

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma nº 7**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica  
e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Gildo Ferreira da Silva, Assis Brasil/AC**

**Abel Jesus Infante Dominguez**

**Pelotas, 2015**

**Abel Jesus Infante Dominguez**

**Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Gildo Ferreira da Silva, Assis Brasil/AC**

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

Orientador: Leandro Leitzke Thurow

Pelotas, Ano

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

D671m Dominguez, Abel Jesus Infante

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Gildo Ferreira da Silva, Assis Brasil/AC / Abel Jesus Infante Dominguez; Leandro Leitzke Thurow, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

84 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. Thurow, Leandro Leitzke, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico o presente trabalho a minha mãe, que, graças a Deus, ainda vive para continuar sendo a fonte de minha sabedoria; a meu pai, que hoje ausente sempre estará presente naquele princípio que dele eu aprendi: “Se quiseres ser médico não deves esquecer que tua vida não te pertence, pois a maior parte dela a dedicarás a teus pacientes, teu tempo não te pertence, pois tua maior luta será contra ele, a decisão de quem vive ou quem morre não te pertence, só Deus decide, mas se ainda queres ser médico, então sim te pertence a decisão de dedicar a maior parte de tua vida e o tempo necessário em fazer o bem pela humanidade”.

"Onde quer que a arte da medicina seja cultivada, também se ama a humanidade" (Hipócrates).

## **Agradecimentos**

Agradeço primeiramente a Deus, principal responsável por tudo isso.

A minha mãe pelo incentivo e amor que sempre me dedica, por seu sacrifício de suportar minha ausência, por acreditar em mim e me proporcionar a chance de realizar meus sonhos.

Ao meu orientador, Leandro Thurow, pela grande paciência, dedicação e sabedoria que sempre me ofereceu para a conclusão desse trabalho, pela confiança e por acreditar em mim, apesar de tantas dificuldades durante o desenvolvimento do curso.

A minha namorada, pela dedicação, amor e compreensão e principalmente pelo apoio que sempre me ofereceu no cursar deste trabalho de fim de curso.

Meus agradecimentos para o professor Antônio Schãfer e o grupo de apoio da universidade por me oferecer a oportunidade de chegar ao final deste curso.

A todas aquelas pessoas que de alguma forma contribuíram na implementação, desenvolvimento e finalização deste projeto.

E não posso me esquecer da minha nova orientadora Ana Carine, que nesta última etapa do TCC, recebe dela toda a ajuda possível, mostrando grande preocupação e compromisso com a conclusão deste projeto. Obrigado de coração.

## Resumo

DOMINGUEZ, Abel Jesus Infante. **Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Gildo Ferreira da Silva, Assis Brasil/AC.** 2015. 82f. 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.

O acompanhamento aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes Mellitus (DM) é uma das ações de saúde de grande importância a ser realizada na atenção primária à saúde, a partir do princípio de que o diagnóstico precoce, o bom controle e o tratamento adequado dessas afecções são essenciais para a diminuição dos eventos cardiovasculares adversos. Estas doenças crônicas são responsáveis por altas taxas de mortalidades, hospitalizações, amputações, doenças renais crônicas entre outras complicações. A educação em saúde, autocontrole dos níveis de pressão e/ou glicemia, atividade física e dieta alimentar, estão relacionados à melhoria da qualidade de vida, à redução do número de descontrolados e complicações dessas doenças. Realizamos na Unidade Básica de Saúde Gildo Ferreira da Silva, no município de Assis Brasil-AC, uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde de usuários com HAS e/ou DM. A relevância se dá em função da necessidade de sistematização da atenção e melhoria dos indicadores. Ocorreu durante 12 semanas, com ações de saúde para uma população estimada de 352 usuários hipertensos e 101 usuários diabéticos. Para a realização dessa intervenção, foram planejadas ações nos eixos de Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica, levando-se em consideração as necessidades da população do território de abrangência, a viabilidade de aplicação das ações e a expectativa de obtenção de resultados. A equipe realizou cadastramento da população, avaliação clínica e odontológica, monitoramento por meio de exames complementares, prescrição e fornecimento de medicações, avaliação do risco cardiovascular, além de ações educativas com os grupos de hipertensos e/ou diabéticos e com a comunidade em geral, sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, fatores de risco, saúde bucal, alerta às complicações. Nas 12 semanas de intervenção foram avaliados 210 hipertensos e 60 diabéticos, alcançando uma cobertura de 59,7% e 59,4%, respectivamente. Entende-se que as atividades realizadas buscaram contribuir para a discussão, percepção e uma nova forma de pensar dos profissionais, dos hipertensos, dos diabéticos e da população em geral quanto à importância do desenvolvimento de uma abordagem multiprofissional e educativa direcionada para a promoção da saúde e prevenção de agravos desses usuários.

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

## Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Gildo Ferreira da Silva, Assis Brasil-AC, 2015.	55
Figura 2	Coberturas do programa de atenção ao diabético na UBS Gildo Ferreira da Silva, Assis Brasil-AC, 2015.	56
Figura 3	Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Gildo Ferreira da Silva, Assis Brasil-AC, 2015.	57
Figura 4	Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Gildo Ferreira da Silva, Assis Brasil, AC-2015.	57
Figura 5	Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Gildo Ferreira da Silva, Assis Brasil-AC, 2015.	58
Figura 6	Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Gildo Ferreira da Silva, Assis Brasil-AC, 2015.	59
Figura 7	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Gildo Ferreira da Silva, Assis Brasil-AC, 2015.	60
Figura 8	Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Gildo Ferreira da Silva, Assis Brasil-AC, 2015.	61
Figura 9	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Gildo Ferreira da Silva, Assis Brasil-AC, 2015.	62
Figura 10	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Gildo Ferreira da Silva, Assis Brasil-AC, 2015.	64
Figura 11	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínica em dia na UBS Gildo Ferreira da Silva, Assis Brasil-AC, 2015.	65

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

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAB	Caderno da Atenção Básica
CAP	Caderno de Ações Programáticas
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
EaD	Educação à Distância
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
RN	Recém-nascido
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	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 .....	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	19
2 Análise Estratégica .....	21
2.1 Justificativa .....	21
2.2 Objetivos e metas .....	22
2.2.1 Objetivo geral .....	22
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	23
2.3 Metodologia .....	25
2.3.1 Detalhamento das ações .....	25
2.3.2 Indicadores .....	40
2.3.3 Logística .....	46
2.3.4 Cronograma .....	49
3 Relatório da Intervenção .....	51
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	51
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	54
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	54
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	54
4 Avaliação da intervenção .....	55
4.1 Resultados .....	55
4.2 Discussão .....	68
5 Relatório da intervenção para gestores .....	71
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	75
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem .....	78
Referências .....	79
Anexos .....	80

## **Apresentação**

Este volume consiste no Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família, da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), na modalidade de educação a distância (EaD). Reúne os produtos das atividades desenvolvidas em cada unidade do curso, que culminaram numa intervenção para melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e/ou diabetes mellitus (DM) na Unidade Básica de Saúde (UBS) Gildo Ferreira da Silva, Assis Brasil-AC. Está organizado em sete capítulos. No primeiro capítulo é apresentada a Análise Situacional, que descreve o município e a Unidade de Saúde, com uma análise do processo de atenção à saúde, realizada na unidade 1 do curso. O segundo capítulo consiste no Projeto de Intervenção, produto da Análise Estratégica realizada na unidade 2 do curso, com seus respectivos objetivos, metas, metodologia, ações propostas para a intervenção, detalhando cada um destes componentes. O terceiro capítulo traz o Relatório de Intervenção, que relata sobre as ações que foram desenvolvidas, as ações que não foram desenvolvidas, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização dos dados e a análise da viabilidade da incorporação das ações à rotina do serviço. O quarto capítulo apresenta a Avaliação da Intervenção com análise e discussão de seus resultados. Nos capítulos cinco e seis estão dispostos o relatório da intervenção para os gestores e o relatório da intervenção para a comunidade, respectivamente. Por fim, o capítulo sete traz uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem. Ao final, seguem as referências e os anexos que serviram como orientação para o desenvolvimento do trabalho.

## **1 Análise Situacional**

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

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) da UBS Gildo Ferreira da Silva é responsável por seis micro áreas, com uma população adstrita de 1.999 habitantes. A equipe é composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um recepcionista, um atendente de farmácia, um cirurgião-dentista, um auxiliar em saúde bucal, e seis agentes comunitários de saúde (ACS).

Esta UBS oferece serviços de clínica médica, atendimento odontológico e de enfermagem, dispensação de medicamentos da farmácia básica, procedimentos técnicos. Atende os diversos programas do Ministério da Saúde (MS), como Atenção a Hipertensos e Diabéticos, Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil, Acompanhamento e Rastreamento dos Cânceres de Colo de Útero e Mama e atendimentos da Rede Cegonha. Os usuários recebem atendimento ambulatorial por demanda espontânea, dentro do horário de funcionamento da unidade, e visitas domiciliares.

Recebemos as demandas de produtividade do Ministério da Saúde e enviamos mensalmente ao órgão competente para que as atividades desenvolvidas com rigor se transformem em bons índices de saúde e em qualidade de vida à população.

### **1.2 Relatório da Análise Situacional**

Assis Brasil é um município do estado do Acre, situado na região noroeste do estado. A cidade está localizada na tríplice fronteira entre o Brasil, o Peru e a Bolívia, formando uma conturbação com a cidade peruana de Iñapari e com a cidade

boliviana de Bolpebra. É servida pela rodovia BR-317 (Rodovia Transoceânica), que é a única rodovia que liga o Brasil ao Peru. Sua população estimada em 2015 é de 6.738 habitantes e sua área é de 4.974,176 km<sup>2</sup> (1,22 hab./km<sup>2</sup>) (IBGE, 2010).

Os primeiros moradores do município foram os três irmãos Freire, que vieram do estado do Maranhão em 1908. Belarmino Freire, Policarpo Freire e Durval Freire se estabeleceram às margens do rio Acre, próximo ao Marco Rondon. No início a região de Assis Brasil pertencia ao município de Brasileia, mas em 1º de março de 1963 obteve autonomia municipal pela Lei Estadual nº 588, de 14 de maio de 1976, desmembrando-se do município de Brasileia.

A cidade não conta com empresas, fábricas nem grandes centros que possam oferecer capacidade de emprego para a população. O desenvolvimento do município tem como base os pressupostos da prefeitura, e a economia familiar sustenta-se sobre o mercado e agropecuária.

O município tem um hospital que presta serviço para demandas espontâneas, urgências e emergência médicas, também conta com serviço de raio- x, mais não tem consultas de especialidades e não tem instaladas capacidades para a prática clínica no serviço de ginecologia e obstetrícia. No hospital contam com um laboratório clínico onde fazem exames de hematologia e alguns de química, mas o maior problema está na demora no seu retorno, já que as maiorias dos exames e amostras são enviadas para Brasileia. O município tem mais outro laboratório de recente construção que tem as mesmas dificuldades.

A atenção básica está constituída por três UBS, que funcionam na zona urbana; não tem UBS na zona rural, os atendimentos destas zonas se realizam mediante equipe itinerante de saúde.

A UBS Gildo Ferreira da Silva, de recente inauguração, está localizada na zona suburbana, há dois quilômetros do centro da cidade, no meio de um novo assentamento populacional que tem como nome Cidade Nova. Nossa área de abrangência tem uma população de 1.999 habitantes, oferecendo atendimento para seis micro áreas, algumas localizadas em zona rural. Não está vinculada a instituições de ensino, e dispõe de uma equipe de saúde, composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um recepcionista, um atendente de farmácia, seis ACS, e a equipe de saúde bucal (ESB) composta por um cirurgião-dentista e um auxiliar de saúde bucal.

A UBS conta com sala de recepção, onde se faz a triagem da demanda dos usuários, sala de espera, consultório médico, consultório de enfermagem, sala de curativos, sala de vacinação, farmácia, sala de odontologia, que conta com um aparelho de raio-x odontológico e com um local específico para o compressor, depósito de materiais de limpeza, dois banheiros e uma copa. Contamos com toda uma estrutura de computadores na farmácia, na recepção, e sala de vacinação, mas não existe possibilidade de conexão à internet ou telefonia fixa, o que constitui um impasse para a qualidade de atendimento. A unidade não apresenta barreiras arquitetônicas que dificultam o acesso de pessoas idosas e com deficiências físicas.

Ainda faltam equipamentos, instrumentais e outros recursos em infraestrutura. Falta um depósito para a coleta de resíduos, mobiliário clínico como sonar, estetoscópio de pinar, esfigmomanômetro pediátrico e outros utensílios importantes. Materiais como algodão, seringas e agulhas descartáveis não constituem problemas, já que existe um sistema eficiente de reposição. A maior dificuldade é a disponibilização de um quadro básico de medicamentos que atenda às necessidades dos usuários, pois não existe uma estabilidade na reposição dos medicamentos. Outro problema é a existência de usuários com doenças crônicas sem acompanhamento de saúde, que leva a uma alta incidência de descontrole de doenças e complicações.

Nossa equipe de trabalho participa do processo de mapeamento da área de atuação, realizando identificação de grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, identificação de grupos de agravos, sinalização de equipamentos sociais, sinalização de redes sociais. Realizamos o cuidado em saúde da população em outros lugares, como nos domicílios e nas escolas. Em nossa unidade não realizamos procedimentos cirúrgicos menores já que não temos os materiais adequados, sendo os usuários encaminhados para outros centros de saúde. Realizamos atendimentos de urgência e emergência, nos quais oferecemos os primeiros socorros, e logo encaminhamos para o hospital. Realiza-se também a busca ativa de pacientes faltosos, pelos ACS, médicos e técnicos de enfermagem, cuidado domiciliar aos usuários que necessitem, notificação compulsória de doenças e agravos notificáveis, atividades de grupos, como o grupo de adolescentes, aleitamento materno, combate ao tabagismo, diabéticos, hipertensos, idosos, pré-natal, prevenção do câncer ginecológico, puericultura, saúde da mulher, e saúde bucal. São realizadas também as reuniões de equipe com uma frequência semanal

para construção de agenda de trabalho, organização do processo de trabalho e planejamento das ações.

Em relação aos encaminhamentos para outros níveis de atenção, nós encaminhamos os usuários para os hospitais pertos do nosso município, mas existe grande dificuldade com o fluxo de informações, uma vez que os usuários são encaminhados e muitas vezes não sabemos nada sobre eles, pois a atenção secundária não realiza a contra referência para a atenção primária. Não conseguimos acompanhar os tratamentos indicados aos usuários em outros níveis do sistema, porque os usuários moram muito longe da UBS. Também não fazemos acompanhamento dos usuários em situações de internação hospitalar.

A UBS tem uma população adstrita de 1.999 habitantes, distribuídos em seis micro áreas com densidades demográficas distintas. Nas áreas mais próximas à UBS, ultrapassa a média nacional, que é de 22,43 hab./km<sup>2</sup>, e nas regiões rurais é de 12,23 hab./km<sup>2</sup>. Há predomínio da população adulta jovem e não há tendência ao predomínio da terceira idade.

O acolhimento da demanda espontânea na UBS organiza-se a partir do conhecimento da situação da saúde da área. Planejamos as consultas programadas com uma média de 25 usuários por dia, tendo em conta que geralmente 20% das consultas correspondem à demanda espontânea. Em média cinco a sete usuários acessam a UBS por dor osteomuscular, febre, infecção respiratória aguda e doenças crônicas descontroladas, como HAS, DM e asma bronquial. Outra parte acessa a UBS em busca de medicamentos, exames, vacinação, procedimentos de enfermagem, e de quatro a cinco buscam por urgências odontológicas. Todas são avaliadas e classificadas de acordo com o risco biológico e vulnerabilidade.

Os usuários com demanda espontânea são acolhidos pelo enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar em saúde bucal ou farmacêutico, que avaliam o risco biológico e a vulnerabilidade de acordo com a demanda do usuário. Apenas não passam pela consulta médica os usuários de demandas específicas como a retirada de medicamentos ou nebulizações com prévia indicação por outro profissional de saúde.

Na atenção à saúde da criança na UBS, realizamos visita domiciliar na primeira semana de vida, onde se pesquisam os riscos potenciais para a saúde do recém-nascido (RN). A visita é feita por médico, enfermeiro e ACS. Agenda-se uma data para a realização do teste de pezinho, que deve ser feito na primeira semana

de vida e, se possível, no quinto dia de vida, procura-se a captação do RN antes das 72 horas de chegada à área de saúde, avalia-se as características do parto quanto a fatores de risco pré-natal e pós-natal, vacinação e estado nutricionais do RN. Nas consultas falamos com os pais sobre suas participações no processo de potenciação do desenvolvimento da criança, cuidados do RN, importância da puericultura, prevenção de acidentes e importância da amamentação exclusiva até o sexto mês de vida, e vantagens do leite materno. A consulta desde os primeiros dias de vida até os 28 dias de idade são feitas pelo médico, e o acompanhamento em puericultura ocorre até os 5 anos de idade, e é feito pelo enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS, segundo as atribuições de cada profissional. O registro é feito apenas em prontuário.

De acordo com a estimativa do Caderno de Ações Programáticas (CAP), temos 40 crianças menores de um ano na área de abrangência da UBS, o que nos confere cobertura de 30%, já que temos apenas 12 em acompanhamento na UBS. Essa estimativa, porém, parece não estar de acordo com a realidade da área, já que o índice de natalidade de minha área está por abaixo da média brasileira. Os indicadores de qualidade da saúde da criança estão bons, pois aspectos como teste do pezinho, primeira consulta nos primeiros sete dias de vida, vacinação, saúde bucal, avaliação de crescimento e desenvolvimento, orientações de amamentação e prevenção de acidentes estão em 100%. As dificuldades estão no cumprimento do calendário de consultas, onde apenas 83% estão com consultas em dia, e na realização da triagem auditiva, onde apenas 50% apresentaram.

A cobertura da atenção à saúde da criança em minha área afetada não por questões de trabalho da equipe de saúde, mas por outras razões, como a realização do acompanhamento de usuários em outras Unidades de Saúde, já que não há impedimentos nesse sentido, e a falta de um sistema integrado no nível municipal que ofereça atenção às gestantes até o nascimento da criança, o que facilitaria o pleno conhecimento do que acontece com cada gestante e RN, permitindo um melhor acompanhamento.

A atenção ao pré-natal ocorre todos os dias da semana, nos dois turnos, não existindo gestantes em acompanhamento de fora da área de cobertura. O atendimento é feito por enfermeiro o médico e a gestante sai da consulta com a próxima consulta agendada. Ocasionalmente há demanda de gestantes com problemas agudos de saúde, o qual não é em excesso, e elas são atendidas

prioritariamente. Usamos o protocolo de atenção ao pré-natal produzido pelo MS. Desenvolvemos ações para um diagnóstico e tratamento adequado, fazemos consultas de planejamento familiar, promoção do aleitamento materno, de hábitos alimentares saudáveis, promoção de atividade física, saúde bucal e saúde mental. Utilizamos avaliação e classificação de risco gestacional, utilizamos também os protocolos para regular o acesso das gestantes a outros níveis de atenção, se necessário, assim como o encaminhamento a outras especialidades, internamento hospitalar, e atendimento nos serviços de pronto atendimento. Os atendimentos são registrados nos prontuários clínicos, formulários especiais do pré-natal, e ficha espelho das vacinas. O atendimento nutricional e de saúde bucal, como é feito em outra UBS, é registrado no prontuário. Sempre é solicitado o cartão de pré-natal nos atendimentos, o qual é preenchido com todas as informações. Em cada consulta fazemos promoção sobre a importância do aleitamento materno e o significado do posicionamento do peso na curva de ganho de peso, e indicamos a data da próxima vacina e recomendamos avaliação da saúde bucal, explicando-lhe sua importância. Conversamos sobre os principais cuidados do recém-nascido, importância e qual é os métodos contraceptivos que podem usar durante o pós-parto e durante o aleitamento, e recomendamos a revisão puerperal nas primeiras 72 horas pós-parto, até sete dias principalmente, e depois entre 30 e 42 dias.

Atualmente acompanhamos na UBS sete gestantes, o que representa 23% de cobertura de pré-natal, se considerarmos a estimativa do CAP, de 29 gestantes na área. Das sete gestantes acompanhadas, 100% iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre da gestação, tem as consultas ao dia, tem os exames laboratoriais solicitados na primeira consulta, encontram-se vacinadas de acordo com o esquema de vacinação e receberam orientação sobre aleitamento materno. Somente temos problemas com o exame preventivo (rastreamento de câncer de colo de útero), que é feito no município de forma centralizada na UBS Terezinha Batista, o que deixa o indicador com percentual de 57% apenas. O indicador de saúde bucal na gestante está em 71%, já que a UBS prioriza este grupo populacional.

Em relação ao atendimento puerperal, a cobertura de acordo com o CAP é de 35%, onde acompanhamos 14 puérperas nos últimos 12 meses, sendo que o estimado é 40, o que não parece estar de acordo com a realidade. Todas tiveram mamas, abdome e estado psicológico avaliados, realizaram o exame ginecológico, e receberam orientações sobre planejamento familiar, cuidados com o recém-nascido,



e aleitamento exclusivo, e 71% teve atendimento antes dos 42 dias pós-parto e tiveram sua consulta registrada.

Em relação à prevenção de câncer de colo de útero na UBS, temos algumas dificuldades, já que é uma UBS de recente construção, que ainda não consolida este programa. Além disso, este programa sempre foi realizado de forma centralizada na UBS no centro de cidade. Na UBS realizamos a consulta, com orientações e recomendações para realizar o exame, e de acordo com o resultado se procede com a conduta mais adequada para a usuária.

A consolidação deste programa na UBS está muito longe da realidade. Não existe um registro específico dessas ações, de modo que na UBS os profissionais não sabem quantas mulheres estão em dia, quantas estão com exame alterado etc., já que estes dados são de posse da UBS que realiza o exame. Por enquanto só realizamos as ações de saúde para modificação de fatores de risco, para evitar doenças sexualmente transmissíveis (DTS) e para o diagnóstico precoce do câncer de colo de útero, inclusive nas consultas por outros motivos. É preciso trabalhar para mudar a concepção da população e para oferecer este serviço, ou seja, que a população conheça que em sua UBS existem pessoas qualificadas para realizar este procedimento. É importante também, estabelecer um registro só para este grupo populacional, onde se preencham dados como idade, fatores de risco, e data e resultados do último exame. Com estes dados os trabalhos de prevenção seriam ótimos.

Em relação ao controle do câncer de mama, a situação é similar aos dados mostrados anteriormente. Durante as consultas, realiza-se o exame clínico das mamas e se ensina o autoexame das mamas. Igualmente não existe ainda um programa consolidado na UBS, já que ainda se realizam ações de pesquisa e cadastro de mulheres nesse sentido.

A atenção aos usuários hipertensos e diabéticos na UBS é baseada nos protocolos para o atendimento desses usuários do MS, a mesma e feita de forma organizada, mediante o agendamento de consulta e estabelecendo uma programação de reconsultas onde os usuários saem com a próxima consulta agendada. Participa toda a equipe de saúde, sendo os técnicos de enfermagem os que fazem o acolhimento, priorizando os usuários segundo sua vulnerabilidade e seguindo o protocolo de atendimento; logo a consulta é feita médico clínico ou enfermeiro, onde o usuário é avaliado segundo protocolo. Ele é orientado sobre

atendimento da saúde bucal, agendamento da próxima consulta e das atividades de saúde coletiva que são feitas pelo pessoal de enfermagem com ajuda dos ASC e da equipe de saúde bucal (ESB), caso que atividade trate de tema deste serviço.

De acordo com o CAP, apresentamos cobertura de 27% no acompanhamento de hipertensos, com 96 usuários acompanhados, de um total estimado de 352. Essa estimativa do número de usuários com HAS na área não é adequada, mas ainda existe uma subnotificação desses casos. Entre os indicadores de qualidade, 38 % tem consulta atrasada, 63% tem exames complementares periódicos em dia, 50% tem avaliação de saúde bucal, mas todos tiveram estratificação de risco cardiovascular por critério clínico realizada, e receberam orientação nutricional e sobre prática de atividade física regular.

Entre os usuários diabéticos, a cobertura da atenção está em 34%, sendo 34 usuários acompanhados pela UBS e considerando a estimativa do CAP de 101 diabéticos na área. Entre os acompanhados, 71% tiveram estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, tem atraso da consulta agendada em mais de sete dias, tiveram exame físico dos pés nos últimos três meses, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e com medida da sensibilidade, e receberam orientação sobre prática de atividade física regular e sobre alimentação saudável. Apenas 41% estão com exames complementares periódicos em dia, e 35% com avaliação de saúde bucal.

Acredito que, de forma geral, o que iria melhorar a cobertura dessa atenção, assim como de todos os programas oferecidos pela UBS, é a determinação de que a entrada de qualquer serviço de saúde seja através das UBS e que todo usuário que entre em nossos serviços de saúde de nível secundário e terciário retornem a sua área de saúde com uma contra referência.

O atendimento ao idoso é inclui os seguintes pilares: cadastro, consultas, avaliação da acuidade visual, avaliação da acuidade auditiva, sexualidade, vacinação, avaliação cognitiva, depressão, mobilidade, avaliação funcional, orientações para alimentação e nutrição, sobre prevenção de quedas, importância de exercício físico, prevenção de doenças e atendimentos específicos sobre doenças crônico degenerativas. Para realizar um bom acompanhamento e atendimento da pessoa idosa, avalia-se em visita domiciliar as condições de vida, as necessidades dos idosos e seu desenvolvimento dentro do marco familiar. Identificam-se riscos potenciais e se faz uma análise familiar sobre interação e

inclusão social do idoso. No âmbito do atendimento coletivo para essa faixa etária fazemos um trabalho em grupo, ao qual denominamos ciclo de idosos, desenvolvendo com eles atividades culturais de preparação física, e de preparação cognitiva, ofertando informações sobre temas de importância para eles.

A estimativa do número de idosos residentes na área de acordo com o CAP é de 128, isso faz que a cobertura esteja em 92%. Mas há dificuldades com os indicadores de qualidade. 32 idosos tem avaliação multidimensional rápida, o que representa 27%, 46% apresentam acompanhamento em dia. O qual indica que o 54% dos pacientes cadastrados são faltosos a consulta, por diferentes motivos: falta de transporte, conscientização da importância da consulta e a falta de apoio familiar. Dos 118 idosos, 28 deles apresentam HAS, que representa 24%, e 12 apresentam DM, que equivale a 10%. Apenas 46% foram avaliados quanto ao risco para morbimortalidade e quanto a fragilização na velhice, mas todos foram orientados quanto a hábitos alimentares saudáveis e atividade física regular. 81% foram avaliados quanto à saúde bucal.

A promoção e prevenção são ferramentas indispensáveis para melhorar o atendimento desta faixa etária, já que nossa área de abrangência a principal dificuldade para alcançar uma cobertura de 100% esta influenciada por fatores subjetivos com costume populacional, pensamento de apenas procurar atendimento quando tem uma doença, os direitos constitucionais de serem atendidos em qualquer UBS, que dificulta um controle dos grupos prioritários. Portanto, para melhorar a cobertura, é preciso intensificar o trabalho da equipe de saúde para alcançar total conhecimento sobre cada paciente idoso que mora na área de abrangência.

A atenção à Saúde Bucal em nossa UBS conta com um consultório odontológico habilitado com uma cadeira completa incluindo raio-x odontológico com as capacidades instaladas. Permitem fazer todos os serviços de odontologia, com exceção de cirurgias. A capacidade instalada para ações coletivas conta com um salão amplo onde se fazer as atividades profiláticas como aplicação de flúor e outras técnicas de prevenção como palestras. Planeja-se para um dia de trabalho, de acordo com protocolos dedicando entre 15 a 30 minutos para cada paciente, seria oito a 16 pacientes por jornada, seis a 12 deles agendados e quatro por demandas espontâneas ou emergências. Isso é possível em nossa unidade já que a escassa demanda espontânea permite trabalhar mais nas atividades de prevenção e a média

de procedimentos clínicos na UBS, por mês, por habitante está de acordo com a porcentagem populacional. A média de atendimento por mês é de 160 a 320 usuários, se você analisa que a média de atendimento seria de 15 a 30 por usuário minutos, seria mínimo 16 usuários por dia. Final do mês a expectativa seria 240 usuários agendados, mas o índice de pontualidade é de 70% a 80%. Além disso a unidade não tem excesso de demanda.

Na área de abrangência nesta UBS não existem escolas, empresas, igrejas, por isso as ações de saúde odontológicas são realizadas apenas no âmbito da UBS. Um dia na semana se escolhe uma ação coletiva programática como palestras e aplicações de flúor. O atendimento planejado está acima da demanda espontânea em uma relação de cada oito usuários atendidos, seis são planejadas e dois por demanda espontânea. Destacando que não são todos os dias que existem demandas de urgências, sendo as duas vagas disponibilizadas para outros pacientes que ainda não tenham a primeira consulta odontológica por causas particulares.

Não acredito nessa expressão que a saúde bucal é como enxugar o chão com a torneira aberta, já que o trabalho bem feito e planejado com a intervenção da equipe de saúde pode alcançar indicadores ótimos de saúde bucal. O principal fator que influencia é a própria cultura populacional sobre saúde bucal. Portanto, o trabalho tem que estar orientado para a promoção da saúde bucal.

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

No momento que foi feito o comentário sobre a situação de saúde de minha UBS eu estava muito longe da realidade que iria a me proporcionar o desenvolvimento progressivo no curso de especialização, já para quando terminei minha análise situacional eu tinha uma visão mais real de minha área de abrangência quanto à demografia, constituição, capacidade funcional, vulnerabilidade, e o mais importante, a análise situacional mostrou o caminho a seguir para melhorar os indicadores de saúde de minha comunidade.

Inicialmente, poucos detalhes eram conhecidos referentes à estrutura, composição, funcionamento, organização e planejamento das ações de saúde, e

com o passar do tempo percebemos as principais deficiências e limitações existentes na unidade. Atualmente, a equipe de saúde está mais atualizada em relação a estas dificuldades e em condições de traçar metas e estratégias para ofertar uma Medicina Familiar com qualidade buscando sempre a satisfação dos usuários com melhoria da qualidade de vida dos mesmos.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) representam um dos principais desafios de saúde para o desenvolvimento global nas próximas décadas. Ameaçam a qualidade de vida de milhões de pessoas, representam o maior custo para os sistemas de saúde de todo o mundo com grande impacto econômico para os portadores, suas famílias e a sociedade em geral dos países, especialmente os de baixa e média renda. Fatores de risco comuns e potencialmente modificáveis como ausência de uma dieta saudável, sedentarismo e uso de cigarro explicam a maior parte destas mortes, que são expressas através de fatores de risco intermediários como hipertensão arterial, hiperglicemia, deterioração do perfil lipídico e obesidade. As transições demográfica, nutricional e epidemiológica ocorridas no século passado determinaram um perfil de risco em que doenças crônicas como a HAS e o DM assumiram ônus crescente e preocupante. Ambas são doenças muito frequentes, constituindo sérios problemas de saúde pública (BRASIL, 2011).

A UBS Gildo Ferreira da Silva localiza-se na zona suburbana do município de Assis Brasil-AC, dispõe de uma equipe de saúde da família, composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, farmacêutica, recepcionista, cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal e seis ACS, e atende uma população adstrita de 1.999 habitantes, moradores de seis micro áreas.

Segundo a estimativa do CAP, a população adstrita inclui 352 usuários com HAS e 101 usuários com DM. De acordo com o registro da UBS, apenas 96 hipertensos e 34 diabéticos são acompanhados pela UBS, o que confere cobertura de 27% para usuários com HAS e 34% para usuários com DM. A qualidade da atenção neste grupo específico no momento carece de melhorias. Entre os usuários hipertensos, 38% tem consulta atrasada, 63% tem exames complementares

periódicos em dia, 50% tem avaliação de saúde bucal, mas todos tiveram estratificação de risco cardiovascular por critério clínico realizada, e receberam orientação nutricional e sobre prática de atividade física regular. Entre os usuários diabéticos acompanhados, 71% tiveram estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, tem atraso da consulta agendada em mais de sete dias, tiveram exame físico dos pés nos últimos três meses, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e com medida da sensibilidade, e receberam orientação sobre prática de atividade física regular e sobre alimentação saudável. Apenas 41% estão com exames complementares periódicos em dia, e 35% com avaliação de saúde bucal. Sobre a atenção aos usuários hipertensos e diabéticos na UBS, vale ressaltar a baixa adesão desse grupo às consultas, que acessam a UBS por demanda espontânea ou na procura de remédios, e a inexistência de um cadastro atualizado desse acompanhamento, o que dificulta a avaliação e o monitoramento da atenção.

Concluimos que a UBS tem um problema de saúde que merece prioridade, que é a situação atual do atendimento aos usuários com HAS e/ou DM, sobretudo por conta da provável subnotificação que existe. Além disso, configuram-se como um grupo populacional vulnerável a riscos que na realidade podem ser controlados mediante a implementação de ações de saúde. Acreditamos que com o envolvimento da equipe, a intervenção vai elevar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção a este grupo.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Gildo Ferreira da Silva, Assis Brasil-AC.

## 2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Meta 1.1: Cadastrar 80% 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 80% 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/ou diabéticos.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na UBS Gildo Ferreira da Silva, no município de Assis Brasil-AC. Participarão da intervenção os usuários hipertensos e/ou diabéticos com 20 anos ou mais cadastrados na área de abrangência da unidade.

### 2.3.1 Detalhamento das ações

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

**Metas 1.1 e 1.2: Cadastrar 80% 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: Os hipertensos e diabéticos cadastrados serão monitorados com frequência semanal através da verificação das fichas espelho. Essa tarefa será de responsabilidade do profissional médico.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: Os profissionais que fazem os atendimentos realizarão o registro das informações com qualidade, conforme acordado em reunião de equipe.

Ação: Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM.

Detalhamento: Estabelecer com a equipe que todos os usuários portadores de hipertensão arterial que chegarem à unidade básica serão acolhidos por qualquer membro da equipe, mesmo que não tenha consulta agendada.

Ação: Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Detalhamento: O coordenador da UBS conversará com a administração para evitar deficiência de recursos materiais.

Ação: Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: O coordenador da UBS conversará com a administração para evitar deficiência de recursos materiais.

### 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: A equipe de saúde realizará uma palestra informando sobre o programa do HAS e DM com uma frequência mensal, além disso, oferecerão informação à população através de propaganda escrita mediante cartazes.

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

Detalhamento: Os ACS em suas visitas domiciliares farão orientação sobre a importância da pesquisa de HAS.

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

Detalhamento: Os ACS em suas visitas domiciliares farão orientação sobre a importância da pesquisa de DM.

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

Detalhamento: Em cada palestra os ACS orientarão a comunidade sobre os fatores de risco que podem ocasionar o desenvolvimento de HAS e DM.

### 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: O médico e enfermeiro da equipe de saúde capacitarão os ACS para o cadastramento de usuários com hipertensos e diabéticos, duas vezes ao mês, e avaliaremos o desenvolvimento deles.

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

Detalhamento: O médico e enfermeiro da equipe de saúde farão uma capacitação e treinamento dos ACS e técnico de enfermagem sobre a técnica correta de aferição de pressão arterial.

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

Detalhamento: O médico e enfermeiro da equipe de saúde farão uma capacitação e treinamento dos ACS e técnico de enfermagem sobre a técnica correta de realização de hemoglicoteste.

**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 e diabéticos.

Detalhamento: O médico e enfermeira farão revisão semanal das fichas espelho dos usuários portadores de HAS e DM, pesquisando a realização de exame clínico apropriado, e identificando aqueles que estão pendentes.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: A enfermeira que faz o acolhimento realizará o controle da pressão arterial aos usuários maiores de 18 anos de idade e hemoglicoteste aos usuários com fatores de risco para DM.

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

Detalhamento: Os profissionais da equipe de saúde terão uma capacitação mensal fazendo revisão do protocolo adotado pela UBS. Ação realizada pelo médico.

Ação: Estabelecer periodicidade para a atualização dos profissionais.

Detalhamento: A UBS disporá da versão atualizada impressa do protocolo de atendimento médico para HAS e DM, a mesma será revisada pela equipe a cada três meses para facilitar atualização dos profissionais da equipe de saúde.

Ação: Dispor de versão atualizada de protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: Imprimir a versão atualizada do protocolo de atenção aos hipertensos do Ministério da Saúde, e disponibilizar para acesso da equipe.

### ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Esta atividade será realizada nas ações de promoção de saúde feitas através das palestras, em cada consulta e nas atividades de saúde dos ACS.

### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações: Capacitar toda a equipe para a realização de exame clínico adequado.

Detalhamento: Planeja-se a capacitação da equipe uma vez por mês, incluindo a preparação profissional para a realização do exame clínico adequado.

**Metas 2.3 e 2.4: Garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização 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 com os protocolos adotados na unidade de saúde.

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão uma avaliação semanal das fichas espelho, para contabilizar o número de usuário com exames em dia.

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

Detalhamento: O médico e as enfermeiras farão uma avaliação semanal das fichas espelho, para contabilizar o número de pacientes com exames em dia.

## ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: O médico fará solicitação de exames com a periodicidade recomendada pelo protocolo.

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

Detalhamento: O coordenador da UBS fará uma conversa com o gestor municipal e a direção do laboratório clínico, para dar prioridade aos exames dos usuários com HAS e DM, e agilizar o retorno dos resultados.

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

Detalhamento: O médico e o enfermeiro sinalizarão as fichas espelho dos usuários que estiverem sem s exames complementares preconizados, para a devida busca desses usuários.

## ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Estas atividades serão realizadas nas ações de promoção de saúde feitas através das palestras, em cada consulta e nas atividades de saúde dos ACS.

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

Detalhamento: Estas atividades serão realizadas nas ações de promoção de saúde feitas através das palestras, em cada consulta e nas atividades de saúde dos ACS.

## QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: Planeja-se a capacitação da equipe uma vez por mês, que inclui orientação para seguir o protocolo adotado para solicitação de exames laboratoriais. Será realizado pelo médico.

**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: O médico e a enfermeira farão uma avaliação semanal das fichas espelho, para verificar se os usuários estão recebendo a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: A farmacêutica terá registro dos medicamentos com data de validade próxima do vencimento.

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

Detalhamento: A farmacêutica terá o registro atualizado das necessidades de medicamentos dos usuários com HAS e DM. O médico facilitará as informações necessárias nas reuniões mensais da equipe de saúde para que a farmacêutica faça atualizações do registro de necessidades.

#### 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: Estas atividades serão realizadas nas ações de promoção de saúde feitas através das palestras, em cada consulta e nas atividades de saúde dos ACS.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

Detalhamento: Planeja-se a capacitação da equipe uma vez por mês, incluindo a atualização do profissional no tratamento da hipertensão. Será realizada pelo médico.

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

Detalhamento: Planeja-se a capacitação da equipe uma vez por mês, incluindo a de alternativas para obter os medicamentos de uso cotidiano em tratamento destes usuários. Será realizada pelo médico.

**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 hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão uma avaliação semanal das fichas espelho, para verificar os usuários com HAS e DM que necessitam de atendimento odontológico.

**ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

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

Detalhamento: Os usuários com hipertensão e diabetes mellitus serão avaliados quanto a necessidade de atendimento odontológico pelos profissionais que os atenderem.

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

Detalhamento: Os profissionais da equipe de odontologia serão os responsáveis pela organização das consultas de odontologia para os usuários com hipertensão e diabetes mellitus.

**ENGAJAMENTO PÚBLICO**

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

Detalhamento: Estas atividades serão realizadas nas ações de promoção de saúde feitas através das palestras, em cada consulta e nas atividades de saúde dos ACS.



### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: Planeja-se a capacitação da equipe uma vez por mês, incluindo orientação sobre a avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao 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: O médico e a enfermeira farão revisão semanal das fichas espelho, para avaliar se os usuários estão com consultas em dia.

### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento: Na reunião mensal da equipe de saúde, logo após monitorar as consultas em dia, a equipe fará um planejamento das visitas domiciliares para o resgate de usuários faltosos de acordo com a quantidade distribuída de forma semanal.

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

Detalhamento: Será organizada a agenda para a acolhida dos usuários faltosos e que foram reagendados.

### ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Informar a comunidade sobre a importância da realização das consultas.

Detalhamento: Os ACS nas visitas domiciliares informarão as famílias sobre a importância das consultas, destacando os objetivos e vantagens destas consultas.

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

Detalhamento: A equipe de saúde fará reunião com a comunidade para informar a importância do resgate dos pacientes portadores de HAS e DM.

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

Detalhamento: A equipe realizará uma vez por mês palestras com a comunidade explicando a intenção do programa, destacando a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: Os ACS realizarão uma capacitação mensal de acordo ao protocolo de atendimento.

#### **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 acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: Os registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde serão monitorados pelo médico e enfermeira uma vez por semanas, através da verificação das fichas espelho.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Manter as informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) atualizadas.

Detalhamento: As informações serão enviadas pela enfermeira à secretaria de saúde periodicamente, para atualização do sistema.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: Será acordado em reunião de equipe a realização dos registros do acompanhamento dos usuários.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: os responsáveis pelo monitoramento das fichas espelho, são médico e enfermeira.

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: Será estabelecido um sistema de registro das informações que permita avaliar as situações de alerta quanto ao atraso das consultas e atraso na realização de exames complementares, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença, mediante verificação das fichas espelho e sinalização das situações de atraso.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: A equipe de saúde comunicará a população sobre seus direitos com relação às informações médicas de forma pessoal e individual. Assim como seu direito a obter uma segunda via de prontuário se for necessário.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético.

Detalhamento: A equipe de saúde será capacitada pelo médico, para realizar o preenchimento adequado das fichas espelho, para acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos.

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

Detalhamento: A equipe de saúde será capacitada pelo médico, para realizar o preenchimento adequado das fichas espelho, para acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos.

**Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos 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 cardiovascular por ano.

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão quantificação de usuários hipertensos e diabéticos com estratificação do risco cardiovascular através da revisão semanal das fichas espelho.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Ação: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: A equipe estabelecerá um espaço no agendamento da consulta, para dar prioridade aos usuários avaliados como hipertensos e diabéticos de alto risco cardiovascular.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Detalhamento: O médico e enfermeira comunicarão a cada usuário durante a consulta individual os riscos de sua doença e a importância de acompanhamento regular.

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

Detalhamento: A equipe de saúde fará palestras com a comunidade uma vez por mês sobre temas de prevenção e promoção de saúde, incluindo a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis.

#### 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: A equipe será capacitada pelo médico para realizar a estratificação dos fatores de risco segundo o escore de Framingham.

Ação: Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe falando sobre a importância do registro desta avaliação.

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

Detalhamento: A equipe será capacitada pelo médico da UBS sobre estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

### **Objetivo 6: Promover a saúde de 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: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: O médico e enfermeira farão revisão semanal das fichas espelho para verificar se os usuários receberam orientação nutricional.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão palestras periodicamente, com uma frequência mensal, sobre alimentação saudável, as mesmas serão realizadas com um grupo de usuários portadores de HAS e DM.

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

Detalhamento: O município não possui nutricionista. Portanto a enfermeira e ACS serão capacitados para fazer atividades de saúde coletiva de alimentação saudável.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: A enfermeira e ACS oferecerão palestras sobre nutrição saudável a usuários alvos desta intervenção assim como a seus familiares.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: O médico capacitará a equipe de saúde sobre temas de orientações de alimentação saudável.

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

Detalhamento: O médico capacitará a equipe de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: O médico e enfermeira farão revisão semanal das fichas espelho para verificar se os usuários receberam orientação sobre prática de exercícios físicos.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: Sobre a importância das atividades físicas terá palestras feitas por ACS e médico da unidade de saúde.

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

Detalhamento: O coordenador da UBS conversará com o gestor de saúde municipal sobre a possibilidade de contar com um educador físico, que contribua com o desenvolvimento e implementação do projeto.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: ACS e médico realizarão palestras sobre a importância da atividade física.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: O médico fará uma atualização dos conhecimentos destes temas a fim de capacitar o pessoal da equipe sobre a promoção da prática de atividade física regular.

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

Detalhamento: O médico capacitará a equipe de saúde sobre metodologias de 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: O médico e enfermeira farão revisão semanal das fichas espelho para verificar se os usuários receberam orientação sobre riscos do tabagismo.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: A ação contra o tabagismo é uma ação centralizada que será feita em uma UBS de referência.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: O médico em cada consulta de usuário com HAS e DM que tem hábito de tabagismo informará a existência de tratamento de abandono de tabagismo na unidade de referência do município.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: Os membros da equipe de saúde serão capacitados pelo médico sobre os procedimentos médicos no município com usuários tabagistas.

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

Detalhamento: O médico capacitará a equipe de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: O médico e enfermeira farão revisão semanal das fichas espelho para verificar se os usuários receberam orientação sobre saúde bucal.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: O planejamento e agendamento das consultas de usuários com hipertensão e diabetes mellitus serão feitas com a finalidade de garantir tempo suficiente para as orientações individuais.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Em cada uma das visitas aos usuários e familiares, os ACS farão orientação sobre a importância da higiene bucal.



## QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: A cirurgiã-dentista oferecerá uma capacitação para a equipe de saúde sobre orientações de higiene bucal.

### 2.3.2 Indicadores

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

**Meta 1.1: Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.**

**Indicador 1.1:** Proporção de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes da unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes da unidade de saúde.

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

**Meta 1.2: Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.**

**Indicador 1.2:** Proporção de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes da unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes da unidade de saúde.

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

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável para 100% de diabéticos.**

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **2.3.3 Logística**

Para realizar a intervenção no programa de atenção à saúde de usuários com HAS e DM, vamos adotar como manual os Cadernos da Atenção Básica (CAB) – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, Diabetes mellitus, nº 36 (BRASIL, 2013A) e Hipertensão arterial, nº 37 (BRASIL, 2013B), que serão impressos e disponibilizados para acesso da equipe. Utilizaremos a ficha espelho (Anexo C) disponibilizada pelo curso.

Todo usuário alvo do projeto, avaliado pelo médico, seja orientado e encaminhado para atendimento odontológico, sendo que passará por primeira consulta na mesma semana que tenha sido incluído no projeto. Como a ficha não prevê a coleta de informação sobre acompanhamento de saúde bucal. O médico e a enfermeira, com ajuda da ESB, vão elaborar uma ficha complementar que será anexada ao prontuário do usuário. Faremos contato com o gestor municipal para dispor das fichas espelho necessárias para os hipertensos e diabéticos, e para imprimir as fichas complementares que serão anexadas as fichas espelho. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizado um computador com a na planilha eletrônica de coleta de dados (Anexo B) fornecida pela UFPel e um arquivo específico para onde serão organizados todos as fichas dos usuários alvos do projeto, incluindo a planilha de coleta de dados impresso.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção, neste caso sobre HAS e DM, já foram analisadas entre todos os membros da equipe

anteriormente, mas pretendemos começar a intervenção com a capacitação da equipe sobre os CAB. O médico e o enfermeiro capacitarão os técnicos de enfermagem e ACS sobre a técnica correta de avaliação de PA e realização de hemoglicoteste. A capacitação sobre exame clínico adequado, solicitação de exames laboratoriais, importância da periodicidade da consulta, avaliação de fatores de risco cardiovascular, escala de Framingham e o registro adequado deste será oferecida pelo médico. A enfermeira fará a capacitação sobre as técnicas e métodos de educação em saúde, preenchimento correto e adequado do registro, acolhimento, alimentação saudável, a importância da prática de exercícios físicos, tratamento de usuários tabagistas e capacitação sobre orientação das alternativas de aquisição de medicamentos da farmácia Popular/Hiperdia. As atividades de capacitação sobre os temas de saúde bucal estarão na responsabilidade da ESB. Todas as atividades de capacitação seguirão o cronograma, e serão realizadas no mesmo horário utilizado para as reuniões da equipe, com a participação de toda a equipe e o estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática.

A organização do acolhimento dos usuários na unidade será feita pela técnica de enfermagem e o enfermeiro. As consultas de acompanhamento serão agendadas ao sair do consultório médico e os usuários conhecerão a data de sua próxima consulta; os usuários que acessarem a unidade precisando pronto atendimento serão priorizados, assim como aqueles cadastrados pelos ACS nas visitas domiciliares.

O atendimento odontológico será combinado com a ESB, estabelecendo prioridade para os usuários alvos do projeto, fornecendo vagas nos dois horários de funcionamento da UBS, manhã e tarde. Além dessa ação e de acordo com as demandas, planejou-se estabelecer um dia só para atendimento destes usuários, com objetivo de fazer a primeira consulta de avaliação de saúde bucal ou que permitirá aplicar ações de saúde de acordo com as necessidades individual de cada usuário, agendando as consultas de acompanhamento para doenças periodontológicas.

Faremos contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática de Hipertensão e Diabetes solicitando apoio para a captação deles e para as demais estratégias que serão realizadas. Apresentaremos o projeto esclarecendo a importância do controle dos fatores de risco das doenças crônicas, da importância do acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, das



periodicidades das consultas, os riscos do tabagismo e álcool, promovendo, além disso, a participação comunitária nas modificações dos estilos de vida com a prática de atividade física regular.

O médico e o enfermeiro examinarão com uma frequência semanal as fichas espelhos identificando aqueles que apresentam consultas, exames laboratoriais, atendimento à saúde bucal, etc. atrasados, e as informações coletadas na ficha espelho serão preenchidas em uma planilha eletrônica. Os agentes comunitários farão busca ativa dos faltosos, ao final de cada mês, após programação das visitas em reunião de equipe.

As atividades de capacitação da equipe serão feitas pelo profissional da UBS mais preparado em cada temática, e no caso em que alguma não possa ser feita pela própria equipe, será solicitada a participação de um profissional adequado para a mesma. Por exemplo, a capacitação sobre prática de exercício físico e nutrição saudável serão realizadas por educador físico de uma escola do município, e pela nutricionista do hospital municipal, respectivamente, enquanto as atividades relacionadas à saúde bucal serão de responsabilidade da ESB.

As atividades educativas serão feitas segundo o cronograma estabelecido para a implementação do projeto, cada uma delas será responsabilidade de um profissional da equipe, segundo suas atribuições profissionais e segundo a capacitação recebida, sendo que toda a equipe estará envolvida na atividade. Os ACS farão educação em saúde durante as visitas domiciliares e farão uso das modalidades de comunicação, seja entrevista, dinâmica, informação grupal ou outra modalidade. Efetuarão aquelas atividades referentes a informação sobre riscos de DM e HAS, importância dos exames complementares, rotina de consulta e outras sinalizadas para eles. O enfermeiro e técnico de enfermagem farão aquelas atividades mais complexas, como as palestras educativas sobre hábitos saudáveis, mudanças de estilo de vida, tabagismo, saúde bucal e outras. E o médico terá a responsabilidade daquelas atividades educativas que serão feitas com a modalidade de orientação, mediante entrevista usuário-médico, que serão parte das consultas e abordarão a prática de exercício físico, tabagismo, saúde bucal, nutrição saudável, importância das consultas periódicas, fatores de riscos, os mesmo temas abordados pelo resto da equipe, mas a nível mais pessoal e orientado a cada usuário. Esta última ação vai permitir que a informação chegue a cada usuário de forma adequada tendo em consideração os diferentes níveis culturais.





### **3 Relatório da Intervenção**

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

Na semana que iniciou no dia 20 de abril de 2015 deu-se início à implementação do projeto de intervenção na UBS Gildo Ferreira da Silva, no município de Assis Brasil, estado do Acre. O mesmo teve como objetivo melhorar a atenção à saúde de usuários com HAS e DM. A intervenção estava inicialmente programada para ser desenvolvida em 16 semanas, porém teve que ser reduzida para 12 semanas, conforme orientação da coordenação do curso de especialização, devido às particularidades da turma do Programa Mais Médicos, que esteve de férias, sem acesso ao Ambiente Virtual de Aprendizagem/Moodle do curso.

Ao executar as atividades de divulgação do projeto de intervenção, o otimismo se fez presente, houve envolvimento das autoridades e a população-alvo mostrou-se muito interessada e comprometida. Quando se propôs desenvolver ações que envolviam fatores políticos, de governo e econômicos, as dificuldades apareceram. O projeto não contou com a possibilidade de oferecer a presença ou contribuição de um profissional nutricionista para orientação nutricional e um educador físico para orientar sobre a prática de exercício físico, questão que não afetou a implementação do projeto já que essas atividades foram feitas pelos profissionais da UBS. Certamente esses profissionais iriam contribuir para uma maior adesão da população ao programa, mas infelizmente o município não teve como disponibilizar estes profissionais para o apoio do projeto.

No transcurso do projeto que durou 12 semanas fizemos diversas atividades, tais como a capacitação de toda a equipe, com destaque para a forma correta de preencher as fichas espelho, sobre como fazer e interpretar o escore de Framingham, sobre medida da pressão e realização de hemoglicoteste, conversa sobre a importância e existência do programa e a importância de assistir a consulta,

capacitação do enfermeiro em nutrição saudável e prática de exercícios físicos, já que a unidade não conta com profissionais dessas áreas, e capacitação dos ACS sobre agendamento de consultas e sua periodicidade.

Realizamos atividades na comunidade, com uma técnica grupal na comunidade sobre processo da alimentação e dicas para uma boa alimentação. Nesta oportunidade a equipe fez um café da manhã, o qual motivou muito a população alvo e influenciou na adesão dos usuários ao projeto. Outra atividade de destaque foram as demonstrações de prática de exercício físico, sendo que a equipe, em parceria com o departamento de educação física da escola Irasela Cabanela, conseguiu um profissional educador físico só para efetuar uma atividade demonstrativa, em complemento à atividade realizada pelo enfermeiro da UBS. Foram realizadas ainda palestras de saúde bucal mediante atividades demonstrativas sobre técnica de escovação dos dentes, tabagismo e alcoolismo, como fatores de risco para a diabetes mellitus e hipertensão arterial.

As consultas programadas sempre prevaleceram em relação à demanda espontânea. No início da intervenção, priorizamos os usuários agendados portadores destas patologias para a realização das consultas, sendo reservadas todas as capacidades disponíveis para não ficar com atrasos segundo o cronograma.

O atendimento dos portadores de HAS e DM teve um bom transcurso nestas 12 semanas, que se mantém de forma organizada, começando com o acolhimento dos mesmos pelo técnico de enfermagem, onde são feitas todas as mensurações, após o qual começa a consulta clínica, onde o enfermeiro preenche a ficha espelho e faz o pedido dos exames naqueles casos necessários. A avaliação clínica segundo as normas do protocolo são feitas pelo médico. Logo depois o usuário vai para a consulta odontológica onde a equipe faz a primeira avaliação de saúde bucal e agenda para uma próxima consulta segundo as prioridades e a necessidade. Vale ressaltar também as buscas ativas realizadas.

Referente ao atendimento odontológico é bom sinalar o apoio da odontóloga que na última semana aceitou uma nova estratégia, de dedicar as quartas-feiras apenas para o atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos. Após a consulta, o usuário hipertenso e/ou diabético sai da UBS com a próxima consulta agendada e satisfeita pela atenção prestada.

Outras atividades importantes realizadas nestas 12 semanas foram a atualização dos cadastros de usuários hipertensos e diabéticos, que já conta com 210 e 61 usuários respectivamente. Esta atividade está muito vinculada à atualização do cadastro no SIAB e controle da farmácia, o que possibilita a renovação constante do quadro básico de medicamentos para os usuários do programa, permitindo acessibilidade ao tratamento.

Foram realizados oito encontros com grupos de usuários com HAS e DM com uma participação de 20 usuários em média. Foram desenvolvidas principalmente na UBS onde se fizeram diferentes atividades referentes à nutrição saudável, tabagismo, prática de exercícios físicos, atividades demonstrativas sobre saúde bucal entre outras, também se realizaram grupos itinerantes de saúde na zona urbana com o propósito de alcançar maior número de usuários com DM.

As fichas espelho foram verificadas semanalmente pelo médico ou enfermeiro, com inserção dos dados na Planilha de Coleta de Dados.

Como todo projeto novo em uma área de saúde é lógico que aconteçam algumas dificuldades, a primeira foi a falta de esfigmomanômetro e glicosímetro para os ACS, questão que afetou o projeto porque impediu a pesquisa de usuários com HAS ou DM no âmbito das comunidades.

A segunda dificuldade foi muito mais séria, porque repercutiria diretamente nos indicadores, e foi a falta de bioquímico no laboratório municipal, o único no município, tendo em conta que nosso hospital tem excesso de demanda. Mas mediante o gestor de saúde foi acordado com o pessoal técnico do laboratório do hospital a possibilidade do atendimento dos usuários do projeto, e esta ação de saúde foi bem realizada, pois não aconteceu atraso na realização de exames.

A terceira dificuldade foi a mudança de enfermeiro da minha equipe de saúde, que já é a terceira vez que acontece. Por esse motivo eu tive que repetir a capacitação do enfermeiro nas atividades do projeto, mas esta última dificuldade não teve muita repercussão no desenvolvimento do projeto. Cada dificuldade provocou uma nova ação de saúde que resultou em benefício para a população.

Apesar das dificuldades encontradas, alcançamos as metas propostas, todas as ações previstas foram desenvolvidas segundo o planejado no cronograma com o apoio incondicional dos ACS que, de uma forma ou outra, tornaram possível a participação ativa dos usuários em todas as atividades desempenhadas durante a intervenção. Continuamos com o trabalho dia a dia para incorporar novos usuários

para que participem de maneira contínua e assim melhorar a qualidade de vida da comunidade e dos usuários alvo. Foi um trabalho verdadeiramente em equipe que contou com o apoio incondicional das autoridades de saúde e do governo do município.

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

Todas as atividades destas 12 semanas foram cumpridas integralmente, segundo o cronograma.

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

Não apresentamos dificuldades na coleta e sistematização dos dados.

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

As ações implementadas já se encontram incorporadas à rotina do serviço, partindo da problemática encontrada na análise situacional de saúde e da experiência adquirida nesta etapa da intervenção. A intervenção realmente foi positiva e desde o começo foi um projeto abordado com entusiasmo, sentindo-se a equipe mais comprometida com seu trabalho pelos resultados alcançados nestas 12 semanas de trabalho. Portanto, continuaremos realizando as atividades com a mesma dedicação, mesmo após do curso, o que tornará possível alcançar outros resultados positivos.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

Os resultados aqui apresentados foram alcançados durante a implementação do projeto de intervenção na UBS Gildo Ferreira da Silva, pertencente ao município Assis Brasil, estado do Acre, nos meses de abril a julho de 2015, com objetivo de melhorar a atenção à saúde aos usuários com HAS e DM.

Nossa área de abrangência possui uma população total de 1.999 pessoas, com uma estimativa de 352 usuários com HAS e 101 usuários com DM de 20 anos ou mais. A área de abrangência está distribuída em seis assentamentos populacionais, sendo que cinco localizam-se na região rural, fato que dificultava a adesão dos usuários às ações na UBS.

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

**Meta 1.1. Cadastrar 80% 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.**

**Meta 1.2. Cadastrar 80% 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 aos diabéticos na unidade de saúde.**

Ao final das 12 semanas de intervenção, a UBS tinha cadastrado no programa 210 usuários portadores de HAS e 60 usuários portadores de DM, o que



representa cobertura de 59,7% e 59,4%, respectivamente. A meta de 80% não foi alcançada, mas a cobertura cresceu consideravelmente.

No primeiro mês de trabalho os resultados não foram tão animadores, pois apenas alcançamos o cadastro de 12,2% dos usuários com HAS (43) e 28,7% de usuários com DM (29), em função da falta de adesão dos usuários ao projeto. Nas quatro semanas seguintes a equipe implementou as atividades correspondentes ao cronograma e desenvolveu algumas ações não planejadas com o objetivo de melhorar a cobertura e o resultado foi positivo. Começou a aumentar a livre demanda e com ela a cobertura. No segundo mês a UBS alcançou uma cobertura de atendimento ao usuário com HAS de 27% (95) e de 42,6% de usuários com DM (43). No terceiro mês houve mais desempenho da equipe que colocou como objetivo a meta de cadastrar 25 usuários/dia, alcançando no terceiro mês uma cobertura de 59,7% entre os hipertensos e 59,4% entre os diabéticos (Figura 1 e Figura 2).

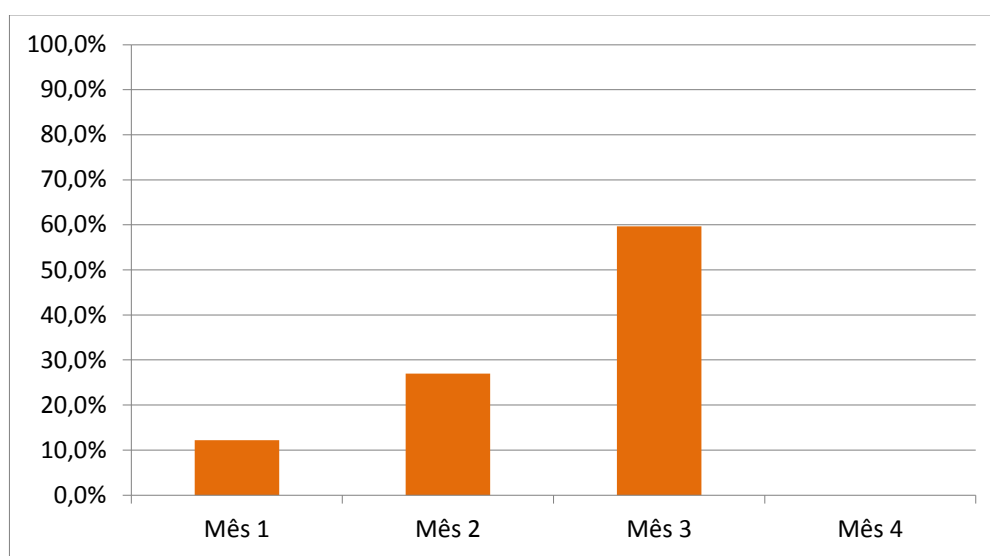


Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Gildo Ferreira da Silva, Assis Brasil-AC, 2015.

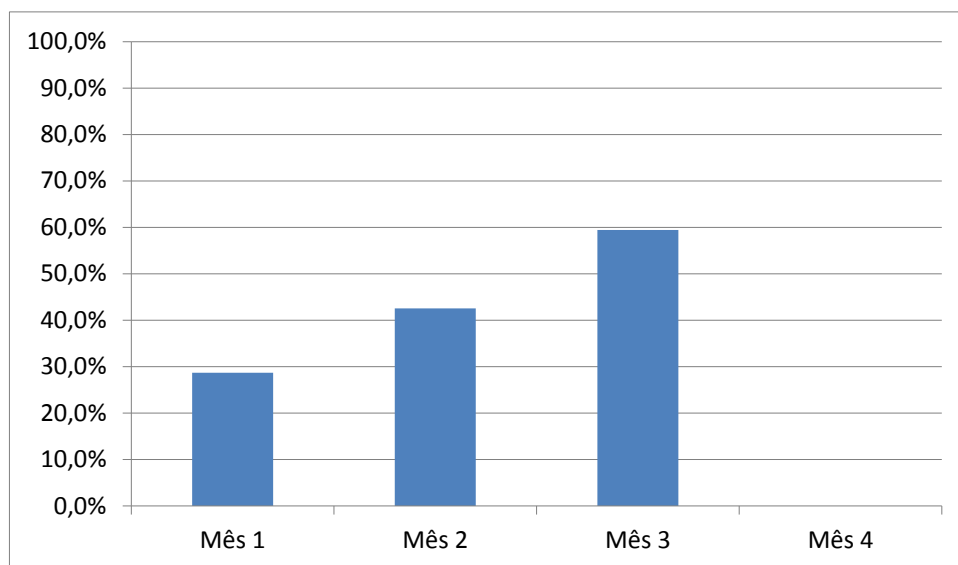


Figura 2: Coberturas do programa de atenção ao diabético na UBS Gildo Ferreira da Silva, Assis Brasil-AC, 2015.

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

**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.**

**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.**

O comportamento desse indicador não apresentou grandes problemas, pois desde o início mostrava uma cobertura bastante boa, apenas a equipe precisava trabalhar com o objetivo de alcançar a meta proposta. No primeiro mês a proporção de usuários hipertensos e diabéticos com exame clínico em dia foi de 60,5% (26) e 65,5% (19) respectivamente, no mês seguinte, graças ao trabalho dos ACS e do resto da equipe de saúde, a adesão dos usuários e a procura de consulta de reavaliação foi grande, o que permitiu neste indicador um aumento quase proporcional para ambas as doenças, alcançando uma cobertura de 87,4% (83) para os usuários com hipertensão e de 86% (37) para os usuários diabéticos, chegando ao terceiro mês a 100% de proporção de usuários hipertensos e diabéticos com exames clínicos em dia, num total de 210 usuários com HAS e 60 usuários com DM (Figura 3 e Figura 4).

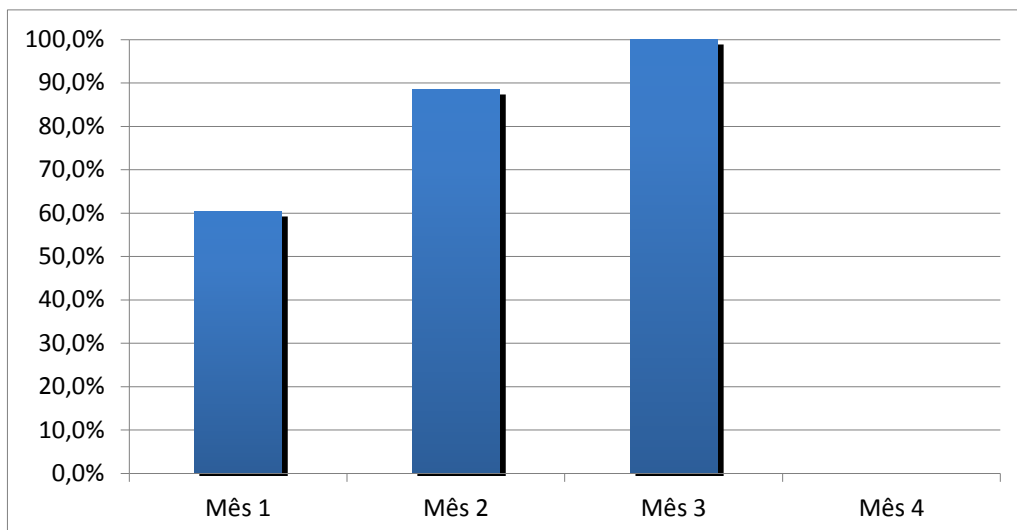


Figura 3: Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Gildo Ferreira da Silva, Assis Brasil-AC, 2015.

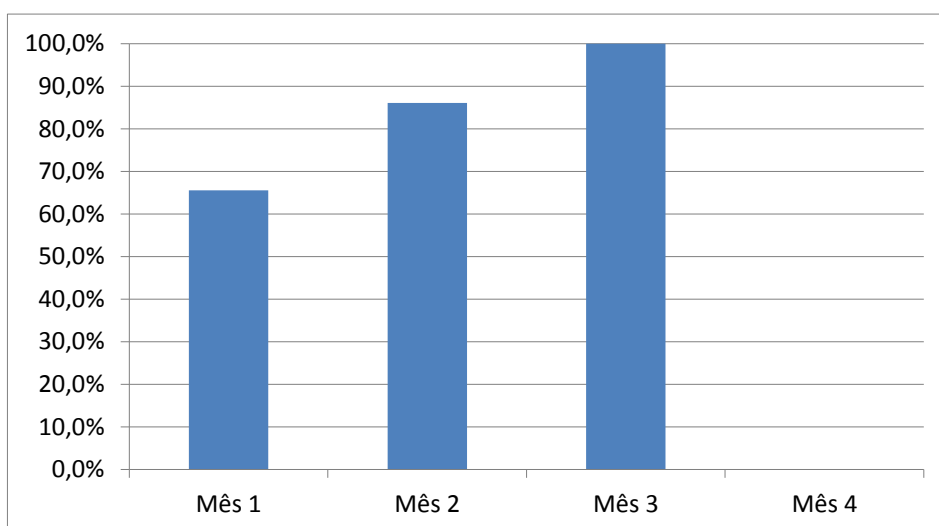


Figura 4: Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Gildo Ferreira da Silva, Assis Brasil, AC-2015.

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

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

Este indicador teria resultados muito ruins, devido a falta de um bioquímico no laboratório, mas no meio da intervenção a situação que foi discutida em equipe e com o gestor de saúde, que deu como solução estabelecer um convênio com o laboratório do hospital municipal.

No primeiro mês a UBS mostrou uma cobertura de exames em dia para usuários portadores de HAS de 60,5% (26), e no segundo mês houve um aumento pouco significativo, elevando para 73,7% (70). Foi neste mês que a equipe tomou a iniciativa de buscar parceria com o laboratório clínico do hospital municipal. Assim, no terceiro mês os resultados foram mais satisfatórios, pois alcançamos 88,6% (186) ao fim da intervenção (Figura 5).

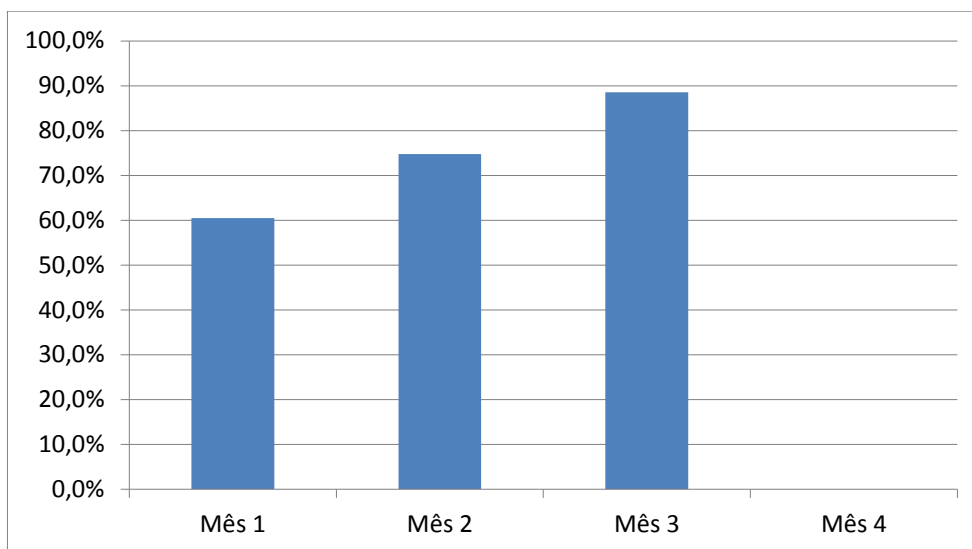


Figura 5: Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Gildo Ferreira da Silva, Assis Brasil-AC, 2015.

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

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

O comportamento deste indicador para usuários diabéticos foi semelhante ao comportamento entre os usuários com HAS. No primeiro mês a cobertura foi de 65,5% (19), no segundo mês houve um aumento para 81,4%, o que representa um total de 35 usuários, e no terceiro mês, depois das medidas implementadas e melhora da adesão dos usuários, este indicador atingiu 98,3%, que corresponde a 59 usuários (Figura 6).

Nos dois indicadores não se alcançou 100% porque no momento de conclusão da intervenção, a unidade de saúde esteve quase duas semanas sem funcionar pelos dias festivos do carnaval fora de época e pela participação de toda a equipe de saúde no curso de capacitação da nova estratégia de reorganização do

Sistema Único de Saúde (SUS), motivos que impossibilitaram reavaliação dos últimos usuários incluídos no projeto.

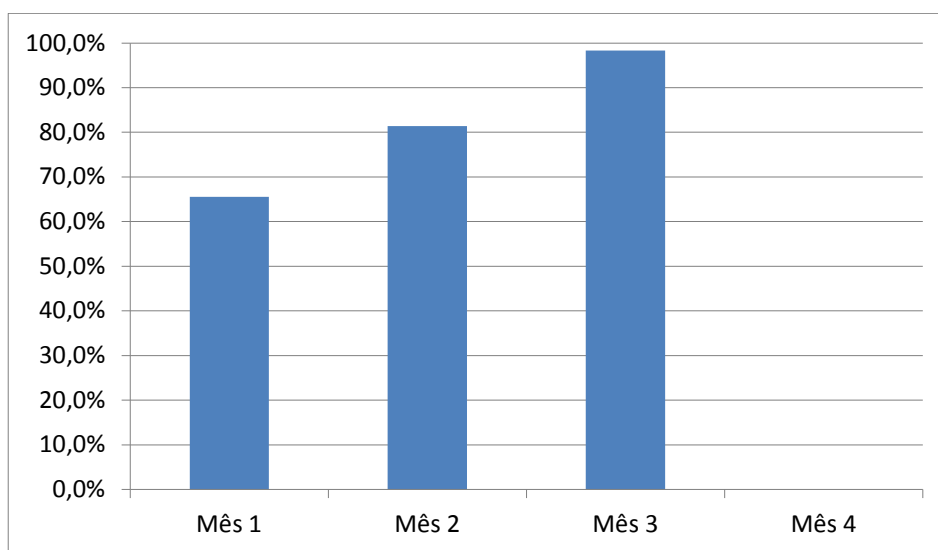


Figura 6: Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Gildo Ferreira da Silva, Assis Brasil-AC, 2015.

**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.**

No indicador de proporção de usuários hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia Popular/Hiperdia, os resultados durante o primeiro e segundo mês foram de 100%, pois entre os 41 usuários do primeiro mês que usavam medicamentos, e os 93 do segundo mês, todos tinham prescrição de medicamentos da farmácia Popular/Hiperdia. Na conclusão da intervenção no terceiro mês, dos 197 usuários que usavam medicamentos, 196 estavam com prescrição de medicamentos da farmácia Popular/Hiperdia, representando 99,5% (Figura 7). Somente um usuário não tem tratamento com os medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia porque faz uso de drogas associadas, prescritas pelo cardiologista.

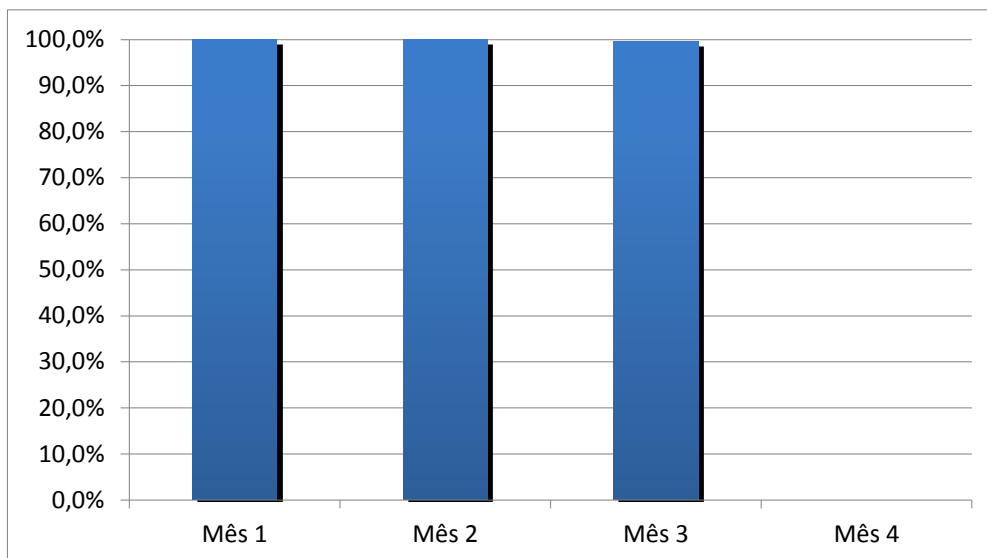


Figura 7: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Gildo Ferreira da Silva, Assis Brasil-AC, 2015.

**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.**

Este indicador para os usuários diabéticos comportou-se de igual forma nos primeiros dois meses, com uma cobertura de 100%, sendo que entre os 28 usuários do primeiro mês que usavam medicamentos, e os 42 do segundo mês, todos tinham prescrição de medicamentos da farmácia Popular/Hiperdia. Já no terceiro mês alcançou-se 98,3%, pois dos 59 que usavam medicamentos, 58 possuíam prescrição de medicamentos da farmácia Popular/Hiperdia. Isso deu porque dos 59 usuários que precisam de tratamento farmacológico, um deles tem tratamento com drogas não oferecidas nas farmácias populares (Figura 8).

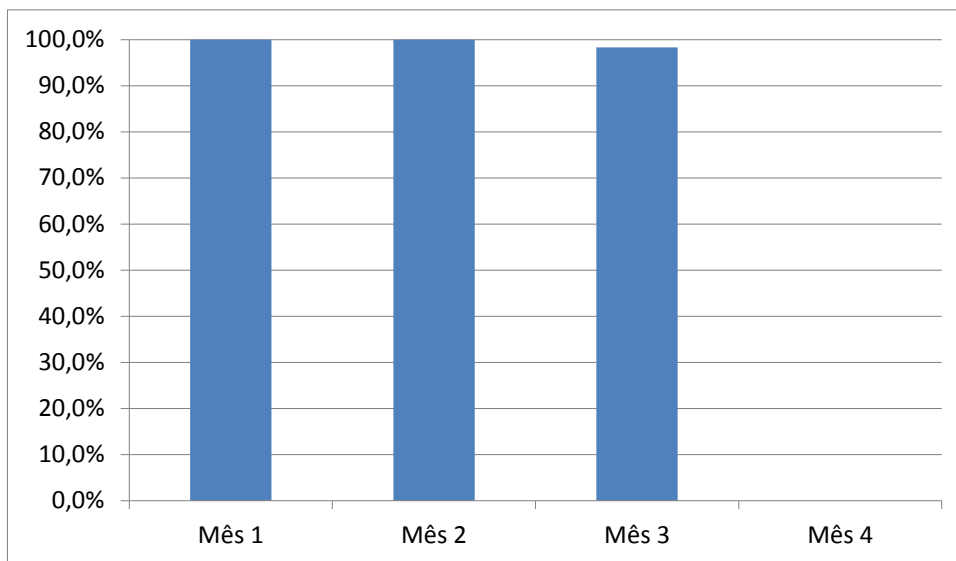


Figura 8: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Gildo Ferreira da Silva, Assis Brasil-AC, 2015.

**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.**

No primeiro mês, dos 43 usuários hipertensos avaliados, apenas 42 receberam a consulta de avaliação da necessidade de atendimento odontológico, representando 97,7%. No segundo mês o comportamento foi similar, com 93 hipertensos avaliados quanto a necessidade de atendimento odontológico, que equivale a 97,9%. E no terceiro mês, os 210 hipertensos cadastrados foram avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico, alcançando 100% (Figura 9).

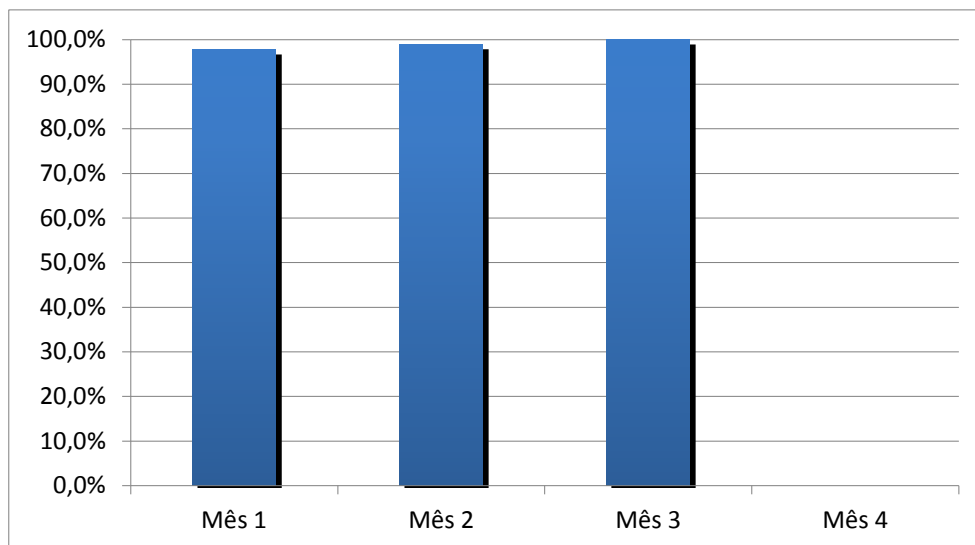


Figura 9: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Gildo Ferreira da Silva, Assis Brasil-AC, 2015.

**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.**

Entre os usuários diabéticos, o indicador manteve-se em 100% nos três meses de intervenção. No primeiro mês foram avaliados 29 usuários, no segundo mês foram avaliados 43 usuários, e no terceiro mês, 60. A diferença entre o comportamento neste indicador não se deve a nenhuma estratégia específica, é um resultado aleatório.

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

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

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

Durante os três meses de intervenção, 100% dos usuários faltosos foram buscados, sendo a meta alcançada. Foram 25 no primeiro mês, 86 no segundo, e 162 no terceiro mês. Isso foi possível graças ao acompanhamento dos faltosos e do intenso trabalho dos ACS, para assim não contar com atrasos significativos.



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

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

Durante os três meses de intervenção, 100% dos usuários faltosos foram buscados, sendo a meta alcançada. Foram 21 no primeiro mês, 39 no segundo, e 52 no terceiro mês. Isso foi possível graças ao acompanhamento dos faltosos e do intenso trabalho dos ACS, para assim não contar com atrasos significativos.

**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.**

Todos os usuários hipertensos tiveram o registro adequado em ficha espelho, nos três meses de intervenção. Foram 43 no primeiro mês, 95 no segundo, e 210 no terceiro mês. Isso foi possível devido ao trabalho de capacitação da equipe para registro adequado, e a inserção dessa ação como rotina diária nos atendimentos.

**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.**

Todos os usuários hipertensos tiveram o registro adequado em ficha espelho, nos três meses de intervenção. Foram 29 no primeiro mês, 43 no segundo, e 60 no terceiro mês. Isso foi possível devido ao trabalho de capacitação da equipe para registro adequado, e a inserção dessa ação como rotina diária nos atendimentos.

**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.**

No primeiro mês apenas 41 usuários hipertensos foram avaliados quanto ao risco cardiovascular, o que representa 95,3% dos 43 cadastrados. No segundo mês

foram avaliados 93 usuários hipertensos, entre os 95 cadastrados, que equivale a 97,9%. Apenas no terceiro mês alcançamos 100%, sendo que os 210 cadastrados foram avaliados quanto ao risco cardiovascular (Figura 10).

Nos primeiros meses não se alcançou 100% dos usuários hipertensos com avaliação de risco cardiovascular, devido à dificuldade com o retorno dos resultados dos exames complementares como colesterol e colesterol total que são indispensáveis para a avaliação. Já no terceiro mês, tomaram-se algumas providências, sabendo que o projeto concluiria em uma etapa difícil quanto ao funcionamento da UBS, devido às festas populares. Solicitou-se que os ACS informassem a cada usuário que fosse pela primeira vez na consulta, que levasse os exames complementares feitos (pelo menos colesterol total e colesterol HDL que são contemplados no escore de Framingham). Graças a essa iniciativa, o indicador terminou na semana 12 com 100%.

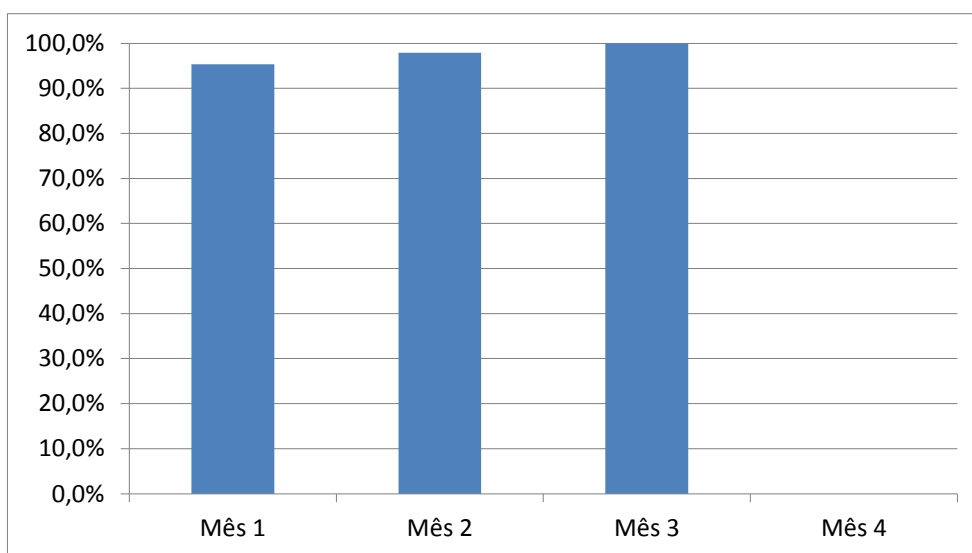


Figura 10: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Gildo Ferreira da Silva, Assis Brasil-AC, 2015.

**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.**

No primeiro mês apenas 27 usuários diabéticos foram avaliados quanto ao risco cardiovascular, o que representa 93,1% dos 29 cadastrados. No segundo mês foram avaliados 41 usuários diabéticos, entre os 43 cadastrados, que equivale a 95,3%. Apenas no terceiro mês alcançamos 100%, sendo que os 60 cadastrados

foram avaliados quanto ao risco cardiovascular (Figura 11). Os motivos que influenciaram foram relatados no indicador anterior.

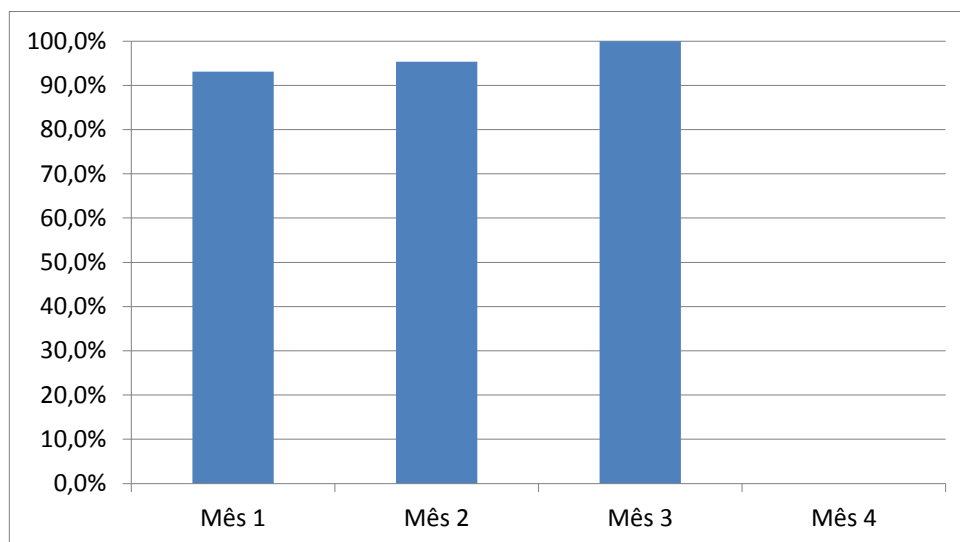


Figura 11: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínica em dia na UBS Gildo Ferreira da Silva, Assis Brasil-AC, 2015.

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

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

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

**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.**

A partir do objetivo seis o cumprimento das metas foi mais organizado, isso porque só requeria dar seguimento aos protocolos de atendimento para os usuários hipertensos e diabéticos em cada consulta. Quanto as orientações nutricionais, além das palestras feitas em cada consulta, eram orientadas as formas corretas de alimentação para os usuários. No caso de usuários hipertensos foram orientados sobre nutrição saudável 43, 95 e 210 usuários respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês, o que representou 100% dos usuários, sendo a meta alcançada.

No caso dos usuários diabéticos foram orientados 29 usuários no primeiro mês, 43 usuários no segundo mês e 60 usuários no terceiro mês, representando 100%, sendo a meta também alcançada.

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

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

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

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

O cumprimento quanto a orientação da prática de atividade física regular como método para manter uma boa qualidade de vida e de diminuir as probabilidades de descontrole das doenças, alcançou 100% neste indicador, nos três meses de intervenção. Entre os hipertensos, foram 43 no primeiro mês, 95 no segundo, e 210 no terceiro mês. Entre os diabéticos, foram 29 no primeiro mês, 43 no segundo, e 60 no terceiro mês.

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

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

**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.**

O comportamento deste indicador foi ótimo, já que em cada consulta se utilizou o método demonstrativo para orientar aos usuários sobre os prejuízos para a saúde deste hábito, o mesmo foi feito através da conversa e de exemplos da vida real. No final não era mais que cumprir com os princípios de promoção e prevenção de saúde. O comportamento mensal deste indicador foi de 100% para ambas os agravos, sendo 43 no primeiro mês, 95 no segundo, e 210 no terceiro mês, entre os

hipertensos, e 29 no primeiro mês, 43 no segundo, e 60 no terceiro mês, entre os diabéticos.

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

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

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

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

Neste aspecto foram realizadas atividades demonstrativas, palestras, conversas e outras atividades de saúde coletiva relacionadas com a saúde bucal. Além dessas atividades em cada consulta, o usuário foi orientado quanto às medidas para manter uma saúde bucal ótima, por isso neste indicador o comportamento foi 100% em cada mês de intervenção. Entre os hipertensos, foram orientados, 43 no primeiro mês, 95 no segundo, e 210 no terceiro mês. Entre os diabéticos, foram 29 no primeiro mês, 43 no segundo, e 60 no terceiro mês.

## **4.2 Discussão**

A intervenção na UBS Gildo Ferreira da Silva, que objetivou melhorar a atenção à saúde de usuários com HAS e DM, propiciou a ampliação da cobertura da atenção, a melhoria dos registros e da qualidade da atenção, destacando-se principalmente a reorganização dos serviços com a implantação das consultas prioritizadas para os usuários com HAS e DM, a disponibilidade de atendimento odontológico para esses usuários, e o mais relevante foi alcançar um índice de adesão da comunidade aos serviços de saúde, o que permite hoje falar de integralidade da atenção.

No início da intervenção, foi necessário como primeiro passo a união da equipe de saúde com objetivo de alcançar a integralidade do mesmo já que era vital a participação de cada funcionário. O segundo passo foi realizar a capacitação de todo o pessoal envolvido no projeto que foi feita de forma continuada, baseando-se

nas recomendações do Ministério da Saúde relativas ao protocolo de atendimento (rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da HAS e DM).

A partir destas primeiras ações de saúde é que o projeto se tornou um instrumento não só de benefício para a comunidade, mas também para a equipe de saúde que ganhou em organização, conhecimentos e habilidades nas técnicas de acolhimento, cadastro e tratamento desses usuários.

Antes da intervenção as atividades de atenção aos usuários com HAS e DM eram apenas de responsabilidade do médico, e não tínhamos controle ou registro nenhum sobre usuários faltosos ou sobre a totalidade do cadastro. Um exemplo era que a UBS só tinha cadastrado 96 usuários com HAS e 34 com DM. Com o início da intervenção a equipe teve que se unir e cada um dos profissionais trabalhar em suas atribuições para conseguir o aumento da cobertura e melhoria da atenção. A melhoria dos registros foi evidente e viabilizou a busca ativa e o agendamento dos usuários alvos do projeto.

Hoje o serviço na UBS oferece uma melhor qualidade da consulta no atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos graças a toda organização que a intervenção gerou, prova disso é o aumento na cobertura, a existência de um melhor registro, a disponibilidade do quadro básico dos medicamentos. Enfim, a maior importância para o serviço é que o mesmo está bem organizado, com as ações bem definidas, e com um objetivo específico que é trabalhar com propósito de oferecer um alto grau de satisfação para a população.

O impacto na comunidade foi evidente já após a primeira semana da intervenção, já que se notava o interesse da mesma sempre perguntando sobre o projeto e seus objetivos e quais atividades seriam realizadas. Aumentou a educação em saúde e os conhecimentos da comunidade sobre hipertensão arterial e diabetes mellitus. Além disso, demonstraram muita satisfação com a implantação do atendimento odontológico priorizado e com o interesse da equipe com sua saúde e seus problemas, melhorou o acolhimento dos usuários, melhorou a relação equipe-comunidade, facilitou o intercâmbio de ideias, experiências e conhecimentos com os grupos de hipertensos e diabéticos e permitiu a realização das atividades educativas com a comunidade, gerando em cada uma destas, uma melhor qualidade de vida da população.

Caso a intervenção fosse realizada hoje acho que dedicaria mais tempo a promoção da mesma já que isso ajudaria a envolver mais a comunidade. Outro

aspecto de vital importância seria assegurar a logística, que em meu caso originou algumas dificuldades pela falta de recursos materiais, sendo que não iniciaria um projeto sem a totalidade desses recursos, que as vezes não impedem o desenvolvimento, mas afetam a qualidade, e por último faria mais atividades coletivas, que são as que na realidade incentivam e comprometem tanto os usuários como as autoridades de saúde e do governo.

A intervenção já foi incorporada a rotina do serviço, seguindo os protocolos de atendimento. Ainda falta melhorar alguns aspectos como aumentar a periodicidade das consultas para aqueles usuários com risco cardiovascular, estabelecer um sistema de visita domiciliar para o acompanhamento dos usuários que apresentem descontrole de suas doenças, e, por último, uma ideia que já estamos desenvolvendo depois de conhecer a falta de conhecimentos de saúde que tem a população, que é a implantação de um espaço para a prática de saúde coletiva com usuários diabéticos e hipertensos só para tratar temas relacionados com os cuidados dessas doenças. Essa ação de saúde está sendo chamada de *Pacientes amigos de sua doença*.

O próximo passo é continuar com o projeto até alcançar 100% do cadastro dos usuários com HAS e DM, o que oferecerá a oportunidade de estender o projeto àquelas comunidades que se encontram em zonas de difícil acesso, e em uma segunda etapa ampliar a cobertura de atendimento para outras doenças crônico-degenerativas que impliquem na situação de saúde em nossa área de abrangência.

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

Prezado Gestor Municipal,

Sou Abel Jesus, médico da UBS Gildo Ferreira da Silva e venho falar sobre o projeto de intervenção desenvolvido na referida Unidade, que teve como objetivo geral melhorar a atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes Mellitus (DM). A intervenção foi desenvolvida em 12 semanas, entre os meses de abril e julho de 2015, colocando em prática uma série de ações de saúde que permitiu aumentar a cobertura de atendimento e melhorar os indicadores de saúde de nossa comunidade. Colaborou para o sucesso a participação da equipe de saúde junto com as autoridades de governo e de saúde do município e com a participação ativa da comunidade.

A HAS e o DM encontram-se entre as primeiras causas de morbimortalidade dos países desenvolvidos e são fatores desencadeantes de outras doenças que provocam incapacidade ao indivíduo e que ao mesmo tempo descontrolam a funcionalidade da família, provocando crises de desorganização no âmbito familiar, doenças como insuficiência renal, retinopias diabéticas, acidentes cerebrovasculares, incapacidades locomotoras por amputação de membros e outras incapacidades causadas que também influem na qualidade de vida populacional e a sua vez medem a qualidade do sistema de saúde. A atenção à saúde dos usuários com essas doenças constitui-se em uma das ações programáticas importantes no contexto da atenção primária à saúde.

A escolha de trabalhar com usuários de HAS e DM deve-se em primeiro lugar à situação que apresentava a UBS Gildo Ferreira da Silva quanto ao cadastro e cobertura de atendimento para este grupo de usuários as quais eram insuficientes. Logo ao fazer a análise situacional da UBS observamos a falta de organização do



serviço, e subregistro desses usuários, com cadastro de apenas 96 usuários com HAS e 34 com DM.

A seguir, apresentamos a continuação uma tabela comparativa entre a situação de saúde da UBS antes e depois da intervenção. Os índices de cobertura mostram uma grande diferença entre a situação inicial e a realidade hoje, depois da implementação do projeto.

Indicadores	HAS antes do projeto	DM antes do projeto	HAS atual	DM atual
Cobertura	37%	46%	59,7%	59,4%
Exame clínico em dia	100%	71%	100%	100%
Avaliação de risco CV	100%	71%	100%	100%
Exame complementares em dia	63%	41%	88,6%	98,3%
Avaliação de saúde bucal	50%	35%	100%	100%
Atraso da consulta agendada em mais de 7 dias	38%	71%	0%	0%
Orientação nutricional e pratica de exercícios físicos	100%	71%	100%	100%

A implementação do projeto assegurou que hoje a UBS apresente indicadores relevantes. Mesmo não sendo alcançada a meta de cobertura traçada de 80%, a equipe de saúde conseguiu ampliar a cobertura para 59,7% para HAS (210 usuários) e 59,4% para DM (60 usuários).

Para a implementação deste projeto foi necessário a elaboração de um cronograma de atividades que começou com a divulgação do mesmo onde os ACS exerciam um papel fundamental junto a participação dos líderes da comunidade nas ações de saúde. Foram realizados oito encontros com grupos de usuários com HAS e DM com uma participação de 20 usuários em média. Foram desenvolvidas principalmente na UBS onde se fizeram diferentes atividades referentes à nutrição saudável, tabagismo, prática de exercícios físicos, atividades demonstrativas sobre

saúde bucal entre outras, também se realizaram grupos itinerantes de saúde na zona urbana com o propósito de alcançar maior número de usuários com DM.

Dentro das atividades mais importantes neste projeto, destacamos as capacitações feitas para a equipe de saúde, o que permitiu um melhor conhecimento sobre o atendimento desses usuários, fornecendo a base para um serviço de ótima qualidade, gerando mais humanização no atendimento.

Durante intervenção foram avaliados um total de 270 usuários para um total de 540 consultas, estabelecendo um ritmo ostensível sem afetar os demais serviços e oferecendo para os usuários um espaço priorizado, incluindo o serviço de odontologia, onde se estabeleceu um dia com os dois turnos de trabalho só para usuários alvos do projeto. Outro dado importante refere-se aos medicamentos que hoje tem uma maior estabilidade na farmácia devido a um melhor registro e cadastro dos usuários favorecendo a disponibilidade qual seja mais próxima da realidade da área de saúde, mais de 95% dos usuários têm tratamento com remédios da farmácia Popular/Hiperdia.

Portanto, consideramos que o trabalho realizado foi de grande importância para a equipe, pois permitiu à mesma ampliar os conhecimentos, trocar ideias e experiências qualificando o trabalho, além de aumentar a integração entre os membros.

Foi também de grande importância para o serviço, pois melhorou o acolhimento e a qualidade de atenção dispensada aos usuários hipertensos e/ou diabéticos da comunidade. Além disso, possibilitou uma melhor organização dos prontuários e registros em fichas de acompanhamento dos usuários bem como promoveu a implantação de um arquivo específico (ficha espelho) para monitoramento destes.

Sendo também de muita importância para a comunidade, pois primeiramente melhorou o acolhimento aos usuários hipertensos e diabéticos, melhorou a relação equipe-comunidade, facilitou a troca de ideias, experiências e conhecimentos com os grupos de hipertensos e diabéticos e permitiu a realização das atividades educativas junto à comunidade promovendo melhoria quanto à qualidade de vida desta população.

As ações que foram desenvolvidas durante a intervenção já se encontram incorporadas à rotina do serviço. Continuaremos com o trabalho dia a dia para incorporar novos usuários e acompanhá-los de forma contínua. Esperamos

continuar com o apoio da gestão para intervenções futuras que pretendemos implementar na unidade tomando este projeto como exemplo a fim de continuar melhorando a saúde da população pertencente à área de abrangência da UBS Gildo Ferreira da Silva.

Atenciosamente,

Equipe de saúde da UBS Gildo Ferreira da Silva.

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

Prezada comunidade,

Sou Abel Jesus, médico da UBS Gildo Ferreira da Silva e venho falar sobre o projeto de intervenção desenvolvido na referida Unidade, que teve como objetivo geral melhorar a atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes Mellitus (DM). A intervenção foi desenvolvida em 12 semanas, entre os meses de abril e julho de 2015, colocando em prática uma série de ações de saúde que permitiu aumentar a cobertura de atendimento e melhorar os indicadores de saúde de nossa comunidade. Colaborou para o sucesso a participação da equipe de saúde junto com as autoridades de governo e de saúde do município e com a participação ativa da comunidade. Com o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foi possível que todos vocês tomassem conhecimento acerca das ações que estavam previstas para serem realizadas durante o projeto de intervenção.

Elaboramos um cronograma para ser seguido. Para poder fornecer um atendimento de qualidade a vocês, foram realizadas capacitações, com a participação ativa de todos os ACS e funcionários da UBS, realizando conversas sobre temas como HAS, DM, funcionamento do programa e definição das atribuições de cada membro da equipe. Com ajuda dos ACS identificamos os usuários que fariam parte da intervenção a ser desenvolvida e para uma melhor organização do serviço todas as fichas espelho foram organizadas por semanas de atendimento, identificando aos usuários hipertensos e diabéticos. Desta forma, o trabalho foi facilitado no momento da busca da ficha espelho para a consulta.

No transcurso do projeto foram realizadas várias visitas domiciliares com objetivo de procurar aqueles usuários faltosos ou aqueles que faziam acompanhamento em outra unidade de saúde, mais seu objetivo fundamental foi

facilitar a acessibilidade ao projeto aqueles usuários que pelas condições físicas não poderiam assistir as consultas na UBS, nesta situação a UBS tem 4 usuários que mediante o projeto já recebem sua consulta, medicamentos e orientações, de forma rotineira e periódica na sua casa, sem a necessidade de que eles tenham que se movimentar para a unidade de saúde.

Durante o projeto foram realizados oito encontros com grupos de usuários adolescentes de HAS e DM com uma média de participação de 20 usuários oferecendo palestras de nutrição saudável, prática de exercícios físicos, saúde bucal, tabagismo e outras não menos importantes.

Vocês têm conhecimentos da falta de profissionais capacitados no município que eram necessários para muitas destas atividades, e é muito importante que a comunidade saiba que para implementar a intervenção foi preciso capacitar a equipe de saúde quanto a temas de nutrição e prática de exercício físico para diabéticos e hipertensos. Outra dificuldade foi a ausência de bioquímico no laboratório municipal, mas graças ao acordo feito pela equipe da UBS junto à gestão municipal e a gestão do hospital, foi possível disponibilizar acesso aos exames laboratoriais.

Acho interessante ressaltar que antes da intervenção existia na UBS um predomínio da demanda espontânea de adultos, tanto de hipertensos como de diabéticos para atendimento, não existindo uma adequada organização do serviço, sendo este modificado e reorganizado durante a intervenção, através da programação das consultas agendadas, tanto clínicas como odontológicas, além das visitas domiciliares e atividades educativas. Atualmente estamos dando continuidade a esta programação de consultas e atividades de forma organizada e contínua, oferecendo uma melhor qualidade de atenção de todos os usuários.

A situação inicial da UBS quanto à cobertura de atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos era insuficiente e inadequada. O cadastro inicial era de 96 usuários com HAS e 34 usuários com DM apenas, sendo que a maioria não tinha consulta e exames em dia, a saúde bucal não era valorizada e o atendimento era desorganizado. Hoje, depois da intervenção a UBS tem cadastrados 210 usuários hipertensos e 60 usuários diabéticos, com disponibilidade de avaliação de saúde bucal, orientação de prática de exercícios físicos, alimentação saudável, prejuízos do tabagismo, exames em dia e avaliação de risco cardiovascular.

Dessa forma, podemos dizer que hoje temos 201 hipertensos e 60 diabéticos em nossa comunidade com menos riscos de complicação ou morte por

causa dessas doenças, melhor atendimento médico, e maior acessibilidade aos remédios. Hoje a UBS Gildo Ferreira da Silva oferece um melhor serviço, onde se cumprem os princípios mais importantes do SUS.

Com certeza a intervenção propiciou à comunidade ganho quanto à melhoria do acolhimento, da qualidade na atenção médica, e no controle da HAS e DM. A relação equipe-comunidade melhorou, facilitou a troca de ideias, experiências e conhecimentos com os grupos de hipertensos e diabéticos e permitiu a realização das atividades educativas junto à comunidade, promovendo melhoria quanto à qualidade de vida para todos.

As ações que foram desenvolvidas durante a intervenção já se encontram incorporadas à rotina do serviço. Continuaremos com o trabalho no dia a dia objetivando alcançar novos usuários para que possam ser acompanhados de forma contínua. Esperamos que com as atividades já realizadas até o momento possamos motivar e entusiasmar a todos vocês, membros da comunidade, e possamos contar com a participação de cada um nas atividades que continuarão sendo desenvolvidas na unidade. A equipe aguarda o comparecimento de todos ao serviço a fim de oferecer um suporte especializado quanto ao cuidado para a saúde de cada um.

Atenciosamente,

Equipe de saúde da UBS Gildo Ferreira da Silva.

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

No início do curso na semana de ambientação eu escrevi a seguinte perspectiva em relação ao curso:

“Minha expectativa em relação ao curso é tornar-me um especialista em Saúde da Família, para que com meus conhecimentos adquiridos possa ajudar a população e conseqüentemente melhorar os indicadores de saúde. Adequar-me aos protocolos de saúde do Brasil para que assim possa ajudar e trabalhar os níveis de promoção, proteção, recuperação e reabilitação em minha comunidade de atuação, para que dessa maneira possa atingir os níveis de saúde, melhorar a qualidade de vida das pessoas, e assim saber atuar de forma eficaz no processo saúde-doença e atuar preparado frente a um diagnóstico e possível tratamento”.

No momento em que escrevi essa expectativa eu estava muito longe da realidade de saúde da minha área de saúde, portanto nem imaginava que o curso ofereceria para mim a possibilidade de colocar em prática as experiências adquiridas nele. Semana pós semana fui conhecendo minha área através da análise situacional fornecida pelo curso a qual me permitiu conhecer mais sobre a problemática de saúde de minha UBS, oferecendo a oportunidade de cumprir com minha expectativa de tornar-me melhor profissional da saúde e implementar ações para melhorar os indicadores em minha área de abrangência. Tudo foi possível mediante a implementação do projeto de intervenção, ferramenta que veio fazer em minha formação profissional uma mudança no pensamento da prática médica na área da saúde da família.

Posso dizer que o curso marcou uma diferença do pensamento médico na prática da medicina da família. O curso atendeu minhas expectativas e ofereceu novos conhecimentos sobre como fazer saúde com poucos recursos, implementando ações de saúde que tenham impacto social, orientados pela integração da equipe de saúde e o cumprimento dos protocolos do SUS.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus.** Cadernos de Atenção Básica, n. 36. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013A.

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

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010.** 2010. [Internet]. Disponível em <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=120005&search=ac-re|assis-brasil>>. Acessado em 16 out 2014.



## **Anexos**

## Anexo A - Documento do comitê de ética



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

---

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

Ilma Sr<sup>a</sup>  
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



