

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma 9**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção às pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Terezinha Batista dos Santos, Assis Brasil/AC**

**David Eduardo Navarro Bacalla**

**Pelotas, 2016**

**David Eduardo Navarro Bacalla**

**Melhoria da atenção às pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Terezinha Batista dos Santos, Assis Brasil/AC**

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

Orientadora: Catiuscie Cabreira da Silva

Co-orientadora: Chandra Lima Maciel

Pelotas, 2016

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

B116m Bacalla, David Eduardo Navarro

Melhoria da Atenção Às Pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Terezinha Batista dos Santos, Assis Brasil/AC / David Eduardo Navarro Bacalla; Catiuscie Cabreira da Silva, orientador(a); Chandra Lima Maciel, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

104 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. Silva, Catiuscie Cabreira da, orient. II. Maciel, Chandra Lima, coorient. III. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

## **Agradecimentos**

Agradeço primeiramente a Deus, por se importar comigo e não me deixar desistir dos meus sonhos, por sempre estender a mão para me guiar aonde quer que eu vá.

Direciono os meus agradecimentos também aos meus familiares em especial aos meus pais, Eduardo Navarro Cangalaya e Flor de Maria Bacalla Reina, que sempre estiveram ao meu lado dando-me suporte para seguir em frente e lutar por meus propósitos de crescer profissionalmente, por terem construído quem eu sou hoje, por continuar me deixando apoiar em cada um de vocês para subir os degraus da vida. Obrigado!

Aos meus colegas e amigos que colaboraram comigo e orientadoras, Catiuscie Cabreira da Silva e Chandra Lima Maciel recebam de coração o meu muito obrigado, pelos momentos de aprendizado que passamos juntos, pela paciência e dedicação.

## Resumo

BACALLA, David Eduardo Navarro Bacalla. **Melhoria da atenção às pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Terezinha Batista dos Santos, Assis Brasil/AC.** 2016. 106 f. 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.

No âmbito da Atenção Primária à saúde, uma das ações mais importantes que precisa realmente ser realizada é o acompanhamento dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, pois é a partir daí que se obtém o prévio diagnóstico de diversas enfermidades, sendo possível o controle e tratamento adequado, no intuito de diminuir os índices de problemas cardiovasculares e complicações decorrentes destas doenças. Vale destacar que a hipertensão e diabetes mellitus são os principais fatores de mortalidade, internações, e doenças renais crônicas. Diversos são os fatores que influenciam na melhoria da qualidade de vida, dentre eles estão: realização de atividade física, adoção de hábitos alimentares saudáveis como baixo consumo de sal e alimentos industrializados, controlar a pressão arterial e manutenção de acompanhamento médico regular. Tendo em vista esse pressuposto, foi realizado no Município de Assis Brasil/AC, na Unidade Básica de Saúde, Terezinha Batista dos Santos, uma intervenção com foco nessas doenças, sendo seu principal objetivo a melhoria da atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM da área. A intervenção teve duração de 12 semanas, com ações de saúde voltados para um público alvo estimado em 468 usuários hipertensos e 115 usuários diabéticos. O Projeto foi desenvolvido mediante ações planejadas em quatro eixos pedagógicos: Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica. Observamos as carências da população da área abrangida, sempre no intuito de conseguir maiores resultados e melhores índices de cobertura. A metodologia usada para a realização das ações baseou-se no cadastramento da população, com avaliação clínica e odontológica, realização de exames complementares, prescrição e fornecimento de medicações, avaliação do risco cardiovascular, bem como ações educativas com orientação sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, fatores de risco e avaliação de saúde bucal, exame de pés para diabéticos, registro adequado da ficha de acompanhamento, busca ativa de usuários faltosos e orientações sobre riscos de consumo do tabagismo. Como resultado da intervenção conseguimos ao final da 12ª acompanhar 188 pessoas com HAS, isso representa uma cobertura final de 40,2%. E para diabetes um total de 55 usuários com cobertura de 47,8%. A intervenção possibilitou uma nova visão tanto para a equipe da UBS, quanto para os portadores das doenças citadas e comunidade em geral, pois abordou a conscientização da promoção e prevenção de saúde

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

## Lista de Figuras

Figura 1	Fotografia: Reunião os usuários com HAS e DM no Centro de Idoso de Assis Brasil.	64
Figura 2	Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na unidade de saúde Terezinha Batista dos Santos.	66
Figura 3	Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na unidade de saúde Terezinha Batista dos Santos.	67
Figura 4	Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.	68
Figura 5	Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.	69
Figura 6	Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia	69
Figura 7	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	71
Figura 8	Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	71
Figura 9	Proporção de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	73
Figura 10	Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	73
Figura 11	Proporção de pessoas com hipertensão faltosas às consultas com busca ativa.	74
Figura 12	Proporção de pessoas com diabetes faltosos às consultas com busca ativa.	75
Figura 13	Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.	76
Figura 14	Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.	76
Figura 15	Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.	77
Figura	Proporção de pessoas com diabetes com estratificação	77

16	de risco cardiovascular por exame clínico em dia	
Figura 17	Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional sobre alimentação saudável.	78
Figura 18	Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável.	79
Figura 19	Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre a prática de atividade física regular.	80
Figura 1	Proporção de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.	80
Figura 2	Proporção de pessoas com hipertensão que receberam Orientação sobre os riscos do tabagismo.	81
Figura 3	Proporção de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.	82
Figura 4	Proporção de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal.	83
Figura 5	Proporção de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal.	83

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

AC	Acre
ACS	Agente comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

## Sumário

Apresentação .....	9
1 Análise Situacional.....	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS.....	10
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	26
2 Análise Estratégica .....	27
2.1 Justificativa .....	27
2.2 Objetivos e metas .....	29
2.2.1 Objetivo geral.....	29
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	29
2.3 Metodologia .....	31
2.3.1 Detalhamento das ações.....	31
2.3.2 Indicadores .....	47
2.3.3 Logística .....	53
2.3.4 Cronograma .....	56
3 Relatório da Intervenção.....	58
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	58
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	63
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	63
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	63
4 Avaliação da intervenção.....	65
4.1 Resultados.....	65
4.2 Discussão .....	87
5 Relatório da intervenção para gestores .....	90
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	93
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	95
Referências .....	96
Apêndices.....	97
Anexos .....	99

## **Apresentação**

O presente Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família, visa demonstrar com gráficos e dados reais as etapas da implementação do Programa de Atenção à Saúde dos Hipertensos e/ou Diabéticos pertencentes à Unidade Básica de Saúde, Terezinha Batista dos Santos, localizada no Município de Assis Brasil-AC. Assim como, evidencia os resultados obtidos e indica providencias a serem tomadas para melhorar o quadro de saúde em outros temas.

O presente trabalho está dividido em sete capítulos, sendo que no primeiro consta uma análise situacional evidenciando o município aonde se localiza a UBS e a descrição do serviço com apresentação de uma análise do processo de atenção à saúde.

No segundo capítulo, foi abordado sobre análise estratégica utilizada, apresentando o projeto de intervenção com a justificativa, objetivos, metas, metodologia, indicadores, detalhamento das ações e cronograma.

No terceiro capítulo é demonstrado o Relatório de Intervenção, aonde descreve-se as ações que foram desenvolvidas, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização dos dados e a análise da viabilidade da incorporação das ações à rotina do serviço.

No quarto capítulo temos a Avaliação da Intervenção com a observação dos resultados e discussão do tema.

Nos capítulos cinco e seis estão respectivamente o relatório da intervenção para os gestores e o relatório da intervenção para a comunidade.

Como não poderia faltar, há na conclusão do trabalho uma breve reflexão sobre o processo pessoal de aprendizagem, que está disposto no capítulo sete.

Após todos os capítulos, encontra-se as referências e os anexos que serviram como base orientadora para de desenvolvimento de todo o processo de trabalho da intervenção.

## **1 Análise Situacional**

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

A Unidade de Saúde da Família (USF) Terezinha Batista dos Santos em Assis Brasil/AC, na qual trabalho, está localizada em um lugar central de fácil acesso a comunidade, conta com um ingresso acessível às pessoas com dificuldade de deslocamento e mobilização, pois dispõe de uma rampa que permite acesso com cadeira de rodas, muletas e ajuda assistida. Quanto ao fluxo de atendimento, ao procurar o serviço, o usuário dispõe de uma área de acolhimento na recepção e solicita uma ficha de atendimento, depois é encaminhado para a sala de espera, onde aguarda ser chamado segundo ordem de chegada. Porém, pessoas idosas, grávidas, crianças ou aqueles que necessitem de uma rápida atenção médica, têm prioridade.

Minha USF conta com uma área de recepção, uma sala de triagem, um consultório médico, um consultório de enfermagem, um consultório odontológico, uma sala de vacinas, uma sala de curativos, farmácia, uma cozinha e dois banheiros. Em minha opinião, deveria ter corrimão nas áreas de fluxo de pessoas, consultórios e banheiros, para as pessoas com dificuldade de locomoção, como os idosos e deficientes. A USF deveria contar ao menos com duas cadeiras de rodas e dois pares de muletas. Precisa-se de uma sala de reunião, para poder fazer as organizações de trabalho, reuniões semanais, comemorações, etc.

A equipe de saúde esta integrada por um médico, uma enfermeira, três técnico de enfermagem, uma odontóloga, um técnico de higiene dental, uma pessoa para triagem, uma pessoa responsável pelo programa bolsa família, uma atendente de farmácia, uma auxiliar de serviços gerias e quatro agente comunitários de saúde (ACS). Todos prestam um serviço individualizado e em equipe, com um único objetivo, de ofertar uma melhor atenção primaria à saúde (APS).

O cronograma de atendimento está organizado de acordo com os dias da semana, todas as segundas e sextas feiras estão destinadas ao controle das mulheres grávidas (pré-natal), terças feiras atendimento de pessoas idosas, quartas feiras crescimento e desenvolvimento de crianças e quintas feiras indivíduos portadores de hipertensão e diabetes. Estes atendimentos são realizados pela enfermagem, e no que diz respeito à atenção médica, todos os dias da semana se realiza consulta para a demanda espontânea de manhã e de tarde, com exceção das tardes das terças feiras, que é quando se realiza as visitas domiciliares do médico com o ACS correspondente à área de visita da semana. De igual maneira, existem consultas para demanda espontânea e agendadas na área odontológica e durante toda a semana se encontra disponível ao público nos cinco dias úteis da semana, a vacinação, curativos e farmácia. Realizam-se ainda na UBS, campanhas de vacinação, consultas especializadas, exames laboratoriais com certa frequência, organizadas pela secretária de saúde do município.

A inter-relação entre o pessoal que trabalha na UBS é boa, é uma relação de profissionalismo, companheirismo, amizade, baseada no respeito mútuo e na ajuda desinteressada, entendemos que todos formamos parte de uma só equipe, que tenta dia a dia proporcionar uma atenção de qualidade a cada pessoa que o requeira, utilizando os manuais e protocolos estabelecidos para o funcionamento da ESF.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

Assis Brasil, é um município brasileiro do estado do Acre, sua população é de 6.610 habitantes e sua área é de 2 875,915 km<sup>2</sup> (1,9 hab./km<sup>2</sup>). Assis Brasil nasceu no antigo seringal Paraguaçu, explorado em 1908 pelos irmãos Freire do Maranhão. Em 1958 foi nomeada Villa de Assis Brasil, homenageando a Francisco de Assis Brasil, secretário do ministro de relações exteriores Barão do Rio Branco. Em 14 de maio de 1976 virou o município de Assis Brasil, independente de Brasiléia. A cidade está localizada na tríplice fronteira entre o Brasil, o Peru e a Bolívia, formando uma conurbação com a cidade peruana de Iñapari e com a cidade boliviana de Bolpebra. A cidade é rodeada pela rodovia BR-317 (Rodovia Transoceânica), que é a única rodovia que liga o Brasil ao Peru.

Assis Brasil, conta com três UBS e um deles é a Unidade de Saúde da Família (USF) Terezinha Batista dos Santos, na qual trabalho. O município não

conta com apoio de nenhum Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e atenção médica especializada. Os usuários que precisam de alguma consulta com médico especialista são encaminhados da UBS para a Secretaria de saúde, onde eles procuram uma vaga na capital do estado com o profissional que precisam, esta ação algumas vezes demora muito tempo pelo alto número da demanda de usuários com esta necessidade. Assis Brasil conta com um hospital com baixa complexidade, onde alguns usuários são internados para tratamento de doenças agudas não complicadas, não conta com uma disposição de ultrassonografia, materiais de imobilização de membros (gesso), sala cirúrgica, médicos especialistas, casos de maior complexidade são encaminhados ao município mais próximo que fica a 110km. Os exames complementares são realizados no hospital, que tem uma demanda de exames alta, o que sobrepassa a capacidade de atendimento, os resultados dos exames solicitados das UBS demoram muito tempo para chegar.

A minha USF está localizada na área urbana em um lugar central de fácil acesso a comunidade. A equipe de saúde está integrada por um médico, uma enfermeira, três técnicos de enfermagem, uma odontóloga, um técnico de saúde bucal, uma pessoa para triagem, uma pessoa responsável pelo programa bolsa família, uma atendente de farmácia, uma auxiliar de serviços gerais e quatro agentes comunitários de saúde. Todos prestam um serviço individualizado e em equipe, com um único objetivo, de ofertar uma melhor atenção primária à saúde.

A UBS conta com um ingresso acessível às pessoas com dificuldade de deslocamento e mobilização, pois dispõe de uma rampa que permite acesso com cadeira de rodas, muletas e ajuda assistida. Lamentavelmente a UBS não tem cadeiras de rodas e muletas, por isso o usuário precisa levar a sua, deveria contar ao menos com duas cadeiras de rodas e dois pares de muletas. Em minha opinião, deveria ter corrimão nas áreas de fluxo de pessoas, consultórios e banheiros, para as pessoas com dificuldade de locomoção, como os idosos e deficientes. Minha USF conta com uma área de recepção, uma sala de triagem, um consultório médico, um consultório de enfermagem, um consultório odontológico, uma sala de vacinas, uma sala de curativos, uma farmácia, uma cozinha e dois banheiros. Precisamos de uma sala de reunião, para poder fazer as organizações de trabalho, reuniões semanais e comemorações.

Com relação a alguns problemas estruturais e de insumos, algumas necessidades podem ser destacadas: os equipamentos para o cuidado do usuário, como otoscópio, tensiômetro, estetoscópio, lanterna, são instrumentos próprios do médico, pois não estão disponíveis na UBS; o serviço não dispõe de conexão com internet, telefone próprio, caixas de som, câmera fotográfica, câmara filmadora, projetor de slides, gravador de som. Com a disponibilidade destes equipamentos, a UBS poderia realizar um melhor atendimento. O serviço de internet e telefone fixo ajudariam muito, por exemplo, no momento de agendar encaminhamentos para médicos especialistas. Cumprimos com todas as vacinas do calendário do Programa Nacional de Imunização, o problema é que estas acabam e não são repostas com brevidade, algumas vezes demoram muito tempo, afetando o usuário.

Os ACS não contam com ajuda de transporte para realização do trabalho, tampouco com um equipamento particular para verificação da pressão arterial, temperatura, o qual é importante no momento de fazer suas vistas diárias, assim se daria prioridade aos usuários que precisem da consulta com maior antecipação. Na UBS existe um sistema de manutenção e reposição de equipamentos, instrumentos, mobiliário, o material de consumo é insuficiente, equipamentos que estragam com o tempo (negatoscópio, cadeira de dentista, balança), material de consumo (fio de sutura em geral, luvas estéreis, luvas para procedimentos, seringas para aplicação de injeções em geral), porém estes demoram muito tempo para ser repostos, isso faz que algumas vezes não se consiga realizar um curativo ou uma extração dentária.

A ação programática que dispões de mais equipamentos é o pré-natal e puerpério, aqui os instrumentos são de uso particular, para as gestantes não se faz atividade educativa por não dispormos de materiais como manequins e vídeos. Os fármacos e vacinas sempre são prioridade durante toda a gravidez e puerpério, da mesma forma os exames complementares. As outras ações programáticas têm mais carências de materiais no momento de fazer testes e medições, não se tem instrumentos especiais para eles, se usam os mesmos da triagem geral, os fármacos e exames complementares quase sempre acabam e sua reposição demora, isso acontece com mais frequência na atenção às doenças crônicas como hipertensão e diabetes, onde a demanda de usuários é maior.

Toda ação programática se realiza conforme os Cadernos de Atenção Básica do Ministério de Saúde, sempre se tem como referência e consulta cada um deles

que se encontram no departamento de enfermagem da UBS, também dispomos dos manuais de saúde na escola, reprodutiva, e das doenças da região como dengue, leishmaniose, malária.

As necessidades da UBS são tratadas na secretaria de saúde conjuntamente com a Prefeitura, o problema repousa na escassez de recursos financeiros do município, que fica a 340 km capital do estado, o que faz com que as autoridades regionais não visitem Assis Brasil com tanta frequência, portanto acho que não conhecem suas carências.

A inter-relação entre o pessoal que trabalha na UBS é boa, é uma relação de profissionalismo, companheirismo, amizade, baseada no respeito mútuo e na ajuda desinteressada, entendemos que todos formamos parte de uma só equipe, que tenta dia a dia proporcionar uma atenção de qualidade a cada pessoa que o requeira, utilizando os manuais e protocolos estabelecidos para o funcionamento da ESF. A equipe de saúde trabalha com toda disposição, amor, procurando suprir as necessidades da UBS, sinto que os usuários dão conta disso pela consideração que muitas vezes eles têm conosco, em meu município temos três UBS, das quais a minha tem maior público, porém os recursos acabam mais rápido, ainda assim os usuários recorrem a ela, quero pensar que seja pelo bom trato que toda equipe tem com cada pessoa que busca atenção.

O vínculo de responsabilidade entre a equipe e população é bom, os funcionários da UBS se identificam com os usuários e procuram ter um controle contínuo, acompanhando e comprometendo-se em melhorar a saúde do usuário. A participação do usuário em seu processo de melhoria é algumas vezes deficiente pela pouca conscientização por parte deles, isso se observa mais em usuários com doenças crônicas como diabetes ou hipertensão, que esquecem da medicação ou conduta de regime. Meu município tem carências econômicas, o que ocasiona que algumas vezes falte medicação na UBS, então os usuários ao não encontrar seus medicamentos simplesmente deixam de fazer o tratamento, o que também acontece é que moram longe (área rural) então quando terminam a medicação demoram para pegar mais, estas condutas não ajudam a conseguir uma melhoria na saúde deles.

Nós fazemos consultas médicas na UBS, visitas domiciliares e algumas vezes nas escolas, quando a secretaria de saúde autoriza. Em minha UBS fazemos reuniões de equipe a cada 15 dias, onde tratamos temas de atendimento, queixas dos usuários, queixas dos funcionários, planejamentos de atividades. A

territorialização e mapeamento da área, busca ativa de faltosos, é feita pelos ACS, eles também são responsáveis pela visita domiciliar juntamente com o médico. A realização de cirurgia/procedimento é feita pelo departamento de odontologia e enfermagem, na UBS não se faz atendimento de urgência e emergência, referência e contra referência. O departamento de enfermagem é o encarregado de fazer notificação compulsória, realização de grupos educativos, atividades de incentivo ao controle social, reunião de equipe. Acredito que alguns dos problemas citados, podem ser resolvidos mediante a secretaria de saúde e a prefeitura municipal, buscando fundos econômicos para o abastecimento de medicação, programar aulas educativas para a população, por outro lado toda a equipe da UBS sempre está disposta a oferecer o melhor serviço possível ao usuário.

A área de abrangência da UBS que atuo está composta por 3.078 pessoas, os dados sobre a distribuição da população por sexo e faixa etária, crianças menores de um ano, mulheres grávidas, estão sendo atualizados pela secretaria de saúde, assim, não tenho valores exatos. Porém, os valores estimados pelo Caderno de Ações Programáticas (CAP) foram os seguintes: 61 crianças menores de um ano, 46 mulheres gestantes, 122 menores de 5 anos, 713 pessoas de 5 a 14 anos, 1843 pessoas de 15 a 59 anos, 197 pessoas com 60 anos ou mais. O tamanho da equipe de saúde é adequado ao número de usuários, está composta por 15 funcionários, garantindo os princípios e diretrizes preconizadas pela Política Nacional da Atenção Básica.

Quanto ao fluxo de atendimento, ao procurar o serviço, o usuário dispõe de uma área de acolhimento na recepção e solicita uma ficha de atendimento, depois é encaminhado para a sala de espera, onde aguarda ser chamado segundo ordem de chegada. Porém, pessoas idosas, grávidas, crianças ou aqueles que necessitem de uma rápida atenção médica, têm prioridade.

O cronograma de atendimento está organizado de acordo com os dias da semana, todas as segundas e sextas feira estão destinadas ao controle das mulheres grávidas (pré-natal), terças feira atendimento de pessoas idosas, quartas feiras crescimento e desenvolvimento de crianças e quintas feiras indivíduos portadores de hipertensão e diabetes. Estes atendimentos são realizados pela enfermagem, e no que diz respeito à atenção médica, todos os dias da semana se realiza consulta para a demanda espontânea de manhã e de tarde, com exceção as tardes das terças feiras, que é quando se realiza as visitas domiciliares do médico

com o ACS correspondente a área de visita da semana. De igual maneira, existe consultas para demanda espontânea e agendadas na área odontológica e durante toda a semana se encontra disponíveis ao público nos cinco dias úteis da semana, a vacinação, curativos e farmácia. Realizam-se ainda na UBS, campanhas de vacinação, consultas especializadas, exames laboratoriais com certa frequência, organizadas pela secretaria de saúde do município.

O acolhimento da demanda espontânea na USB é realizado por um recepcionista que faz a triagem da atenção. Diariamente são atendidas uma média de 35 a 40 pessoas divididas nos dois turnos, 20 a 25 usuários pela manhã e 15 a 20 usuários pela tarde. As consultas agendadas são poucas, considerando o grande número da demanda espontânea, em sua maioria por doenças infecciosas, Gastroenterite e colite, faringite aguda, infecção urinária e doenças crônicas descompensadas, e também hipertensão arterial, diabetes.

Temos dias específicos para o acompanhamento das pessoas idosas, crianças, pré-natais e indivíduos com hipertensão e diabetes. Este acompanhamento é feito pelo departamento de enfermagem, quando se precisa mudar um tratamento, fazer um exame específico, uma nova avaliação, então os usuários são encaminhados para a sala do médico.

Com relação à atenção à saúde da criança, o total de crianças menores de um ano cadastradas é de 39, o que de acordo com o total de crianças nessa faixa etária estimada pelo CAP, daria uma cobertura de 64% deste programa. Porém, este resultado não pode ser considerado real para minha UBS, já que estes resultados não se encontram atualizadas à data atual, considerando que nós oferecemos atendimento integral a toda criança que a requeira. O controle de puericultura se realiza pela enfermagem, aqui se tem um registro de cada criança, avaliação de crescimento e desenvolvimento, vacinação de acordo ao calendário do Ministério de saúde, também oferecemos consultas médicas gerais, consulta odontológica, vacinação, e quando se precisa de médicos especialistas é realizado o encaminhamento a cada especialista.

Os indicadores propostos pelo caderno de ações programáticas são de muita ajuda para ter noção de como se esta trabalhando, de quanta é nossa cobertura como instituição, e o quanto desejamos conseguir com nossos usuários. Atendemos um número de crianças indígenas as quais é difícil conseguir o retorno às consultas, porque a distância de onde moram é muito grande, quase sempre só voltam quando

apresentam um quadro agudo de febre ou diarreia, devido a isso alguns indicadores de qualidade foram baixos. Com consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, estão 54% das crianças; atraso da consulta agendada em mais de sete dias, 13%; teste do pezinho até sete dias e primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida, 8%; vacinas em dia, 77%; orientação para aleitamento materno exclusivo, 54% e orientação para prevenção de acidentes, 57%. O indicador sobre a triagem auditiva não pode ser calculado, pois este não é realizado na UBS, com respeito ao monitoramento de crescimento e desenvolvimento na última consulta, se tem um valor de 54%. A avaliação de saúde bucal é também muito difícil de conseguir, eu mesmo semanalmente sou testemunha de que quando uma criança sofre de dor dental os pais só procuram medicamentos para a dor, sem priorizar a consulta com um odontólogo. As orientações se fazem em cada consulta que realizam os pais, filhos, inclusive, quando a mãe está grávida. O que resultou em um valor de 10% apenas deste indicador.

Para melhorar as deficiências apontadas, acredito que se poderia conseguir mediante realização de aulas educativas para os pais, aulas nas escolas para as crianças e realização de campanhas orientadas a um bom desenvolvimento integral das crianças do município. Em meu caso, acredito que se deveria trabalhar juntamente com a saúde indígena (FUNASA), por que muitos usuários correspondem a esta área, e são justamente eles que mais apresentam problemas de crescimento, desenvolvimento, imunológicos, parasitários, esta população é a mais necessitada.

Os registros existentes na UBS quanto aos atendimentos ao Pré-natal e Puerpério permitiram o total preenchimento do caderno de ações programáticas, ainda que para alguns pontos não se tivessem dados, então precisei da ajuda do departamento de enfermagem, e extrapolando alguns valores se conseguiu um valor aproximado para alguns pontos solicitados. De acordo com as mulheres grávidas do meu município cadastradas e atendidas na minha UBS, obteve-se um percentual de 43%(20) de cobertura, visto que o CAP estima a existência de 46 gestantes na área, no entanto temos 20 usuárias em acompanhamento. Considerando o valor estimado pelo programa que gera um número de grávidas a partir do número da população total de abrangência. Em meu município existem grávidas que não realizam seu pré-natal na UBS que correspondem, algumas chegam só uma vez e depois não

continuam com as consultas, isso porque mudam da área de abrangência da UBS ou porque saem da cidade e vão morar na zona rural, colônias, junto com suas famílias, tudo isso aumenta ou diminui a quantidade total de grávidas.

Acredito que os indicadores da qualidade avaliados são de muita ajuda quando se trata de ter estatísticas para determinar a cobertura e qualidade do serviço de pré-natal. Os exames correspondentes ao 1º trimestre solicitados na primeira consulta, vacinação de acordo o esquema do Ministério da Saúde e orientação sobre aleitamento materno, são pontos de fácil realização, e o obtiveram o indicador de 75%, 50% e 50%, respectivamente. As dificuldades são com o exame ginecológico em cada trimestre (35%) e com a assistência a consulta de saúde bucal (30%), já que em minha UBS não se tem uma total conscientização de algumas grávidas que supõem que não precisam fazê-lo, que não é de muita importância realizá-lo, apesar de reforçarmos junto a elas que sim.

A cobertura do puerpério apresentou uma porcentagem de 49%, temos 30 puérperas acompanhadas enquanto o CAP estima 61 puérperas na área. Isso ocorre devido ao fato de que é muito difícil que as mulheres voltem a UBS para realizar controle de puerpério, todas que o realizam são orientadas sobre o cuidado do recém-nascido, aleitamento materno exclusivo, planejamento familiar, tem suas mamas e abdômen examinados, realizaram exame ginecológico, tiveram seu estado psicológico avaliado e forma avaliadas quanto à intercorrências. Destas, 80% consultaram antes dos 42 dias de pós-parto e 53% tiveram a sua consulta puerperal registrada.

Na UBS se faz atendimento pré-natal dois dias da semana (segunda e sexta) nos dois turnos (manhã e tarde), é realizado pela enfermeira ou médico (no caso de não estar presente à enfermeira), toda grávida sai da consulta com a próxima data agendada. Algumas vezes chegam mulheres grávidas durante a semana por algum problema agudo, elas também são atendidas e orientadas sobre os dias de consulta, se faz avaliação e classificação de risco gestacional. Utilizamos o Caderno de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco do Ministério da Saúde (2012), se precisar de outros níveis de atenção especializada se realiza o encaminhamento a outras especialidades, internamento hospitalar na maternidade do município próximo.

Os atendimentos são registrados nos prontuários clínicos, formulários especiais do pré-natal, este cartão de Pré-Natal é sempre solicitado para cada controle que se realiza a usuária. Em toda consulta se fala, conversa, informa sobre

a importância do aleitamento materno, o correto crescimento e desenvolvimento do recém-nascido, indicamos a data das próximas vacinas e recomendamos avaliação da saúde bucal explicando a grande importância, conversamos sobre os principais cuidados do recém-nascido, e que podem usar métodos anticoncepcionais durante o aleitamento, e recomendamos a revisão puerperal nas primeiras 72 horas pós-parto até 7 dias, principalmente, ou entre 30 e 42 dias.

Em minha área de abrangência o número total de mulheres cadastradas e acompanhadas na UBS para prevenção do câncer do colo de útero é de 54, o que gera uma cobertura de 8% para essa ação programática. Porém, este valor não é fidedigno, para isso precisaria do total exato de mulheres da área de abrangência entre 25 e 64 anos, valor que não disponho no momento, este foi calculado pela estimativa do CAP, que é de 648 mulheres. No caso da prevenção do câncer de mama acontece o mesmo, só deu uma cobertura de 5%, da mesma forma não tenho o número exato de mulheres entre 50 e 69 anos da área de abrangência. O CAP estima que na área existem 154 mulheres nessa faixa etária, e temos em acompanhamento somente 8.

Conforme os dados da UBS, os indicadores de qualidade deram um valor mais próximo da realidade, as usuárias são preocupadas em fazer os controles de rotina sempre. A porcentagem de exames citopatológicos para câncer de colo de útero em dia é 81%, levando em conta que o indicador só considera as mulheres que tem controle em dia, a porcentagem de exames citopatológicos para câncer de colo de útero com mais de 6 meses de atraso é 9%. A porcentagem de exames citopatológicos para câncer de colo de útero alterado é 0%, os dados coletados foram de uma média de 3 meses de controle na UBS, porque esse tempo que tem a nova enfermeira que trabalha até agora, eu pedi para o departamento de enfermagem os registros, dados necessários para elaboração dos indicadores. Orientação sobre prevenção de CA de colo de útero e sobre DSTs foi feita em 100% das mulheres, 93% tinham exames coletados com amostras satisfatórias e 83% com exames coletados com células representativas da junção escamocolunar.

A porcentagem de mulheres com mamografia em dia é 13%, com mamografia com mais de três meses em atraso é 88%, esses índices se devem ao fato de que aqui no meu município é difícil conseguir a realização do controle das mamografias, quase sempre as usuárias ficam aguardando muito tempo para conseguir uma vaga, então, isto ocasiona um atraso algumas vezes de mais de 3 meses. Avaliação de

risco para câncer de mama e a orientação sobre prevenção do câncer de mama se faz em todas as mulheres na faixa etária correspondente que buscam consulta na UBS.

A prevenção de câncer de colo de útero e exame de mamas se fazem conjuntamente no mesmo dia da consulta realizada pelo departamento de enfermagem, tem dois dias específicos da semana destinados para sua realização, o que torna um pouco deficiente o serviço é o tempo de demora na chegada dos resultados dos exames, algumas vezes até 6 meses, acho que se corrigisse isso, melhoraria muito a qualidade do programa. A equipe trabalha mediante o rastreamento de mulheres ente 25 e 64 anos chamando a atenção sobre a importância do programa e de se fazer o exame no tempo previsto, também fazemos atividades de educação e promoção à saúde, onde explicamos os principais fatores de risco e de como evitar, dentro do possível, a doença.

Na UBS são realizadas ações de promoção para incentivar a prática de atividade física e hábitos alimentares saudáveis, para assim controlar o peso corporal e evitar a obesidade, também orientamos sobre os malefícios do consumo excessivo do álcool e outras drogas. O médico e o enfermeiro fazem ações para o rastreamento oportunístico e organizado do câncer de mama todos os dias da semana em todos os turnos, existindo um protocolo produzido pelo Ministério da Saúde em 2013, que é o que utilizamos. Investigamos os fatores de risco e trabalhamos para modificar os que sejam modificáveis. O planejamento, gestão e coordenação das ações de controle do câncer do colo de útero e de mama é feito pelo enfermeiro, técnico de enfermagem e o médico, são realizadas reuniões mensalmente para a avaliação da qualidade do programa e para discutir como melhorar os indicadores, para isso é utilizado um registro específico e o prontuário clínico. Hoje ainda se realizam ações de pesquisa e cadastro para conformar a realidade da população da área de abrangência e para estabelecer um planejamento e uma estratégia que beneficie o usuário, para que a equipe possa mudar os indicadores de cobertura e qualidade que hoje se mostram para esta ação programática na Unidade.

Na UBS existe um programa elaborado baseado em protocolos de saúde para o atendimento e acompanhamento dos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), os quais permitiram preencher os dados desta parte do CAP. A cobertura de HAS encontrada em minha UBS de acordo com

o caderno de ações programáticas é um valor baixo, já que foi de somente 11%, acredito que isso se deve a uma subnotificação dos casos desta doença, pois o número estimado pelo CAP de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área é de 541 e temos em acompanhamento somente 60 pessoas. A estimativa está baseada no cálculo aproximado de acordo com o índice de prevalência e incidência desta doença no Brasil, que se assemelha ao índice calculado em outros países. É evidente que a equipe de saúde ainda precisa trabalhar mais, precisa-se de um maior número de ACS que possam chegar a todas as casas da área e realizar um registro atualizado de todas as pessoas portadoras de HAS, procurar conscientizar mais a população sobre a importância do acompanhamento destas doenças, para tanto, se necessita de uma capacitação da equipe, já que muitas pessoas vivem com pressão arterial alta sem apresentar sintomas.

Considerando o cadastro que se tem na UBS, os demais indicadores apresentados são favoráveis de acordo com a porcentagem de cobertura. Os usuários que estão com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias, correspondem a 17%. Os demais indicadores de qualidade estão acima de 80%; 92% recebem orientação sobre atividades físicas e dieta saudável, 83% estão com os exames complementares periódicos e avaliação de saúde bucal em dia, bem como realizaram estratificação de risco cardiovascular por critério clínico. A importância da consulta e realização de exames complementares de rotina para avaliação do estado de controle da HAS é feito pela equipe de diferentes maneiras. Para um melhor atendimento ao usuário se deveria cadastrar 100% daqueles com HAS, incentivando os ACS a realizarem esta tarefa o mais rápido possível, realizar campanhas de saúde para diagnosticar HAS, realizar programas de saúde voltados a este objetivo.

O questionário elaborado para a HAS é muito completo, deveria ser estendido para os distintos profissionais que trabalham dia a dia com as pessoas que padecem desta doença, tanto na UBS como na consulta domiciliar, também pode-se ampliar os distintos medicamentos que se utiliza com maior demanda, criando um resultado total por cada unidade de saúde para atender um maior resultado real do que acontece de maneira mensal.

Com a diabetes mellitus acontece o mesmo, só têm no cadastro 35 usuários, o índice de cobertura está em 23%, visto que o CAP estima que na área existem 155 pessoas com DM. Os fatores que afetam são os mesmos que para HAS, falta de

atualização dos cadastros e acompanhamento compartilhado por outras UBS. Somente 14% dos usuários estão com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias, os demais indicadores estão todos em 86%, são eles: realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, exames complementares periódicos em dia, exame físico dos pés nos últimos 3 meses, palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses, medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses, orientação sobre prática de atividade física regular e nutricional para alimentação saudável e avaliação de saúde bucal em dia.

Esta é uma doença de fácil incremento porcentual, a DM é sigilosa e mostra suas manifestações muitas vezes quando já está avançada, se deve procurar uma maior conscientização a respeito do estilo de vida e alimentação, fazer com que as pessoas predispostas por genética não desenvolvam a doença e conversem também com seus filhos sobre os riscos. É muito importante ter os exames laboratoriais necessários, por exemplo, hemoglobina glicosada, creatina e pesquisa de retinopias, no momento, no município que atuo isto é impossível, do mesmo modo, também é tentar fazer uma avaliação do usuário diabético por uma equipe multidisciplinar com nutricionista, angiologia, oftalmologista, etc.

O questionário disponibilizado pelo curso é bastante didático, importante para poder ter um melhor registro dos usuários que padecem desta doença, talvez igual à HAS se deva fazer um informe dos medicamentos que se utiliza com maior demanda, classificando-os em antidiabéticos orais, parenterais, para obter um melhor controle desta doença. Ambas as doenças têm um dia exclusivo no turno da manhã e turno da tarde, para fazer acompanhamento, controle de medicação dos usuários pelo departamento de enfermagem. Porém, todo usuário tem livre acesso durante toda a semana a fazer consulta médica espontânea em ambos os turnos, onde sempre se fala com eles sobre o tratamento não farmacológico, a importância de mudar as atividades nocivas, como também as atividades favoráveis, dieta, atividades físicas, estado emocional, para conseguir uma melhoria global. Tenta-se conscientizar que estas doenças são hereditárias para que eles possam também aconselhar seus familiares próximos para prevenir casos novos. O planejamento, organização, gestão, avaliação e monitoramento dessa ação programática são pontos frágeis na UBS, onde se precisa da ajuda e capacitação de toda equipe pela Secretaria de Saúde e Prefeitura Municipal.

Com os registros da UBS pude preencher todos os dados necessários para a avaliação geral da atenção prestada à saúde do idoso, o número de pessoas idosas na área de abrangência é menor que o número estimado no CAP, isso porque não se tem um cadastro atualizado das pessoas maiores de 60 anos no município, como tampouco se tem um cadastro dos idosos que chegam à cidade, como os idosos que vão a óbito. Para modificar indicadores de saúde nesta faixa etária é preciso cumprir com o protocolo de saúde. Nossa UBS tem uma população total de 3.078 habitantes, a população idosa é de 110, a cobertura resultou em um valor de 56%, visto que o estimado pelo CAP foi de 197 idosos para a área. Dos 110 acompanhados, 55% tem avaliação de risco para morbimortalidade, investigação de indicadores de fragilização, orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, orientação para a prática de atividade física regular, estão com acompanhamento em dia e realizaram Avaliação Multidimensional Rápida, somente 27% tem Diabetes Mellitus e 36% e portador de Hipertensão Arterial, 64% tem Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Apenas 27% estão com avaliação de saúde bucal em dia, isto porque este tipo de avaliação é muito difícil, pois eles não gostam de fazer acompanhamento com o odontólogo, só procuram a consulta quando estão sentindo dor.

Na UBS temos problemas com o acompanhamento dos idosos, já que para a maioria é um pouco difícil consultar na data agendada, mas nossa equipe trabalha em conjunto com a secretaria de saúde para melhorar o atendimento e oferecer melhores condições para eles. Os dez indicadores de qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa avaliados são muito importantes, talvez se devesse considerar um a mais que seria sobre a saúde emocional, já que no meu Município existe muito idoso que mora sozinho, os quais talvez pode encontrar em bom estado físico e ter certo grau de depressão, tristeza. O questionário disponibilizado pelo curso é bastante completo, o qual também deveria ser compartilhado com os distintos profissionais que trabalham com pessoas idosas.

O acompanhamento exclusivo dos idosos é feito dois dias da semana em todos os turnos pelo departamento de enfermagem, além disso, tem também a consulta de demanda espontânea todos os dias, onde participam o médico, a enfermeira, e técnico de enfermagem, na UBS trabalhamos com o protocolo de atendimento para idosos produzido pelo ministério da saúde do ano de 2013, após cada consulta o usuário sai com a próxima consulta agendada.

Na UBS procuramos fazer promoção de atividade física, de hábitos alimentares saudáveis, de saúde bucal e mental, diagnóstico de problemas clínicos em geral, alcoolismo, obesidade, sedentarismo e tabagismo. O município não tem especialista geriatra, porém os usuários são encaminhados para a capital do estado quando necessário. A meu ver, sinto que meu município deveria incentivar distintas atividades tanto para mulheres quanto para homens pertencentes a terceira idade, por exemplo, excursão, visita a outros lugares, passeios, aula de dança, aula de música etc., de maneira que as pessoas idosas possam compartilhar com outras buscando sua integração, e que se sintam parte de uma sociedade que necessite deles.

Com relação ao serviço de saúde bucal oferecido na UBS, considero boa a capacidade instalada para prática clínica. A rotina clínica odontológica na UBS é caracterizada por procedimentos como restaurações dentárias, profilaxia, curativos de demora com ou sem preparo biomecânico, raspagens sub e supra gengivais e extrações dentárias. O atendimento odontológico é oferecido para homens, mulheres, crianças, gestantes e idosos, enfim para todo usuário que houver necessidade de uma consulta odontológica. Quanto às ações coletivas, estas são extremamente importantes, pois é possível realizar através de palestras, escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor, com orientação sobre prevenção de doenças para a população.

No que tange aos registros, cada usuário apresenta uma ficha de prontuário individual, com seus dados pessoais, odontograma, procedimentos datados e principalmente assinados pelo próprio usuário ou responsável. A média de procedimentos clínicos por habitante mês na UBS em relação a sua capacidade instalada e em relação ao preconizado pelo Ministério da Saúde calculada pelo CAP foi de 0,3%. Devido a um problema técnico (cadeira odontológica com defeito) não foi possível ampliar a demanda de procedimentos clínicos, como restaurações dentárias, profilaxia e preparos biomecânicos, resultando dessa forma em um índice percentual relativamente baixo, lembrando que este percentual se deve ao problema técnico supracitado.

Infelizmente a primeira consulta programática ainda não é levada com seriedade por parte da maioria dos usuários. Devido ao “medo de dentista”, muitos apenas procuram o profissional quando tem dor ou problemas gengivais, e principalmente quando a cárie está em estágio avançado. É necessário mais

incentivo por parte da equipe para que a população tenha interesse na realização de procedimento preventivo e reabilitador, principalmente os cuidadores de pessoas especiais que necessitam de atendimento prioritário. As ações desenvolvidas para os grupos populacionais prioritário ainda é relativamente baixa. É primordial selecionar estes grupos e realizar propagandas, anúncios em rádios, TV, panfletos, cartazes, vídeos, fotos que sejam atrativos e chamem a atenção destes grupos para que vejam o quão primordial é a consulta e as ações odontológicas em qualquer fase da vida do ser humano. O número de usuários que procuram o cirurgião-dentista nas consultas programáticas ainda é baixo. Isto pode ser devido a dois fatores: o primeiro sendo como a falta de interesse, seguida da ausência de dor ou problema agudo. Já as consultas por demanda espontânea em relação às programáticas são elevadas. Pessoas que necessitam do profissional para tratar uma dor, presença de fraturas, dilaceração de lábios que exigem sutura, realização de restaurações dentárias, profilaxia, raspagem sub e supra gengivais, ou seja, acidentes que podem acontecer a qualquer momento e que dependem em sua grande maioria de demanda espontânea, assim sendo, atendimento não programado.

Alguns pontos que precisam ser melhorados são a revisão semestral das cadeiras odontológicas, para não parar o atendimento, disponibilidade de mais insumos materiais, ampliação de propagandas, como citado acima, através de anúncios, panfletos, a presença do cirurgião-dentista nas escolas, de forma a conscientizar a população do cunho preventivo desse tipo de assistência.

Após a realização do relatório de análise situacional chegamos à conclusão de que ainda temos muito trabalho a fazer para melhorar os indicadores de saúde em nossa comunidade com o objetivo de levar mudanças de estilos de vida até a população. Os desafios que se tem por cumprir na UBS são em sua maioria materiais e de insumos (equipamento, medicamentos), que não são suficientes para a alta demanda dos usuários, também se precisa de capacitação atualizada para os funcionários do serviço sinto que hoje eles são o maior recurso que a UBS dispõe.

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

Na primeira semana do curso eu fiz uma análise a respeito da situação da ESF/APS em meu serviço, foi um relato geral de pouca profundidade, de pouco conhecimento a respeito dos valores dos indicadores de cada ação programática, protocolos de atendimento, etc. Após a realização do Relatório da Análise Situacional, mediante cada tema semanal abordado, eu consultei com minha equipe de trabalho as informações que existiam sobre cada programa, para muitos deles foi uma novidade os valores percentuais que se deveria alcançar, assim como também os indicadores de cada tema tratado. Sinto que durante todo este tempo do curso, talvez a UBS não mostre grandes mudanças, entretanto a mentalidade, curiosidade, o desejo de melhorar dos funcionários é grande, e isso é muito bom, porque toda a equipe tentará corrigir as deficiências e limitações identificadas, procurando os meios para resolver as carências da UBS.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

As doenças crônicas degenerativas especificamente a HAS e DM são responsáveis por grande parte da morbimortalidade em países desenvolvidos e desencadeiam outras doenças que provocam incapacidade parcial ou até a morte. Ao mesmo tempo, afeta a funcionalidade da família provocando crises emocionais, depressivas e econômicas por conta das complicações, como insuficiência renal, retinopatias diabéticas, acidentes cerebrovasculares, incapacidades locomotoras por amputação de membros e outras incapacidades causadas que também influenciam na qualidade de vida (BRASIL, 2013a; BRASIL 2013b).

Devido ao exposto, dá-se a importância de um projeto de intervenção que possa influir na qualidade do atendimento prestado a este grupo específico. A USF Terezinha Batista dos Santos conta com uma área de recepção, uma sala de triagem, um consultório médico, um consultório de enfermagem, um consultório odontológico, uma sala de vacina, uma sala de curativo, uma farmácia, uma cozinha e dois banheiros. A equipe de saúde está integrada por um médico, uma enfermeira, três técnicos de enfermagem, uma odontóloga, um técnico de higiene dental, uma pessoa para triagem, uma pessoa responsável pelo programa bolsa família, uma atendente de farmácia, uma auxiliar de serviços gerais e quatro ACS. Faz parte da área de abrangência uma população de 3.078 habitantes, e a cobertura das ações programáticas são demasiadamente baixas.

A cobertura do atendimento às pessoas com HAS encontrada em minha UBS, de acordo com o caderno de ações programáticas, é de somente 11%(60) e para aquelas com DM está em 23%(35), enquanto o CAP estima,

respectivamente 541 e 155 pessoas. Os motivos para isso são os mesmos para as duas doenças, falta de atualização dos cadastros e acompanhamento compartilhado por outras UBS. A população alvo deste projeto serão os usuários correspondentes à área de abrangência da UBS. A dificuldade principal é ter a assistência, retorno e acompanhamento correto de cada usuário, o que é necessário para oferecer um bom controle destas pessoas, outro caso são os usuários que nunca fizeram controle de sua doença e que precisam ser cadastrados pela primeira vez, sendo os ACS a principal ferramenta para alcançar este objetivo. Na UBS já se desenvolvem ações de promoção à saúde destinadas a melhorar os indicadores de saúde destas doenças, são feitas palestras abordando temas de importância como nutrição, adesão ao tratamento, importância do acompanhamento, etc. e atividades de saúde coletiva conformada por um grupo de pessoas com HAS e/ou DM.

Uma intervenção nesta ação programática assume uma grande importância no contexto da UBS, porque ele iria organizar o atendimento às pessoas com HAS e/ou DM como está estipulado nos protocolos de saúde. Uma intervenção como esta implicaria em um melhor estilo de vida, aumentaria a expectativa de vida destas pessoas, incrementando a média de anos úteis na sociedade, e de certa forma influenciaria economicamente também, pois diminuiria os gastos por internamento, uso de medicamentos, entre outros. Os aspectos que viabilizam esta intervenção são em primeiro lugar, a equipe de funcionários que trabalham na UBS, pessoas conscientes e desejosas de oferecer um melhor serviço, melhoria na qualidade de vida dos usuários, correção do cadastro vigente, que encontra-se desatualizado de ambas doenças, bem como contar com a aprovação da Secretaria de Saúde que facilitará nosso trabalho. Os instrumentos para a realização do projeto serão as fichas espelhos e Planilha de coleta de dados ofertados pelo curso e com foco na HAS e DM. Esses aspectos irão melhorar a saúde da população alvo da seguinte forma: diminuindo a incidência de complicações, facilitando o acesso às consultas, possibilitando uma maior cobertura do programa, aspectos que incidirão em um aumento na promoção, prevenção e reabilitação da saúde. A equipe toda está trabalhando em conjunto no projeto com a finalidade de melhorar os indicadores, a qualidade do atendimento e para incentivar a população a fazer mudanças no padrão de vida.

## 2.2 Objetivos e metas

### 2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção das pessoas com HAS e/ou DM da UBS Terezinha Batista dos Santos, Assis Brasil/AC.

### 2.2.2 Objetivos específicos e metas

1. Ampliar a cobertura das pessoas com HAS e/ou DM.
2. Melhorar a qualidade da atenção das pessoas com HAS e/ou DM.
3. Melhorar a adesão de pessoas com HAS e/ou DM.
4. Melhorar o registro das informações.
5. Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com HAS e/ou DM.
6. Promover a saúde de pessoas com HAS e/ou DM.

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura das pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 1.1 Cadastrar 50% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS.

Meta 1.2 Cadastrar 60% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à HAS e DM 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 HAS.

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

Meta 2.3 Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com DM 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 HAS a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5 Garantir a 100% das pessoas com DM 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 HAS cadastradas na UBS.

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

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

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

**Objetivo 3:** Melhorar a adesão de pessoas com HAS e/ou DM.

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

Meta 3.2 Buscar 100% das pessoas com DM 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 HAS.

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

**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 HAS.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **2.3 Metodologia**

Este projeto de intervenção embasa-se na melhoria da atenção à Saúde das pessoas com HAS e/ou DM. Será desenvolvido no período de 12 semanas na UBS Terezinha Batista dos Santos, Assis Brasil/AC. As ações são compatíveis com os eixos pedagógicos propostos pelo curso de Especialização em Saúde da Família da UNASUS/UFPEL: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. A população alvo da intervenção são os portadores de HAS e/ou DM residentes na área de abrangência da UBS.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

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

**Metas 1.1 e 1.2:** Cadastrar 50% das pessoas com hipertensão e 60% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

#### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

- Monitorar o número de pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Detalhamento: Atualizar o cadastramento e acompanhar o indicador de cobertura junto com os ACS.

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

- Garantir o registro das pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastrados no Programa.

Detalhamento: Fazer uma lista com nomes dos usuários com HAS e DM que permita atualização do cadastramento e avaliação da cobertura e acompanhamento dos usuários.

- Melhorar o acolhimento para as pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento: Fazer uma capacitação do pessoal da recepção para melhorar o acolhimento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes e demais usuários.

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

Detalhamento: Garantir que os aparelhos para a realização deste atendimento estejam em ótimas condições de uso.

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

Detalhamento: Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na UBS para as pessoas com HAS e/ou DM.

### **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

Detalhamento: Temos programadas palestras educativas uma vez por semana sobre a existência do programa de atenção aos usuários com HAS e DM, além disso, temos propagandas educativas sobre prevenção e o controle de dessas doenças.

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

- Capacitar os ACS para o cadastramento e atualização da população da área da UBS.

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

Detalhamento: Faremos capacitação da equipe, uma vez por mês sobre temas de prevenção e cadastramentos das duas doenças, como controle de pressão arterial e a realização de hemoglicoteste.

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

**Metas 2.1 e 2.2:** Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento: A equipe fará avaliação e monitoramento dos prontuários dos usuários com HAS e/ou DM uma vez por mês.

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

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento: A enfermeira da sala de pré-consulta fará controle da pressão arterial de todos os usuários com mais de 18 anos e glicose as pessoas com HAS e/ou DM e a critério médico.

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

Detalhamento: Os profissionais terão capacitação uma vez por mês de acordo com os protocolos adotados pela unidade.

- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: Os profissionais terão atualização a cada três meses de acordo com os protocolos adotados pela unidade.

- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: Já dispomos do protocolo impresso e fizemos atualização da equipe toda.

### **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

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

Detalhamento: Estas ações serão complementadas com as palestras educativas na unidade e ajuda dos ACS, além das orientações nas consultas a cada usuário.

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: Há uma programação mensal para capacitação da equipe na realização de um adequado exame clínico apropriado, além disso, o profissional realizará atualização periódica dos protocolos de atendimento.

**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).

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

- Monitorar a realização de exame dos pés das pessoas com diabetes.

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão todo o monitoramento do exames dos pés das pessoas com DM.

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

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame dos pés das pessoas diabéticas.

Detalhamento: Será feito de acordo com o planejamento estipulado, a distribuição de atribuições de cada membro da equipe.

- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS.

Detalhamento: Faremos uma programação trimestral de capacitação da equipe para realização das tarefas atribuídas a cada membro de acordo com os protocolos adotados.

- Providenciar junto a gestão o monofilamento 10g para exame dos pés

Detalhamento: Solicitaremos junto à Secretaria municipal de Saúde um monofilamento para a realização do exame dos pés.

- Organizar a agenda para acolher as pessoas diabéticas provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Faremos um cronograma de atendimento somente para aquelas pessoas visitadas em domicílio.

- Solicitar a referência e contra-referência (realizar a coordenação do cuidado) para pessoas com diabetes que necessitem de consulta especializada.

Detalhamento: Esta ação será realizada mediante o cruzamento de dados conseguido na coordenação do cuidado.

### **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

- Orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: Esta ação será complementada com as palestras educativas na UBS, bem como com a ajuda dos ACS, além das orientações nas consultas a cada usuário.

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

- Capacitar a equipe para a realização de exame apropriado dos pés.

Detalhamento: Contemplaremos essa ação mediante uma programação trimestral de capacitação da equipe para realização do devido exame.

**Metas 2.4 e 2.5:** Garantir a 100% das pessoas com HAS e/ou DM a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

- Monitorar o número de pessoas com hipertensão e/ou diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde e de acordo com a periodicidade recomendada.

- Monitorar o número de pessoas com hipertensão e/ou diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão uma avaliação mensal dos prontuários clínicos para contabilizar o número de usuários com exames laboratoriais solicitados de acordo a periodicidade e protocolo adotado na UBS.

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

- Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: O médico já faz solicitação dos exames complementares de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde e a periodicidade recomendada, ação que será continuada.

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

Detalhamento: Já conversamos com a Secretaria de Saúde a respeito do trabalho que estamos fazendo para que nos ofereça as facilidades para a realização dos exames correspondentes

- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: Estabelecer um registro dos usuários identificados com necessidade de exames adicionais e fazer a revisão deles mensalmente.

### **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

- Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares e quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares."

Detalhamento: Estas ações serão complementadas com as palestras educativas na UBS ajuda dos ACS, além das orientações nas consultas a cada usuário.

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado e para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: Temos programado uma vez por mês a capacitação da equipe para realização da atualização periódica dos protocolos de atendimento.

**Metas 2.6 e 2.7:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastradas na unidade de saúde.

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia

Detalhamento: Desde o começo da intervenção será feito um novo controle dos medicamentos para pessoas com HAS e/ou DM. Para isso, temos o apoio do funcionário que atende na farmácia e enfermeira da UBS que faz o acompanhamento dos usuários portadores de ambas as doenças.

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

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastradas na unidade de saúde.

Detalhamento: A farmacêutica da UBS tem um registro com atualização mensal das necessidades deste grupo e manterá esse controle durante a intervenção.

### **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

- Orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: Durante a intervenção se realizarão conversas, reuniões e oficinas onde serão explicados os direitos dos cidadãos no tocante ao acesso aos medicamentos.

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e do diabetes.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Temos programado uma vez por mês a capacitação da equipe para cumprimento das ações supracitadas.

**Metas 2.6 e 2.7:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com HAS e/ou DM cadastrados na unidade de saúde.

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia

Detalhamento: Atualizar cadastramento e acompanhar indicador de cobertura junto com os Agentes Comunitários de Saúde.

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

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastradas na unidade de saúde.

Detalhamento: A farmacêutica da unidade tem um registro com atualização mensal das necessidades deste grupo.

### **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

- Orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: Realizaremos palestras educativas a cada semana, no tocante a existência do programa de atenção a pessoas com HAS e DM, além disso, temos propagandas educativas sobre prevenção e o controle dessas doenças.

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e do diabetes.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Temos programado uma vez por mês a capacitação da equipe para cumprimento das ações supracitadas.

**Metas 2.8 e 2.9:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

- Monitorar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: O médico junto com o enfermeiro fará avaliação dos usuários que necessitam de atendimento odontológico nas consultas de acompanhamento.

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

- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento: Todos os usuários com necessidades de atendimento odontológico serão encaminhados para consulta de odontologia, para seguir o esquema de planejamento feito pela equipe.

- Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos das pessoas com hipertensão e/ou diabetes provenientes da avaliação com a necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: A assistente de odontologia fará o planejamento da agenda de saúde bucal dos usuários provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

### **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento: Estas ações serão complementadas com as palestras educativas na unidade e ajuda dos ACS, além das orientações nas consultas a cada usuário.

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento: Temos programado uma vez por mês a capacitação da equipe acerca dos conhecimentos necessários para avaliar a necessidade de atendimento odontológico.

**OBJETIVO 3.** Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes ao programa

**Metas 3.1 e 3.2:** Buscar 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes faltosas às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão avaliação e monitoramento mensal das consultas de acordo a o protocolo.

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

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

Detalhamento: O médico junto com a gerente do posto planejará as visitas uma vez por semana para buscar os faltosos com a ajuda dos ACS.

- Organizar a agenda para acolher as pessoas com hipertensão e/ou diabetes provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: A enfermeira fará um adequado planejamento da programação de consultas agendadas para os usuários hipertensos e diabéticos uma vez por semana, de forma a acolher aqueles provenientes das buscas domiciliares.

### **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Detalhamento: Por meio dos agentes comunitários e notas informativas, informaremos a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

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

- Esclarecer aos portadores de hipertensão e diabéticos e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: A equipe toda terá que realizar uma vez por mês uma palestra com a população na unidade de saúde e debater os protocolos de atendimento.

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

- Capacitar os ACS para a orientação das pessoas com hipertensão e/ou diabetes quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: Realizar uma vez por mês a capacitação dos ACS de acordo com o protocolo.

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

**Metas 4.1 e 4.2:** Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastrados na unidade de saúde.

#### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

- Monitorar a qualidade dos registros das pessoas com hipertensão e/ou diabetes acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: O doutor e a enfermeira farão monitoramento mensal dos registros das pessoas com hipertensão e/ou diabetes acompanhados na unidade de saúde.

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

- Manter as informações do SIAB atualizadas.
- Implantar a ficha de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.
- 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: Temos pensado colocar nas próximas semanas uma recepcionista capacitada, que ficará responsável por manter as informações atualizadas, com supervisão e monitoramento dos registros pelo médico e a enfermeira com a implementação e preenchimento das fichas individuais.

#### **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

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

Detalhamento: O médico e a equipe terão a obrigação de comunicar aos usuários sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

- Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento: Toda a equipe será orientada por funcionários da secretaria de saúde no preenchimento dos registros necessário ao acompanhamento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

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

Detalhamento: Toda a equipe foi orientada por funcionários da secretaria de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

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

**Metas 5.1 e 5.2:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos das pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastrados na unidade de saúde.

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

- Monitorar o número das pessoas com hipertensão e/ou diabetes com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão monitoramento a cada 2 meses dos prontuários dos usuários hipertensos e diabéticos com realização de estratificação de risco.

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

- Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.
- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão capacitação sobre o acolhimento dos usuários de alto risco e o agendamento dos usuários com HAS e/ou DM serão feitos priorizando os de alto risco.

### **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

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

Detalhamento: O médico, a enfermeira e a equipe, todos orientarão os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

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

Detalhamento: Os ACS farão palestras uma vez por mês nas comunidades falando sobre a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

- 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.

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

Detalhamento: Toda a equipe será capacitada quanto a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, importância do registro desta avaliação e controle de fatores de risco modificáveis.

**OBJETIVO 6.** Promover a saúde das pessoas com HAS e/ou DM.

**Metas 6.1 e 6.2:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com HAS e/ou DM.

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão avaliação e monitoramento dos prontuários dos usuários com HAS e/ou DM em todas as consultas para garantir que 100% deles tenham orientação nutricional.

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

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento: Primeiramente temos que esperar chegar uma nutricionista ao município, então a enfermeira da UBS será a encarregada por agendar as consultas com a nutricionista duas vezes por mês e junto com a nutricionista planejaremos as palestras sobre alimentação saudável.

### **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

- Orientar pessoas com HAS e/ou DM e seus familiares sobre a importância de se ter uma alimentação saudável, bem como a necessidade de uma dieta específica para o tratamento do diabetes.

Detalhamento: Os ACS serão os encarregados de realizar palestras educativas sobre a importância da alimentação saudável.

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

- Capacitar a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável e específica para pessoas com diabetes.
- Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Solicitar junto à Secretaria de saúde uma capacitação geral de todos os funcionários DA UBS quando a nutricionista começar a trabalhar para garantir uma boa preparação sobre metodologias de educação em saúde e práticas de alimentação saudável.

**Metas 6.3 e 6.4:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com HAS e/ou DM.

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão avaliação e monitoramento dos prontuários dos usuários com HAS e/ou DM em todas as consultas para garantir que 100% deles tenham orientação sobre a prática regular de atividade física.

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

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: Os ACS junto com o médico farão uma palestra sobre a importância da prática de atividade física.

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

Detalhamento: Ainda não temos educadores físicos, mas a secretaria de saúde está trabalhando para a contratação de algum.

### **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

- Orientar as pessoas com HAS e/ou DM e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

O Detalhamento: Os ACS serão os encarregados em cada uma de suas visitas, de orientar as pessoas com HAS e/ou DM e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular e o médico e a enfermeira em cada uma das consultas agendadas.

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

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

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

Detalhamento: Toda a equipe será capacitada sobre a promoção da prática de atividade física regular e metodologia de educação em saúde.

**Metas 6.5 e 6.6:**Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com HAS e/ou DM.

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão avaliação e monitoramento dos prontuários das pessoas com HAS e/ou DM em todas as consultas para garantir que 100% tenham orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo.

Detalhamento: A compra dos medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo" é uma ação centralizada na secretaria de saúde.

### **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

- Orientar os das pessoas com HAS e/ou DM tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: O médico e a equipe orientarão as pessoas com HAS e/ou DM tabagistas sobre a existência de um programa e de tratamento para abandonar o tabagismo.

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

- Capacitar a equipe para o tratamento de pessoas tabagistas.
- Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Toda a equipe está sendo capacitada em tratamento de usuários tabagistas, mais já estamos solicitando da secretaria de Saúde a capacitação de uma enfermeira, para que seja encarregada de realizar a consulta de tabagismo nas unidades do município.

**Metas 6.7 e 6.8:**Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com HAS e/ou DM.

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal às pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão avaliação e monitoramento dos prontuários das pessoas com HAS e/ou DM em todas as consultas para garantir que 100% tenham orientação sobre higiene bucal.

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

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

Detalhamento: O médico junto com a enfermeira fará um bom planejamento no agendamento das pessoas com HAS e/ou DM com a finalidade de garantir orientações a nível individual.

## **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

- Orientar as pessoas com HAS e/ou DM e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: Os ACS serão os encarregados em cada uma de suas visitas de orientar as pessoas com HAS e/ou DM e a comunidade sobre a importância da higiene bucal e o médico e a enfermeira em cada uma de as consultas agendadas.

## **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: Fazer uma capacitação com a dentista do município com a participação de toda equipe, para oferecer orientações de higiene bucal.

### **2.3.2 Indicadores**

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

Meta 1.1 Cadastrar 50% das pessoas com HAS no Programa de Atenção à HAS e DM da UBS.

Indicador 1.1 Cobertura do Programa de Atenção à HAS e DM da UBS.

Numerador: Número de pessoas com HAS 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 HAS residentes na área de abrangência da UBS.

Meta 1.2. Cadastrar 60% das pessoas com DM no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Indicador 1.2. Cobertura do Programa de Atenção à HAS e DM da UBS

Numerador: Número de pessoas com DM 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 DM residentes na área de abrangência da UBS.

**Objetivo 2 Melhorar a qualidade da atenção das pessoas com HAS e/ou DM.**

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

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

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

Denominador: Número total de pessoas com HAS cadastradas no Programa de Atenção à HAS e DM .

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

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

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

Denominador: Número total de pessoas com DM cadastradas no Programa de Atenção à HAS e DM.

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

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

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

Denominador: Número total de pessoas com DM cadastradas no Programa de Atenção à HAS e DM.

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

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

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

Denominador: Número total de pessoas com HAS cadastradas no Programa de Atenção à HAS e DM.

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

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

Denominador: Número total de pessoas com DM cadastradas no Programa de Atenção à HAS e DM.

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

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

Denominador: Número total de pessoas com HAS 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 hipertensão cadastradas na UBS.

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

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

Denominador: Número total de pessoas com DM 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 HAS.

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

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

Denominador: Número total de pessoas com HAS 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 DM.

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

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

Denominador: Número total pessoas com DM 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 HAS faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1. Proporção de pessoas com HAS faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

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

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

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

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

Denominador: Número total de pessoas com DM 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 HAS.

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

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

Denominador: Número total de pessoas com HAS 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 DM.

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

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

Denominador: Número total de pessoas com DM 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 HAS.

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

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

Denominador: Número total de pessoas com HAS 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 DM.

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

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

Denominador: Número total de pessoas com DM 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 sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com HAS.

Indicador 6.1. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com HAS.

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

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

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

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

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

Denominador: Número de pessoas com DM 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 HAS.

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

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

Denominador: Número de pessoas com HAS 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% dos pessoas com DM.

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

Numerador: Número de pessoas com DM 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 HAS.

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

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

Denominador: Número de pessoas com HAS 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 DM.

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

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

Denominador: Número de pessoas com DM 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 HAS.

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

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

Denominador: Número de pessoas com HAS 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 DM.

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

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

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

### **2.3.3 Logística**

Para realizar a intervenção no programa de HAS e DM vamos adotar o manual de Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica e Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus, do Ministério de Saúde do ano 2013. Utilizaremos a ficha das pessoas com hipertensão e diabetes e a ficha espelho disponibilizada pelo curso.

Estimamos alcançar com a Intervenção 50% de cobertura para HAS e 60% para DM. Faremos contato com o gestor municipal para contar com o seu consentimento e aprovação e nos ajude no que correspondente aos documentos necessários. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para realizar o registro específico do atendimento programático às pessoas com HAS e/ou DM, a enfermeira responsável revisará o livro de registro identificando o número de usuários com essas doenças que vieram ao serviço. O profissional localizará os prontuários destas pessoas e transcreverá todas as informações disponíveis do prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo, realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso, atraso na revisão pelo dentista, etc.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram analisadas entre todos os membros da equipe com antecedência. Começaremos a intervenção com a capacitação da equipe sobre os protocolos do Ministério de Saúde para o cuidado das pessoas com HAS e DM, focando no atendimento programático dessas doenças, e como fazer o cadastramento na ficha espelho, como verificar a pressão arterial e realização de hemoglicoteste, importância da periodicidade das consultas e os exames a serem feitos, alimentação saudável e sobre como identificar fatores de risco e possíveis complicações. A capacitação será realizada no mesmo horário utilizado para as reuniões da equipe, com a participação ativa de todos e o estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática. Além disso, serão capacitados sobre acolhimento. Assim, com um trabalho em equipe, vamos melhorar o estado de saúde da população na UBS.

A organização do acolhimento dos usuários foco da intervenção, tanto cadastrados como não cadastrados, será feita pela técnica de enfermagem e a enfermeira. As consultas de acompanhamento serão agendadas ao sair do consultório médico e os eles saberão a data de sua próxima consulta; os usuários que procurarem a UBS precisando de pronto atendimento serão priorizados, igualmente aqueles buscados pelos ACS na busca ativa, onde será feito o agendamento com uma capacidade para 10 pessoas.

Faremos contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática para pessoas com HAS e/ou DM solicitando apoio para a captação deste grupo e para as demais estratégias que serão realizadas. Para

sensibilizar a comunidade é importante primeiramente conscientizar a mesma quanto à importância do projeto, para isso informaremos sobre o mesmo mediante palestras sobre a existência do Programa de Atenção à pessoas com HAS e/ou DM da UBS, importância de verificar regularmente a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, orientação sobre os fatores de risco para o desenvolvimento dessas doenças, importância da avaliação da saúde bucal, dieta saudável, abandono do cigarro, risco do álcool, periodicidade das consultas e dos exames complementares e sua importância para avaliar o controle adequado da doença. A comunidade será informada sobre o início da intervenção através de meios de comunicação como rádio, anúncio na câmara de vereadores, entre outros.

O médico e a enfermeira examinarão com uma frequência semanal as fichas espelhos, identificando aqueles que apresentam consultas, exames laboratoriais, atendimento de saúde bucal, entre outros atrasados. Os ACS farão a busca ativa dos faltosos mediante as visitas domiciliares e uso das fichas espelhos, as quais serão preenchidas de cada usuário, e ao final de cada mês, as informações coletadas serão preenchidas na planilha eletrônica.





### **3 Relatório da Intervenção**

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

Iniciamos nossa intervenção no dia 26 de Outubro de 2015 e terminamos no dia 26 de Fevereiro de 2016. Vale destacar que entre o período de 15 de Dezembro de 2015 a 15 de Janeiro de 2016 foi o período de férias do profissional médico, mas as atividades continuaram sendo executadas normalmente pelo restante da equipe da UBS. Durante o processo de intervenção nós tivemos alguns inconvenientes, tais como: no segundo mês tivemos que mudar de local, nossa UBS foi demolida para ser construída uma nova sede, isso gerou atrasos e prejuízos na produção de alguns itens.

O Início da intervenção aconteceu com a capacitação da equipe sobre o protocolo de atendimento às pessoas com HAS e/ou DM, esta atividade foi prevista no cronograma do projeto e realizamos a mesma até a terceira semana da intervenção, mas sempre toda a equipe procurou ler, ensinar, e sugerir a melhor maneira de tratar com nossos usuários, utilizando não só os protocolos do Ministério da Saúde, mas também tratamentos e métodos atualizados que encontrávamos em trabalhos similares pela internet.

O estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática foi realizado na primeira semana de intervenção desde então cada membro da equipe tinha claro seu papel no trabalho da UBS. Durante este tempo tivemos que substituir entre nós mesmos alguns funcionários por motivo de tempo de férias ou licenças.

Para a atualização da equipe de como realizar a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e importância do registro desta avaliação e estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, esta atividade foi prevista para duas semanas, mas demorou até a quarta semana onde todos conseguimos um treinamento adequado dessas ações. A

dificuldade que apresentamos foi conseguir os valores laboratoriais dos usuários em respeito ao colesterol total e mais ainda a dosagem de HDL-colesterol que aqui em nosso município é muito difícil de conseguir.

A atividade prática para os profissionais sobre procedimentos clínicos, técnicas e valores de medição utilizados no registro de sinais vitais, exames complementares e medições antropométricas, estas ações previstas para duas semanas foram desempenhadas nas doze semanas do projeto.

A capacitação quanto a verificação da pressão arterial de forma criteriosa para a equipe da UBS, esta ação foi desenvolvida no prazo programado de uma semana, mas sempre em cada uma de nossas reuniões conversávamos sobre a nossa técnica de verificar pressão.

A prática sobre a técnica e utilização do glicosímetro, esta atividade foi realizada pelos técnicos de enfermagem foi aprendida não só na prática da realização se não também na interpretação dos resultados, tudo isto aconteceu na segunda semana como planejado.

A palestra sobre metodologias de educação em saúde, esta ação foi realizada na UBS na terceira semana com a participação ativa de toda a equipe, onde nas conclusões tivemos um intercâmbio de critérios entre outras coisas sobre como melhorar o atendimento. A ideia mais importante trabalhada foi a discussão sobre como poder conscientizar aos usuários na realização da consulta de odontologia e a importância da continuidade desta.

O cadastramento de todas as pessoas com HAS e/ou DM da área de abrangência da UBS nos acompanhou durante as dozes semanas da intervenção, chegando toda a equipe a uma conclusão que precisamos de mais tempo para conseguir o total de cadastramentos.

O atendimento clínico das pessoas com HAS e/ou DM, foi uma ação realizada durante todo o tempo da intervenção, a consulta médica só parou durante o tempo de férias do médico da UBS, mas como já foi dito no início, o restante da equipe continuou executando as atividades rotineiras.

O atendimento odontológico das pessoas com HAS e/ou DM, esta atividade estava prevista para serem realizadas durante as doze semanas, mas não foi cumprida na sua totalidade isto devido que nossa UBS foi demolida na metade da intervenção para uma nova construção, nós fomos mudados a um novo local que

não conta com consultório de odontologia, porém o atendimento odontológico foi difícil de ser feito.

A reunião com a coordenação de medicamentos do município a fim de traçar estratégias para garantir o tratamento do "abandono ao tabagismo", esta ação foi realizada na terceira semana e assim foi implementado um programa pelo departamento de enfermagem para abandono do tabagismo, onde são monitorados e com tratamento, tivemos resultados positivos pois usuários conseguiram deixar de fumar.

A busca ativa das pessoas com HAS e/ou DM faltosas às consultas foi uma ação realizada durante as doze semanas, com a ajuda dos agentes comunitários correspondente de cada área, e em cada visita se fazia conversas educacionais aos usuários como também aos seus familiares sobre os principais fatores de risco modificáveis para prevenir o desenvolvimento de dessas doenças.

A organização da agenda dos atendimentos às pessoas com HAS e/ou DM foi realizada durante as doze semanas. Os locais de reuniões foram principalmente a



Centro de Convivência do Idoso inaugurado há alguns meses no município

própria UBS, a Secretaria de Saúde, o Centro de Convivência do Idoso e também na Prefeitura quando havia a necessidade de reunião com o Prefeito, nas reuniões geralmente eram convidados a equipe completa da saúde, a Secretária Municipal de Saúde, autoridades religiosas e

representantes do povo tais como Vereadores, presidentes de bairro e

associações. Os encontros foram muito importantes porque possibilitaram maior interação entre comunidade e os profissionais de saúde e para a intervenção foi importante porque ali os usuários falavam mais abertamente sobre suas dúvidas em relação ao tratamento de suas doenças. Destaco que não houve muitas dificuldades, elas somente apareceram quando mudamos de UBS fazendo, pois atrasou a realização dos atendimentos.

O contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática às pessoas com HAS e/ou DM solicitando apoio para a captação

desse grupo e para as demais estratégias que foram realizadas foi realizado em três etapas. Na primeira, quinta e nona semana do projeto de intervenção, cada vez que precisamos do apoio do Secretário de Saúde do Município ele sempre esteve pronto a nos escutar tentando resolver nossas necessidades quase sempre.

As atualizações dos dados dos novos usuários com HAS e/ou DM identificados pelos ACS se realizou em todas as dozes semanas completas, porque sempre se encontrava usuários novos na UBS e nas visitas domiciliares.

A atualização do estoque de medicamentos da farmácia do município, foi uma atividade programada para a quarta, oitava e décima segunda semana de intervenção, no entanto não foi feita como pensávamos porque o estoque de medicamentos não depende de nós, só da Prefeitura Municipal, sempre foi motivo de nossas reclamações a falta de medicamentos para nossos usuários.

A atualização na farmácia dos cadastros de usuários com HAS e/ou DM correspondentes à nossa área foi uma atividade sempre realizada conforme o planejado, todos os nossos usuários contam com um cartão de HAS e/ou DM onde tem anotado a medicação em uso contínuo. Este instrumento faz fácil a atualização e segmento do tratamento de cada usuário.

A atividade educativa abordando qualidade da alimentação e alternativas de alimentação para as pessoas com HAS e/ou DM, foi uma ação realizada na quinta semana do projeto de intervenção com usuários alvos do programa avaliados na consulta clínica com avaliação de risco cardiovascular, e assim foi feita orientações nutricionais e sobre a importância do exercício físico (Figura 1).

A atividade demonstrativa para a equipe, pela Odontóloga quanto a técnica correta de escovação dos dentes, principais doenças das gengivas e prevenção das cáries dentais foi feita pela odontóloga e pela técnica de odontologia onde nos demonstraram as técnicas de escovação, os diferentes tipos de gel dental, diferentes tipos de escova de dente, higiene adequada de prótese dentárias, utilização adequada do fio dental.

A capacitação dos ACS, para a orientação dos usuários com HAS e/ou DM quanto a realização das consultas e sua periodicidade foi uma ação realizada não somente na segunda semana de intervenção, mas foi feita em cada reunião com os ACS porque são eles os mais próximos aos usuários da comunidade mediante cada visita domiciliar e acolhimento de usuários.

A atividade educativa com a comunidade sobre o que é HAS e DM e sua prevenção foi feita na segunda semana em nossa UBS. Em nosso alcance tentamos sempre reunir os nossos usuários para poder conversar com eles, nossas tentativas de ter um local de dimensões maiores, que ofereça comodidade a nossos usuários foi conseguida. Conseguimos que fosse emprestado um local maior onde fizemos nossa primeira confraternização fora da nossa UBS, não contamos com suficiente publicidade, porém os usuários que assistiram foram poucos, a aceitação deles foi boa tanto que se propôs fazer uma atividade a cada semana, toda a equipe se comprometeu em procurar fazer isso possível.

O monitoramento geral da intervenção foi uma atividade que nos acompanhou durante as dozes semanas quase sempre realizada na sexta-feira e algumas vezes na segunda-feira, onde tivemos momentos de companheirismo, discussão, levantamento de sugestões, atualizações, risadas, desânimos, mas sempre desejos de fazer as coisas cada melhor.

As dificuldades encontradas foram sempre na coleta de dados considerando que nosso município não conta com um laboratório capaz de fazer exames complementares necessários para o segmento dos usuários, aqui em Assis Brasil uma prova simples de colesterol total, glicemia (não capilar), hemoglobina glicada, pode demorar até mais de um mês para chegada dos resultados.



Figura 1. Fotografia: Reunião os usuários com HAS e DM no Centro de Idoso de Assis Brasil.

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

A organização da agenda de saúde bucal se realizou de maneira ordenada só até a sexta semana de intervenção, e depois disso a UBS foi demolida para uma nova construção e assim ficou difícil, pois os usuários em sua maioria são idosos e não queriam ir as outras UBS por ser muito distantes, considerando que o caminho não é asfaltado, e quase todos vão a pé.

A criação, por micro áreas, de grupos para prática de exercícios físicos foi uma atividade não foi realizada pois não contamos com local adequado para a realização de atividades físicas, e exercícios de nossos usuários.

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

Os indicadores ao final das doze semanas de intervenção são em sua maioria positivos lamentavelmente nossa porcentagem não foi a que desejamos segundo os indicadores da planilha de coleta de dados.

A planilha de coleta de dados juntamente com a ficha espelho, veio para somar ao trabalho, pois através delas pode-se organizar melhor o serviço, sem dificuldades no seu uso.

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

Todas as ações previstas e realizadas durante o projeto foram muito bem acopladas à realidade de nossos usuários, de nossa UBS, de nosso Município, toda a equipe nós sentimos emocionados, entusiasmados, do que podíamos alcançar, sentimos que aprofundamos nosso compromisso com cada usuário que nós necessitava, queremos continuar nessa linha de atenção, de maneira própria eu sinto uma grande satisfação por haver vivido esta experiência junto com cada valiosa pessoa que forma parte de minha equipe assim como também de cada usuário, pessoa de humilde condição e de grande coração, que muitas vezes não tem nem ideia do perigo da doença que tem, mas com tudo isso pode dar ensinamentos de vida muito gratificantes pra um estrangeiro como eu. Toda a equipe nós sentimos inconformados por não ter alcançados nestas dozes semanas

a cobertura que planejamos, mas nós estamos seguros que vamos alcançar trabalhando do mesmo jeito com nossa população.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

Apresentaremos os resultados obtidos durante a realização da intervenção feita na UBS Terezinha Batista dos Santos, localizada no município de Assis Brasil/Acre, no período correspondente a outubro de 2015 até março de 2016. É necessário destacar que durante os meses de dezembro 2015 e janeiro de 2016 a intervenção foi interrompida por motivos de período de férias.

A intervenção teve como objetivo principal a melhoria da atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes pertencentes à área de abrangência da UBS.

A área de abrangência da unidade possui, aproximadamente, 468 usuários com hipertensão e 115 usuários com diabetes, com 20 anos ou mais residentes no território.

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

**Meta 1.1** Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

A população total da UBS é de aproximadamente 3.078 usuários, de acordo com estimativa da planilha de coleta de dados existe na UBS, 468 usuários com 20 anos ou mais que são hipertensos. No primeiro mês de intervenção acompanhamos 63(13,5%) pessoas com HAS, no segundo mês 89(19%) e ao final das 12 semanas, 188 usuários portadores de HAS residentes na área de abrangência foram cadastrados, ou seja, 40,2% de cobertura da atenção ao usuário hipertenso (Figura 2).

No início da intervenção houve um número baixo de pessoas cadastradas porque poucos sabiam do projeto, no segundo mês já tivemos um aumento considerável e no terceiro mês não conseguimos atingir a meta planejada porque mudamos de estrutura física, pois estão construindo uma nova sede para a nossa UBS, com isso tivemos em parte o nosso trabalho interrompido. Mas graças ao trabalho e esforço de toda a equipe, principalmente dos ACS, pudemos ao final alcançar uma boa porcentagem, apesar de não termos atingido o 50% almejado, acredito que nos próximos meses, com a continuidade do trabalho, será possível atingir essa meta.

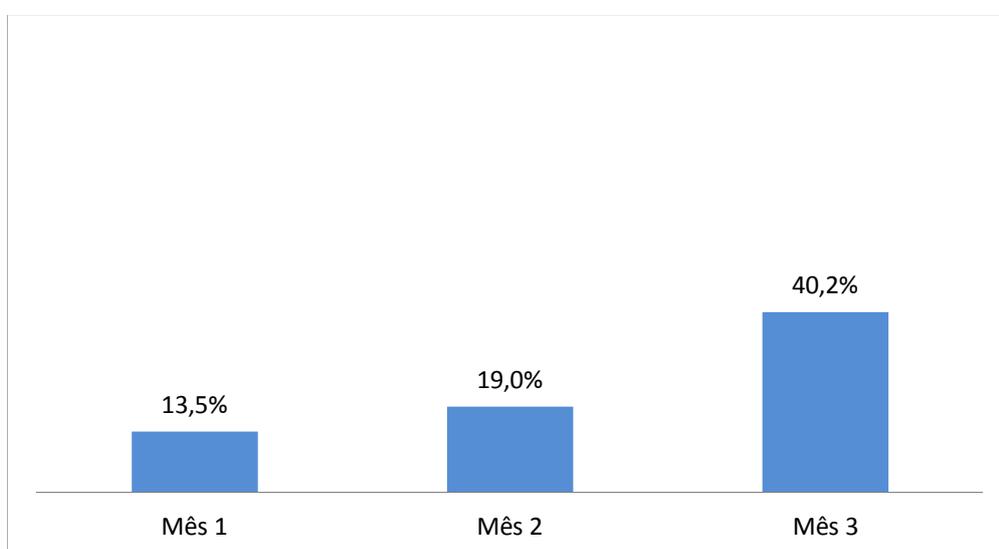


Figura 2: Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na unidade de saúde Terezinha Batista dos Santos.

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

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

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

A planilha de coleta de dados estima que em nossa área existem 115 pessoas com diabetes com 20 anos. Ao final da intervenção, 55 usuários com diabetes foram cadastrados e acompanhados, isso significa dizer que tivemos uma cobertura de 47,8% da população abrangida. O gráfico do primeiro mês ficou com 9,6% somando 11 pessoas diabéticas, o segundo mês ficou com 16,5% totalizando mais 19 pessoas cadastradas e no terceiro mês atingimos os 47,8% finalizando com

a quantidade de 55 usuários com DM cadastrados e acompanhados na área de abrangência (Figura 3).

Nesse caso, a meta de 60% não foi atingida, sendo o principal motivo a redução do período da intervenção, bem como os problemas já citados acima, com ênfase na mudança de local de atendimento da UBS e também o período de férias do profissional médico responsável pelo projeto.

Mesmo com a meta não alcançada, pode-se dizer que a intervenção gerou grandes benefícios para a comunidade, uma vez que intensificou a busca ativa pelos casos de hipertensão e diabetes na área e priorizando o atendimento a essas pessoas.

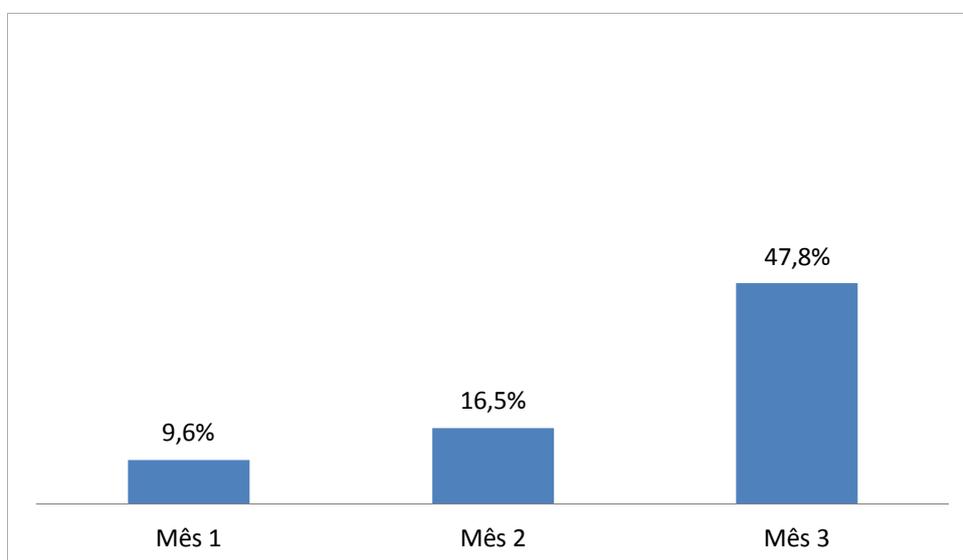


Figura 3: Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na unidade de saúde Terezinha Batista dos Santos.

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

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

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



**Realizando o exame clínico nos usuários**

Realizamos o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo em 90,5%(57) dos usuários com hipertensão, no segundo mês alcançamos 95,5%(85) de hipertensos e no terceiro mês 97,9%(184) (Figura 4).

No decorrer das consultas realizadas na UBS realizamos o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo para HAS e DM, onde cada usuário foi avaliado de acordo com a patologia específica, cuidadosamente foi revisado a data da última consulta e últimos exames feitos buscando ver se havia alguma alteração, bem como averiguar a periodicidade de acordo a nosso protocolo, nos casos contrários indicamos os exames necessários. Também realizamos a busca de fatores de risco cardiovascular explicando aos usuários como reconhecer sinais de complicações da doença, fossem leves ou graves para que estes pudessem prever a necessidade de ir no médico para consulta mais abrangente. Dentre outras coisas foram orientados sobre os riscos do consumo de álcool, habito de fumar, necessidade de o atendimento odontológico, importância de uma dieta saudável e de fazer atividade física sempre que possível e levando em consideração as orientações médicas, sempre agendando a próxima consulta em acordo ao

protocolo. O Projeto de intervenção terminou, mas o acompanhamento aos usuários continua.

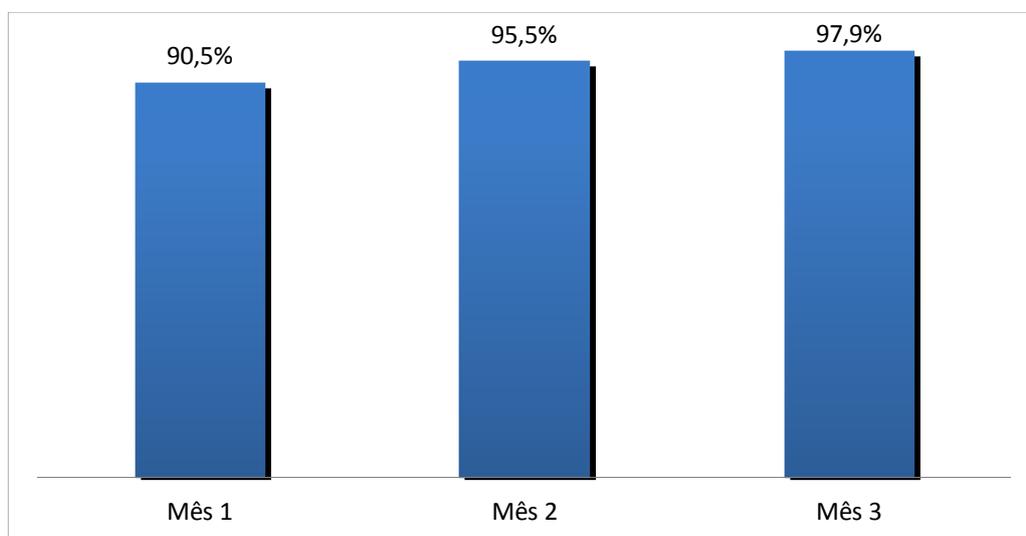


Figura 4: Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

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

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

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

Para DM o exame clínico também era realizado a cada consulta, neste indicador alcançamos 90,9%(10) de qualidade no primeiro mês de intervenção, aumentando para 100%(19) no segundo mês e finalizando com 98,2%(54) no último mês (Figura 5).



Realizando exame clínico apropriado

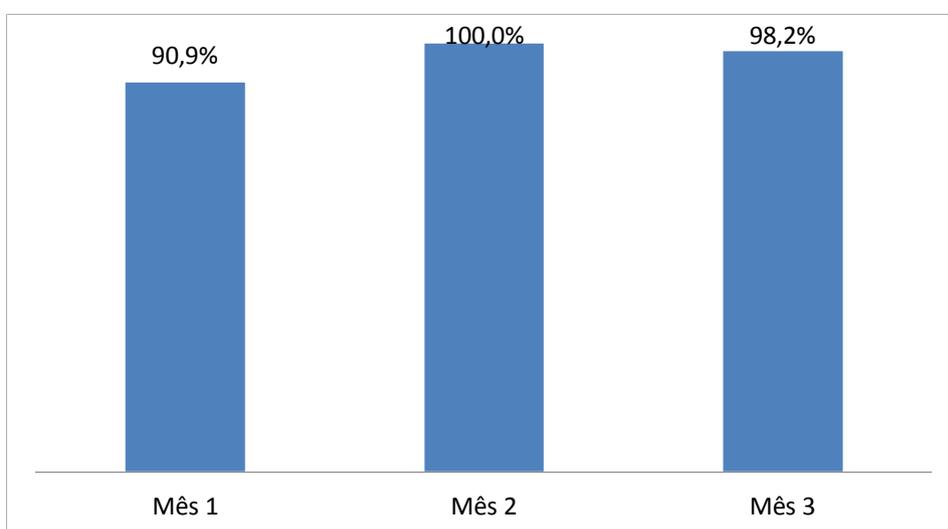


Figura 5: Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo

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

**Meta 2.3.** Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses.

**Indicador 2.3.** Proporção de diabéticos com exame dos pés em dia.

Realizamos o exame dos pés em 81,8% dos usuários com diabetes no primeiro mês, ou seja 81,8%(9) pessoas, 100% (19) no segundo mês e no terceiro mês resultou 98,2%(54),(Figura 6).

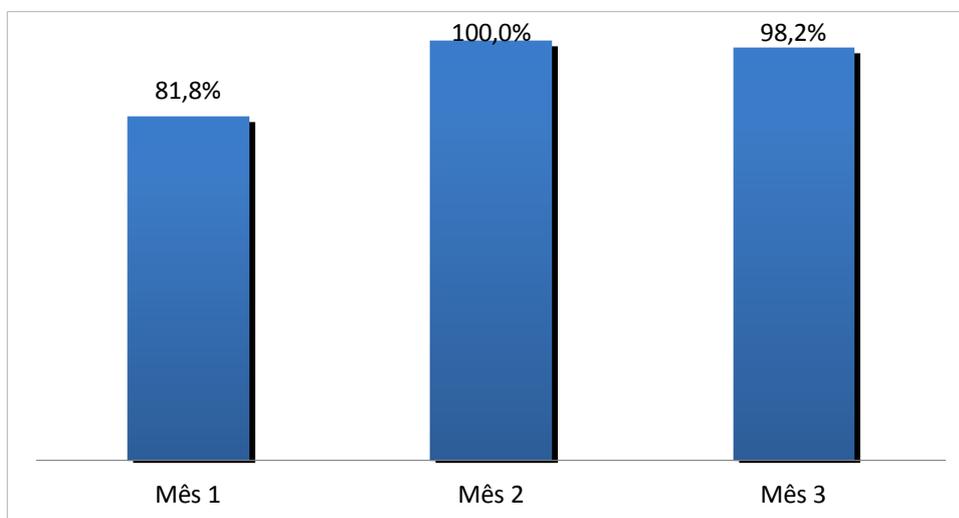


Figura 6. Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia.

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

**Indicador 2.4.** Proporção de hipertensos com os 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.

**Indicador 2.5.** Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Dando continuidade à análise dos gráficos referentes ao alcance das metas, temos que, no primeiro mês de intervenção, percentual de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo foi de 38,1%, ou seja, 24 pessoas, no segundo de 52,8% aumentando para 47 pessoas, no terceiro mês de finalizou com 61,2% totalizando 115 pessoas com exames complementares em dia (Figura 7).

Já o número de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo no primeiro mês de intervenção foi de 27,3% ou seja, 03 pessoas, no segundo de 57,9%, somando 11 pessoas e no terceiro mês de 61,8% finalizando com 34 pessoas diabéticas com exames em dia durante o período de intervenção

(Figura 8). Sendo assim tivemos os dois gráficos com o terceiro mês demonstrando os indicadores mais altos.

Os exames complementares eram solicitados ao laboratório e encaminhados para Rio Branco, o resultado somente chegava após trinta dias, com essa demora havia prejuízo para os usuários. Pelo fato de o próprio município não estar fazendo as análises, não foi possível melhorar significativamente este indicador.

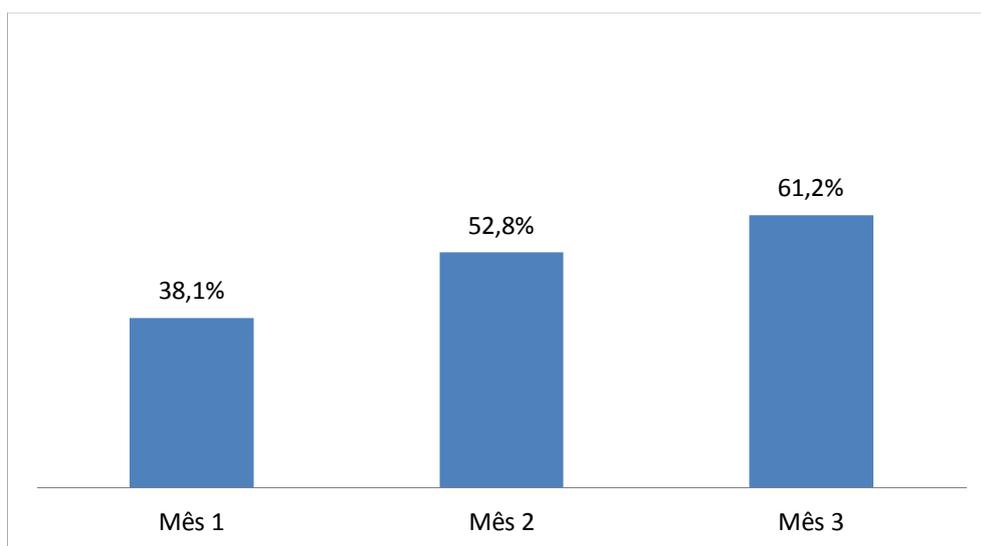


Figura 7: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

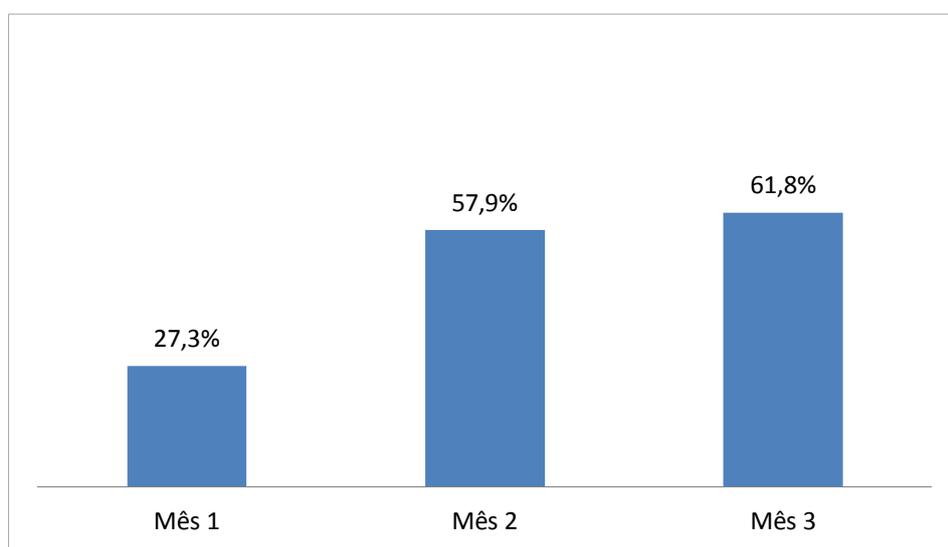


Figura 8: Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

**Indicador 2.7.** Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

No primeiro mês, o número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia foi de 100% ou seja, as 63 pessoas, no segundo mês também foi 100% num total de 89, no terceiro mês ainda cumprindo a meta foi de 100%, ou seja, ao todo foram 188 pessoas hipertensas com as prescrições.

Com os casos de diabetes não foi diferente, no primeiro mês o número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia foi de 100%, no total de 11 pessoas, no segundo mês também 100%, totalizando 19 pessoas, no terceiro mês igual foi de 100%, finalizando com 55 diabéticos com prescrição de medicamentos.

Observando os dados podemos ver que tivemos a meta alcançada. Vale destacar que mesmo quando não havia os medicamentos na farmácia básica das unidades do município, disponibilizamos receitas médicas para que os usuários realizassem o cadastro nas Farmácias Populares e assim adquirirem os medicamentos. Atualmente, a farmácia da UBS possui os medicamentos básicos que a maioria dos usuários necessita.

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

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

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

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



Carreta odontológica do SESC que está atendendo no município por 3 meses

No primeiro mês receberam atendimento odontológico 66,7% de usuários hipertensos, somando 42 pessoas no segundo mês um total de 74,2% (66 pessoas) e no terceiro mês 59% de hipertensos, somando 111 pessoas (Figura 9).

No primeiro mês receberam atendimento odontológico 54,5% de usuários com diabetes, somando 6 pessoas, no segundo mês um total de 84,2% de diabéticos somando 16 pessoas, e no terceiro mês 50,9% de hipertensos, totalizando 28 pessoas (Figura 10).

Como pode se observar este foi um indicador que baixou no terceiro mês, tivemos um grande número de cadastrados neste mês, aumentando o denominador e como nossa UBS mudou de local de funcionamento e a nova estrutura não conta com consultório odontológico, não foi possível encaminhar todos os usuários para as demais UBS para ser atendido por odontólogo; alguns usuários tinham idade muito avançada e não podiam ir caminhando para o outro serviço, visto ser um longo percurso.

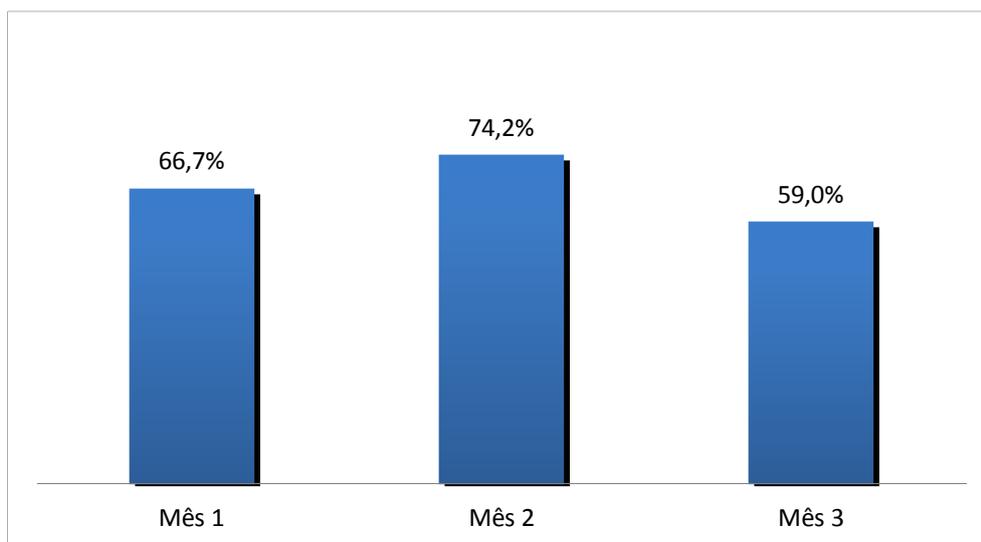


Figura 9: Proporção de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

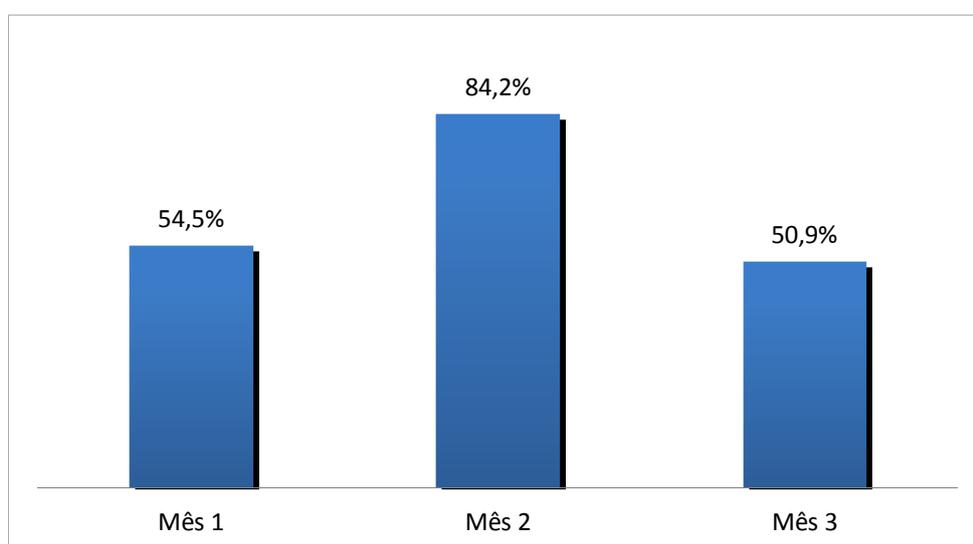


Figura 10: Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

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

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

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

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

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

Todo o período de intervenção sempre tem usuários faltosos as consultas alguns devido o tempo, outros por esquecimento e outros por falta de locomoção nos dias agendados, mas com a ajuda dos ACS e toda equipe, a busca ativa foi feita tanto durante a intervenção quanto agora depois do Projeto e isso garantiu um bom alcance dos usuários hipertensos e diabéticos faltosos as consultas.

Dos faltosos com HAS no primeiro mês foram buscadas 29 pessoas o que representa 65,9% de cobertura, no segundo mês a cobertura aumentou para 75%(30), finalizando com 92,2%(71) de buscas ao final do terceiro mês (Figura 11). Para DM dos 9 faltosos, 6 foram buscados o que representa um percentual de 66,7%, no segundo mês 7 pessoas foram buscadas 77,8% dos faltosos e no último mês de intervenção a busca ativa foi realizada para 22 pessoas, 84,6% (Figura 12).

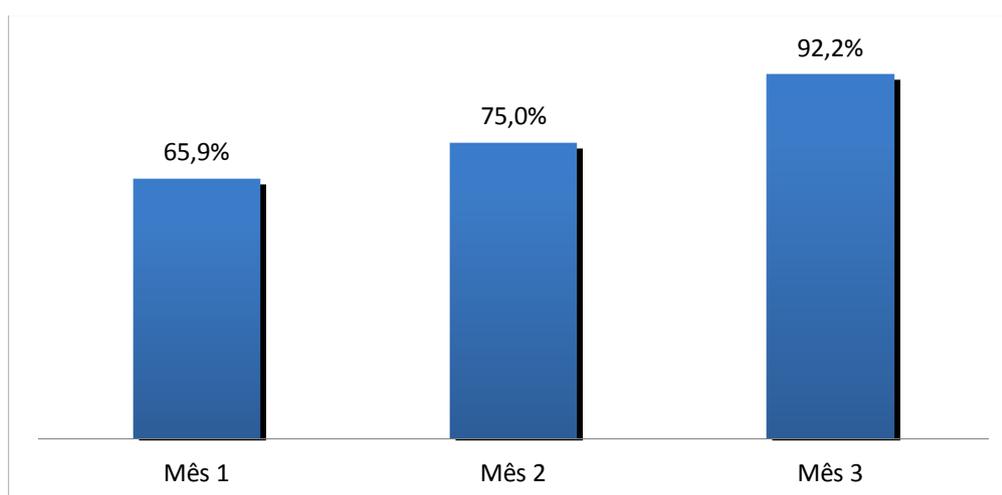


Figura 11: Proporção de pessoas com hipertensão faltosas às consultas com busca ativa.

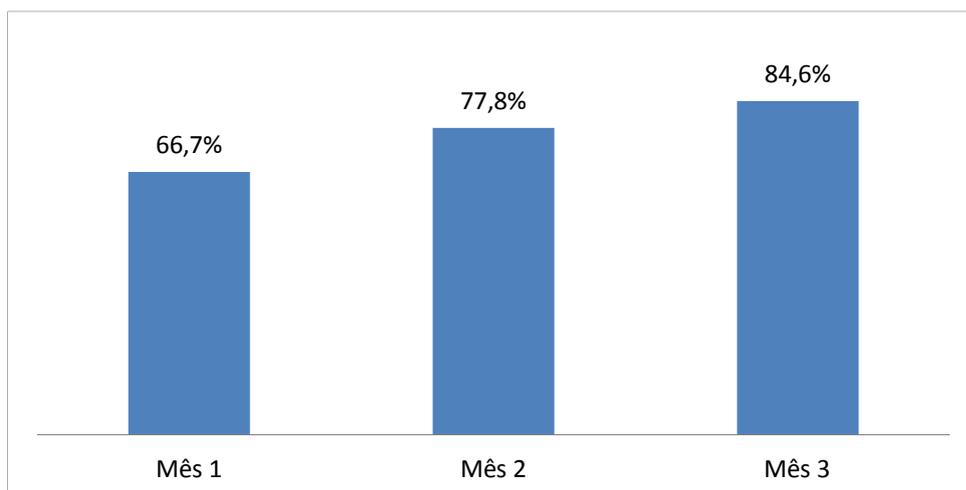


Figura 12: Proporção de pessoas com diabetes faltosas às consultas com busca ativa.

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

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

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

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

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

Continuando o detalhamento dos resultados obtidos, destaca-se neste indicador que no primeiro mês 69,8% hipertensos, ou seja, 44 pessoas e 72,7% diabéticos, 08 pessoas, estavam com registro adequado na ficha de acompanhamento. No segundo mês 78,7% hipertensos, 70 pessoas e 84,2% diabéticos, 16 pessoas, no terceiro mês para 84% hipertensos, 158 pessoas e 76,4% diabéticos, 42 pessoas. Vale destacar que a equipe é dedicada ao trabalho e assim mantém as fichas-espelho bem organizadas identificando visualmente os hipertensos e diabéticos para facilitar na hora de buscar as fichas de cada usuário. Podemos destacar que a dificuldade maior em manter os prontuários e fichas espelho de todos acompanhados em dia se dá por conta que a nossa UBS é a Central do município, com isso tem uma alta demanda de consultas espontâneas, onde é priorizado o atendimento as gestantes, crianças e idosos, então nossos usuários participantes do projeto para um correto controle teria que fazer consultas

com o enfermeiro e posteriormente com o médico, mas por causa das demandas espontâneas eles têm que esperar muito tempo para serem atendidos por ambos os profissionais, fato este que gera impaciência e alguns deixam a UBS sem realizar todos os pontos marcados na ficha espelho. Isso aconteceu com poucos usuários, só que para termos percentuais, uma ou duas pessoas que faltem representam uma alta margem nos indicadores. O mesmo aconteceu com o indicador de avaliação de Risco Cardiovascular que, além do mais para a realização do método de framingham não contávamos com a realização de exames laboratoriais.

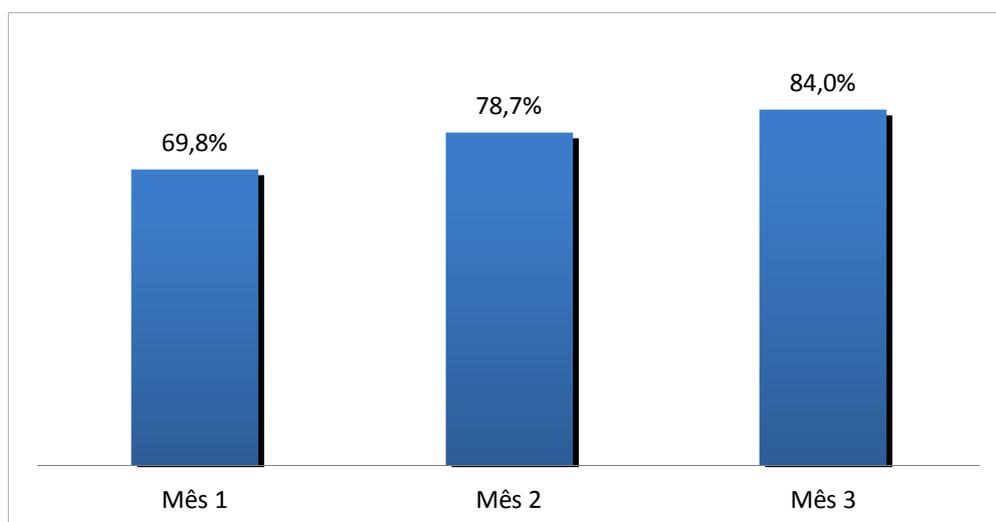


Figura 13: Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

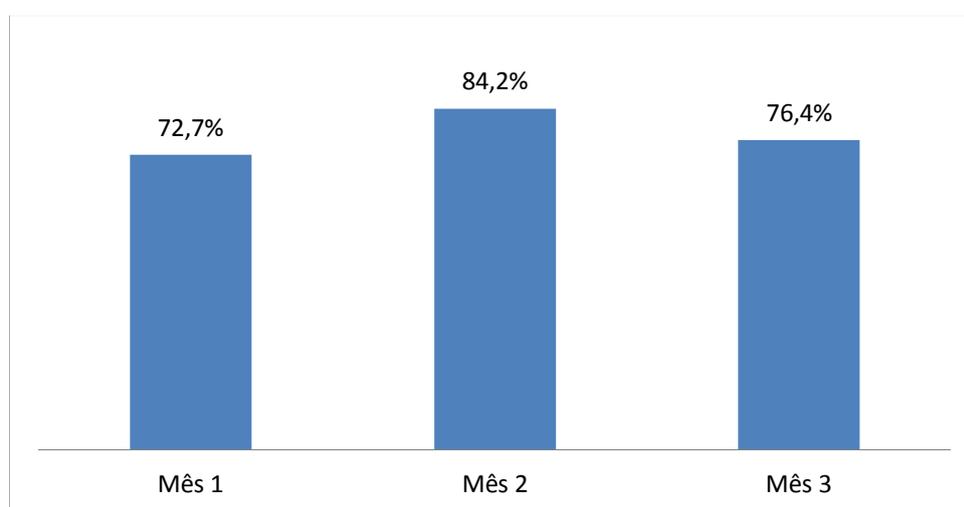


Figura 14: Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

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

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

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



**Avaliação da pressão arterial de nossos usuários**

Continuando os registros, no primeiro mês foi realizada a estratificação de risco cardiovascular em 42,9% de usuários hipertensos, ou seja, 27 pessoas e a 36,4% de usuários diabéticos, 04 pessoas, no segundo mês a 59,6% de hipertensos, 53 pessoas e a 63,2% de diabéticos, 12 pessoas, no terceiro mês a 80,9% de hipertensos, 152 pessoas e 74,5% de diabéticos, 41 pessoas. Através do exame clínico e utilização do escore de Framingham realizamos nos usuários hipertensos e diabéticos a estratificação do risco cardiovascular, tendo em mãos o nível de risco, a

equipe pode definir os parâmetros de cuidado e também os critérios relacionados à periodicidade de acompanhamento das pessoas hipertensas e ou diabéticas.

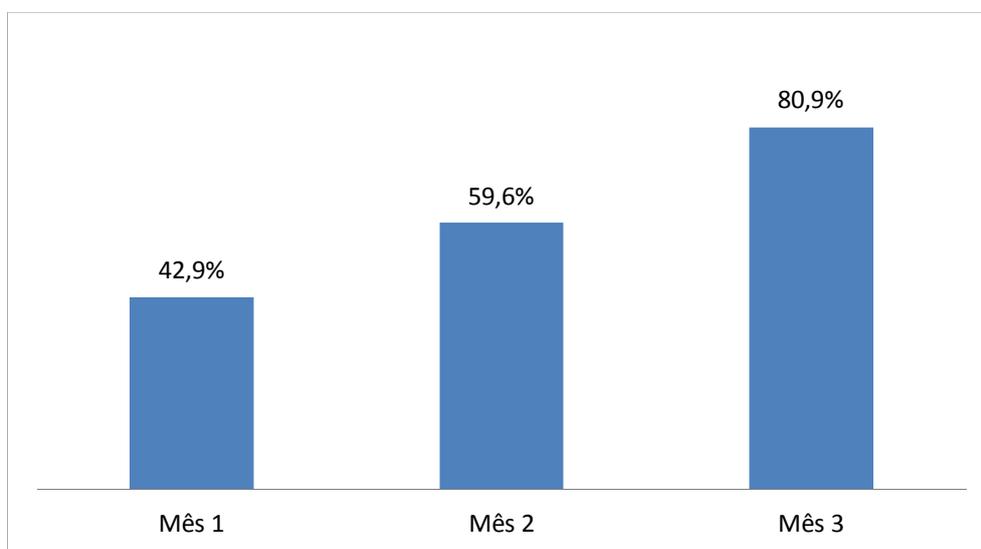


Figura 15: Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

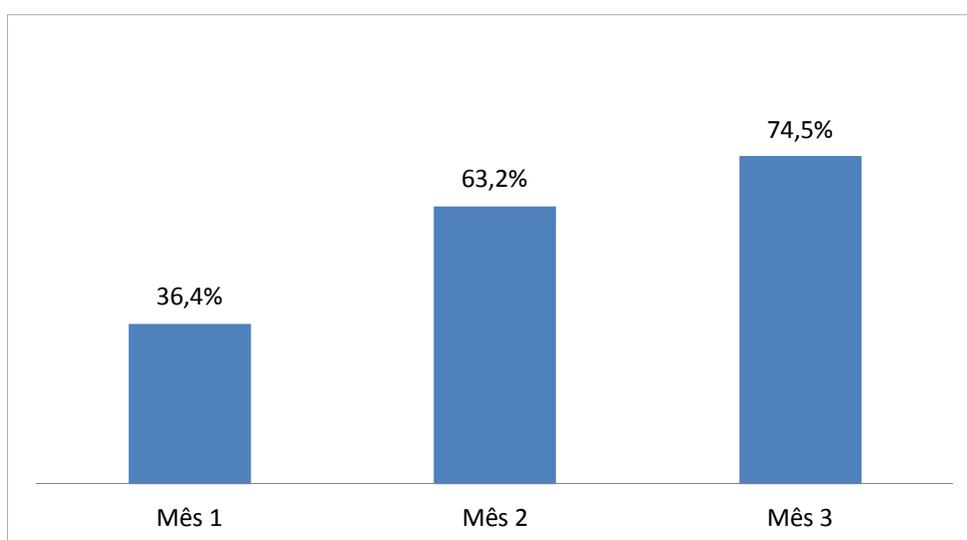


Figura 16: Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

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

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

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

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

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



**Orientando sobre alimentação saudável e práticas de atividades físicas**

No primeiro mês de intervenção um percentual de 85,7% usuários hipertensos, ou seja, 54 pessoas e 81,8% de usuários diabéticos, 09 pessoas receberam orientações nutricionais sobre alimentação saudável. No segundo mês as orientações foram oferecidas a 89,9% de hipertensos, 80 pessoas e 89,5% de usuários diabéticos, 17 pessoas e no terceiro mês a 88,3% de hipertensos, 166 pessoas e 78,2% de usuários diabéticos, totalizando 43 pessoas orientadas. É importante dizer que essas orientações foram realizadas durante as consultas médicas e também em palestras na comunidade e na própria UBS através de conversas com os usuários.

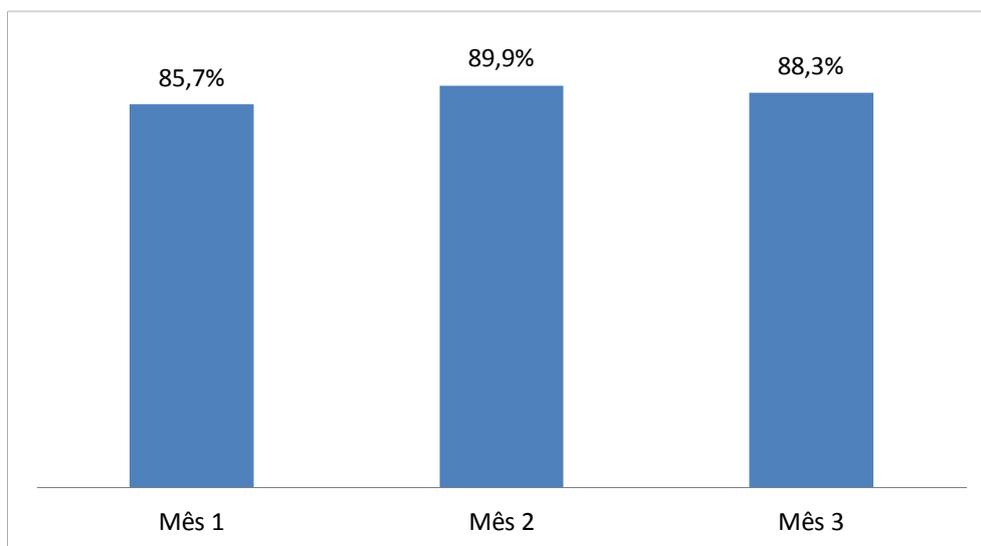


Figura 17: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

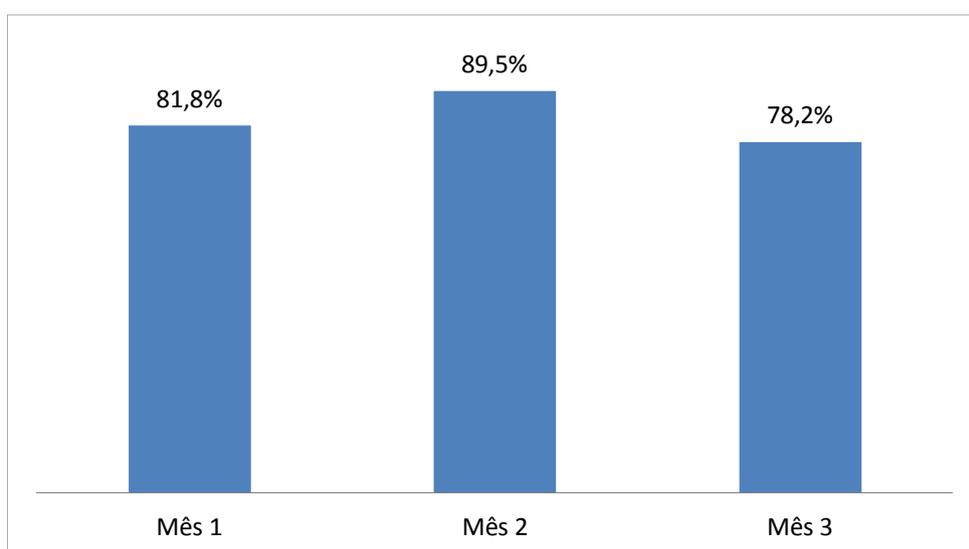


Figura 18: Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

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

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

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

O percentual de orientação para atividade física no primeiro mês de intervenção foi de 81% dos usuários com hipertensão, 51 pessoas e 81,8% de usuários diabéticos, 09 pessoas. No segundo mês um total de 86,5% de hipertensos, 77 pessoas e 89,5% de diabéticos, 17 pessoas, no terceiro mês um total de 88,3% de hipertensos, 166 pessoas e 72,7% de diabéticos, 40 pessoas. Durante as consultas médicas realizadas na UBS foram feitas as orientações sobre prática regular de atividade física, também foi feita orientação através de conversas com os usuários hipertensos e diabéticos, além disso há no município os grupos da terceira idade que fazem semanalmente práticas de atividades físicas, conversação e entretenimento no Centro Atenção ao Idoso.

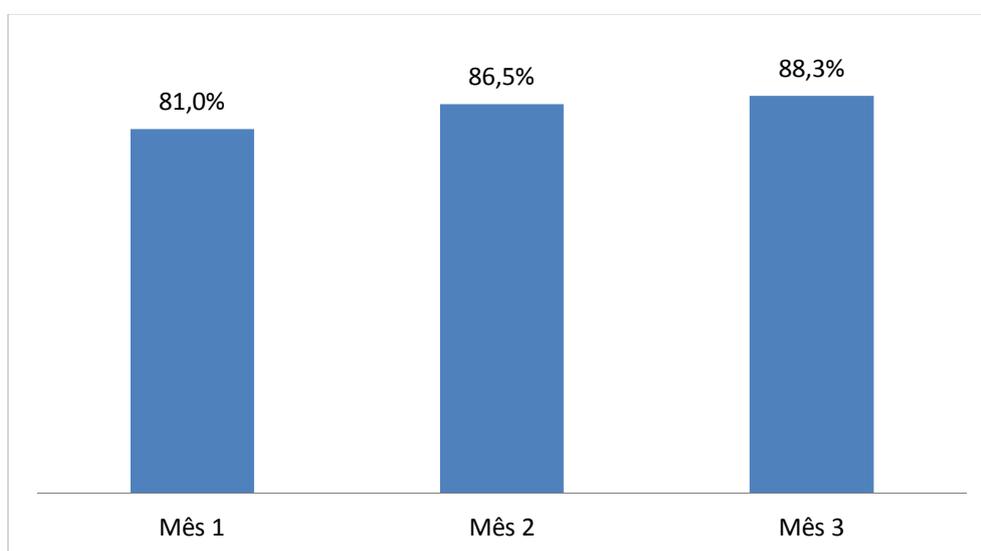


Figura 19: Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

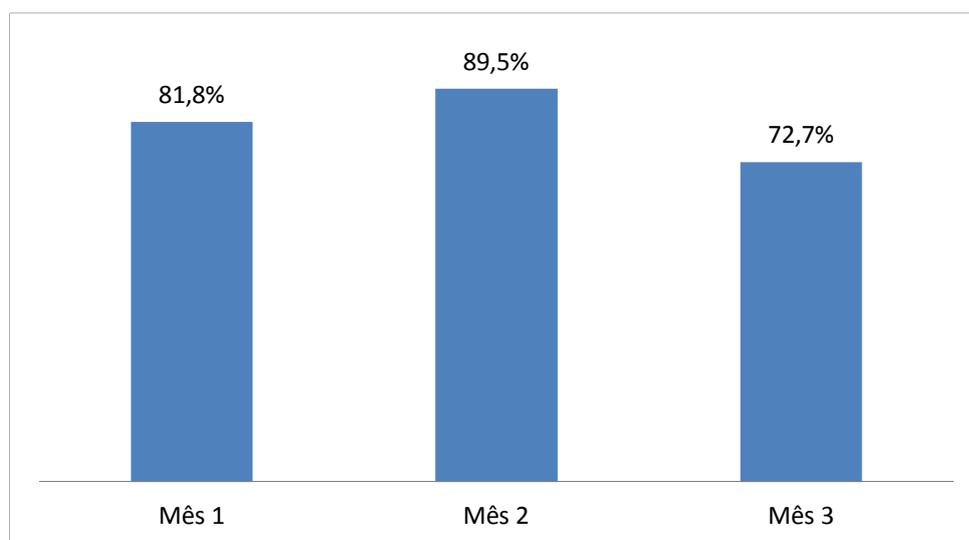


Figura 6: Proporção de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular

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

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

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

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

Continuando a exposição dos resultados, tivemos no primeiro mês de intervenção 84,1% de usuários hipertensos, 53 pessoas e 72,7% de usuários diabéticos, 08 pessoas receberam orientações sobre os riscos do tabagismo, no segundo mês 88,8% de hipertensos, 79 pessoas e 84,2% de diabéticos, 16 pessoas, no terceiro mês um total de 88,3% de hipertensos, 166 pessoas e 72,7% de diabéticos, 40 pessoas receberam as orientações.

A queda nas orientações para DM se deu por conta que houve troca de enfermeiro na equipe, uma vez que o novato não estava habituado às ações realizadas pela equipe, sendo assim houve necessidade de capacitação, explicando novamente o funcionamento do Projeto, ações realizadas, entre outras coisas.

Assim como as demais orientações foram ofertadas em nos momentos de consulta, as do tabagismo não foi diferente, mas é importante enfatizar que o programa Tabagismo que foi implantado no município ajudou muito nesse projeto. As orientações são importantes porque alertam sobre esse fator de risco que pode comprometer a qualidade de vida tanto dos usuários hipertensos como dos diabéticos.

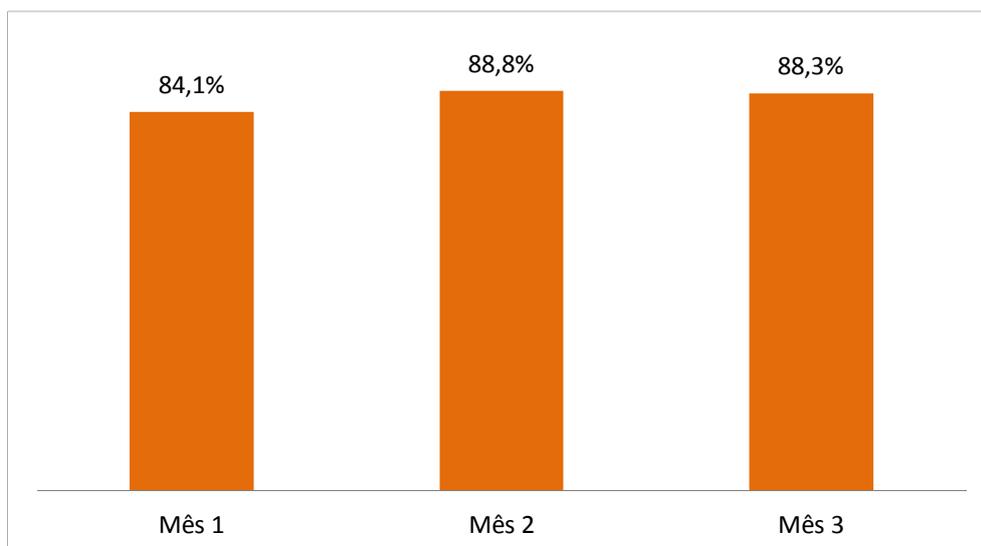


Figura 7: Proporção de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

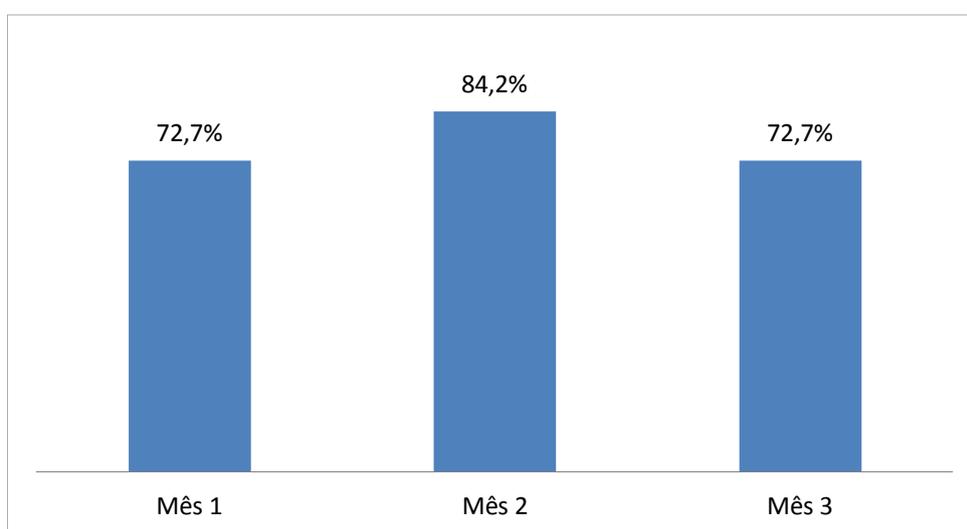


Figura 8: Proporção de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

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

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

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

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

No primeiro mês de intervenção 81% dos usuários hipertensos, 51 pessoas e 72,7% dos usuários diabéticos, 08 pessoas receberam orientações sobre higiene

bucal, no segundo mês o percentual aumentou para 86,5% de hipertensos, 77 pessoas e 84,2% de diabéticos, 16 pessoas. No terceiro mês 87,2% de hipertensos 164 pessoas e 76,4% de diabéticos, 42 pessoas orientadas quanto a higiene bucal.

Dessa forma as orientações sobre higiene bucal também foram oferecidas aos hipertensos e diabéticos no decorrer da intervenção, através de reuniões em grupos, consultas médicas e odontológicas, além de palestras na UBS e na comunidade.

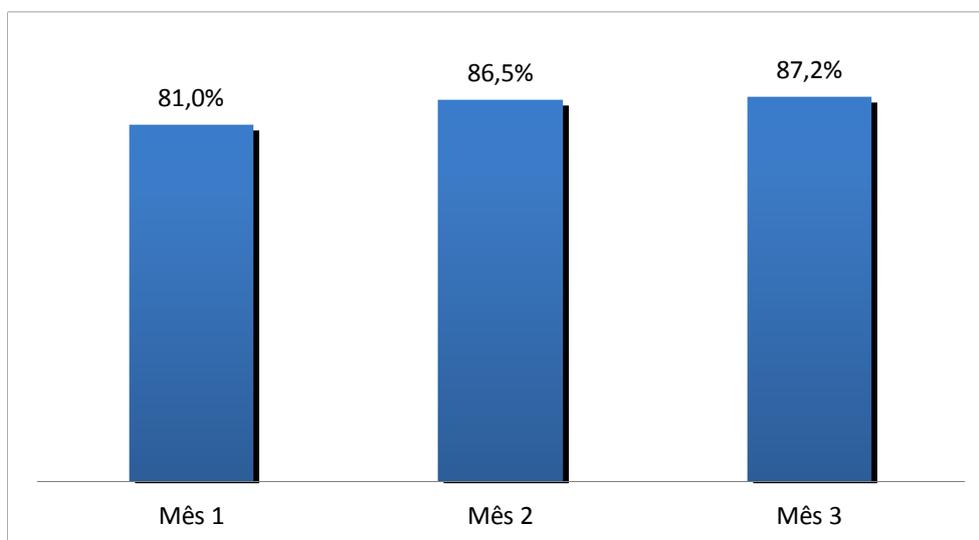


Figura 9: Proporção de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal

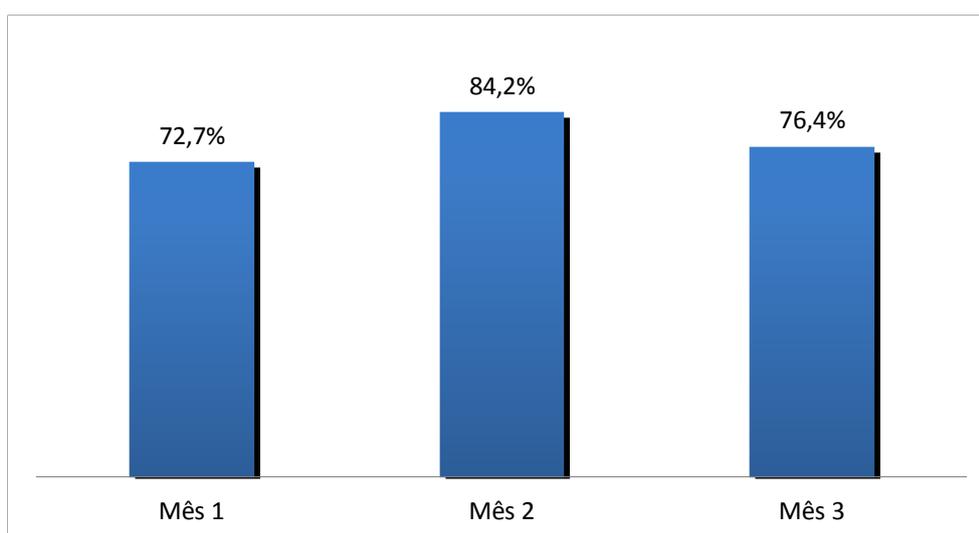


Figura 10: Proporção de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal

## 4.2 Discussão

Através da intervenção de melhoria da atenção da assistência aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus, feita na Unidade Básica de Saúde do Município de Assis Brasil, Terezinha Batista dos Santos, conseguimos alcançar um aumento da cobertura da atenção ao público alvo do projeto, bem como melhorou os registros e a qualidade da atenção. A intervenção também envolveu toda a equipe de saúde da UBS o que permitiu fazer uma reorganização dos serviços, no que se refere a busca ativa e acompanhamento dos usuários alvo.

A equipe de saúde acolheu muito bem a intervenção, então todos se ajudaram, pois, os trabalhos a serem feitos necessitavam da contribuição de todos profissionais. Além disso, o médico realizou constantes instruções a cerca da intervenção, tendo em vista as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao protocolo de atendimento (rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da HAS e DM). Realizamos uma reunião com a equipe para que cada um ficasse sabendo de suas atribuições no dia a dia, com relação a busca ativa dos usuários faltosos e novos cadastramento de novos feito pelos ACS, o acolhimento realizado pelos técnicos de enfermagem e a enfermeira. O envolvimento da equipe na intervenção aumentou consideravelmente o índice de cobertura do programa, com isso obteve-se cadastros atualizados da área de abrangência.

É importante enfatizar que o profissional médico esteve responsável pela realização do exame clínico, a prescrição de exames complementares, a prescrição de medicamentos da lista de Hiperdia ou da Farmácia Popular, o registro adequado da ficha de acompanhamento, a avaliação do risco cardiovascular para ambas doenças, que por sua vez é avaliado também pela enfermeira, as orientações nutricionais sobre alimentação saudável, importância da prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo, saúde bucal entre outros, também foram feitas em consulta individual como nas atividades educativas.

É necessário destacar o trabalho dos técnicos de enfermagem na realização das medidas de sinais vitais e mensurações, e o trabalho recepção no agendamento das consultas previamente programados. Além disso, o apoio da odontóloga que recebeu o projeto de intervenção sem se opor, pois de acordo com ela é mais uma maneira de melhorar a cobertura do atendimento odontológico, uma vez que a

intervenção faz orientações nas consultas médicas, com isso tem-se um aumento nos atendimentos odontológicos.

Estivemos realizando reuniões com a comunidade para explicar a cerca da intervenção, destacando o seu objetivo principal que era melhorar a qualidade de vida de os usuários hipertensos e diabéticos na comunidade. No decorrer da intervenção acrescentamos nos trabalhos as reuniões com os grupos de hipertensos e diabéticos e a comunidade, entre outras atividades desenvolvidas diariamente.

Com os conhecimentos e experiências ampliadas, concluímos que foi feito um bom trabalho, dentro das condições estruturais e financeiras do município. O resultado foi satisfatório não apenas para a equipe da UBS, mas também para a comunidade que pode durante esse período de tempo obter mais informações a respeito dos problemas de saúde e receber orientações com foco em melhorar a saúde e estilos de vida, trabalhando não só a promoção como também a prevenção.

A intervenção foi muito importante para o serviço porque antes não se tinha um acompanhamento rígido dos usuários com Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus, com a intervenção esse controle tornou-se responsabilidade de toda a equipe e os registros e acompanhamentos foram mais intensos.

A qualidade da atenção a esses usuários portadores das doenças crônicas acima mencionadas, está mais visível depois da intervenção, pois houve melhoria dos registros, busca ativa e agendamento contínuos, melhora do acolhimento, os indicadores monitorados durante a intervenção aumentou, tudo isso gerou uma maior satisfação para a Secretaria de Saúde.

A comunidade recebeu muito bem o projeto, a intervenção se fez tão importante que os usuários demonstravam seu interesse buscando saber mais informações sobre o programa, eles perguntavam como funcionava, quais os objetivos, como seria a realização do trabalho e até se dispunham a ajudar na mobilização de amigos, vizinhos e parentes, pois notaram que era muito importante. Um dos fatores que chamou muito a atenção foi a periodicidade das orientações sobre o atendimento odontológico, mas quando mudamos para outro local, aonde já não havia consultório odontológico, tivemos reclamações e o índice de consultas baixou, mas ainda assim a comunidade se sentia muito bem acolhida por toda a equipe da UBS, pois observava o interesse dos profissionais com sua saúde e seus problemas.

Se fosse realizar a intervenção novamente, eu não faria diferente, trabalharia do mesmo jeito, pois acho que toda a equipe começou de maneira certa, durante os caminhos tivemos erros, mas foram superados dos quais aprendemos a melhorar nosso trabalho. Se eu pudesse mudar algo, seria apenas o tempo de realização porque para poder trabalhar com a totalidade de usuários do nosso município não bastam doze semanas. Sei que podemos continuar por nossa própria conta, mas haveria sido muito melhor se houvésssemos conseguido nossa meta.

Automaticamente a intervenção já se incorporou na rotina do serviço, pois esse período trabalhado despertou nos profissionais um interesse maior pelos promoção e prevenção dessas doenças. Continuamos com a conscientização da comunidade em relação aos hipertensos e diabéticos. Os Agentes Comunitários de Saúde continuam com a busca ativa para o cadastramento de novos usuários que antes eram alvos do projeto e hoje não são, mas continuam sendo alvos do serviço único de saúde, então temos que os alcanças e acompanha-los.

Como próximos passos no serviço temos que continuar com a mesma maneira de trabalho e planejar a apresentação dos resultados do trabalho de intervenção para a população, principalmente os que participaram da intervenção e também apresentar para autoridades locais, tais como Prefeito, Vereadores, Secretária de Saúde, para que se possível possam tomar o projeto como base para novas iniciativas de acompanhamento rígido não apenas dessas doenças, mas também de outras, como na saúde da criança, focando em parasitose infantil e baixo rendimento escolar.

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

Prezado Gestor do Executivo Municipal,

Iniciado em Outubro de 2015 e com término em Março de 2016, o Projeto de Intervenção desenvolvido na Unidade Básica de Saúde (UBS) Terezinha Batista dos Santos, no município de Assis Brasil/Acre, com foco na Melhoria do programa de atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial sistêmica (HTA) e/ou diabetes mellitus (DM), se desenvolveu no período de 12 semanas. Por meio do referido projeto foram realizadas diversas ações de saúde que possibilitaram um considerável aumento na cobertura de atendimentos e melhoria dos indicadores de saúde. Para o sucesso da intervenção, foi de fundamental importância a colaboração e participação da equipe de saúde, participação ativa da comunidade, bem como o apoio das autoridades e Secretaria Municipal de Saúde.

Sabemos que as principais causas de morbimortalidade dos países desenvolvidos estão relacionadas às doenças crônicas degenerativas especificamente HAS e a DM, que por sua vez são desencadeantes de outras doenças que provocam incapacidade ao indivíduo, tais como insuficiência renal, retinopatias diabéticas, acidentes cerebrovasculares, incapacidades locomotoras por amputação de membros, entre outros.

O fato de que a UBS Terezinha Batista dos Santos apresentava baixo índice de cadastro e acompanhamento dos usuários com HAS e DM, escolheu-se desenvolver o projeto com este foco. A partir daí observou-se as principais necessidades de mudanças no serviço de saúde para que o projeto pudesse ser desenvolvido de forma ágil, contínua e eficiente, uma delas foi a organização do serviço, bem como oferecer uma atenção de qualidade à população o que pode refletir na diminuição do índice de morbimortalidade e de hospitalizações no SUS

Com base nos dados colhidos através da intervenção apresentamos abaixo um resumo que demonstra o antes e depois da intervenção. O Caderno de Ações Programáticas (CAP), material disponibilizado pelo curso, estimou um total de 468 hipertensos e 115 diabéticos para a área de abrangência da UBS Terezinha Batista. Destes, antes da intervenção eram acompanhados apenas 60(11%) dos hipertensos e 35 (23%) dos diabéticos, após a intervenção passamos a acompanhar 188 usuários com hipertensão (40,2%) e 55 (47,8%) pessoas com diabetes.

<b>Indicadores</b>	<b>HAS antes do projeto</b>	<b>HAS atual</b>	<b>DM antes do projeto</b>	<b>DM atual</b>
<b>Cobertura do programa de atenção ao hipertenso e/ou ao diabético na unidade de saúde.</b>	11%	40,2%	23%	47,8%
<b>Realização de exame clínico em hipertensos e/ou diabéticos</b>	83%	97,9%	83%	98,2%
<b>Realização de exames complementares.</b>	42%	61,2%	57%	61,8%
<b>Prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA aos hipertensos e/ou diabéticos</b>	90%	100%	90%	100%
<b>Avaliação da necessidade de atendimento odontológico de hipertensos e diabéticos</b>	50%	59,0%	50%	50,0%
<b>Busca de hipertensos e/ou diabéticos faltosos às consultas</b>	60%	92,2%	57%	84,6%
<b>Registro adequado em fichas-espelho ou de acompanhamento</b>	60%	84%	60%	76,4%
<b>Realização da estratificação do risco cardiovascular em hipertensos e/ou diabéticos</b>	80%	80,9%	86%	74,5%
<b>Orientação nutricional à hipertensos e/ou diabéticos</b>	80%	88,3%	86%	78,2%
<b>Orientação sobre a prática de atividade física a hipertensos e/ou diabéticos</b>	80%	88,3%	86%	72,7%
<b>Orientação sobre os riscos do tabagismo a hipertensos e/ou diabéticos</b>	60%	88,3%	60%	72,7%
<b>Orientações sobre higiene bucal a hipertensos e/ou diabéticos</b>	50%	87,2%	57%	76,4%

É importante destacar que o projeto possibilitou o aumento significativo no gráfico de indicadores de saúde no que se refere ao tema trabalhado, algumas ações não atingiram a meta de cobertura pré-determinada, mas avançou numerosamente.

Durante os trabalhos foram realizados encontros com grupos de usuários hipertensos e diabéticos, que contou com a participação média de 20 usuários, e temas como nutrição saudável, tabagismo, prática de exercícios físicos e saúde bucal foram trabalhados nestes momentos. Também foram feitas capacitações com a equipe de saúde, afim de expandir o conhecimento sobre atendimento das doenças foco da intervenção fornecendo a base para uma melhor qualidade do serviço oferecido na rede pública. Essas capacitações tinham como base o protocolo de atenção a HAS e DM do Ministério da Saúde.

A intervenção foi de grande importância para a equipe de saúde, para o serviço público de saúde e para a comunidade, uma vez que permitiu a ampliação dos conhecimentos da equipe, troca de ideias e experiências qualificando o trabalho; melhorou o acolhimento e a qualidade de atenção dispensada aos usuários hipertensos e/ou diabéticos da comunidade. Além disso, possibilitou uma melhor organização dos prontuários e registros em fichas de acompanhamento dos usuários bem como promoveu a implantação de um arquivo específico (ficha-espelho) para monitoramento destes. E a comunidade pode a partir daí, estreitar a relação com a equipe da UBS, facilitando também a troca de ideias, experiências e conhecimentos, por meio dos grupos de hipertensos e diabéticos.

Com o final do projeto não há como dizer que as ações desenvolvidas nele serão esquecidas, pois estas já se incorporaram automaticamente à rotina do serviço, sendo assim o trabalho continua dia após dia, sempre visando atender a comunidade com qualidade e agilidade. Em caso de haver futuras intervenções, sabemos que podemos contar com o apoio da gestão, uma vez que sempre estiveram à disposição para nos ajudar.

Atenciosamente,

Equipe de saúde da UBS Terezinha Batista dos Santos.

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

Estimada comunidade,

Realizamos um projeto de intervenção que teve como principal objetivo Melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial sistêmica (pressão alta) e/ou Diabetes Mellitus (“açúcar” elevado no sangue) na Unidade Básica de Saúde (UBS), Terezinha Batista dos Santos, Assis Brasil/AC, no período de 12 semanas, iniciando Outubro de 2015 com término no mês Março de 2016. Durante sua realização aumentamos a cobertura de atendimento e melhorou os indicadores de saúde do município. Vale destacar que o projeto se tornou mais conhecido por conta do trabalho desenvolvido pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que estiveram em contato com a população, durante as visitas nas casas, aonde explicavam como funcionava.

Foi desenvolvido um cronograma das ações contidas no projeto e para que fosse seguido realizamos diversos treinamentos com os profissionais.

Nas consultas individuais foram realizadas avaliação clínica com o exame clínico e prescrição de exames complementares, medicamentos da lista de Hiperdia ou da Farmácia Popular, o registro adequado na ficha de acompanhamento, a avaliação do risco cardiovascular, orientações sobre alimentação saudável, sobre a prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo e higiene da saúde bucal. Além disso foi feito diversas visitas domiciliares ao público alvo.

É importante comparar que antes da intervenção, a unidade de saúde acompanhava um total de 60(11%) usuários com hipertensão e 35 (23%) de diabéticos ao final das 12 semanas atingiu-se 188 (40,2%) hipertensos e 55 (47,8%) diabéticos. Do total acompanhado na unidade, 152 (80,9%) hipertensos apresentavam estratificação de risco cardiovascular já os diabéticos somavam 41 (74,5%), 166 (88.3%) hipertensos receberam orientação sobre prática de atividade

física regular e por conseguinte 40 (72,7%) diabéticos, 166 (88,3%) hipertensos com orientação nutricional para alimentação saudável e 43 (78,2%) diabético, entre outros indicadores.

Não alcançamos a meta pactuada em alguns segmentos, mas todas as ações previstas foram desenvolvidas segundo o planejado no cronograma com o apoio incondicional dos ACS. Com a metodologia que utilizamos conseguimos cadastrar e acompanhar um considerável número de hipertensos e diabéticos.

Um indicador importante a ser mencionado é sobre odontológica que, apesar das dificuldades, teve índice no primeiro mês de 42 (66,7%) hipertensos e 6 (54,5%) diabéticos avaliados, no segundo mês 66(74,2%) hipertensos e 16 (84,2%) diabéticos e no terceiro mês 111 (59%) hipertensos e 28 (50,9%) diabéticos.

Tivemos o índice de prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, no primeiro mês 63 (100%) hipertensos, no segundo 89 (100%) usuários e no terceiro 188 (100%) usuários respectivamente com este tipo de medicação. Assim também os usuários diabéticos tiveram índice de 100% que usam medicamentos de a farmácia popular.

Por fim é importante dizer que o projeto de intervenção é uma poderosa ferramenta para melhorar os indicadores de saúde para o município, pois proporciona melhor qualidade de vida para a população, além de melhorar a relação da equipe com a comunidade e vice-versa.

A UBS já está acostumada as ações que foram desenvolvidas durante a intervenção, e estas estão automaticamente incorporadas as atividades diárias. A intervenção motivou muitas pessoas a cuidarem melhor da sua saúde e esperamos que continue influenciando através dos depoimentos de quem participou.

Atenciosamente,

Equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde Terezinha Batista dos Santos.

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

Em particular, a realização do curso trouxe para mim um vasto leque de aprendizado e experiências em saúde pública do Brasil. Quando iniciamos os estudos, eu tinha algumas perspectivas bem definidas, levando em consideração os protocolos de saúde do Brasil, que são diferentes dos utilizados pelo meu país e a minha maior expectativa era tornar-me um grande conhecedor da estratégia Saúde da Família, entender seu modo de funcionamento e usar esses conhecimentos para oferecer um melhor atendimento à população, bem como aumentar os indicadores de saúde pública no município, dessa forma melhorando a qualidade de vida dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Me surpreendi e ao mesmo tempo fiquei muito feliz porque o curso me possibilitou, através da implementação do Projeto de Intervenção, aplicar no meu dia a dia os conhecimentos adquiridos e assim conquistei muito mais experiências. Dia após dia, pude observar o quadro situacional da área de abrangência da minha UBS, contando sempre com o apoio do material didático oferecido pelo curso. As problemáticas de saúde apareciam e a partir daí tive a oportunidade de melhorar cada vez mais minha atuação como um profissional da Estratégia Saúde da Família, fator este que supriu minhas perspectivas iniciais em relação ao curso.

A meu ver, o curso foi um grande diferencial para os profissionais médicos da estratégia Saúde da Família e supriu minhas perspectivas iniciais, pois apesar da carência de recursos financeiros e estrutura física, conseguimos desenvolver um bom trabalho com os usuários do serviço, além disso a equipe de saúde percebeu um significativo impacto social através da implementação das ações solicitadas pelo curso.

## Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)– Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36) – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

## **Apêndices**

### Apêndice A – Fotografia de conscientização sobre o Zica Vírus e chikungunya



## **Anexos**

**Anexo A - Documento do comitê de ética**

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

---

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

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

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

Prezada Pesquisadora;

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

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





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

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

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

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

\_\_\_\_\_

Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

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

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

\_\_\_\_\_

Assinatura do declarante