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

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

Também neste indicador obtemos resultados positivos mantendo a meta proposta num 100% ao longo da intervenção, onde no primeiro mês 23 usuários

diabéticos receberam as orientações sobre riscos do tabagismo, no segundo e terceiro mês foram 45 e 77 diabéticos respectivamente.

Esta meta foi cumprida também graças ao trabalho unido da equipe e o esforço mostrado pelos integrantes dela para garantir que 100% dos usuários diabéticos recebessem estas orientações.

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

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

A análise quanto à proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal, se manteve num 100% no transcurso da intervenção. Receberam esta orientação 46, 80 e 160 usuários hipertensos no primeiro, segundo e terceiro mês respectivamente, representando um 100% dos hipertensos cadastrados no programa

Para cumprir este importante indicador como em todos os demais contamos com o trabalho e o empenho dos membros da nossa equipe e com a ajuda dos profissionais da equipe de saúde bucal para garantir que todos os usuários hipertensos receberam as orientações sobre higiene bucal nas consultas, visitas domiciliares e ações feitas nas igrejas e nas escolas da comunidade.

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

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

Neste último indicador também se pode mostrar os resultados positivos já que a meta foi cumprida desde o primeiro mês até o final. Recebendo as orientações sobre higiene bucal o 100% dos usuários diabéticos cadastrados na intervenção

Foi muito importante para todos os profissionais de saúde da nossa equipe, realizar a intervenção, e os resultados obtidos estão expostos em cada gráfico. Uma

vez mais se evidencia outra meta vencida, já que todos os usuários diabéticos receberam orientação sobre higiene bucal pelo desempenho mostrado pelos profissionais da equipe, nos atendimentos clínicos, visitas domiciliares e em algumas ações de saúde realizadas. Além disso, vale destacar o apoio recebido pelos profissionais da equipe de saúde bucal, embora não fosse nem todo o transcurso da intervenção.

## **4.2 Discussão**

Há 12 semanas, antes de iniciar a intervenção na UBS Pedrinhas, as consultas para usuários hipertensos e diabéticos eram ofertadas apenas um dia da semana. Além disso, estas atividades eram concentradas no médico, o que trazia com isso uma enorme limitação para adesão de novos usuários ao programa. Muitos usuários hipertensos e diabéticos já tinham recebido atendimento na UBS, mas não estavam cadastrados no programa, contribuindo assim para o grande sub - registro já existente.

A intervenção na nossa UBS trouxe consigo a ampliação da cobertura de atenção aos hipertensos e diabéticos, ofertando-se um maior número de consultas médicas e de enfermagem na UBS, nos domicílios e nas ações de saúde realizadas na comunidade. A agenda foi organizada para atender a demanda espontânea destes usuários pertencentes a nossa área de abrangência. Além disso, a intervenção propiciou uma melhoria significativa na qualidade dos registros e na qualificação da atenção aos hipertensos e diabéticos, com destaque para a ampliação do exame dos pés dos diabéticos e para a classificação de risco de ambos os grupos.

A intervenção exigiu a capacitação constante da equipe seguindo as recomendações do Ministério de Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus. Esta atividade promoveu o trabalho integrado dos membros da equipe, onde cada um deles cumpriu uma função determinada. A partir da intervenção o trabalho foi organizado e distribuído para cada integrante da equipe com suas responsabilidades, a participação nas conversas com os hipertensos e diabéticos se maximizou na agenda para eles, assim como a priorização da demanda espontânea.

A classificação de risco destes usuários tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

Isto acabou tendo impacto positivo, principalmente na organização da equipe que pela primeira vez, inicia o trabalho como uma verdadeira equipe. Além disso em outros serviços da UBS como foi o caso da farmácia, mediante o trabalho em conjunto para fazer o pedido de medicamentos segundo as necessidades de consumo de cada usuário, assim evitamos o excesso de medicamentos desnecessários e a falta daqueles usados pelos hipertensos e diabéticos cadastrados na intervenção. Também conseguimos articular o trabalho com a equipe de saúde bucal para garantir o atendimento odontológico destes usuários.

Quanto ao impacto da intervenção na comunidade tenho a certeza que aumentará a cada dia. Os usuários hipertensos e diabéticos, além de seus familiares, se mostram muitos satisfeitos com a intervenção, até falam que nunca na sua vida tinham sido atendidos com tanto amor. A comunidade mostra-se agradecida com o trabalho feito com os grupos de hipertensos e diabéticos quanto a prática de exercícios físicos, alimentação saudável e nas consultas para a suas respectivas avaliações. Desde o início da intervenção tivemos o cuidado de não afetar aos demais usuários para não gerar insatisfações na comunidade e alcançamos resultados muito positivos neste sentido. A comunidade fica ciente que o trabalho feito com este grupo de usuários beneficia de modo geral a todos os habitantes da nossa área de abrangência. Apesar da ampliação da cobertura ainda temos muitos hipertensos sem cadastro, mas o trabalho continua e buscaremos cadastrar 100% destes usuários que precisam muito dos nossos serviços.

A intervenção poderia ter tido melhores resultados desde o início se tivesse sido feita por todas as equipes de saúde da família da nossa UBS e se contássemos com o apoio da gestão municipal. Além disso, poderia ter sido ótima se tivéssemos uma melhor integração com os demais serviços da UBS, principalmente o NASF. Agora estamos no final da intervenção, os resultados obtidos foram muito bons, já amadurecemos bastante, porém temos condições de superar as dificuldades encontradas e continuar realizando todas as ações para melhorar a qualidade da atenção prestada.

As ações da intervenção já estão incorporadas a rotina do serviço, com a certeza de que temos melhorado o estado de saúde dos usuários hipertensos e diabéticos da nossa área de abrangência. Continuaremos ampliando a cobertura

destes usuários, oferecendo a comunidade o atendimento dos ACS, da enfermeira, do médico e demais serviços da UBS baseados sempre nos princípios de respeito mútuo e amor ao próximo.

A partir dos próximos meses pretendemos investir na ampliação da cobertura dos usuários hipertensos da nossa área. Além disso, e como principal objetivo, vamos estender a nossa ação programática às demais equipes da UBS. Tomando este projeto como exemplo, também pretendemos implementar no programa de pré-natal e puericultura da UBS cumprindo com os princípios do SUS, Universalidade e Integralidade.

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

Sou a médica Annia Garzon Rodriguez, trabalho na UBS Pedrinhas, do Município Macapá, capital do Estado Amapá, com uma população atendida de 11 000 usuários, pertencente a uma área urbana. A minha equipe atende uma população de 2045 habitantes.

Conjuntamente com os integrantes da minha equipe foi feita uma Intervenção com o objetivo de melhorar a atenção dos usuários hipertensos e diabéticos da nossa área de abrangência. Neste Relatório pretendo explicar como foi implementada a ação programática durante as doze semanas, proposta pelo Ministério de Saúde, através da Universidade Federal de Pelotas, obtendo o

aprimoramento da gestão, organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde e qualificação da prática clínica, resultando de uma avaliação contínua e monitoramento das ações, alcançando a sua vez a participação da comunidade.

Posterior à realização da análise situacional da UBS Pedrinhas quanto à atenção aos hipertensos e diabéticos, identificou-se um sub-registro destes usuários ao programa. Então decidimos fazer uma ação programática com eles, para assim contribuir ao cadastramento e atendimento deste grupo, desenvolvendo diferentes ações planejadas em um cronograma de trabalho, obtendo bons resultados nos indicadores propostos, encontrando também algumas ações que não foram desenvolvidas totalmente, mas que não dependiam de nossa governabilidade.

Desde o início da intervenção foram realizadas as ações planejadas no cronograma, começando pela identificação e cadastramento dos hipertensos e diabéticos residentes na nossa área de abrangência, ação que foi possível graças ao empenho dos profissionais da equipe com o trabalho de busca ativa dos ACS para trazer os usuários à consulta. Foi feito o atendimento clínico destes usuários nas consultas na UBS, nas visitas domiciliares principalmente para aqueles que por questões de saúde não poderiam dirigir-se à UBS. Nas ações de saúde feitas na comunidade o atendimento foi realizado de forma integral, com avaliação do risco para doenças cardiovasculares, assim como a indicação dos exames laboratoriais preconizados para cada caso e a prescrição dos medicamentos do programa de HIPERDIA.

Realizamos ações de saúde em várias áreas de atuação com ótimos resultados e grande aceitação pela população já que foram feitas atividades educativas com temas importantes como alimentação saudável e nutrição, uso correto de medicamentos, prática de exercícios físicos, risco do tabagismo e importância da higiene bucal. Obtivemos também a participação de alguns integrantes do NASF apoiando a ação programática com consultas de psicologia e nutrição. Isto permitiu que todos os participantes (100%) recebessem ações de promoção e prevenção em saúde. Realizou-se ainda, a busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas diariamente, protagonizados pelas ACS, recuperando 100% dos faltosos às consultas.

No transcurso da intervenção apresentamos dificuldades que impediram que algumas ações fossem cumpridas totalmente, tal como no caso da avaliação das necessidades de atendimento odontológico pela falta de odontólogo



na unidade. Mas com o apoio da nova gestora foi restabelecido o serviço e recuperado o atraso nos atendimentos e conseguimos que todos os participantes cadastrados (100%) recebessem esta atenção por parte da equipe de odontologia

Ao finalizar a intervenção se constatou que o objetivo inicial proposto de melhorar a atenção dos hipertensos e diabéticos foi cumprido, obtendo uma maior adesão destes usuários ao programa, sendo possível cadastrar 160 hipertensos e alcançar uma meta de 51.4% de cobertura da área e 77 diabéticos para um total 100% de cobertura, sem atingir as metas propostas no caso dos hipertensos, mas superando ela com os diabéticos. Além disso, conseguimos incorporar nossa ação programática a rotina da equipe e também pôr em prática o controle social, a participação comunitária e ampliamos os conhecimentos dos usuários sobre os seus direitos cidadãos.

O impacto da intervenção na comunidade, ainda precisa ter mais visibilidade para as pessoas, no entanto temos logrado resultados muito positivos nos usuários hipertensos e diabéticos e nos seus familiares, que começa desde a visita domiciliar até um atendimento completo nas consultas. A comunidade se mostra agradecida nas atividades com os grupos, nas práticas de exercícios físicos e procuram as consultas para suas respectivas reavaliações. Ainda temos muitos usuários hipertensos sem cadastrar, mas o trabalho continua e lograremos cadastrar a estes usuários que precisam ser atendidos e avaliados.

A intervenção será incorporada a rotina do serviço da UBS, para isto, vamos ampliar nosso trabalho de reordenamento procurando o apoio das demais ESF para estender a ação programática a toda a área de abrangência da UBS.

Com certeza já temos melhorado a atenção aos hipertensos e diabéticos no nosso serviço. Apesar das dificuldades apresentadas temos um atendimento prioritário para estes usuários de nossa área de abrangência, como também contamos com a disposição dos ACS, os técnicos de enfermagem, a enfermeira e demais profissionais da UBS para continuar ampliando a cobertura para todos os programas de saúde, tomando este projeto como exemplo

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

Com a realização deste relatório pretendemos demonstrar à comunidade como foi desenvolvida a Intervenção com os usuários hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência da equipe 045 da UBS Pedrinhas, do Município Macapá, capital do Estado Amapá. Projeto desenvolvido pela médica Annia Garzon Rodriguez junto à equipe de saúde da família correspondente.

Nossa equipe atende uma população de aproximadamente 2045 habitantes, com uma estimativa de 311 usuários hipertensos e 77 diabéticos, sendo que havia um sub-registro no começo da intervenção, com uma cobertura muito baixa de 15% para os hipertensos e 17% para os diabéticos.

Depois de fazer a análise situacional da UBS Pedrinhas quanto à atenção aos hipertensos e diabéticos, realizada ao longo do Curso de Especialização em Saúde da Família, identificou-se o sub-registro destes usuários ao programa, e resolvemos realizar uma ação programática com o tema Melhoria da Atenção aos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus da nossa área de abrangência, para assim contribuir no cadastramento e atendimento destes usuários. Para tanto foram desenvolvidas diferentes ações planejadas em um cronograma de trabalho, para garantir o atendimento deles. Antes de realizar a intervenção não eram feitas nenhuma destas ações.

A equipe de saúde preparou-se para o atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos através de capacitações com material do Ministério da Saúde, e realizou o monitoramento dos resultados semanalmente. Também organizamos as visitas domiciliares aos usuários e, além disso, os usuários receberam atendimento pela equipe de saúde bucal. Durante a intervenção a equipe realizou atividades educativas para a comunidade.

As ações se realizaram desde o primeiro dia, começando pela identificação e cadastramento dos hipertensos e diabéticos residentes na área da abrangência, ação que foi possível através do empenho dos profissionais da equipe com o trabalho de busca ativa dos ACS para trazer estes usuários à UBS. Realizou-se o atendimento clínico nas consultas e nas visitas domiciliares, com atendimento realizado de forma integral, com a avaliação de risco de cada usuário, assim como a indicação dos exames laboratoriais e a prescrição de medicamentos da farmácia popular/HIPERDIA.

Todos os profissionais da equipe realizaram ações de saúde em várias áreas de atuação, que foram ótimas, já que realizamos atividades educativas com temas importantes sobre a alimentação saudável, a importância da prática de atividade física regular, os riscos do tabagismo e a importância da higiene bucal. Também contamos com a colaboração dos profissionais do NASF e a equipe de saúde bucal. Ao término da intervenção se constatou que o objetivo inicial proposto de melhorar a atenção aos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus foi cumprido, tivemos maior adesão dos usuários ao programa, sendo possível cadastrar e atender um total de 160 hipertensos e 77 diabéticos alcançando uma cobertura de 54% e 100% respectivamente. Não conseguimos atingir todas as metas propostas no início, mas conseguimos incorporar a atenção dos hipertensos e diabéticos à rotina do serviço, logrando também pôr em prática a participação comunitária, e ampliamos o conhecimento dos usuários de seus direitos.

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

Ao início do curso tinha muitas expectativas, já que através dele poderia adquirir um conjunto de conhecimentos básicos sobre saúde da família que me permitisse contribuir a melhorar o estado de saúde da população brasileira. Tinha a certeza que a troca de conhecimentos e experiências com profissionais de várias regiões do país, além dos orientadores do curso, seria uma grande ajuda para desenvolver o meu trabalho. O projeto pedagógico, com diretrizes bem definidas seria uma arma muito eficaz para combater os principais problemas de saúde da minha comunidade e melhorar os indicadores de saúde da população brasileira.

Inicialmente foram identificados uma série de problemas na estrutura, no processo de trabalho que na verdade pareciam impossíveis de solucionar, além disso, a equipe totalmente desunida não ajudava muito. A cada semana apareciam novos desafios, mas comecei a procurar ajuda dos meus colegas do curso, dos orientadores e da equipe e pouco a pouco iam aparecendo soluções para combater as deficiências apresentadas. A equipe começou a funcionar como uma verdadeira equipe, articulada, unida e assim com os conhecimentos adquiridos nas práticas clínicas, nos materiais fornecidos pelo curso e nas trocas de experiências com os demais colegas, hoje o trabalho está bem organizado, cada quem conhece as suas responsabilidades e conseguimos levar saúde a um maior número de pessoas e solucionar as maiores deficiências detectadas no Análise Situacional da área.

Através deste curso pude conhecer as principais problemáticas do Sistema Único de Saúde que até o momento, eram quase desconhecidas para mim. Além disso, me permitiu identificar as deficiências que tinha a minha UBS e a importância de desenvolver uma atenção integral, possibilitando um acesso universal e contínuo aos serviços de saúde de qualidade. Também a importância de manter relações de confiança e afetividade com os usuários e garantir a sua participação social e comunitária no cuidado da sua saúde, da saúde da família e da comunidade. Além

disso, é importante destacar a participação da equipe na organização dos serviços de saúde da área de abrangência assim como o aumento da vigilância em saúde, garantindo as ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, principais funções da atenção básica, assim como o diagnóstico, tratamento e reabilitação, para brindar uma atenção integral de qualidade a nossa população.

Os aprendizados mais relevantes deste curso foram os conhecimentos sobre o Sistema Único de Saúde, seus princípios de integralidade, equidade e universalidade e como evidenciam-se no nosso dia a dia. Além disso, como estes princípios podem ser implementados para que todos os cidadãos brasileiros tenham acesso a eles. Ainda falta muito caminho pela frente, mas tenho a certeza de que com os conhecimentos e experiências adquiridas neste curso a cada dia vai aperfeiçoando-se o nosso trabalho para garantir uma atenção à saúde da nossa população com mais qualidade alcançando assim melhorar os indicadores de saúde do país.

## Referências

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de atenção básica. Caderno de Atenção Básica No 15-Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília, 2013.p.1

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de atenção básica. Caderno de Atenção Básica No 36-Diabetes Mellitus. Brasília, 2013. p.27

OMS. Organização Mundial da Saúde: Diabetes. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>> Acesso em: 15/10/2014.

OMS> Organização Mundial da Saúde:Observatório Global da Saúde. Disponível em: <<http://apps.who.int/gho/data/node.main.A865DIABETES?lang=en>> Acesso em: 15/10/2014

Organização Mundial da Saúde: Perfil das doenças crônicas não transmissíveis por país, 2014. Disponível em: <<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-profiles-2014/en/>> Acesso em: 15/10/2014

Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Revista Brasileira de hipertensão v.17, n.1, jan./mar. 2010.

## **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>  
Pro<sup>a</sup> Ana Cláudia Gestal Fassa

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

Prezada Pesquisadora;

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

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







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

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

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

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

\_\_\_\_\_

Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
Documento \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

\_\_\_\_\_

Assinatura do declarante