

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma9**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção a saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes do  
Módulo 04 da UBS Osvaldo Cruz do município de Parnaíba/PI**

**Felix Carlos Duenas Bravo**

**Pelotas, 2016**

**Felix Carlos Duenas Bravo**

**Melhoria da atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes do  
Módulo 04 da UBS Osvaldo Cruz do município Parnaíba/PI**

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: Alexandra da Rosa Martins

Pelotas, 2016

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

B826m Bravo, Felix Carlos Dueñas

Melhoria da Atenção à Saúde das Pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes do Módulo 04 da UBS Osvaldo Cruz do Município Parnaíba/PI / Felix Carlos Dueñas Bravo; Alexandra da Rosa Martins, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

81 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Martins, Alexandra da Rosa, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a minha filha Maria Felix,  
meu motivo de viver.

## **Agradecimentos**

À Deus que me deu saúde e a possibilidade de realizar este trabalho.

À minha família pela força fornecida durante esses meses.

Aos meus amigos, a equipe do Módulo 04 UBS Osvaldo Cruz e comunidade participante.

Ao programa Mais Médicos, por me proporcionar a oportunidade de trabalhar para o maravilhoso povo Brasileiro.

À minha orientadora Alexandra da Rosa Martins, que sem sua ajuda não teria concretizado meus esforços.

## Resumo

BRAVO, Carlos Felix Duenas. **Melhoria da atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes do Módulo 04 da UBS Osvaldo Cruz, Parnaíba/PI.** 2016. 81f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

As principais causas de morbimortalidade na população brasileira constituem as doenças cardiovasculares, sendo a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus reconhecidas como os principais fatores de risco para essas doenças. Este trabalho teve como objetivo melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes do Módulo 04 da UBS Osvaldo Cruz. A intervenção foi realizada durante 12 semanas e teve ações contempladas em quatro eixos pedagógicos: organização e gestão dos serviços, qualificação da prática clínica, engajamento público e monitoramento e avaliação. Os dados foram coletados com ajuda da planilha de coleta de dados fornecida pelo curso e um caderno com dados individuais de cada usuário. Utilizamos o protocolo do Ministério da Saúde (2013) para hipertensão e diabetes. O atendimento as pessoas com hipertensão e diabetes atendeu às diretrizes recomendadas pelo protocolo do ministério da saúde, seguindo o fluxo de atendimento, exame clínico adequado, solicitação de exames, prescrição de medicações da farmácia popular, orientações sobre alimentação saudável, tabagismo, atividade física e higiene bucal. A intervenção propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, cadastramos 68,2% das pessoas com hipertensão e 102% com diabetes, onde superamos a estimativa de que a área de abrangência possuía 141 pessoas com diabetes. Com relação as metas de qualidade, atingimos 100% em todos os indicadores, nos três meses de intervenção. Além dos bons resultados dos indicadores, a intervenção propiciou a aproximação da equipe, trouxe a colaboração e participação da nutricionista, dentista e fisioterapeuta, resultando na união e comprometimento de todos os participantes, que impactaram de forma positiva na melhoria da atenção a saúde das pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas em nosso programa.

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

## **Lista de Figuras**

- Figura 1 Gráfico de cobertura do programa de atenção as pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica da UBS. 53
- Figura 2 Gráfico de cobertura do Programa de Atenção as pessoas com Diabetes da UBS. 54

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

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
ESB -	Equipe de Saúde Bucal
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
DM	Diabetes Mellitus
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PCD	Planilha de Coleta de Dados
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde



## Sumário

Apresentação .....	8
1 Análise Situacional .....	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	10
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	19
2 Análise Estratégica .....	21
2.1 Justificativa .....	21
2.2 Objetivos e metas .....	23
2.2.1 Objetivo geral .....	23
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	23
2.3 Metodologia .....	25
2.3.1 Detalhamento das ações .....	25
2.3.2 Indicadores .....	36
2.3.3 Logística .....	43
2.3.4 Cronograma.....	47
3 Relatório da Intervenção.....	48
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	48
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	51
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	51
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	51
4 Avaliação da intervenção.....	53
4.1 Resultados.....	53
4.2 Discussão .....	64
5 Relatório da intervenção para gestores .....	67
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	70
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	72
Referências .....	73
Apêndices.....	74
Anexos	76

## **Apresentação**

O presente volume trata-se de um Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS. /UNASUS realizado pela Equipe de Saúde da Família (ESF) na Unidade Básica de Saúde (UBS) Osvaldo Cruz do Município de Parnaíba/Piauí, com o objetivo de melhorar a atenção a saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes da área de abrangência do Módulo 04 da referida UBS.

Está organizado em sete unidades, sendo a primeira relacionada à Análise Situacional, que está dividida em três subitens: Situação da ASP/ESF no serviço, Relatório da Análise Situacional e comparação dos dois itens referidos. Nessa unidade apresentamos os resultados da análise da situação do serviço e das ações programáticas desenvolvidas na UBS. A segunda unidade trata da Análise Estratégica que contempla o projeto de intervenção, com suas ações detalhadas. A terceira unidade inclui o Relatório da Intervenção no qual apresentamos as atividades realizadas. A Avaliação da Intervenção está descrita na quarta unidade do volume, na qual se apresenta os resultados, com a evolução dos indicadores durante os três meses de intervenção e a discussão. Na quinta unidade encontramos o relatório para gestores e na sexta unidade o relatório para a comunidade. No final, na sétima unidade é apresentada uma reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem, a partir da vivência no curso.

## **1 Análise Situacional**

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

Começo minha própria reflexão dizendo que sou cubano, e atualmente estou morando no Município Parnaíba do Estado Piauí, estou prestando atividade em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) nesta cidade. A maior parte da população do município está alfabetizada e tem um índice de violência baixo. O município oferece serviço de saúde e tratamento medicamentosos de acordo com as necessidades da população. A farmácia básica do município trabalha com horários de atendimento de 8 horas funcionando de segunda-feira à sexta-feira.

Alguns problemas são identificados no município, principalmente no que se refere aos exames complementares, pois os pacientes têm muitas dificuldades para realizar os exames, porque primeiro realiza-se a marcação do exame e depois de alguns dias é que o exame poderá ser realizado. São poucas vagas disponíveis por dia, sem falar que o sistema de regulação funciona dentro da prefeitura do município, que fica sem internet com frequência. Quando os pacientes chegam para marcar não conseguem vagas, tendo que ir várias vezes ao local de agendamento ou dormem no local para conseguir agendar o exame, e quando conseguem realizar os mesmos, esperam vários dias para receber os resultados, o que em alguns casos, já não cumpre mais o objetivo de avaliar casos urgentes.

Outra dificuldade percebida no município, é que as gestantes ou outros pacientes com doenças crônicas, que recebem encaminhamentos aos especialistas, retornam à UBS para serem acompanhadas pela equipe da Estratégia de Saúde da Família, sem a contra referência do especialista, situação esta, que acaba refletindo negativamente na qualidade do serviço oferecido.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Módulo 04 fica localizada na zona urbana da cidade, no bairro Boa Esperança, na Rua Oswaldo Cruz e recebe o nome Oswaldo Cruz. Quanto à estrutura física da UBS onde eu trabalho é bem acessível e pavimentada, porém, foi adaptada para ser uma UBS. Possui uma sala de atendimento, uma sala de recepção, uma sala médica, uma sala de enfermagem, uma sala de vacinas e curativos, uma sala de odontologia, uma cozinha e tem um banheiro para usuários e outro para funcionários.

A equipe de Saúde da Família está composta por um médico, um cirurgião dentista, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma técnica em odontologia, 16 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e uma recepcionista que agenda os pacientes. Fazem uso do serviço 3769 pessoas cadastradas no e-sus.

Na ESF em que atuo, o processo de trabalho é realizado de forma organizada e sistematizada, contamos com uma equipe ótima, onde o atendimento e acolhimento ao paciente são muito bons, sendo primeira prioridade. A equipe tem um controle detalhado das consultas das crianças, gestantes e puérperas, com dias alternados para o atendimento, respeitando suas prioridades. Também são realizadas consultas planejadas e visitas domiciliares. As reuniões da equipe se realizam uma vez ao mês, onde organizamos as atividades e planejamento

Temos organizados diferentes grupos de diabéticos, saúde mental, Adolescentes, gestantes e idosos. Frequentemente são realizadas palestras na unidade de saúde e nas escolas, onde abordamos diferentes assuntos para sensibilizar os usuários. As visitas são agendadas pelos ACS que conhecem a realidade de cada família, além disso, os profissionais de saúde organizam visitas às famílias e pacientes com mais risco, também é realizado o seguimento ao paciente internado. Quando temos uma pessoa com agravo ou doença de denuncia compulsória, realizamos o acompanhamento individual e de toda a família envolvida.

A nossa equipe tem boa relação com a comunidade. Procuramos garantir um ótimo acesso aos serviços de saúde e tentamos garantir com nosso trabalho um nível de resolutividade maior das necessidades de saúde da comunidade. Nesse sentido, os profissionais de saúde trabalham diariamente respeitando as crenças e valores da comunidade. Porém, muitas vezes o saber popular e suas vivências não são levados em consideração, mas estamos trabalhando para isso, num contexto de educação em saúde baseado na realidade e participação popular, com a finalidade

de promover uma ação educativa democrática, respeitando a liberdade individual em busca de melhores condições de saúde e satisfação da nossa comunidade.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

Parnaíba é um município brasileiro do estado do Piauí, possuindo uma população de 145.72907 habitantes, sendo que 137.507 pessoas residem na zona urbana e 8.222 pessoas residem na zona rural (estimativa do IBGE - 2012), com uma densidade populacional de 435,9 HAB/ km quadrado. O clima é tropical, com temperatura média de 27° C a 29° C (INPE). A distância de Parnaíba até a capital Teresina é aproximadamente de 339 km.

Na saúde, Parnaíba não tem muitos avanços, além de ter vários Hospitais e muitas UBS, as equipes de trabalho ainda não estão completas, e algumas unidades não possuem estrutura adequada, como é o caso da UBS onde trabalho, que apresenta dificuldades que afeta na qualidade da atenção a população mais carente e mais precisada. Recentemente com a chegada de profissionais do Programa Mais Médicos, a maioria das Equipes de Saúde da Família ficou completa. No município existem 39 UBS e 09 hospitais, mas o município ainda sofre com falta de infraestrutura pública hospitalar adequada, e acesso deficiente da população a esses serviços. O Município conta com o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) para apoiar as unidades de saúde. A população tem disponibilidade de exames complementares, mas não conseguem fazê-los em tempo adequado, principalmente os exames de Ultrassonografia, Tomografia e Ressonância, como também as consultas especializadas.

A UBS Osvaldo Cruz localiza-se na zona urbana, possui duas equipes de Saúde da Família, que compartilham os mesmos espaços de trabalho, por enquanto uma equipe trabalha pela manhã e outra pela tarde. Nossa equipe atende no turno da tarde uma população em torno de 3769 pessoas. É composta por 01 médico, 01 enfermeira, 02 técnicas de enfermagem, 09 ACS, 01 atendente social e 01 atendente de regulação do SUS. A equipe da manhã possui uma população de 3025 pessoas, é composta por 01 médico, 01 enfermeira, 01 técnica de enfermagem, 01 atendente social, 01 atendente de regulação do SUS e 07 ACS. No momento o médico dessa equipe foi embora, abandonando o Programa Mais Médicos, por

problemas pessoais. Os médicos realizam visita domiciliar nos horários que não estão na UBS realizando as consultas. Existe parceria com várias instituições de ensino e a UBS recebe apoio de NASF. Oferecemos atendimento médico a população de segunda a quinta-feira, na sexta-feira o atendimento é feito pelo restante da equipe, para que o médico possa realizar as tarefas do curso de Especialização em Saúde da Família. Existe uma área geográfica de abrangência definida, com um mapa geográfico de abrangência dos serviços, cuja última atualização foi feita em 2014.

A UBS funciona em uma casa que foi adaptada para receber o trabalho de duas equipes. A estrutura, de fato, carece de privacidade adequada para todas as funções realizadas neste espaço físico, porém possui boa iluminação e está em funcionamento há 12 anos. As pessoas acomodam-se na sala de espera, existe uma sala para curativos, vacina e/ou armazenamento de medicamentos, consultório odontológico, não temos sala de nebulização. Para pessoas com deficiências físicas o acesso é muito difícil, pois temos presença de barreiras arquitetônicas e a UBS fica em uma rua muito movimentada. Brevemente estaremos de mudança para uma nova UBS que está na fase final de construção.

Realizamos um trabalho em equipe para oferecer um melhor atendimento à população e solução dos seus problemas, juntos trabalhamos para prevenir e combater as doenças, assim como promover a saúde. Os principais serviços oferecidos são consultas pelo médico e enfermeira, vacinação, curativos, imunizações, encaminhamentos para especialidades, entrega de medicação básica, atendimentos aos pacientes através dos programas de Hipertensão, assistência pré-natal, prevenção e rastreamento precoce do câncer do colo uterino e de mama, atendimento a idosos e visitas domiciliares. Os pacientes que precisam de outros serviços são encaminhados ao Hospital onde são avaliados e seguem protocolos, mas ainda sem contar com a contrarreferência que tanto precisamos. As consultas com as especialidades demoram muito, o que prejudica o paciente para um melhor atendimento.

Em nossa UBS existe boa parte dos insumos, mas falta estrutura em todas as áreas, por vezes temos falta de alguns materiais, mas a equipe tenta solucionar, e a Secretaria de Saúde têm disponibilidade para dialogar. Nós profissionais realizamos o mapeamento da área de atuação da equipe, identificamos os grupos expostos a risco, famílias e indivíduos expostos a riscos (das doenças crônicas),

além de buscar apoio das redes sociais como grupos de mães, idosos e associação de moradores. Realizamos atendimento a demanda programada na semana, um dia para Hipertensão, um dia para pré-natal e criança e os demais dias para demanda livre, não temos longas filas de espera.

A população total da área adstrita é de aproximadamente 3769 habitantes, e ainda estamos fazendo atualização dos dados, mas dentre os que temos, contamos com 648 mulheres em idade fértil (10-49 anos), 565 mulheres entre 25-64 anos, 138 mulheres entre 50-69 anos, temos 13 menores de 1 ano, 69 menores de 5 anos, 465 criança e adolescentes de 5-14 anos, 1613 pessoas de 15-59 anos, 290 pessoas com 60 anos ou mais, 1216 pessoas entre 20-59 anos, temos 355 pessoas com 20 anos ou mais com Hipertensão e 95 pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes. Em minha UBS o tamanho de serviço (estrutura e equipe) é adequado para o tamanho da área adstrita, embora a média recomendada seja de 3000 habitantes.

A situação da ESF/APS em nosso serviço é muito favorável já que oferecemos os serviços fundamentais de saúde à nossa população, através da busca ativa: a equipe vai às casas das pessoas, acompanhando de perto a realidade de cada família, toma providências para evitar as doenças, atua para curar os casos em que a doença já existe, da orientação para garantir uma vida melhor, com saúde. Nossa equipe é responsável e tem como foco o acompanhamento de um número definido de famílias localizadas em uma área geográfica delimitada. Atuamos com ações fundamentais de promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação. Nossa população conhece que pode contar com nosso serviço para ajudá-los a viver melhor.

A demanda espontânea é de um dos principais temas discutidos nas reuniões de equipe. O acolhimento é feito por todos os integrantes, a mesma começa na recepção onde o paciente recebe todas as informações correspondentes e também recebe uma classificação de acordo a sua prioridade. Algumas vezes existem dificuldades na relação usuário-profissional, devido a incompreensão por parte de alguns usuários, em não aceitar uma classificação por prioridades de atendimento, e a necessidade de agendamento. Penso que nas reuniões de equipe, deve-se falar sobre aspectos importantes, tais como a diferença entre urgência médica e doença aguda, tudo para melhorar nosso trabalho.

Para conseguirmos melhorias, atualmente realizamos uma grande análise da situação da UBS. Analisamos a estrutura física, demanda espontânea,

acolhimento, processo de trabalho, engajamento público, e cinco ações programáticas (Saúde da Criança, Pré-natal e Puerpério, Controle do Câncer de Colo de Útero e Mama, Hipertensão e Diabetes e Saúde do Idoso). Realizamos a leitura dos protocolos do Ministério da Saúde, preenchemos questionários e o Caderno de Ações Programáticas (CAP) elaborados pelo curso de Especialização em Saúde da Família, e depois de tudo pronto, realizamos as reflexões e avaliações.

Em relação à atenção ao pré-natal, os atendimentos são feitos pelo médico alternado com a enfermeira, assegurando uma dualidade na atenção pré-natal e puerpério. Existe uma dificuldade muito importante na atenção pré-natal que é a captação da grávida que não é realizada cedo, mas com muita dedicação conseguimos superar essa dificuldade. Realizamos um exame físico adequado e integral, uma boa avaliação de risco e quando a gestante tem alguma doença aguda são recebidas e avaliadas. As principais ações são desenvolvidas pelo médico, enfermeira e técnica em enfermagem tais como: imunizações, orientações sobre planejamento familiar, aleitamento materno, atividade física e saúde mental, hábitos alimentares saudáveis.

Utilizamos os prontuários para avaliação e classificação de risco gestacional, para encaminhamento das especialidades, para internação hospitalar e atendimento de pronto atendimento. Os atendimentos às gestantes são registrados nos prontuários clínicos e formulário especial de pré-natal. Temos arquivos específicos para os registros dos atendimentos às gestantes, para identificar gestantes de risco, os registros são revisados pelo médico, enfermeira e técnica de enfermagem.

Fazemos diagnóstico e tratamentos de problemas de saúde bucal, e fazemos atividades de promoção da saúde bucal. Os profissionais de saúde conversam com as gestantes sobre as dicas de alimentação saudável, explicam a importância da curva de ganho de peso do cartão de pré-natal, realizamos planejamento da gestão e coordenação do programa de pré-natal. Temos dificuldade com a demora em poder fazer exame de ultrassonografia e em muitas ocasiões as grávidas retornam as consultas sem os resultados dos exames, pois não são recebidos no tempo adequado.

Atualmente temos uma cobertura de 100% nessa ação programática, pois das 11 gestantes moradoras na área de abrangência da UBS, todas são acompanhadas pelos profissionais da UBS, todas iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, todas estão com consultas em dia de acordo com calendário do Ministério



da Saúde, receberam solicitação na primeira consulta dos exames laboratoriais preconizados, vacinas antitetânicas conforme protocolo, vacina contra hepatite B, prescrição de suplementação de sulfato ferroso, exame ginecológico por trimestre e orientação sobre o aleitamento materno. Assim, também atingimos 100% no que se refere as ações de qualidade. Quando essas gestantes ganham seus bebês, também são acompanhadas pela equipe.

Em relação à saúde da criança, toda a equipe participa das ações direcionadas as crianças, cada profissional dentro das suas atribuições. A enfermeira e médico participam do atendimento de puericultura, a criança sai do atendimento com a próxima consulta programada agendada. O protocolo do Ministério da Saúde é utilizado pelos profissionais, os atendimentos na UBS são realizados uma vez por semana.

As consultas de puericultura são muito importantes, visto que, através delas, podemos monitorar a criança quanto ao seu desenvolvimento psicomotor, podemos identificar fatores de risco e aconselhar as mães sobre o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses, sobre o calendário de vacina, para que não haja atraso na vacinação, e sua importância na prevenção de algumas doenças. Outras ações de saúde também são desenvolvidas no cuidado das crianças como: promoção de hábitos alimentares saudáveis durante toda infância, saúde bucal e mental, higiene corporal, violência infantil, prevenção de anemia mediante a administração de sulfato ferroso a todas as crianças maiores de seis meses, assim como ações de diagnóstico e tratamento de diferentes problemas de saúde.

Existe demanda de criança até 6 anos de idade para atendimento de saúde agudo. Os profissionais utilizam protocolos de classificação nos atendimentos, para identificar crianças de alto risco. Existe um arquivo para os registros dos atendimentos da puericultura realizado por nossa equipe, fazemos visitas domiciliares às crianças menores de cinco anos, atividades com as mães das crianças menores de um ano no posto de saúde e na igreja do bairro, onde fazemos palestras sobre os principais temas que mais afetam o funcionamento dos programas sobre tudo o materno infantil.

Das 13 crianças menores de 1 ano cadastradas, todas são acompanhadas no serviço, o que resulta em uma cobertura de 100%. Quanto aos indicadores de qualidade, 100% de nossas crianças estão com vacinas em dia, todas receberam visitas agendadas, que são realizadas pelo médico, enfermeiro e agente de saúde,

todas realizaram o teste de pezinho até 7 dias e a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida e estão com orientação para aleitamento materno exclusivo e prevenção de acidentes, todas foram monitoradas quanto ao crescimento e desenvolvimento e receberam avaliação de saúde bucal.

Em relação à Prevenção do Câncer do Colo de Útero, utilizamos o protocolo do Ministério da Saúde e são realizadas ações de educação da mulher, para a realização periódica do exame preventivo do câncer de colo de útero. Este exame se faz através da coleta do citopatológico, que é realizado pela enfermeira da UBS nas sextas-feiras. Também temos o protocolo de controle de câncer de mama atualizado, e as ações são realizadas pelo médico e enfermeira. Nas mulheres que realizam as ações de rastreamento na UBS investigamos os fatores de risco para o câncer de mama e orientamos sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e do tabagismo, a importância do autoexame das mamas, dos sintomas do câncer de mama. Realizamos também atividades com grupos de mulheres, onde participam o médico, a enfermeira e técnico de enfermagem.

Temos 565 mulheres com exame cito patológico para câncer de colo de útero em dia, o que presença 100%, (que também representa o percentual de ações de qualidade para o grupo. Temos 6 mulheres com exame cito patológico para câncer de colo de útero alterado, e com orientação sobre prevenção de CA de colo de útero e sobre DTS temos 100% das mulheres em idade estudadas

Em relação aos indicadores para câncer de mama temos um total de 100% das mulheres entre 50 a 69 anos residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de mama, com mamografia em dia temos 93 mulheres (67%), com mamografias com mais de 3 meses em atraso são 45 mulheres (33%), com avaliação de risco para câncer de mama temos e com orientação sobre prevenção do câncer de mama temos 138 mulheres (100%). Percentual de ações de qualidade é 100%

Quanto à atenção as pessoas com hipertensão e Diabetes, realizamos o cuidado continuado programado a estas pessoas em um dia da semana, mas havendo necessidade de atendimento, essas pessoas são acolhidas sem dificuldades, em qualquer dia da semana. Participam dessa ação programática todos os integrantes da equipe, cada um nas suas atribuições. Efetuamos diversas ações tais como: orientação de hábitos alimentares, controle de peso corporal, estímulo à

prática da atividade física, orientação sobre os malefícios do tabagismo e consumo excessivo de álcool.

Existe uma demanda de adultos para atendimentos de problemas de saúde devido a Hipertensão e Diabetes e os cuidados são registrados em prontuários clínicos. Com 20 anos ou mais temos 256 hipertensos e 95 pacientes com Diabetes, todos saem da consulta com a próxima consulta agendada. Utilizamos os protocolos para o atendimento a estas pessoas, e também para regular o acesso a outros níveis do sistema de saúde, e também utilizamos a classificação para estratificar o risco cardiovascular.

São realizadas atividades do grupo no âmbito da UBS, que fazem parte do Programa Hiperdia. No caso de Diabete temos poucos atrasos em consultas, sempre temos em conta fazer palestras e conversa aos pacientes diabéticos sobre os cuidados que devem ter os mesmos evitando agravamento, também sobre hábitos nutricionais adequados, hábitos de vida saudável e outros. Temos que continuar e melhorar a pesquisa a população maiores de 20 anos realizando exame de glicemia e rastreamento nas comunidades as pessoas com risco de DM e HAS.

O total de hipertensos com 20 anos ou mais acompanhados na UBS é de 256, dando 45% de cobertura. Temos 100% com estratificação de risco cardiovascular por critério. Não temos usuários com atraso da consulta em mais de 7 dias, todos os pacientes estão com os exames complementares periódicos em dia. Entre os hipertensos Os 253 receberam orientação sobre práticas de atividades físicas regulares e orientação nutricional para alimentação saudável. A maioria dos pacientes tem feito exame bucal porque nossa UBS tem uma equipe de saúde bucal muito eficiente e conceituada.

O total de diabéticos com 20 anos ou mais acompanhados nossa UBS é de 95 com uma cobertura de atendimento de 67%, temos 100% dos usuários com estratificação de risco cardiovascular por critério clinico, não temos usuários com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias. Temos 100% dos usuários com exames periódicos em dia, com exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e prédios nos últimos 3 meses, com orientação sobre práticas de atividades física e orientação nutricional.

Em relação à Saúde de Idosos, os atendimentos são realizados todos os dias da semana, e as pessoas saem com a próxima consulta programada agendada. Os problemas agudos de saúde são resolvidos de forma adequada, e as ações são

registradas nos prontuários clínicos, pois não possuímos fichas específicas. Muitas ações são desenvolvidas, tais como: promoção da atividade física, hábitos alimentares saudáveis, saúde bucal, saúde mental. Os profissionais que participam das atividades de grupo de idosos são geralmente o médico clínico geral, o enfermeiro e o técnico de enfermagem, assim como os trabalhadores do consultório odontológico de nossa UBS. A Avaliação Geriátrica Global ou Avaliação Multidimensional Rápida da pessoa idosa é feita na UBS, explicamos aos idosos ou seus familiares como reconhecer sinais de risco relacionado aos problemas de saúde dos idosos.

Temos um total de 290 pessoas idosas, com uma cobertura de atendimento de 100% da população, todos têm acompanhamento na UBS, mas não tem caderneta de saúde. Dos idosos acompanhados, 54(19%) são hipertensos, e 27 são diabéticos (9%) todos tem avaliação de risco e orientação nutricional em cada consulta.

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

Comparando o texto realizado inicialmente e este relatório, podemos dizer que antes de realizar a análise situacional, pensávamos que a UBS desenvolvia seu trabalho de forma adequada e embora tivéssemos algumas dificuldades, acreditávamos que o serviço estava funcionando muito bem.

A análise situacional realizada na Unidade 1 do Curso de Especialização em Saúde da Família, permitiu avaliar o serviço da UBS em vários itens, e iniciamos pela estrutura, que não é adequada, e apresenta algumas barreiras arquitetônicas, o que demonstra a distância entre a nossa realidade e os padrões desejáveis que constam no Manual de Estrutura da UBS. Percebemos outras dificuldades relacionadas a disponibilidade equipamentos necessários, a disponibilidade de alguns medicamentos, insumos médicos, e a difícil acessibilidade aos exames complementares, e as consultas especializadas oferecidas pelo Sistema Único de Saúde.

Permitiu-nos conhecer melhor o ambiente de trabalho, e nos forneceu ferramentas importantes para o planejamento de novas estratégias, como realizar reunião de equipe, tendo em conta a construção de agenda de trabalho, discussão de casos,

planejamento das ações, análise de indicadores em saúde, redução no tempo de espera dos usuários, e a necessidade de conversa entre os trabalhadores e usuários nos momentos de consulta, na sala de espera e nas visitas domiciliares. Proporcionou a reflexão e a necessidade de oferecer palestras abordando temas importantes, como carta dos defeitos dos usuários e engajamento público. Ficou evidente a evolução do nosso olhar crítico em relação às práticas profissionais desenvolvidas e o funcionamento da UBS.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença crônica, com condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e alterações metabólicas com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. O diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. A Hipertensão e o Diabetes possuem altas prevalências e baixas taxas de controle, são considerados os mais importantes problemas de saúde pública no Brasil e são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) do país (BRASIL, 2013). Mediante o exposto, fica evidente que os profissionais da Atenção Básica devem intervir nesta ação programática, melhorar a saúde individual e coletiva da comunidade, diminuir gastos públicos e modificar essa realidade.

Nossa UBS funciona em uma casa residencial que foi alugada e reformada para ser uma ESF e acomoda 2 equipes de ESF. Sua estrutura física não está adequada conforme o recomendado pelo Ministério da Saúde, pois possuímos uma sala de recepção ampla sem rampa de acesso, uma sala de vacina e dois consultórios, um médico e um de enfermagem, uma sala de entrega de medicamentos e farmácia, onde realizamos verificação de P.A, uma sala de nebulizações junta uma sala de agendamento de consultas especializadas e exames, uma sala de curativos pequena, um banheiro e uma cozinha. Em nossa UBS existem duas equipes de ESF, sendo que, uma trabalha no turno da manhã e

outra no turno da tarde. A equipe do módulo 04 presta seus serviços no turno da tarde, atende uma população de aproximadamente 3769 pessoas é composta por 1 médico, 1 enfermeira, 2 técnicas de enfermagem, 9 ACS, 1 atendente social (recepcionista), 1 atendente de regulação do SUS, e 1 faxineira. No turno da manhã o atendimento é realizado por outra equipe, que atende aproximadamente 3025 pessoas e no momento está sem médico, o que acaba sobrecarregando o médico da equipe 04, que temporariamente também está atendendo essa equipe.

Estimamos que em nossa área de abrangência residam 573 pessoas com hipertensão e 141 pessoas com diabetes. Atualmente em nossa UBS atendemos 256 (45%) pessoas com hipertensão e 95 (67%) com diabetes, e a equipe está fazendo busca ativa das pessoas, realizando atividades na comunidade, avaliação nutricional, medição de glicemia capilar, com ênfase na população que apresenta maior risco potencial para as doenças. Realizamos consulta, exames físicos e complementares e prescrevemos os medicamentos disponíveis na farmácia popular, seguindo o protocolo. A equipe procura os faltosos às consultas, que são visitados pelos ACS que avaliam as causas que dificulta o acesso à unidade, e agendam o retorno para consulta. As atividades de educação em saúde são priorizadas através de rodas de conversa sobre alimentação saudável, atividade física, controle adequado das doenças, atividades recreativas e culturais como, grupos de hipertensos e diabéticos para melhorar o aspecto psicológico. A maioria das ações são registradas nos prontuários clínicos.

Embora as ações direcionadas as pessoas com hipertensão e diabetes já sejam realizadas na UBS, ainda devem ser melhoradas no que se refere a cobertura e a qualidade, e devemos estabelecer uma nova forma de registro completo, para melhorar o monitoramento e avaliação dessa ação programática. Para tanto realizaremos um projeto de intervenção nessa ação programática, visando a melhoria da atenção a saúde das pessoas com hipertensão e diabetes da área de abrangência da equipe 04. As fortalezas que viabilizam a execução do projeto são a nossa equipe completa, a equipe do NASF, os profissionais do centro de Especialidades Médicas e a parceria com todas as igrejas da área de abrangência. Nossa unidade conta com instrumentos necessários (balança, aparelho de glicemia, aparelho de PA) para a realização das atividades e também com o comprometimento e motivação dos profissionais da equipe de ESF, para modificar os indicadores e melhorar a saúde das pessoas com hipertensão e diabetes.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção a saúde das pessoas com hipertensão e diabetes do Módulo 04 da UBS Osvaldo Cruz do município de Parnaíba/PI.

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

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 1.1 Cadastrar 85% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Meta 1.2 Cadastrar 95% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

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

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

Meta 2.3 Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Meta 2.4 Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5 Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Meta 2.7 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Meta 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.



Meta 2.9 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 3.1 Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2 Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

Objetivo 5. Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

Objetivo 6. Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.2 Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.3 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas no Módulo 04 da Unidade Básica de Saúde (UBS) Osvaldo Cruz, no Município de Parnaíba/PI. Estima-se que participarão da intervenção aproximadamente 573 pessoas com hipertensão e 141 pessoas com diabetes. Para atingir os objetivos e metas propostas, foram elaboradas ações de monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas.

Meta 1: Cadastrar 85% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Meta 2: Cadastrar 95% de pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Monitoramento e avaliação.

Ação: Monitorar o número de pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS

Detalhamento: Monitoraremos o número de pessoas cadastradas no programa da UBS através da Planilha de Coleta de Dados (PCD) que será alimentada diariamente com os dados contidos na ficha espelho de cada pessoa cadastrada no programa.

Organização e Gestão do Serviço

Ação: Garantir o registro de pessoas com hipertensão e com diabetes cadastradas no Programa.

Detalhamento: pactuaremos com a equipe de trabalho, o preenchimento diário e completo das ações realizadas, durante cada atendimento as pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

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

Detalhamento: estabeleceremos prioridades nos atendimentos as pessoas com hipertensão e/ou diabetes durante todos os dias de atendimento atendendo por demanda espontânea e agendamento, oferecendo a eles um ambiente agradável durante sua permanência na unidade. Qualquer pessoa com hipertensão e/ou diabetes que chegar a UBS será acolhido pelos profissionais.

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

Detalhamento: Solicitaremos a secretaria de saúde a manutenção dos equipamentos já existentes na UBS, assim como, se necessário, solicitaremos novos equipamentos como esfigmomanômetro e hemoglicoteste.

#### Engajamento Público

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde; sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente; sobre a importância do rastreamento para Diabetes Mellitus em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg; sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Informaremos a comunidade sobre a existência do programa através de conversas diárias na sala de espera, nos atendimentos individuais e nas visitas domiciliares. Solicitaremos a comunidade (igrejas e lideranças comunitárias) para que sejam nossos parceiros na divulgação do programa. Realizaremos encontros abordando a hipertensão e diabetes, enfatizando os fatores de risco para o desenvolvimento dessas doenças, a necessidade e importância da medida de pressão arterial. Essas orientações também serão oferecidas nos atendimentos individuais, pois assim abrangemos um número muito maior de pessoas, não somente aquelas que participarem da ação coletiva.

#### Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar os ACS para o cadastramento das pessoas com hipertensão e diabetes de toda área de abrangência da unidade de saúde.

Detalhamento: Os ACS serão capacitados nas reuniões de equipe semanais do mês de novembro. Utilizaremos duas horas da reunião da equipe para realizar as ações de capacitação, e o médico será responsável pela capacitação.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e realização do hemoglicoteste em adultos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: Para realizar a capacitação da equipe utilizaremos duas horas da reunião de equipe, que acontece semanalmente, tendo como coordenador dessa ação o médico da equipe.

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 Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 3 meses (palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

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

Meta 2.5. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

Meta 2.7. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

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

Meta 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e dos diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ações: Monitorar a realização de exame clínico apropriado e a solicitação de exames laboratoriais conforme protocolo do Ministério de Saúde, com periodicidade adequada dos pacientes hipertensos e dos diabéticos, como também a realização do exame dos pés das pessoas com diabetes; monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular; monitorar as pessoas hipertensas que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: O monitoramento dessas ações será realizado através da revisão semanal da fichas espelho e da PCD.

#### Organização e Gestão do Serviço

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico das pessoas com hipertensão e diabetes e no exame dos pés das pessoas com diabetes.

Detalhamento: As atribuições de cada profissional da equipe serão discutidas conforme o protocolo e definidas em reunião de equipe, antes do início da intervenção.

Ação: Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde e estabelecer periodicidade para atualização.

Detalhamento: As capacitações serão realizadas na UBS durante o período da reunião semanal da equipe e coordenadas pelo o médico.

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

Detalhamento: solicitaremos a secretaria de saúde os protocolos de hipertensão e diabetes em sua versão atualizada ou solicitaremos a impressão da versão atualizada caso que a secretaria não tenha os volumes.

Ações: Providenciar junto a gestão o mono filamento 10g para exame dos pés; organizar a agenda para acolher as pessoas diabéticas provenientes das buscas domiciliares e solicitar a referência e contra referência (realizar a coordenação do cuidado) para pessoas com diabetes que necessitem de consulta especializada.

Detalhamento: Solicitaremos a secretaria de saúde o mono filamento 10 g para exame dos pés. Organizaremos a agenda de forma que o enfermeiro e/ou o médico possam prestar atendimento diário as pessoas diabéticas assim como encaminhar aos serviços especializados a quem precisar. Continuaremos exigindo da gestão e da coordenação as consultas especializadas, o envio da contra referência às nossas unidades, que até o momento nunca foi feito.

Ações: Garantir a solicitação dos exames complementares e garantir com o gestor municipal e agilidade para a realização dos mesmos.

Detalhamento: Durante as consultas indicaremos os exames complementares de acordo com protocolos do Ministério da Saúde e solicitaremos

aos responsáveis pelos serviços, os resultados prontos para a próxima consulta agendada.

Ações: Estabelecer sistemas de alerta aos exames complementares preconizados.

Detalhamento: Grifaremos os exames complementares preconizados na ficha espelho dos cadastrados.

Ações: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: A técnica de enfermagem ficará responsável pelo controle de estoque das medicações, e utilizará uma planilha com o nome, lote e validade das medicações disponíveis na UBS, e mensalmente fará a solicitação das medicações para a secretaria de saúde.

Ações: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e diabetes e Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento das pessoas com hipertensão proveniente da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: O médico e/ou enfermeira durante o exame físico avaliarão a cavidade bucal (dentes, próteses, queixas, dores, desconforto e data do último exame odontológico) e aproveitarão o momento para recomendar, pelo menos, uma consulta anual com dentista da UBS a qual prestará atendimento diário, de todos os pacientes do programa de hipertensão e diabetes que precisarem atendimento odontológico. As equipes de ESF e saúde bucal realizarão visitas domiciliares conjuntas prestando um atendimento prioritário as pessoas que necessitem de atendimento integral na residência.

#### Engajamento Público

Ações: Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e do diabetes, a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, a necessidade de realização de exames complementares e sua periodicidade adequadas, ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, e também sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente das pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes.

Detalhamento: As orientações serão realizadas diariamente durante os atendimentos e coletivamente através de rodas de conversas com periodicidade mensal.

#### Qualificação da Prática Clínica

Ações: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado e solicitação de exames complementares conforme protocolo; realizar atualização dos profissionais no tratamento da hipertensão e diabetes; capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas de obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia; capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento: As capacitações serão realizadas durante o período da reunião semanal da equipe. Terá duração de duas horas e será coordenada pelo médico.

#### Objetivo 3. Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 3.1. Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2. Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

#### Monitoramento e avaliação

Ações: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas de pacientes, hipertensos e diabéticos, previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: Realizaremos o monitoramento através da revisão semanal das fichas espelho e da PCD.

#### Organização e Gestão do Serviço

Ações: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos e organizar a agenda para acolher as pessoas com hipertensão e diabetes provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Após a identificação dos pacientes faltosos, realizaremos uma lista com seus nomes e endereços, para que seja entregue aos ACS, nas reuniões semanais da equipe. De posse dos nomes dos faltosos, os ACS realizarão as buscas através das visitas domiciliares e realizarão o agendamento da consulta.

#### Engajamento Público

Ações: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas; ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das

peças com hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos); esclarecer as peças com hipertensão, diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: realizaremos encontros mensais, abordando o tema hipertensão e diabetes e a importância do correto acompanhamento destas doenças.

#### Qualificação da Prática Clínica

Ações: Capacitar os ACS para a orientação de peças com hipertensão e diabetes quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: A capacitação ocorrerá na reunião semanal da equipe, e será coordenada pelo médico.

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

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% das peças com hipertensão.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% das peças com diabetes.

#### Monitoramento e avaliação

Ações: Monitorar a qualidade dos registros de peças com hipertensão e com diabetes acompanhadas na UBS.

Detalhamento: Após finalizar a consulta médica ou de enfermagem, revisaremos o prontuário clínico e completaremos a ficha espelho. Essa ficha será revisada semanalmente e os dados contidos serão transcritos para a PCD que será avaliada.

#### Organização e Gestão do Serviço

Ação: Manter as informações do SIAB/e-SUS atualizadas.

Detalhamento: A enfermeira solicitará aos ACS a manutenção das informações do SIAB/e-SUS atualizadas. Essas informações estarão disponíveis para toda a equipe, a fim de facilitar o reconhecimento das peças já diagnosticadas com hipertensão e diabetes que residem na área de abrangência da UBS.

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento.

Detalhamento: No Programa de hipertensão e diabetes da UBS implantaremos o modelo de ficha espelho disponibilizado pelo curso de



Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Essa ficha espelho contempla os dados pessoais, situação de saúde da pessoa, exames realizados, medicação utilizadas, avaliação de risco, orientações recebidas entre outras ações.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: Pactuaremos com a equipe sobre a importância do registro completo dos atendimentos das pessoas com hipertensão e diabetes nas fichas espelho e prontuários.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: O monitoramento dos registros ficará sob a responsabilidade do médico da equipe.

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: Caso seja necessário, escreveremos a lápis a palavra “Alerta” na ficha espelho da pessoa, para destacar a situação de alerta.

Engajamento Público

Ação: Orientar os pessoas com hipertensão, com diabetes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: Durante as consultas, orientaremos as pessoas do programa, quanto aos direitos em relação a manutenção dos registros, e disponibilizaremos a cópia da ficha espelho e/ou prontuário sempre que a pessoa necessitar.

Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento da pessoa hipertensa e capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: A capacitação será realizada no período da reunião de equipe, e será coordenada pelo médico.

Objetivo 5. Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

Ações.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de pessoas com hipertensão e com diabetes com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano:

Detalhamento: O monitoramento será realizado semanalmente, através da revisão das fichas espelho e PCD.

Organização e Gestão do Serviço.

Ações: Priorizar o atendimento das pessoas com hipertensão e com diabetes avaliadas como de alto risco e organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: As pessoas de alto risco terão acompanhamento quadrimestral (conforme orientação do protocolo) e se necessário serão atendidos a qualquer momento que chegarem a UBS, assim como poderão ter a periodicidade reduzida, dependendo do grau de gravidade. Realizaremos atendimento domiciliar para essas pessoas de alto risco e com dificuldade de deslocamento.

Engajamento Público

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

Detalhamento: Diariamente durante as consultas, informaremos aos pacientes e família sobre a categoria de risco e a importância do acompanhamento sistemático.

Ações: Esclarecer as pessoas com hipertensão, com diabetes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: Realizaremos esses esclarecimentos nas consultas individuais e também nos encontros mensais, por comunidades, sobre todos os aspectos do programa de hipertensão e diabetes fazendo ênfases no controle de risco modificáveis como modos e estilos de vidas adequados para a saúde em geral

Qualificação da Prática Clínica

Ações: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo; capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação e capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: As capacitações serão realizadas durante as reuniões semanais de equipe e serão coordenadas pelo médico.

Objetivo 6. Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

Monitoramento e avaliação

Ações: Monitorar a realização de orientação nutricional as pessoas com hipertensão e com diabetes; monitorar a realização de orientação para atividade física regular e sobre riscos do tabagismo as pessoas com hipertensão e com diabetes e monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal a essas pessoas.

Detalhamento: O monitoramento será realizado através da revisão semanal das fichas espelho e da PCD.

Organização e Gestão do Serviço.

Ações: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável; organizar práticas coletivas para orientação de atividade física; demandar junto ao gestor

parcerias institucionais para envolver nutricionistas e educadores físicos nestas atividades.

Detalhamento: Realizaremos orientações individuais durante os atendimentos e coletivas através de rodas de conversas na UBS, onde a equipe contará com a participação da nutricionista e educadores físicos.

Ações: Demandar ao gestor a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde.

Detalhamento: Como o Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde já está sendo aplicado de forma experimental, solicitaremos à secretaria de saúde a manutenção do programa na UBS.

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

Detalhamento: Garantiremos no mínimo 10 minutos de consulta para realizar orientações a cada pessoa com hipertensão e/ou diabetes.

#### Engajamento Público

Ações: Orientar pessoas com hipertensão e/ou diabetes, e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável; orientar pessoas com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular; orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo e por fim, orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabéticas e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: Realizaremos rodas de conversa na comunidade e na UBS com as pessoas cadastradas no programa e familiares para abordar sobre as temáticas.

#### Qualificação da Prática Clínica

Ações: Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde e sobre práticas de alimentação saudável, promoção da atividade física regular, tratamento do tabagista e também sobre orientações de higiene bucal.

Detalhamento: Utilizaremos duas horas da reunião de equipe para realizar a capacitação que será coordenada pelo médico, que se possível contará com a ajuda da dentista da UBS.

### 2.3.2 Indicadores

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas

Meta 1.1: Cadastrar 85% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Indicador 1.1: Cobertura do Programa de Atenção as pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica da UBS.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS.

Meta 1.2. Cadastrar 95% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Indicador 1.2: Cobertura do Programa de Atenção as pessoas com Diabetes Mellitus da UBS.

Numerador: Número de pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da UBS.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 2.1. Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com hipertensão com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 2.2. Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com diabetes com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.3 Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Indicador 2.3. Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia

Numerador: Número de pessoas com diabetes com exame dos pés em dia.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.4. Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4. Proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com hipertensão com exames complementares em dia.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.5. Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.5. Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com diabetes com exames complementares em dia.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Indicador 2.6. Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.7. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Indicador 2.7. Proporção de pessoas com diabetes com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

Denominador: Número de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 2.8. Proporção de pessoas hipertensas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 2.9. Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 3.1. Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1. Proporção de pessoas com hipertensão faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão faltosas às consultas médicas na UBS com busca ativa

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 3.2. Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2. Proporção de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações



Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 4.1. Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de pessoas hipertensas com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de pessoas hipertensas cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 4.2. Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Objetivo 5. Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 5.1 Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à pessoas com diabetes Mellitus.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 5.2. Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

Objetivo 6. Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.1. Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação nutricional.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.2. Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre nutricional.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.3. Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.4. Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.5. Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.6. Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.7. Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.8. Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

### **2.3.3 Logística**

Para realizar a intervenção no programa de Hipertensão e Diabetes adotaremos como guia, os Cadernos de Atenção Básica de Hipertensão e Diabetes (nº 36 e nº 37 de 2013) elaborados pelo Ministério da Saúde. Os mesmos já estão disponíveis na UBS na versão digital, e garantiremos a versão impressa que ficará na recepção, para que todos os profissionais tenham acesso a estes protocolos. Para realizar a intervenção com qualidade, iniciaremos o cadastramento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes do zero, ou seja, vamos zerar o programa, e iniciar um novo cadastramento, na UBS ou domicílio (se necessário), a medida que a pessoa receber a avaliação clínica do médico e/ou enfermeira.

Utilizaremos o modelo de ficha espelho disponibilizado pelo Curso de Especialização em Saúde da Família, juntamente com o prontuário eletrônico da UBS, que também prevê coleta de dados sobre acompanhamento de saúde bucal, avaliação nutricional, classificação de risco cardiovascular. Assim, o médico e/ou enfermeira poderão recorrer aos dados do prontuário e complementar as fichas espelho de papel. Ficou pactuado com a equipe, que ao final de cada atendimento o profissional realizará o registro com qualidade nas fichas espelho e prontuário. A ficha espelho permite um registro de qualidade, com dados pessoais, assim como a situação de saúde da pessoa com hipertensão e/ou diabete. Estimamos alcançar com a intervenção 95% de diabéticos e 85% hipertensos, e para tanto solicitaremos

inicialmente ao gestor aproximadamente 487 cópias (número suficiente, correspondente a 85% das pessoas com hipertensão), para as 12 primeiras semanas de intervenção. Vamos solicitar novas cópias no decorrer da intervenção, assim que o nosso estoque for diminuindo.

Para realizar o monitoramento semanal e a avaliação mensal utilizaremos uma Planilha Eletrônica de Coleta de Dados (PCD), também disponibilizada pelo curso. A planilha possui campos a serem completados, com informações que também constam nas fichas espelho. Assim, ao final de cada semana, as fichas espelho serão revisadas e os dados serão transcritos para a PCD, que gera automaticamente os indicadores e gráficos, permitindo aos profissionais o monitoramento e avaliação dos indicadores. As ações descritas acima, do eixo de monitoramento e avaliação ficarão sob a responsabilidade do médico, nos primeiros 3 meses de intervenção, mas serão compartilhadas com a enfermeira da UBS, para que as ações tenham continuidade, após o término do contrato do médico. Os resultados avaliados mensalmente serão discutidos em reunião de equipe.

Na UBS, trabalhamos com agendamento e com demanda espontânea, o que permite uma melhor organização do serviço. O acolhimento das pessoas com hipertensão e diabetes que buscarem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem que fará as avaliações antropométricas (altura, peso, circunferência abdominal), aferição da pressão arterial e glicemia capilar. Usuários com pressão arterial elevada e sinais de descompensação da diabetes mellitus terão prioridade no atendimento, os demais serão agendados para os dias seguintes. A demanda espontânea de intercorrências agudas será atendida no mesmo turno, onde serão priorizadas nas consultas disponíveis para o pronto atendimento.

Todas as pessoas vinculadas ao programa, que vierem à consulta, sairão da UBS com a próxima consulta agendada com conforme a periodicidade da classificação de risco do protocolo do Ministério da Saúde. O atendimento clínico será realizado pelo médico e enfermeira, que também realizarão a avaliação da necessidade de atendimento odontológico, afinal, o exame da cavidade oral faz parte do exame físico, onde serão observados os dentes, próteses, queixas, dores, desconfortos e data do último exame com o dentista. A manutenção dos materiais de consumo, assim como, o controle do estoque de medicamentos, validade e realização da solicitação mensal de medicamentos, ficará sob a responsabilidade da técnica de enfermagem.

Como comentado anteriormente, semanalmente o médico e e/ou enfermeira revisarão as fichas espelho para a transcrição de dados para a PCD, e aproveitarão o momento para identificar aquelas pessoas que estão com consultas, exames clínicos e laboratoriais em atraso, onde será elaborada uma lista com o nome, endereço e micro área da pessoa, que será repassada aos ACS durante as reuniões de equipe. Para organizar a busca ativa das pessoas faltosas a consulta, que será feita pelos ACS, deixaremos um espaço na agenda para esses possíveis faltosos (estimamos 5 faltosos por semana, totalizando 20 ao mês). Ao fazer a busca ativa já será agendado um horário para o usuário que seja de sua conveniência.

Quanto às ações do eixo de engajamento público, o médico e a enfermeira farão rodas de conversa em todas as micro áreas, nos locais das igrejas, para apresentar o projeto de intervenção e sensibilizar a comunidade sobre a importância do desenvolvimento do projeto para o controle destas doenças, e isto ocorrerá durante as duas primeiras semanas da intervenção. As atividades de promoção da saúde serão feitas para os grupos de hipertensos e diabéticos todos os meses, no espaço físico da própria UBS, sendo responsabilidade do médico e enfermeira, mas também participaram todos os membros da equipe. Serão realizadas rodas de conversa sobre alimentação saudável, controle do peso corporal, prática de atividades físicas e prevenção das complicações, além disso, faremos distribuições de folders e cartazes nos estabelecimentos comerciais, nas igrejas e nas visitas domiciliares feitas pela equipe (médico, enfermeira, ACS) e durante o atendimento clínico do médico e enfermeira. Vale ressaltar que as orientações também serão realizadas individualmente durante os atendimentos, pois assim, a informação não fica restrita a um pequeno grupo de pessoas. Solicitaremos apoio as lideranças comunitárias e igrejas, para que sejam multiplicadores da nossa ação programática.

Mas para que todas as ações citadas acima possam ser executadas com qualidade, realizaremos algumas capacitações/atualizações, tendo como referência os protocolos do Ministério da Saúde (Cadernos de Atenção Básica números 36 e 37 do ano de 2013). Essas capacitações deverão ser realizadas antes do início da intervenção, para que os profissionais possam dar o seguimento adequado e com qualidade a todas as ações. Os profissionais serão capacitados na própria UBS, no mesmo horário que se realiza a reunião semanal de equipe. Caso a equipe não consiga finalizar, ou haja necessidade de se discutir novamente os assuntos, ou haja necessidade de sanar algumas dúvidas, reservaremos as duas primeiras semanas

da intervenção, para dar continuidade a essa ação. Será disponibilizado, previamente, o material para a equipe tomar conhecimento sobre o assunto, posteriormente será realizada um círculo de debate sobre os temas estudados. As capacitações serão coordenadas pelo médico, autor do projeto da intervenção, que contará com a ajuda da enfermeira. Solicitaremos apoio do dentista da UBS, da nutricionista e educador físico do NASF, para as capacitações onde serão abordados os temas de promoção da saúde direcionados a estas especialidades.





### **3 Relatório da Intervenção**

Durante as doze semanas de intervenção, realizamos a avaliação do nosso trabalho, e como parte deste processo, revisamos nosso cronograma, as ações propostas no projeto, comparamos com as ações realizadas, avaliamos os acertos, as metas atingidas, dificuldades encontradas e possíveis mudanças de nosso trabalho diário. Os resultados demonstram o bom desempenho da equipe, embora não tenhamos conseguido atingir uma das metas propostas.

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

Inicialmente o projeto foi apresentado a toda equipe e logo depois realizada uma capacitação com todos, que se desenvolveu nas duas primeiras semanas de intervenção. Também neste primeiro momento foi estabelecido o papel de cada profissional da equipe durante a intervenção, como o acolhimento, avaliação dos usuários e orientações sobre hipertensão e diabetes, para que todos estivessem prontos a desenvolver com segurança as etapas do projeto. No entanto, toda a sexta-feira, ocorria durante reunião da equipe uma avaliação da semana trabalhada, ou seja, analisávamos os pontos positivos e negativos das ações desenvolvidas, com o objetivo de solucioná-las na semana seguinte.

Nas três semanas iniciais, fizemos a divulgação do projeto na comunidade, através de rodas de conversa promovidas dentro das micro áreas dos ACS, com o objetivo de sensibilizar os usuários, que seriam nosso público alvo, ou seja, pessoas com hipertensão e diabetes, assim como seus familiares, pois só com a participação de todos seria possível lograr mais êxito. Nessas palestras também foram convidados alguns líderes comunitários, como pastores, que prontamente se ofereceram como facilitadores do projeto.

Durante a intervenção, os outros atendimentos clínicos desenvolvidos dentro da unidade de saúde continuaram ocorrendo normalmente, permanecemos realizando as outras ações programáticas, as demandas convencionais, ações da intervenção, seguindo o cronograma estabelecido pela equipe. Devemos enfatizar a melhora significativa no atendimento dos HAS e DM, depois da implantação do projeto, pois houve um monitoramento intenso dos usuários, assim como, o acolhimento adequado. Conforme programado, os atendimentos clínicos aos usuários foram feitos em todas as semanas da intervenção, havendo um aumento considerável na quantidade de usuários atendidos por dia, embora tenha ocorrido um número considerável de feriados nos meses de dezembro e fevereiro.

Quanto às ações, tínhamos uma rotina diária do atendimento às pessoas com hipertensão e diabetes, o acolhimento como primeira atividade desenvolvida pela enfermeira e médico, depois realizávamos uma conversa coletiva para informar da intervenção, mostrando os benefícios da participação nesta ação programática. Após a conversa a técnica de enfermagem fazia uma avaliação nutricional das pessoas com hipertensão e diabetes, através da medida da circunferência abdominal, peso, altura e depois verificação da pressão. Para os usuários que traziam os exames laboratoriais, era realizada a avaliação do risco cardiovascular pela enfermeira. Logo depois era feito o atendimento clínico com o médico, onde ocorria uma entrevista médica e exame físico, se necessário era solicitado exames segundo o protocolo de atendimento, fazendo a classificação do estágio da hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, definindo assim a conduta médica. As ações de promoção da saúde eram realizadas individualmente e coletivamente pela equipe de ESF.

Com relação às reuniões com os grupos de hipertensão e diabetes, não ficou restrito apenas ao início da intervenção, continuaram sendo feitas na unidade, sempre com o objetivo de motivar os usuários participantes e também sensibilizar as pessoas já diagnosticadas com hipertensão e/ou diabetes que ainda não haviam aderido ao programa, incentivando a participação nesta ação programática.

Ações de busca de faltosos e identificação de pessoas com essas doenças crônicas, também foram programadas. No caso de ausência de alguma pessoa cadastrada no programa, o ACS responsável pela micro área deste usuário era informado pela equipe, e tinha a atribuição de fazer a busca ativa. A busca não servia apenas para reconquistar os usuários que poderiam ser faltosos, ou seja,

aqueles que já haviam aderido ao programa, que por algum motivo ou circunstâncias deixavam de continuar com o acompanhamento, mas também servia como uma importante estratégia de identificar novos usuários que ainda não estavam cadastrados na UBS.

Praticamente tudo que havíamos planejado no projeto de intervenção foram realizados, conseguimos fazer todas as palestras programadas, rodas de conversas e também todas as semanas foram realizadas os atendimentos clínicos agendados pela equipe. Todavia o que nos causou um pouco de transtorno foi a saída da atendente de regulação, ficando muito difícil avaliar os exames dos usuários que consultavam, pois não conseguiam fazer os exames no prazo determinado, e muitos optavam realizar seus exames em laboratório particular, para prosseguir com o acompanhamento. Também tivemos a saída temporalmente de nossa enfermeira e técnica de enfermagem, o que sobrecarregou o médico, mas logo tudo voltou ao normal.

As ações eram registradas nos prontuários por todos da equipe, mas o registro no caderno (Apêndice A) era realizado apenas pelo médico, que disponibiliza esses dados a todos os membros da equipe que necessitar consultar alguma informação. As ações de monitoramento e avaliação eram realizadas semanalmente pela enfermeira e também pelo médico, que transcrevia os dados de cada usuário cadastrado, contidos no caderno, para a planilha eletrônica de coleta de dados, que gerava automaticamente os indicadores e gráficos.

Não podemos deixar de comentar a participação efetiva do gestor nessa empreitada, pois sem o seu auxílio, não teríamos conseguido resultados satisfatórios, embora não tenha sido disponibilizada a ficha espelho durante toda a intervenção, onde tivemos que improvisar, utilizando um caderno (Apêndice A) com os mesmos registros contidos na ficha espelho. A equipe do NASF também participou em um momento da intervenção, desenvolvendo ação de promoção da saúde, onde a nutricionista abordou a importância de uma boa alimentação, e o fisioterapeuta, falou sobre a importância da atividade física.

Enfim, podemos dizer que tivemos bons resultados devido a participação da equipe, demais profissionais de saúde, gestores, líderes comunitários e principalmente, os usuários, que abraçaram a intervenção com carinho e comprometimento.

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

Todas as ações foram desenvolvidas, mesmo que parcialmente.

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

Ao término de cada semana da intervenção, todos os dados de cada usuário eram transcritos para a planilha de coleta de dados. Entretanto na primeira semana tivemos um erro no preenchimento e interpretação da ação relativa ao exame dos pés das pessoas com diabetes, que foi identificado prontamente pela orientadora, e logo solucionado o problema. Na quinta semana também tivemos dificuldade quanto a mudança de mês, ou seja, preenchimento dos dados dos usuários de um mês para o outro, mas também com o apoio de nossa orientadora tudo ficou muito mais fácil. Muito importante lembrar que nunca contamos com a ficha espelho, e que o trabalho foi feito em um caderno, os dados eram lançados na planilha nas quintas-féias como planejado.

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

Percebemos que todas as ações realizadas durante a intervenção estão sendo incorporadas automaticamente a rotina do serviço, e o que fica realmente de legado dessa intervenção foi a união e comprometimento de todos os participantes em benefício da melhoria da atenção a pessoa com hipertensão e /ou diabetes. Acreditamos que alguns aspectos relacionados a gestão devem ser melhorados, fichas espelhos devem ser disponibilizadas, assim como o acesso as consultas e exames complementares, que por dificuldades burocráticas afetam o seguimento do acompanhamento dos usuários.

Consideramos o saldo da nossa intervenção extremamente positivo e ficamos felizes em ver que nossa meta de cobertura proposta foi atingida com relação ao Diabetes e com um excelente cumprimento de todos os indicadores de qualidade. Embora o médico da equipe tenha sido atualmente designado pela

gestão a trabalhar em outra UBS, acredita-se que, as ações tenham seguimento e espera-se que o próximo médico que venha assumir a unidade, continue com o programa, aprimorando as ações já realizadas com novas ideias.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A intervenção realizada no Módulo 04 da UBS Osvaldo Cruz foi projetada para ser realizada no período de 12 semanas, e teve como objetivo geral melhorar a atenção a saúde das pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas na área de abrangência da UBS, com uma população total de aproximadamente 3769 pessoas. Atualmente a equipe está realizando um recadastramento das pessoas moradoras através do e-Sus, por isso, ainda não sabemos o número real de pessoas com doenças crônicas.

Para realizar a intervenção e calcular os indicadores, utilizamos a planilha eletrônica de coleta de dados disponibilizada pelo curso de Especialização em Saúde da Família, que baseado na população total, estima que residam em nossa área 573 pessoas com hipertensão e 141 pessoas com diabetes. A seguir descreveremos os resultados obtidos abordando aspectos positivos e negativos no alcance das metas.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura de pessoas com hipertensão e/ou diabetes na área da UBS.

Meta 1.1. Cadastrar 85% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Indicador 1.1: Cobertura do Programa de Atenção as pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica da UBS.

No primeiro mês de intervenção cadastramos 150 (26,2%) pessoas com hipertensão, no segundo mês 285 (49,7%) e no terceiro mês finalizamos a intervenção com 391 (68,2%) pessoas com hipertensão cadastradas. Este resultado

não foi o esperado devido a diversos fatores, como a estrutura física da unidade que é dividida por dois módulos, onde uma equipe trabalha no turno da manhã e outra no turno da tarde, sendo que cada equipe atende áreas distintas com planejamento diferentes, o tempo disponibilizado aos usuários é reduzido. Outro fator que também dificultou o alcance das metas, foi o grande número de feriados de final de ano e carnaval, o que diminui a disponibilidade de dias úteis para o atendimento. Além disso, não podemos deixar de destacar que os demais grupos populacionais seguiram sendo atendidos normalmente, onde o processo de trabalho foi organizado para que a intervenção transcorresse naturalmente, sem prejudicar as outras atividades já desenvolvidas na UBS.

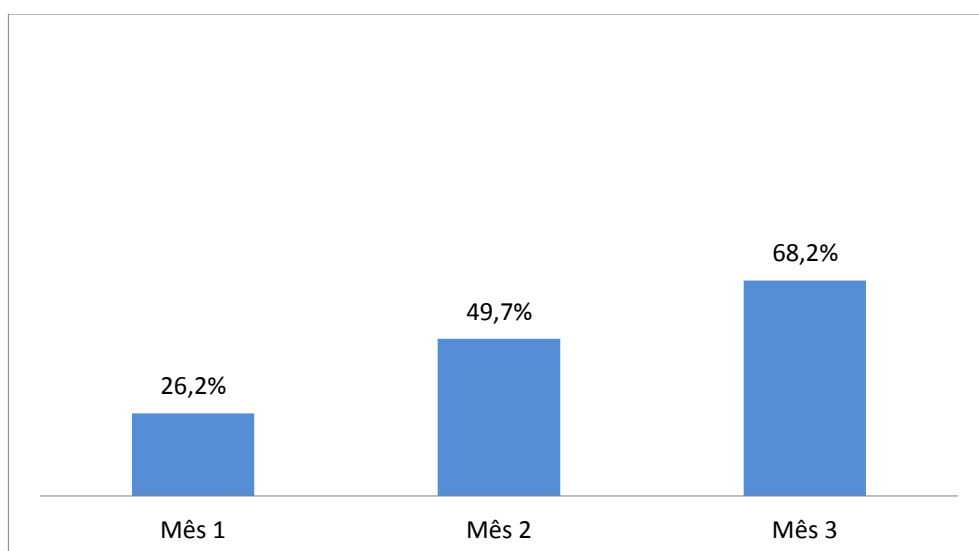


Figura 1. Gráfico de cobertura do programa de atenção às pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica da UBS.

**Meta 1.2.** Cadastrar 95% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

**Indicador 1.2:** Cobertura do Programa de Atenção às pessoas com Diabetes Mellitus da UBS.

No primeiro mês de intervenção cadastramos 61 (43,3%) pessoas com diabetes, no segundo mês foram cadastradas 101 (71,6%) pessoas com diabetes e no terceiro mês finalizamos a intervenção com 144 (102,2%) pessoas com diabetes cadastradas na UBS. Embora tenhamos um número de dias úteis reduzidos durante o período de intervenção e também o fato do número de pessoas com diabetes ser menor que o de hipertensão, superamos a meta e também a estimativa de que

número de pessoas com diabetes moradoras na área de abrangência da UBS fosse 141 pessoas.

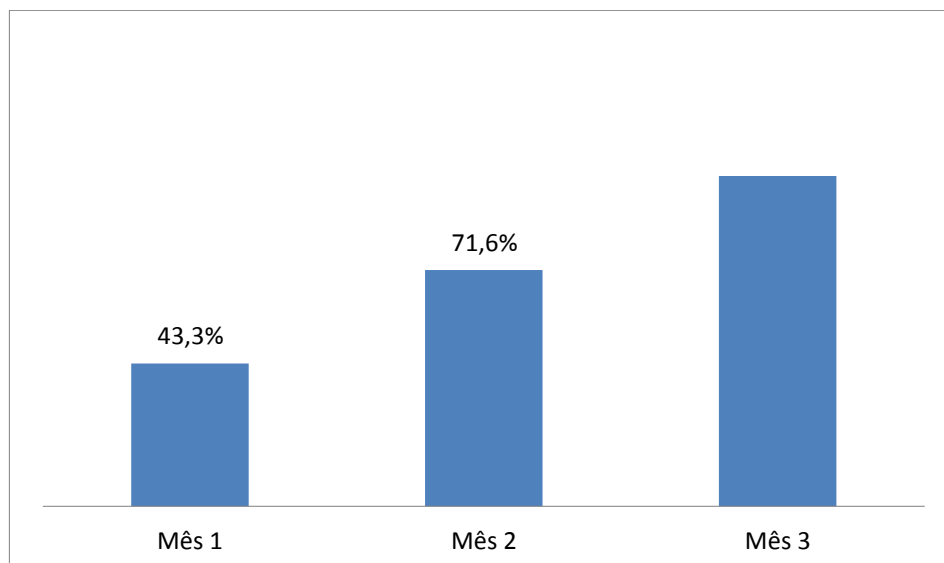


Figura 2 - Gráfico de cobertura do Programa de Atenção às pessoas com Diabetes da UBS.

Objetivo 2: melhorar a qualidade da atenção das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 2.1. Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

No primeiro mês de intervenção todas as 150 pessoas com hipertensão tinham exame clínico apropriado, no segundo mês tínhamos 285 pessoas com hipertensão com exame clínico apropriado e finalizamos o terceiro mês de intervenção com 391 pessoas com hipertensão com exame clínico apropriado de acordo com o protocolo, atingindo 100% da meta nos três meses de intervenção. Conseguimos alcançar essa meta devido ao comprometimento da equipe com a intervenção, conscientização quanto a importância do exame clínico adequado, além da condição de que o cadastramento da pessoa com hipertensão seria realizado mediante avaliação clínica. Não podemos deixar de comentar que a organização da agenda com o tempo suficiente para realizar todas as ações planejadas também contribuiu para o sucesso da meta.



Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 2.2. Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

No primeiro mês de intervenção realizamos o exame clínico apropriado em 61 pessoas com diabetes, no segundo mês 101 pessoas já estavam com exame clínico apropriado e finalizamos o terceiro de intervenção com 144 pessoas com diabetes com exame clínico apropriado de acordo com o protocolo, atingindo 100% da meta nos três meses de intervenção. Logramos êxito da mesma forma que no indicador anterior, pois procurávamos seguir sempre um padrão de atendimento.

Meta 2.3 Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Indicador 2.3. Proporções de pessoas com diabetes com exame dos pés em dia de acordo com protocolo

No primeiro mês de intervenção realizamos exames nos pés de 61 pessoas com diabetes, no segundo mês, o número de pessoas com os pés examinados já era 101 e no terceiro mês finalizamos a intervenção com 144 pessoas com diabetes com exame dos pés em dia de acordo com protocolo, atingindo a meta de 100% nos três meses de intervenção. A capacitação dos profissionais permitiu êxito nessa meta, além desse exame fazer parte do exame clínico apropriado.

Meta 2.4 Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4. Proporção de pessoas com hipertensão com exames complementares em dia de acordo com o protocolo

No primeiro mês de intervenção todas as 150 pessoas com hipertensão tinham exames complementares em dia, no segundo mês tínhamos 285 pessoas com hipertensão com exames complementares em dia e finalizamos o terceiro mês de intervenção com 391 pessoas com hipertensão com exames complementares em dia de acordo com o protocolo, atingindo 100% da meta nos três meses de intervenção. Embora os usuários tenham encontrado algumas dificuldades para a

realização dos exames gratuitamente, conseguimos alcançar essa meta devido a conscientização dos profissionais e usuários quanto a importância dos exames complementares, além disso, a solicitação dos exames de acordo com o protocolo já está introduzido na rotina das consultas.

Meta 2.5 Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.5. Proporção de pessoas com diabetes com exames complementares em dia de acordo com o protocolo

No primeiro mês de intervenção 61 pessoas com diabetes estavam com exames complementares em dia, no segundo mês o número de pessoas com exames complementares em dia já era 101 e no terceiro mês finalizamos a intervenção com 144 pessoas com diabetes com exames complementares em dia de acordo com protocolo, atingindo a meta de 100% nos três meses de intervenção. Os fatores que contribuíram para o cumprimento dessa meta foram os mesmos do indicador 2.4.

Meta 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Indicador 2.6. Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da farmácia popular

No primeiro mês de intervenção todas as 150 pessoas com hipertensão apresentavam prescrição de medicamentos da farmácia popular, no segundo mês tínhamos 285 pessoas com hipertensão utilizando medicações prescritas da farmácia popular e finalizamos o terceiro mês de intervenção com 391 pessoas com hipertensão utilizando medicamentos prescritos da farmácia popular, atingindo 100% da meta nos três meses de intervenção. Não tivemos dificuldade em cumprir a meta, pois os altos custos dos medicamentos que não fazem parte da lista de medicamentos da farmácia popular despertam o interesse da população na utilização dos medicamentos padronizados dispensados de forma gratuita ou com baixo custo.

Meta 2.7 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Indicador 2.7. Proporção de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da farmácia popular

No primeiro mês de intervenção todas as 61 pessoas com diabetes apresentavam prescrição de medicamentos da farmácia popular, no segundo mês tínhamos 101 pessoas com diabetes utilizando medicações prescritas da farmácia popular e finalizamos o terceiro mês de intervenção com 144 pessoas com diabetes utilizando medicamentos prescritos da farmácia popular, atingindo 100% da meta nos três meses de intervenção. Os motivos para o sucesso desse indicador foram os mesmos citados no indicador 2.6.

Meta 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 2.8. Proporção de pessoas com hipertensão com atendimento odontológico de acordo com o protocolo

No primeiro mês de intervenção todas as 150 pessoas com hipertensão foram avaliadas quanto a necessidade de atendimento odontológico, no segundo mês tínhamos 285 pessoas com hipertensão avaliadas quanto a necessidade de atendimento odontológico e finalizamos o terceiro mês de intervenção com 391 pessoas com hipertensão avaliadas quanto a necessidade de atendimento odontológico, atingindo 100% da meta nos três meses de intervenção. O sucesso desta meta se deve a colaboração da dentista da UBS, que participou ativamente das ações direcionadas a saúde bucal.

Meta 2.9 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 2.9. Proporção de pessoas com diabetes com atendimento odontológico de acordo com o protocolo

No primeiro mês de intervenção todas as 61 pessoas com diabetes foram avaliadas quanto a necessidade de atendimento odontológico, no segundo mês tínhamos 101 pessoas com diabetes avaliadas quanto a necessidade de atendimento odontológico e finalizamos o terceiro mês de intervenção com 144 pessoas com diabetes avaliadas quanto a necessidade de atendimento odontológico, atingindo 100% da meta nos três meses de intervenção. O sucesso desta meta se deve a mesmo motivo citado no indicador 2.8.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 3.1. Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1.1: Proporção de das pessoas com hipertensão faltosas às consultas

Não tivemos nenhum usuário faltoso as consultas durante os três meses de intervenção. Este resultado foi alcançado através do engajamento de toda a equipe, pois sempre enfatizávamos esta questão nas reuniões, ou seja, a identificação e busca de pessoas com hipertensão e/ou diabetes era um dos pontos fundamentais do desenvolvimento da intervenção, todos eram agendados ou se chegassem espontaneamente eram acolhidos, o que facilitou a adesão ao programa.

Meta 3.2 Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2.1 Proporção de das pessoas com diabetes faltosas às consultas

Como já comentamos no indicador anterior, tínhamos como objetivo o comparecimentos de todas as pessoas com hipertensão e/ou diabetes nas consultas agendadas. Felizmente também não tivemos faltosos às consultas durante os três meses de intervenção. Novamente devemos enfatizar a preocupação de toda a equipe em relação ao acolhimento dessas pessoas, no planejamento minucioso das ações e na organização da agenda. Foram realizadas todas as consultas agendadas por busca ativa, onde nenhum usuário recusou-se a prosseguir com o acompanhamento.

Objetivo 4: Melhorar o registro da informações

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 4.1.1 Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

No primeiro mês de intervenção todas as 150 pessoas com hipertensão apresentavam registros adequados, no segundo mês as 285 pessoas com hipertensão também se encontravam com registros adequados e finalizamos o

terceiro mês de intervenção com 391 pessoas com hipertensão com registros adequados, atingindo 100% da meta nos três meses de intervenção. Embora a secretaria da saúde não tenha disponibilizado fichas espelho, as ações realizadas eram registradas no prontuário do usuário e também em um caderno, que continha os mesmos campos de preenchimento iguais aos campos do modelo de ficha espelho disponibilizado pelo curso de especialização. O sucesso dessa meta se deve a conscientização da equipe quanto a importância de registrar todas as ações realizadas durante o atendimento dos usuários. A capacitação quanto ao preenchimento dos campos também contribuiu na qualidade dos registros.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 4.2. Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

No primeiro mês de intervenção todas as 61 pessoas com diabetes apresentavam registros adequados, no segundo mês as 101 pessoas com diabetes também se encontravam com registros adequados e finalizamos o terceiro mês de intervenção com 144 pessoas com diabetes com registros adequados, atingindo 100% da meta nos três meses de intervenção. Os motivos para o sucesso dessa meta foram os mesmos descritos no indicador 4.1.

Objetivo 5. Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 5.1 proporção de pessoas com hipertensão com estratificação do risco cardiovascular de acordo com o protocolo

No primeiro mês de intervenção foi realizada estratificação do risco cardiovascular em 150 pessoas com hipertensão, no segundo mês foi realizada estratificação do risco cardiovascular em 285 pessoas com hipertensão e finalizamos o terceiro mês com 391 pessoas com hipertensão com estratificação do risco cardiovascular realizada, atingindo 100% da meta nos três meses de intervenção. O sucesso da meta se deve ao empenho dos profissionais na realização da estratificação do risco cardiovascular e da conscientização dos

usuários quanto a necessidade da realização dos exames complementares para uma avaliação de qualidade.

Meta 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 5.2. Proporção de pessoas com diabetes com estratificação do risco cardiovascular de acordo com o protocolo

No primeiro mês de intervenção foi realizada estratificação do risco cardiovascular em 61 pessoas com diabetes, no segundo mês foi realizada estratificação do risco cardiovascular em 101 pessoas com diabetes e finalizamos o terceiro mês com 144 pessoas com diabetes avaliadas quanto risco cardiovascular, atingindo 100% da meta nos três meses de intervenção. Os fatores que contribuíram para o cumprimento da meta foram os mesmos descritos no indicador 5.1.

Objetivo 6. Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.1. Proporção de pessoa com hipertensão com orientação nutricional.

No primeiro mês de intervenção 150 pessoas com hipertensão foram orientadas quanto a nutrição, no segundo mês 285 pessoas com hipertensão foram orientadas quanto a nutrição e finalizamos o terceiro mês com 391 pessoas com hipertensão orientadas quanto a nutrição, atingindo 100% da meta nos três meses de intervenção. O cumprimento da meta se deve as orientações realizadas durante as consultas individuais, como também durante as ações coletivas, onde tivemos a colaboração da nutricionista.

Meta 6.2 Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.2. Proporção de pessoa com diabetes com orientação nutricional

No primeiro mês de intervenção 61 pessoas com diabetes foram orientadas quanto a nutrição, no segundo mês já tínhamos 101 pessoas com diabetes orientadas e finalizamos o terceiro mês de intervenção com todas as 144 (100%) pessoas com diabetes orientadas quanto a nutrição, atingindo 100% da meta nos

três meses de intervenção. Os fatores que contribuíram para o cumprimento das metas foram os mesmos comentados no indicador 6.1.

Meta 6.3 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.3. Proporção de pessoas com hipertensão com orientação em relação a pratica de atividade física

No primeiro mês de intervenção 150 pessoas com hipertensão foram orientadas quanto a importância da prática de atividade física, no segundo mês já tínhamos 285 pessoas com hipertensão orientadas, e no terceiro mês finalizamos a intervenção com 391 pessoas com hipertensão orientadas quanto a pratica regular de atividade física. Em todas as ações de promoção da saúde, procuramos reforçar as orientações sobre a importância de se praticar atividades físicas, tanto nas consultas individuais como durante as ações coletivas. Nesta ação contamos com a participação do fisioterapeuta do NASF, que conduzia a prática de atividades físicas com os usuários.

Meta 6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.4. Proporção de pessoas com diabetes com orientação em relação a pratica de atividade física

No primeiro mês de intervenção foram orientadas 61 pessoas com diabetes, no segundo mês o número de pessoas com diabetes orientadas quanto a pratica de atividade física mês aumentou para 101 e no terceiro mês finalizamos a intervenção com 144 pessoas com diabetes orientadas quanto a prática de atividade física, atingindo 100% da meta nos três meses de intervenção. Os motivos que facilitaram o cumprimento dessa meta são os mesmos citados no indicador 6.3.

Meta 6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.5. Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre os riscos do tabagismo

No primeiro mês de intervenção 150 pessoas com hipertensão foram orientadas sobre os riscos do tabagismo, no segundo mês já tínhamos 285 pessoas

com hipertensão orientadas, e no terceiro mês finalizamos a intervenção com 391 pessoas com hipertensão orientadas sobre os riscos de tabagismo. Em todas as consultas individuais e ações coletivas, procuramos reforçar diversas orientações, incluindo os riscos do tabagismo, o que facilitou o cumprimento da meta.

Meta 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.6 Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre os riscos do tabagismo

No primeiro mês de intervenção foram orientadas quanto ao risco de tabagismo 61 pessoas com diabetes, no segundo mês o número de pessoas com diabetes orientadas aumentou para 101 e no terceiro mês finalizamos a intervenção com 144 pessoas com diabetes orientadas quanto ao risco de tabagismo, atingindo 100% da meta nos três meses de intervenção. Os motivos que facilitaram o cumprimento dessa meta são os mesmos citados no indicador 6.5.

Meta 6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.7.1. Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre higiene bucal

No primeiro mês de intervenção 150 pessoas com hipertensão foram orientadas sobre higiene bucal, no segundo mês já tínhamos 285 pessoas com hipertensão orientadas, e no terceiro mês finalizamos a intervenção com 391 pessoas com hipertensão orientadas sobre higiene bucal. Em todas as consultas individuais e ações coletivas, procuramos reforçar diversas orientações, incluindo higiene bucal, o que facilitou o cumprimento da meta.

Meta 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.8.1 Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre higiene bucal

No primeiro mês de intervenção foram orientadas sobre higiene bucal 61 pessoas com diabetes, no segundo mês o número de pessoas com diabetes



orientadas aumentou para 101 e no terceiro mês finalizamos a intervenção com 144 pessoas com diabetes orientadas quanto a higiene bucal, atingindo 100% da meta nos três meses de intervenção. Os motivos que facilitaram o cumprimento dessa meta são os mesmos citados no indicador 6.7.

## **4.2 Discussão**

Finalizamos a intervenção satisfeitos com os resultados alcançados, pois embora não tenhamos atingido a meta de cobertura do programa com relação as pessoas com hipertensão, já contamos com 391 pessoas com hipertensão (mais da metade) acompanhadas em nosso serviço, como também todas as 144 pessoas com diabetes. Devemos destacar os excelentes resultados quanto aos indicadores de qualidade, atingindo 100% da meta em todos eles, evidenciando a melhoria na qualidade do atendimento da equipe, melhoria dos registros de informação nos prontuários e no caderno com dados individuais, melhoria da adesão, do mapeamento do risco cardiovascular e também das ações de promoção da saúde.

A intervenção teve muita importância para a equipe, destacando a capacitação sobre o manejo das pessoas com hipertensão e/ou diabetes, segundo os protocolos preconizados pelo Ministério de Saúde (Caderno de Atenção Básica número 34 e 35), reforçou também a interação entre os membros da equipe, valorizando o trabalho de cada profissional e definindo as atribuições dos mesmos.

A equipe avaliou como a principal fortaleza da intervenção o trabalho de identificação e busca das pessoas com hipertensão e/ou diabetes feito pelos ACS, aprofundando o vínculo desses trabalhadores com a família e o indivíduo em geral. Toda a equipe ganhou com intervenção, pois identificou falhas em suas práticas, se desacomodou e modificou suas práticas de forma a atingir um objetivo em comum que era melhorar a atenção a saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

A intervenção também teve grande importância para o serviço, pois houve a necessidade da reorganização dos processos de trabalhos, para intervir no programa de hipertensão e diabetes da UBS, a adequação das agendas, e a organização das demais atividades que seguiriam normalmente sendo realizadas pela a equipe. A enfermeira e os ACS, que entre outras atribuições, realizam busca ativa de todos os usuários para as consultas, orientam também aqueles que não estão sendo acompanhados pela equipe na UBS e realizam suas consultas nas

clínicas particulares, a realizarem acompanhamento na UBS. A rotina de trabalho apontada pela intervenção apresentou bons resultados, além da incorporação das ações à rotina da unidade e a motivação da população com o aumento da qualidade da atenção recebida.

Antes da intervenção as atividades direcionadas as pessoas com hipertensão e diabetes eram realizadas como consultas espontâneas, exigindo aos usuários chegar à UBS ainda na madrugada para garantir sua consulta, que era somente realizada pelo médico. Com a intervenção iniciou-se o planejamento das consultas aos usuários e exigiu aos membros da equipe o cumprimento de suas atribuições. O acolhimento iniciava desde a recepção, passando pela técnica de enfermagem (classificando o risco do usuário e priorizando-os), enfermeira e médico, então o usuário voltava à recepção com o planejamento da próxima consulta. A média dos usuários atendidos por dia aumentou muito.

As ações de engajamento público, como os grupos de hipertensão e diabetes, foram importantes, pois além dos benefícios direcionados a saúde dos usuários, foi uma ferramenta utilizada pela equipe no relacionamento com a comunidade. O grande objetivo dos grupos foi levar as informações para os usuários, para que os mesmos pudessem atuar como promotores de saúde, adquirindo conhecimentos, levando essa bagagem a sua família e comunidade em geral.

A intervenção aumentou o vínculo da equipe com a comunidade, que percebeu que as atividades foram voltadas para o benefício de sua saúde, onde a equipe escutou suas queixas e preocupações, dando resolutividade na própria UBS, ou encaminhando a outros níveis de atenção, quando necessário. Os usuários com hipertensão e/ou diabetes e seus familiares demonstram satisfação pelas atividades realizadas.

Se eu fosse realizar a intervenção neste momento, daria uma maior importância às atividades de divulgação do programa de hipertensão e diabetes para toda a comunidade e lideranças comunitárias, garantindo uma maior participação da comunidade, mobilizando a família e o indivíduo. Também reforçaríamos a capacitação aos membros da equipe, aprofundando suas atribuições, discutiria com o gestor a possibilidade de garantir atendimento médico nos dois turnos para facilitar o acesso de todas as pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

O acolhimento como atividade fundamental que recepciona o usuário, escutar suas queixas, encaminhando aos demais serviços da unidade como a vacinação, entrega de medicamentos, avaliação nutricional, medição de pressão arterial e glicemia capilar, pela técnica de enfermagem que classifica e prioriza o atendimento, encaminhando a enfermeira ou ao médico com base na prioridade da classificação foi e será sempre uma rotina de nosso trabalho.

A ação programática deve melhorar com o acréscimo de outros indicadores, que permitam identificar com tempo, as complicações derivadas dessas doenças como, por exemplo, a insuficiência renal, cardíaca e hepática. Esperamos também que o gestor garanta a ficha de retroalimentação (sistema de referência), para ser utilizada quando for preciso encaminhar um usuário a outro nível de atenção, e também as fichas espelhos desta ação programática.

O próximo passo é continuar com o acompanhamento e monitoramento dos usuários cadastrados no programa de atenção a saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes da UBS, além de identificar novos casos, como também os usuários já diagnosticados, que ainda não estão sendo acompanhados pela equipe. Deveremos também refletir junto a equipe a possibilidade de intervir em outra ação programática que mereça ser melhorada.

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

À Secretaria Municipal de Saúde,

Como é de seu conhecimento, a atuação no Programa Mais Médicos para o Brasil inclui a realização de uma Especialização em Saúde da Família, onde o aluno deve realizar uma intervenção para melhorar uma ação programática desenvolvida na UBS.

Para tanto o médico que realiza esse curso, apoiado por sua equipe, realizou uma análise da situação do serviço, comparando a realidade com os parâmetros apresentados nos manuais e documentos do Ministério da Saúde (MS), permitindo uma reflexão acerca da estrutura física, equipamentos e insumos, processo de trabalho, ações programáticas e outros. Essa análise revelou fragilidades em algumas ações programáticas desenvolvidas no serviço, e em conjunto a equipe escolheu intervir na atenção a saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastradas na UBS.

Para realizar a intervenção foi necessário elaborar um projeto com metas e ações nos eixos de qualificação da prática clínica, engajamento público, organização e gestão do serviço e monitoramento e avaliação, que permitissem à equipe atingir o objetivo de melhorar a atenção a saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes do Módulo 4 da UBS Osvaldo Cruz. O período para a intervenção foi curto, doze semanas, mas a equipe se empenhou em realizar um trabalho de qualidade para atingir as metas estabelecidas.

A atribuição de cada membro da equipe foi estabelecida, todos foram capacitados quanto aos protocolos do MS para desempenhar um atendimento sistematizado e de qualidade, e para oferecer ações de promoção da saúde

abordando os temas alimentação saudável, exercício físico, abandono ao tabagismo e higiene bucal.

Para desenvolver a intervenção, foi necessário organizar o serviço, estabelecer um sistema de agendamento, periodicidade nas reuniões de equipe, o papel de cada um na intervenção, providenciar os materiais necessários, e estabelecer um cronograma de ações, de forma que a intervenção não atrapalhasse no desenvolvimento das demais atividades que já eram desenvolvidas na UBS.

Ações de engajamento público também foram realizadas, contatamos as lideranças comunitárias, no intuito de apresentar o projeto de intervenção e solicitar apoio na divulgação da ação programática. Realizamos rodas de conversas e palestras dentro de cada micro área dos ACS, incentivando os usuários e seus familiares a participar das ações realizadas na UBS e iniciamos a intervenção.

Como ainda não finalizamos o cadastramento de todas as pessoas da área devido à falta de ACS, estimávamos que em nossa área de abrangência residissem 573 pessoas com hipertensão e 141 pessoas com diabetes. Quanto a cobertura do Programa de Atenção as pessoas com Diabetes, superamos a meta estabelecida de 95%, e ainda superamos a estimativa de população, pois final dos 3 meses de intervenção cadastramos 144 pessoas com diabetes. Acreditamos que até o final do cadastramento do e-sus, esse número de pessoas com diabetes residentes em nossa área seja ainda maior. Quanto a Cobertura do Programa de Atenção as pessoas com Hipertensão da UBS, infelizmente não conseguimos atingir a meta proposta de 85%, mas chegamos ao final do terceiro mês com 391 (68,2%) pessoas com hipertensão cadastradas.

Os motivos que dificultaram o cumprimento da meta, estão relacionados a estrutura física da unidade que é dividida por dois módulos, onde uma equipe trabalha no turno da manhã e outra no turno da tarde, sendo que cada equipe atende áreas distintas com planejamento diferentes, e o tempo disponibilizado aos usuários da área é reduzido.

Outro fator que também dificultou o alcance das metas, foi o grande número de feriados de final de ano e carnaval, o que diminui a disponibilidade de dias úteis para o atendimento. Além disso, não podemos deixar de destacar que os demais grupos populacionais seguiram sendo atendidos normalmente, onde o processo de trabalho foi organizado para que a intervenção transcorresse naturalmente, sem prejudicar as outras atividades já desenvolvidas na UBS.

É preciso que a gestão desmembre os módulos em unidades diferentes, tendo uma estrutura física para cada módulo. A intervenção foi realizada apenas na equipe que funciona pelo turno da tarde, porque a equipe da manhã estava sem médico devido o abandono desse profissional do Programa Mais Médico.

Quanto aos indicadores de qualidade, obtivemos 100% em todos os indicadores nos três meses de intervenção, todos os cadastrados receberam exame clínico apropriado, realizaram exames complementares, receberam prescrição da farmácia popular, foram avaliados quanto a necessidade de atendimento odontológico e ao risco cardiovascular, foram orientados quanto a importância da alimentação saudável, atividade física, higiene bucal e também foram orientados quanto aos riscos do tabagismo. Todas as pessoas cadastradas também apresentavam seus registros completos

O sucesso do cumprimento de todas essas metas se deve ao comprometimento da equipe com a intervenção, conscientização quanto a importância de todas as ações realizadas, a organização da agenda com o tempo suficiente para realizar todas as ações planejadas, o apoio da dentista, da nutricionista e do fisioterapeuta.

Foi de grande importância à participação ativa dos membros da gestão que resolveu alguns problemas, embora nunca tenha fornecido as cópias da ficha espelho, que é uma ferramenta fundamental para o monitoramento e avaliação das ações.

Podemos concluir, com a certeza de que a intervenção permitiu a equipe conhecer e identificar novos casos com essas patologias, e desenvolver tratamento e cuidados específicos. Também proporcionou rastrear usuários com riscos e complicações relacionadas. Melhorou o estado de saúde do usuário, gerando impacto positivo no demonstrativo de indicadores de saúde do município, inserindo todas essas ações na rotina da UBS.

E como sugestão, o funcionário que presta atendimento de regulação deve ter estabilidade no local de trabalho e equipe, estreitando assim o vínculo com a comunidade para que não haja fragilidades na assistência, como acontece sempre que eles são levados para outras unidades. As ações que foram realizadas na intervenção poderiam ser estendidas a outras UBS, contemplando novas comunidades, como também poderiam ser pensados novos projetos de melhorias a outras ações programáticas.

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

À comunidade da UBS Osvaldo Cruz,

Em nossa unidade de saúde realizou-se uma análise da situação do serviço, verificando-se a estrutura física, equipamentos e materiais disponíveis, processo de trabalho dos profissionais e as várias ações programáticas desenvolvidas no serviço, onde se identificou algumas fragilidades que poderiam ser melhoradas. Sendo assim, a equipe decidiu realizar um projeto de intervenção, com a duração de 12 semanas (3 meses), para melhorar a atenção a saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Para realizar a intervenção foi necessário também organizar o serviço para melhor acolher todas as pessoas, de forma que as demais atividades que já vinham sendo desenvolvidas no serviço não ficassem prejudicadas, assim organizamos as agendas, definimos as atribuições de cada membro da equipe e realizamos várias capacitações sobre a hipertensão e diabetes.

Os resultados obtidos ao final da intervenção foram muitos bons, conseguimos cadastrar todas as pessoas com diabetes (144), e mais da metade das pessoas com hipertensão (391). Acreditamos que a dificuldade em cadastrar todas as pessoas com hipertensão se deva ao tempo reduzido de atendimento disponibilizado as pessoas do Módulo 04, pois unidade é dividida em dois módulos, onde uma equipe trabalha no turno da manhã e outra no turno da tarde, com certeza esse motivo diminui o acesso aos usuários, além disso, seguimos com o atendimento normal das crianças, jovens, adultos e idosos, dividindo o pequeno período de atendimento com toda população.

Durante os três meses de intervenção todas as pessoas cadastradas receberam exame clínico apropriado, realizaram exames complementares, receberam prescrição da farmácia popular, foram avaliadas quanto a necessidade

de atendimento odontológico e ao risco cardiovascular, foram orientadas quando a importância da alimentação saudável, atividade física, higiene bucal e também foram orientadas quanto aos riscos do tabagismo. Todas as pessoas cadastradas também apresentavam seus registros completos. Não tivemos nenhuma pessoa com hipertensão e/ou diabetes faltosa às consultas.

Deve-se enfatizar a preocupação de toda equipe em relação à busca ativa, pois sempre nas reuniões semanais fazíamos um planejamento minucioso. Foram realizadas todas as consultas agendadas por busca ativa, pois nenhum usuário recusou-se a prosseguir com o acompanhamento, após a implantação das ações, sendo que a busca ativa foi o fator principal no desenvolvimento da intervenção.

A comunidade teve um ganho ao participar ativamente da intervenção e com a dinâmica de trabalho empregada, que melhorou todo o processo de acolhimento do fluxo de atendimento da unidade, beneficiando um maior número de usuários. Ao longo da intervenção não houve restrições de agendamento de consultas de outros programas e houve melhora significativa da qualidade de atendimento as pessoas com hipertensão e/ou diabetes. A atividade de busca ativa possibilitou que a equipe tivesse uma maior interação com a comunidade, estreitando o vínculo do profissional com os usuários e líderes da comunidade

A equipe priorizou a visita domiciliar de pessoas com hipertensão e/ou diabetes que não estavam procurando atendimento na UBS, proporcionando sua incorporação ao programa. Foi muito gratificante a criação do grupo de pessoas com hipertensão e/ou diabetes pelo fato de estreitar vínculo e conseguir enfatizar a importância das ações de promoção e prevenção da saúde. Realizaram-se, atividades mensais reforçando a importância da participação ativa da comunidade, com o intuito de melhorar a saúde dos envolvidos. Além disso, obtivemos a participação das lideranças comunitárias da área, enfatizando que as ações desenvolvidas durante a intervenção serão implementadas a rotina de trabalho, dando continuidade a logística de implementação do projeto e estendendo a outros programas de atenção a saúde, como também em outras comunidades.



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

No início, minha expectativa em relação ao desenvolvimento do curso era de que seria muito difícil de realizá-lo, principalmente pelo pouco conhecimento da língua portuguesa e a dificuldade com acesso à internet. O pensamento era de que não precisava mais fazer uma especialidade que já havia feito em meu país, e que perderia meu tempo fazendo coisas burocráticas e improdutivas. Porém, ao longo da implementação das ações, o trabalho foi tornando-se cada vez mais viável e justificado pela melhoria constante desses desafios já citados acima.

Quando ingressei no Curso de Especialização de Saúde da Família, logo na primeira semana da análise situacional, tivemos um atraso no envio das tarefas causado pela inacessibilidade a internet, e fiquei desmotivado pela frequente cobrança da orientadora e gestores. Ao final dessa unidade mudou a turma e orientadora, e considero que seu acompanhamento foi decisivo em minha interpretação sobre a importância do curso, assim como, minha motivação para recomeçar a participar mais ativamente do mesmo. O curso aprofundou meu conhecimento em várias temáticas abordadas nos casos clínicos e nas práticas clínicas.

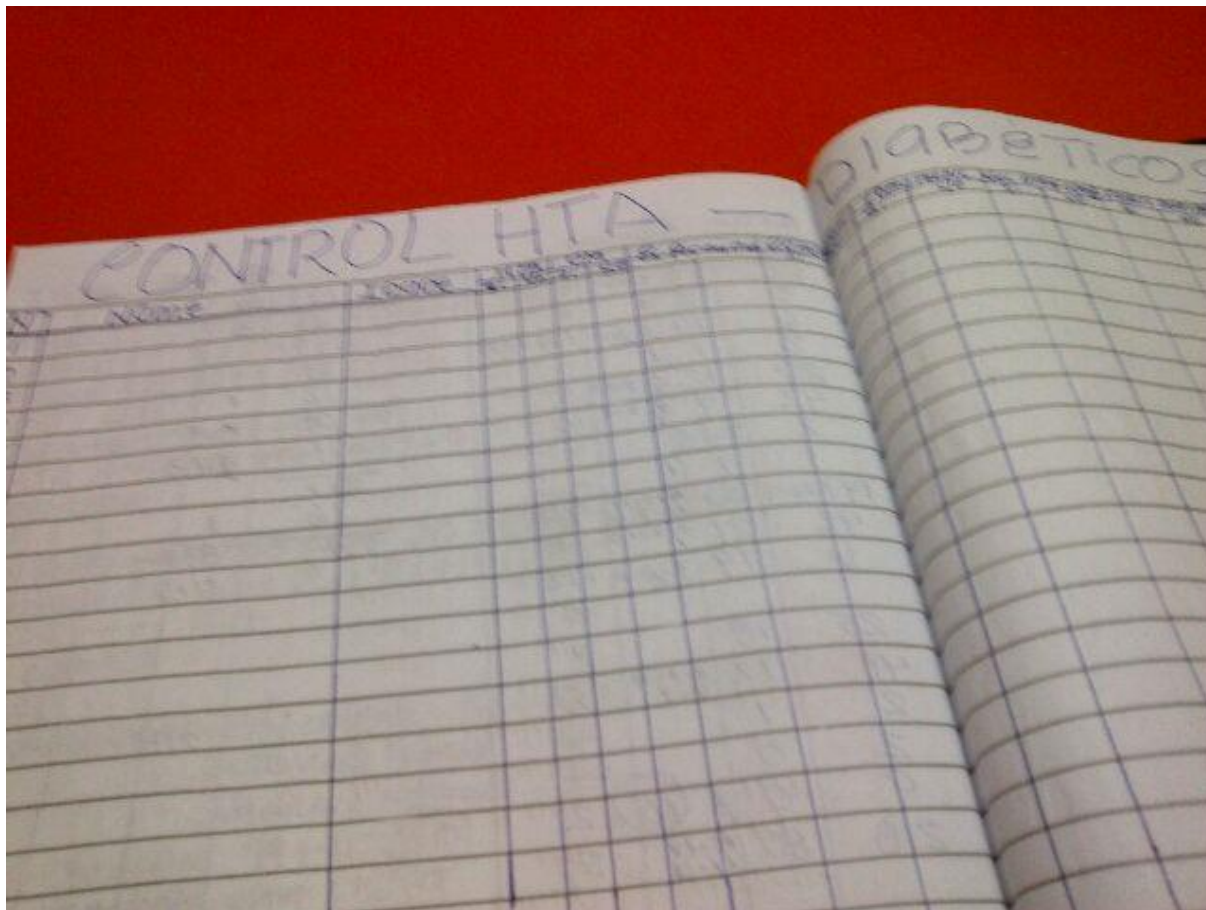
Considero que a implementação do projeto de intervenção foi o ponto máximo da motivação e do meu enriquecimento pessoal, por que a dinâmica oferecida pelo curso contemplava os parâmetros fundamentais para melhorar a qualidade da atenção das pessoas com hipertensão e/ou diabetes durante o projeto e depois na rotina de trabalho diário das UBS. Os cadernos de atenção básica foram instrumentos muito valiosos para aprofundar meu conhecimento sobre essas doenças. O resultado final de todo o processo de aprendizagem foi positivo e ajudou em meu enriquecimento profissional, assim como, aumentou ainda mais a visão comunitária da saúde.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

## **Apêndices**

**Apêndice - A - Caderno de registros**

## **Anexos**

## Anexo A - Documento do comitê de ética



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

---

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

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

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

Prezada Pesquisadora;

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

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

## Anexo B- Planilha de coleta de dados

Indicadores Pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes - Mês 1																			
Indicadores para Coleta	Número do usuário	Nome do usuário	Idade do usuário	O usuário tem hipertensão?	O usuário tem diabetes?	O usuário está com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo?	O usuário com diabetes está com exames dos pés em dia?	O usuário está com os exames complementares em dia de acordo com o	O usuário necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos prescritos são da Farmácia Popular?	O usuário foi avaliado quanto à necessidade de atendimento?	O usuário está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o usuário com consultas em atraso?	O usuário está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está	O usuário recebeu orientação nutricional?	O usuário recebeu orientação sobre prática regular de atividade	O usuário recebeu orientação sobre risco tabaco?	
Indicadores de preenchimento	de 1 até o total de usuários cadastrados	Nome	Em anos	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim	0- Não 1- Sim
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			

Número total de <b>peças com hipertensão</b> com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)		➔	Considere o total de pessoas que frequenta o Programa de atenção SIAB ou, onde não há ACS/SF providencie sua atualização.
Número total de <b>peças com diabetes</b> com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)		➔	Considere o total de pessoas que frequenta o Programa de atenção SIAB ou, onde não há ACS/SF providencie sua atualização.

Pessoas com hipertensão	Mês 1	Mês 2	Mês 3	
Número total de pessoas com hipertensão com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao hipertensão em cada mês da intervenção				➔ Cc de es
Pessoas com diabetes	Mês 1	Mês 2	Mês 3	
Número total de pessoas com diabetes com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao diabético				➔ Cc área

### \*Estimativa no território

População total		➔	Digite a <b>população total</b> automaticamente. Utilize estes precisa de um denominador (re
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais (67% da po	0		
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais COM HIPERTENSÃO (22,7%) (VIGITEL, 2011)	0	➔	Este seria o número total estim território. Se usar este número
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais COM DIABETES (5,6%) (VIGITEL, 2011)	0	➔	Este seria o número total estim Se usar este número como est





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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

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

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do declarante