

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade à Distância  
Turma nº 9**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DOS USUÁRIOS COM  
HIPERTENSÃO E/ OU DIABETES NA UNIDADE DE SAÚDE DO CAIC, JOSÉ DE  
FREITAS/PI**

**YAIMA RIBEAUX BROOKS**

**Orientador: Fabiana Vargas Ferreira.**

**Pelotas, 2016**

**YAIMA RIBEAUX BROOKS**

**MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DOS USUÁRIOS COM  
HIPERTENSÃO E/ OU DIABETES NA UNIDADE DE SAÚDE DO CAIC, JOSÉ DE  
FREITAS/PI**

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

Orientadora: Fabiana Vargas Ferreira.

Pelotas, 2016

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

B873m Brooks, Yaima Ribeaux

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão e/ou Diabetes na Unidade de Saúde do Caic, José de Freitas/PI / Yaima Ribeaux Brooks; Fabiana Vargas Ferreira, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

70 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. Ferreira, Fabiana Vargas, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

À minha mãe:

Por seu amor incomparável, dedicação a minha pessoa que a pesar de já não estar comigo segue sendo a minha razão de viver e de ser a pessoa que eu sou hoje.

A minha irmã pelo seu apoio incondicional em todos os momentos da minha vida.

## **Agradecimentos**

Agradeço em primeiro lugar a minha orientadora da UFPEL Fabiana Vargas Ferreira pela sua paciência e compreensão durante minha caminhada no curso, com ela o caminho ficou muito mais fácil de transitar.

Também a toda minha equipe de saúde da UBS do CAIC - enfermeiras, técnicas em enfermagem, agentes comunitários, motoristas e odontóloga.

## Resumo

BROOKS, Yaima Ribeaux. **Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão e/ou Diabetes na Unidade de Saúde do CAIC, José de Freitas / PI.** 2016. 71f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT representam um dos principais desafios de saúde para o desenvolvimento global nas próximas décadas. Ameaçam a qualidade de vida de milhões de pessoas, representam o maior custo para os sistemas de saúde de todo o mundo com grande impacto econômico para os portadores, suas famílias e a sociedade em geral dos países, especialmente os de baixa e média renda. O trabalho de conclusão de curso mostra a experiência vivenciada mediante atuação na Unidade de Saúde CAIC, no município de José de Freitas / PI. O foco da atuação foi na qualificação da atenção e assistência aos adultos portadores de Diabetes *Mellitus* e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica, tendo como guia os Cadernos de Atenção Básicas produzidos pelo Ministério da Saúde. Mediante análise situacional, verificou-se a necessidade de aumentar a cobertura do Programa, bem como reorganizar as ações realizadas. Participaram na intervenção de 348 usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e 88 com Diabetes Mellitus, as ações foram desenvolvidas em 12 semanas. A intervenção atingiu uma cobertura de 70,2% dos hipertensos e 72,1% dos diabéticos. Em relação aos exames clínicos, 96,8% dos hipertensos e 97,7% dos diabéticos tiveram seus exames em dia de acordo com o protocolo. Todos os usuários faltantes nas consultas receberam busca ativa, bem como o recebimento das orientações referentes à promoção da saúde (alimentação saudável, prática de atividade física e higiene bucal). Os resultados mostram que houve qualificação da atenção e assistência aos usuários da área de abrangência. Além disso, os membros da equipe tornaram-se mais qualificados e os usuários ficaram mais satisfeitos com o atendimento e resolutividade.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Saúde da Família, Atenção às doenças crônicas. Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus.

## Lista de Figuras

Figura 1	Primeira reunião da Equipe de Saúde	47
Figura 2	Encontro com os usuários	48
Figura 3	Encontro com os usuários	48
Figura 4	Visita Domiciliar	49
Figura 5	Gráfico indicativo da Proporção da Cobertura do Programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde	52
Figura 6	Gráfico indicativo da Proporção da Cobertura do Programa de atenção ao diabético na unidade de saúde	52
Figura 7	Gráfico indicativo da Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	54
Figura 8	Gráfico indicativo da Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	54
Figura 9	Gráfico indicativo da Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa	56
Figura 10	Gráfico indicativo da Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa	56

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

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
EaD	Educação à Distância
DCNT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
DM	Diabetes <i>mellitus</i>
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PN	Pré-Natal
OMS	Organização Mundial de Saúde
RAS	Relatório de Análise Situacional
RS	Rio Grande do Sul
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS



## Sumário

Apresentação .....	8
1 Análise Situacional .....	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	9
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	19
2 Análise Estratégica .....	20
2.1 Justificativa.....	20
2.2 Objetivos e metas.....	21
2.2.1 Objetivo geral.....	21
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	21
2.3 Metodologia.....	24
2.3.1 Detalhamento das ações .....	24
2.3.2 Indicadores .....	35
2.3.3 Logística.....	41
2.3.4 Cronograma.....	45
3 Relatório da Intervenção.....	47
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	47
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	49
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	50
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	50
4 Avaliação da intervenção.....	51
4.1 Resultados .....	51
4.2 Discussão.....	58
5 Relatório da intervenção para gestores .....	60
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	62
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	63
Referências .....	64
Anexos .....	65

## **Apresentação**

O presente volume consiste no Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) de Especialização em Saúde da Família – Modalidade EaD promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) e Universidade Aberta do SUS (UNASUS). Realizou-se uma intervenção direcionada aos usuários com HAS e/ou DM no município de José de Freitas, PI, intitulada “Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão e/ou Diabetes da Unidade de Saúde CAIC, José de Freitas / PI”.

O volume está organizado em unidades de trabalho sequenciais e interligadas.

Unidade 1 - Análise Situacional foi realizado o reconhecimento do território através da Estrutura, Processo e Resultados.

Unidade 2 - Análise Estratégica com o objetivo de elaborar um projeto de intervenção.

Unidade 3 - Avaliação da intervenção com o objetivo de traçar um panorama da prática da intervenção na unidade semanalmente.

Unidade 4 - Avaliação dos Resultados da Intervenção expostos por meio da apresentação dos resultados alcançados na intervenção e sua discussão. Além disso, avaliaram-se também as potencialidades e fragilidades encontradas durante a intervenção.

Unidade 5- Reflexão Crítica sobre o Processo Pessoal de Aprendizagem.

No final do volume, estão apresentados os seguintes itens: Referências Bibliográficas, Anexos e Apêndice.

## **1 Análise Situacional**

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

Referente às questões da estrutura de minha unidade de saúde o CAIC, contamos com uma sala para o recebimento dos usuários muito ampla, uma sala para vacina, uma para reunião, sala de consulta da enfermeira, sala de consulta médica, sala de consulta odontológica, cozinha e uma única sala para farmácia e a digitadora. A Unidade Básica de Saúde (UBS) é uma das mais antigas do município e comumente chove, porque temos infiltração no telhado. A instalação de água nos banheiros está quebrada. A iluminação é ruim e isso dificulta diretamente o exame físico. Na UBS só há um esfigmomanômetro, isso tem implicações negativas na qualidade dos serviços, pois esta escassez prejudica os usuários. Além disso, não temos outros aparelhos como lanterna, otoscópio e oftalmoscópio, importantes para fazer um exame físico completo.

Com os medicamentos a situação é muito difícil, pois a demanda é maior que a oferta. Não tem correspondência o cadastro das doenças crônicas com a disponibilidade dos remédios. Falta medicação para o controle de muitas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e transmissíveis também. Isso dificulta a realização do tratamento de maneira adequada, pois o maior número deles não têm condições de comprar as medicações.

O município só tem as especialidades médicas de Clínica Geral, Ginecologia-Obstetrícia e Cirurgia (só pequena cirurgia). Em muitos casos, há necessidade de encaminhado especializado para fora do município e isso demora bastante.

Existe carência de instrumentos, equipamentos e insumos utilizados para procedimentos de curativos. Não existe sistema de reposição de materiais consumo, mobília e/ou instrumentais.

Eu acredito que todas essas limitações tendem a afetar nosso trabalho e penso que as soluções não dependem dos profissionais somente. Ainda, a interação da equipe com a Secretaria de Saúde não é boa, então, não temos suporte necessário.

Além disso, nossa equipe de trabalho faz sua parte, o primeiro é o cumprimento do horário de atendimento, agendamento das consultas programadas, a realização das visitas domiciliares a todos os usuários acamados, assim como àqueles que podem ir à UBS por razões de saúde.

## 1.2 Relatório da Análise Situacional

O município José de Freitas, localizado no Estado do Piauí tem 37,085 habitantes, conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014). Há 21 estabelecimentos de Saúde – Sistema Único de Saúde (SUS), sendo 3 Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais e 18 com Estratégia de Saúde da Família (ESF). Existem 3 equipes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) formados por uma nutricionista, um fonoaudiólogo, uma psicóloga, educador físico, fisioterapeuta e uma farmacêutica em cada uma das equipes. Eles oferecem atendimento para todo o município, um fica na Secretaria Municipal de Saúde e os outros dois em UBS. Os NASF têm que atender mais de uma UBS e fazem um programa para o atendimento em cada uma das unidades. Os profissionais do NASF participam de algumas das atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças, desenvolvidas nas UBS. Existe um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) que atende os casos de: endodontia, periodontia, prótese dentária, raios-X e outros mais, além dos consultórios odontológicos situados em 7 UBS. Só contamos com um ginecologista, um cirurgião e clínica médica no município, as outras especialidades médicas precisam ser encaminhadas para o município de Cabeceira, distante a 48 Km do nosso município. Existe um hospital municipal com um serviço de plantão 24 horas por dia e onde são feitos a maioria dos exames complementares. No município existe um laboratório para a realização de exames de menor complexidade. O laboratório do Raio- X e ultrassom no hospital municipal apresenta algumas dificuldades e demora na entrega dos exames aos usuários e muitas vezes a marcação também é demorada. Isso é causa de muita insatisfação na população.

Na UBS CAIC, é desenvolvido o modelo de ESF, onde iniciei meu trabalho no programa Mais Médico para o Brasil, está localizada no bairro Cidade Nova, zona urbana do município José de Freitas / PI. Encontra-se entre duas escolas, onde realizamos muitas das atividades educativas. Além de ter um estreito vínculo com o Sistema Único de Saúde (SUS). Nesta UBS existe só uma equipe de ESF formada por uma médica, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, duas auxiliares gerais, uma digitadora, um cirurgião dentista, uma assistente de odontologia, seis agentes comunitários de saúde (ACS) e um motorista que fica meio turno, pois é

dividido com outra UBS. É umas das equipes com mais experiência no trabalho da Atenção Primária à Saúde, pelo seu conhecimento da área e do seu trabalho realizado.

A UBS CAIC tem 8 salas muito amplas utilizadas pelos profissionais da equipe; sala para os agentes de saúde e reuniões, consultório médico, sala de consulta para a enfermeira, consultório odontológico e cozinha. Apesar disso, faltam salas para diversas atividades, a farmácia e a digitadora ficam no mesmo local; a sala de nebulização e curativos também ocupa o mesmo espaço. Não tem depósito para o lixo contaminado e para o lixo não contaminado, nem almoxarifado. O telhado tem infiltração quando chove. A iluminação no consultório médico e na sala de recepção é ruim. Nesta última não existe uma adequada ventilação, nem iluminação natural. O banheiro para os usuários não possui espaço suficiente para manobrar a aproximação de usuários de cadeiras de rodas. Não existem cadeiras de rodas a disposição dos usuários. Todas essas dificuldades afetam nosso trabalho e a qualidade dos atendimentos. A equipe já fez reuniões com a Secretária de Saúde e a Gestora. Nestas reuniões fizemos a discussão de todos os problemas, porque afetam diretamente com a qualidade dos atendimentos. Mas nós já tomamos algumas estratégias para minimizar as dificuldades observadas, como a sinalização das barreiras arquitetônicas na nossa UBS. Temos um cronograma de atendimento de consultas agendadas por horários, para que a sala de recepção não fique cheia de usuários. Realizamos visitas domiciliares duas vezes por semana aos usuários cadeirantes, deficientes visuais e aos idosos com dificuldade de deslocamento.

No ano 2013 começou o Programa Mais Médico (PMM) e no mesmo ano a UBS CAIC iniciou suas atividades; foram adotadas novas estratégias de trabalho para cumprir com as atribuições dos profissionais expostas pelo Ministério de Saúde na Portaria 2488 de 21 de outubro de 2011. É realizado pelos profissionais da equipe o mapeamento da área de atuação com a identificação na área de abrangência dos grupos, as famílias ou indivíduos expostos a riscos. Temos atendimentos de urgência, utilizamos sempre os protocolos para encaminhar os usuários a outros níveis do sistema de saúde respeitando fluxos de referência e contra transferência, apesar de não termos os protocolos de forma física na unidade. Realizamos cuidados domiciliares onde fazemos acompanhamento dos usuários em situações de internação domiciliar, oferecemos orientações educativas, realizamos busca dos usuários faltosos às atividades programáticas, consultas de enfermagem e médica,

aplicamos medicação oral, curativos, revisão de puérperas. Realizamos atividades de grupo na UBS em parceria com os profissionais do NASF.

As principais limitações em nossa UBS são a não participação no gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade. Não temos na comunidade parceiros e recursos para potencializar as ações intersetoriais e a falta dos protocolos físicos afeta a qualidade em ocasiões da conduta adotada pelo profissional da equipe. Planejamos reuniões da equipe onde participam todos os profissionais da UBS e convidamos a gestora, representantes da Secretaria de Saúde Municipal e/ou da prefeitura e conselho de moradores. A equipe está tentando dirigir seus maiores esforços à solução dos problemas enfrentados, precisamos da integração da comunidade nos problemas da UBS.

Apesar de ser o mapeamento da área umas das atribuições de todos os profissionais da equipe as informações do cadastro da população encontram-se com os dados incompletos. Neste momento temos 3259 usuários cadastrados, que são atendidos na UBS CAIC, sendo que o cadastro está incompleto. Faz parte só uma equipe de saúde, a qual não é suficiente para o número de habitantes na área. Dos seis ACS, só um deles está com o número de 148 famílias, os outros assistem o número maior do preconizado pelo Ministério da Saúde.

A distribuição segundo grupos etários e sexo da população da UBS do CAIC, é representada por 1669 (51%) do sexo feminino e 1590 (49%) do sexo masculino. Temos 46 crianças menores de um ano, 230 menores de cinco anos, 298 indivíduos de 20 anos ou mais com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e 59 com Diabetes *mellitus* (DM). A característica demográfica mais relevante é que temos uma população com tendência à juventude, o que influencia diretamente nas doenças que vão predominar na nossa área, conseqüentemente, menor prevalência das doenças crônicas.

Na minha UBS o acolhimento é realizado por todos. A triagem é realizada na recepção pela técnica de enfermagem e pela enfermeira na sua consulta no ambiente agradável e privado. O processo de acolhimento é feito todos os dias de atendimento e nos dois turnos de trabalho da equipe. Tem uma duração de 10 a 15 minutos aproximadamente e até mais, levando em conta as características e necessidades de cada usuário, os quais são avaliados segundo risco biológico e vulnerabilidade social seguindo o fluxograma de atendimento.

Os profissionais da equipe tem conhecimento da avaliação e classificação para definir o encaminhamento; se é necessário o atendimento com o médico ou a enfermeira e assim também são estabelecidas as prioridades de atendimento. Todas as urgências são atendidas no dia e encaminhadas para a unidade de pronto atendimento se necessário. A cada dia de trabalho na UBS encontramos uma demanda muito grande para atendimento de demanda espontânea, aproximadamente 25 usuários além dos agendados por dia. Nem sempre é possível atender todos os usuários, a equipe geralmente solicita voltar para o outro turno, quando não são casos graves. Essa é uma das consequências de ter uma população muito mais numerosa do que o preconizado pelo Ministério da Saúde.

Em relação às ações programáticas – Puericultura ou Saúde da Criança. Segundo o Caderno de Ações Programáticas (CAP), temos 49 crianças na área e são acompanhadas 46 (94% de cobertura). Alguns indicadores de qualidade, pelos quais se avaliam a qualidade do atendimento às crianças na nossa UBS, têm o seguinte comportamento: 40 crianças têm as consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde (87%) e 6 crianças têm atraso na consulta em mais de sete dias (13%). Uma das causas foram que tivemos crianças que ficaram internadas depois do nascimento por mais de sete dias, como foi no nascimento de dois partos de gêmeos, outras que não estavam na área nos primeiros meses de vida, assim como mães que apesar da insistência da equipe não têm uma assistência regular na UBS. Nestes casos a equipe tomou a estratégia de fazer visitas domiciliares mais frequentes. O mais baixo dos indicadores é a avaliação de saúde bucal, que só 39 crianças foram examinadas (85%). A maior dificuldade é que o atendimento de Odontologia ocorre somente durante dois dias da semana e o número de usuários é muito alto, portanto, torna-se difícil realizar o controle de todos os Programas. Além disso, são realizadas para todas as crianças: teste do pezinho nos primeiros sete dias de nascimento, a triagem auditiva, monitoramento do crescimento e do desenvolvimento na última consulta e as orientações do aleitamento materno exclusivo e para prevenção de acidentes. Todos os profissionais da equipe participam na atenção à saúde das crianças. Estes são registrados no prontuário clínico e no registro de puericultura da UBS que é revisado periodicamente pela médica, a enfermeira e a técnica de enfermagem.



As consultas de puericultura são realizadas todos os dias da semana, apesar de ter um dia específico, essa estratégia foi adotada pela equipe para ter uma maior possibilidade de atendimento, pois havia mães que apresentavam dificuldade para comparecer à UBS por problemas de trabalho. Proporcionamos atendimento prioritário a crianças de 0 a 6 anos de idade e realizamos o primeiro atendimento até os primeiros 7 dias de nascidos. Depois de terminadas as consultas de puericultura as crianças saem com a próxima consulta agendada, ainda estamos apresentando algumas dificuldades, pois na UBS não existem os protocolos de atendimento para puericultura, que é um instrumento do Ministério da Saúde com objetivo de organizar nosso processo de trabalho que já foi pedido para a Secretaria de Saúde.

O programa de atenção ao pré-natal (PN) e puerpério também é realizado na minha UBS, estão sendo acompanhadas pela nossa equipe 26 gestantes (80% de cobertura), estamos cientes da necessidade de se aumentar a cobertura. Temos gestantes que não começaram o PN conosco, e sim realizaram-no no plano de saúde. Os indicadores de qualidade ainda que apresentem números bons podem ser melhorados: 22 (85%) das gestantes iniciaram o PN no primeiro trimestre; 19 (73%) estão vacinadas contra Hepatite B e 24 (92%) tiveram avaliação de saúde bucal. No caso das consultas, aquelas que não iniciaram o acompanhamento do PN no primeiro trimestre não têm todas as consultas segundo protocolo do Ministério de Saúde. O exame ginecológico foi feito nas 26 gestantes (100%), assim como a solicitação na primeira consulta dos exames preconizados. Em todas as consultas promovemos o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de nascido.

Em relação ao Puerpério, temos 29 mulheres que consultaram nos últimos 12 meses (59% de cobertura). Neste caso é bom dizer que as 29 puérperas foram acompanhadas pela equipe nas visitas domiciliares. Das puérperas só 20 fizeram o número de consultas estimadas (66%). Todas as 29 mães tiveram as mamas e abdome examinados, além de terem passado por avaliação ginecológica e exame do estado psíquico. Também orientamos sobre os cuidados com o recém-nascido, o aleitamento materno exclusivo até os seis meses da criança e sobre o planejamento familiar, onde foram explicadas as diferentes opções. A enfermeira é a pessoa encarregada de realizar o cadastro no Sistema de acompanhamento do PN. As consultas acontecem uma vez por semana em apenas um turno de atendimento, são registradas no prontuário clínico e no registro específico de atendimento às gestantes e puérperas, contendo a informação que a equipe acha necessária para um

acompanhamento integral das usuárias. Esse registro é revisado semanalmente pela técnica de enfermagem, a enfermeira e a médica. As gestantes e as puérperas saem das consultas com um conhecimento básico da gravidez, parto e puerpério e com a próxima consulta agendada. Não é comum que as gestantes faltem às suas consultas, o mesmo não ocorre com as puérperas. Com frequência elas não voltam para se consultar depois dos 30 dias, por não apresentam nenhuma queixa.

Temos algumas dificuldades no seguimento do programa pré-natal. O que mais está nos afetando é a captação no primeiro trimestre da gravidez, assim como conseguir ter em dia a vacinação com a vacina antitetânica e contra a hepatite B, pois em ocasiões as usuárias não têm cartão de vacinação e as fichas espelhos não contém as informações atualizadas porque existe muito movimento dos moradores da nossa área de abrangência. Não temos os protocolos de forma física, só digital; para regular o acesso das gestantes a outros níveis do sistema de saúde o que dificulta a qualidade dos atendimentos. Também apresentamos problemas na realização dos exames, pois o laboratório da cidade demora muito para entregar os resultados o que dificulta oferecer um rápido e bom atendimento as gestantes. É muito difícil reunir todas as usuárias num dia para fazer atividades de grupo, pelo fato da longa distância de suas casas até a UBS. Temos grupos, onde os encontros são realizados uma vez ao mês. Nesta atividade participam geralmente parte da equipe de saúde em parceria com os profissionais do NASF. Ainda precisamos conseguir a participação de toda a equipe como o Odontólogo, pois neste momento, não está incluído por orientação da Secretaria de Saúde Municipal.

Sobre a prevenção ao câncer de colo de útero e câncer de mama, temos 689 mulheres acompanhadas (87% de cobertura) e 194 (79% de cobertura), respectivamente. Ainda temos que melhorar algumas ações, pois só 518 (75%) estão com exame citopatológico em dia; 543 (79%) com avaliação de risco; 96 (49%) com mamografia em dia e 15 (8%) estão com mamografia atrasada. Nos últimos 3 anos; 5 mulheres tiveram resultados alterados na mamografia as quais foram encaminhadas com o mastologista em outra cidade, com um seguimento adequado. Toda mulher que chega a UBS recebe orientações para a prevenção do câncer de mama e de útero. Para melhorar o processo de trabalho e imprescindível aumentar a quantidade de dias para fazer o exame, na unidade é feito quatro vezes no mês, um dia na semana no turno da manhã e o número de mulheres que precisam fazer o exame aumenta cada dia mais.

No caso do câncer de mama, o exame de mamografia não é feito em nosso município o que dificulta o acesso das mulheres a este exame. Além disto, quando precisam de um encaminhamento agendado na Secretaria de Saúde demora meses para chegar o dia de atendimento. Apesar das dificuldades expostas toda mulher que chega a UBS recebe orientações da prevenção do câncer de mama e o autoexame. Precisamos do comprometimento de todos os profissionais da UBS para aproveitar seu vínculo com as usuárias e assim aumentar o nível de conscientização sobre sua saúde. Não temos disponíveis os protocolos físicos o que dificulta a qualidade das condutas em cada um dos casos. Cada mês realizamos uma reunião de equipe, onde os profissionais discutem o planejamento, gestão e coordenação dos programas de controle do câncer de mama e controle do câncer do colo do útero. Nessas reuniões convidamos os gestores municipais para que possam conhecer as dificuldades na UBS e como isso tem influência negativa para a qualidade dos atendimentos e de vida das usuárias.

Em relação à saúde de usuários com HAS e DM, as coberturas são, respectivamente, 298 (46%) e 59 (32%). Todos os usuários com HAS tem a estratificação de risco cardiovascular realizada e estão com exames complementares em dia. Quase a totalidade recebe orientações sobre alimentação saudável e prática de atividade física regular. A avaliação de saúde bucal é o indicador mais baixo, apenas 90 (30%) dos usuários foram atendidos. Todos os usuários com DM também tiveram realização de estratificação realizada; estão com exames em dia e com orientação. Somente 34 (58%) com avaliação de saúde bucal. O programa de atendimento para usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus acontece um dia por semana nos dois turnos de atendimento. As consultas são registradas no prontuário clínico e é preenchido o registro específico de hipertensos e diabéticos da área de abrangência. Esse registro é atualizado semanalmente pela enfermeira, as técnicas de enfermagem ou a médica. Eles saem da consulta com o próximo atendimento agendado. Em cada atendimento é feito uma avaliação integral do usuário com avaliação da pressão arterial sistêmica, peso e avaliação da glicose. É realizada uma estratificação de risco cardiovascular por critério clínico. São avaliados os exames complementares periódicos se precisarem, oferecemos orientação nutricional para alimentação saudável e sobre prática de atividade física regular.

Um das deficiências encontradas no programa são que alguns usuários hipertensos e/ou diabéticos não estão cadastrados, pois resistem em acreditar que possuem uma doença crônica não transmissível (DCNT). A equipe tem adotado algumas estratégias para melhorar o atendimento desta população-alvo, como a programação de visitas domiciliares duas vezes na semana onde são procurados os usuários faltosos ou acamados da área. São realizadas ações de promoção e prevenção à saúde em parceria com o NASF para conscientizar a população.

Sobre o acompanhamento dos idosos na UBS, 145 (42%) são cadastrados e acompanhados. Além disso, 128 (88%) com avaliação multidimensional, 99 (68%) tem HAS, 38 (26%) tem DM e 45 (31%) com avaliação de saúde bucal. Existem dois dias de atendimentos odontológicos na UBS e a demanda de atendimento é muito alta, por isso, é muito difícil ter uma cobertura muito ampla deste serviço. Além de que os profissionais do consultório odontológico não realizam visitas domiciliares, pois foi uma estratégia adotada pela Secretaria de Saúde para manter maior número de atendimentos em consultas. Essa estratégia prejudica, principalmente, os idosos, pois eles têm maior dificuldade de comparecer à UBS.

Em relação à saúde bucal, o maior desafio é a oferta de avaliação de saúde bucal para todos os usuários. O outro desafio é conseguir novamente que os profissionais de saúde bucal realizem atividades de educação em saúde. O fato dos dentistas priorizarem atividades clínicas em detrimento das coletivas prejudica muito os usuários, que ficam desassistidos de ter uma condição bucal favorável e saudável.

Alguns desafios são latentes na UBS e envolvem os mais variados grupos populacionais, por exemplo, captar gestantes no primeiro trimestre, com um seguimento do mínimo das 8 consultas em as gestantes. O melhor recurso que temos é uma equipe com muitos anos de experiência, pois temos mais de 50% dos integrantes com mais de 10 anos de trabalho na UBS, capazes de oferecer atendimento humanizado. Além disso, a falta de protocolos oficiais físicos também gera uma possível desatualização, então, pretendemos consegui-los. Em relação aos usuários com HAS e/ou DM, principalmente, para os usuários com DM, há necessidade de se aumentar a cobertura, bem como fazer com que todos sejam bem assistidos, incluindo a saúde bucal.

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

Nas primeiras semanas do curso de especialização foi feita uma questão refletiva sobre a situação da ESF/Atenção Primária à Saúde (APS). Os comentários e avaliações foram feitas de maneira mais superficial. Apesar de serem expostos todos os itens solicitados, não foram o suficientemente profundos para justificar as consequências sobre a qualidade dos atendimentos. As respostas limitaram-se à descrição do observado, sem uma análise do comportamento dos indicadores. Acredito que no decurso do curso nós obtivemos conhecimentos que permitiram levar as questões refletivas expostas no Relatório da Análise Situacional com maior grau de complexidade. A análise do comportamento dos indicadores no diferentes programas preconizados pelo MS ajuda a compreender com maior clareza quais são os principais problemas e quais devem ser nossas prioridades no trabalho nas UBS.

Além do texto inicial não ter todos os itens desenvolvidos com a mesma qualidade que no Relatório de Análise Situacional (RAS), acredito que as observações e conclusões foram a base para o desenvolvimento da confecção do RAS (estrutura, processo e trabalho).

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes *mellitus* são duas doenças que tem uma alta prevalência no mundo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), pelo menos, 600 milhões de pessoas são hipertensas em todo o mundo. A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. Geralmente acompanham-se de lesões nos vasos sanguíneos com consequentes alterações de órgãos alvos como cérebro, coração, rins e retina. Num grande número de pessoas o decorrer desta doença é silencioso, às vezes não provoca sintomas, mas pode causar a morte (Brasil, 2013). A prevalência de DM é de 7% de indivíduos entre 30 e 69 anos de idade). Cerca de 50% dos usuários desconhecem o diagnóstico e 24% não fazem qualquer tipo de tratamento (Brasil, 2013).

Na UBS do CAIC, temos salas amplas para a realização das atividades. Temos uma só equipe de saúde formada por uma médica, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, duas auxiliares gerais, uma digitadora, um cirurgião dentista, uma assistente de odontologia, seis agentes comunitários de saúde e um motorista que fica meio turno, pois é dividido com outra UBS. A equipe realiza cuidados nos domicílios e nas escolas, com as visitas domiciliares e as palestras de Saúde nas Escolas, respectivamente. Fazemos atendimento de todos os grupos populacionais (ações programáticas). Também temos as atividades educativas de grupo na UBS em parceria com os profissionais do NASF. A população total da área de abrangência é 3259.

Existem 298 usuários com HAS cadastrados e acompanhados (46% de cobertura) e 59 com DM (32% de cobertura). Os usuários precisam ser melhor assistidos, principalmente, em termos de saúde bucal. O programa de atendimento para usuários com HAS e DM acontece um dia por semana nos dois turnos de atendimento. Temos que reforçar atividades educativas para educação prevenção e promoção de saúde; além disso, realizar buscas ativas junto com os ACS para aumentar a cobertura, além de fazer divulgação do Programa. Reforçar a necessidade de atendimento de acordo com protocolos oficiais do Ministério da Saúde e conseguir a participação da equipe de saúde bucal. Aprimorar a qualidade do atendimento já prestado torna-se uma urgência significativa para os usuários.

Com este projeto de intervenção nós pretendemos melhorar o número e a qualidade da atenção aos usuários com HAS e DM, através de uma atenção mais integral, reforçando o vínculo desses usuários com a equipe. Além disso, propiciar maior 'empoderamento' para os usuários, fazendo com que eles participem mais ativamente do auto cuidado e do processo saúde-doença. Assim, nossa equipe está motivada em propiciar a organização e qualificação do serviço ofertado aos usuários.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde CAIC, José de Freitas/PI.

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

Objetivo 1. Ampliar a cobertura de atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos.

Metas referentes a ampliar a cobertura de atendimento dos usuários hipertensos e ou diabéticos.

1.1 Cadastrar 70% dos usuários residentes com hipertensão na área de abrangência da UBS no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes mellitus.

1.2 Cadastrar o 50% dos usuários com diabetes residentes na área de abrangência da UBS no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes mellitus.

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

Metas referentes a melhorar a qualidade da atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

2.1. Garantir aos 100% usuários cadastrados com hipertensão o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

2.2. Garantir aos 100% usuários com diabetes cadastrados o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

2.3. Garantir aos 100% usuários cadastrados com hipertensão os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.4. Garantir aos 100% usuários com diabetes cadastrados os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos aos 100% usuários cadastrados com hipertensão da Farmácia Popular.

2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos aos 100% usuários com diabetes cadastrados da Farmácia Popular.

2.7. Garantir a avaliação da necessidade de atendimento odontológico aos 100% usuários cadastrados com hipertensão.

2.8. Garantir a avaliação da necessidade de atendimento odontológico aos 100% usuários com cadastrados diabetes.

Objetivo 3. Melhorar a adesão dos usuários hipertensos e /ou diabéticos ao programa.

Metas referentes a melhorar a adesão dos usuários hipertensos e /ou diabéticos ao programa.

3.1. Buscar aos 100% dos usuários hipertensos faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

3.2. Buscar aos 100% dos usuários diabéticos faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.



Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Metas referentes a melhorar o registro das informações

4.1. Manter 100% das fichas de acompanhamento dos usuários hipertensos cadastrados na UBS.

4.2. Manter 100% das fichas de acompanhamento dos usuários diabéticos cadastrados na UBS.

Objetivo 5. Mapear usuários hipertensos e/ou diabéticos de risco para doenças cardiovasculares.

Metas referentes a mapear usuários hipertensos e/ou diabéticos de risco para doenças cardiovasculares.

5.1. Realizar a estratificação de risco nos 100% dos usuários cadastrados com hipertensão na UBS.

5.2. Realizar a estratificação de risco nos 100% dos usuários cadastrados com diabetes na UBS.

Objetivo 6. Promover a saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

*Metas* referentes a promover a saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

6.1. Garantir a orientação nutricional adequada aos 100% dos usuários hipertensos para mudar hábitos alimentares errados.

6.2. Garantir a orientação nutricional adequada aos 100% dos usuários diabéticos para mudar hábitos alimentares errados.

6.3. Garantir a orientação de atividade física adequada aos 100% dos usuários com hipertensão e mudar estilos de vida sedentários.

6.4. Garantir a orientação de atividade física adequada aos 100% dos usuários com diabetes e mudar estilos de vida sedentários.

6.5. Garantir a orientação sobre os riscos do tabagismo aos 100% usuários hipertensos.

6.6. Garantir a orientação sobre os riscos do tabagismo aos 100% usuários diabéticos.

6.7. Garantir a orientação higiene bucal aos 100% usuários hipertensos.

6.8. Garantir a orientação higiene bucal aos 100% usuários diabéticos.

## 2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de **12** semanas na UBS CAIC, no Município de **São José / PI**. Participarão da intervenção usuários com HAS e DM.

### 2.3.1 Detalhamento das ações

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura de atendimento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Metas

1.1. Cadastrar 70% dos usuários residentes com hipertensão na área de abrangência da UBS no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes *mellitus*.

1.2. Cadastrar 50% dos usuários com diabetes residentes na área de abrangência da UBS no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes *mellitus*.

Eixo de monitoramento e avaliação.

Ação: Monitorar o número de usuários com HAS e/ou DM cadastrados no programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da ESF CAIC.

Detalhamento: O acolhimento destes usuários será feito na sala das técnicas de enfermagem, num ambiente agradável, onde se realizará um interrogatório adequado para poder obter todos os dados, assim como atividades de promoção e educação em saúde feita pelos profissionais da equipe. Os usuários hipertensos e diabéticos em cada consulta serão registrados na FAHD pelas técnicas de enfermagem. Depois do preenchimento ou verificação serão encaminhados para a consulta de atendimento médico ou com a enfermeira. Com o objetivo de prosseguir com as ações de garantia de material adequado, a enfermeira solicitará ao centro médico material e instrumentos para a realização do exame de pressão arterial e teste de glicose.

Eixo Organização e Gestão do serviço.

Ações: Garantir o registro que contém todas as informações necessárias para os hipertensos e diabéticos cadastrados no programa; Garantir o registro de pessoas com Hipertensos e/ou Diabetes cadastrados no Programa; Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM; Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetros, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde e Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na Unidade Básica de Saúde.

Detalhamento: Os usuários hipertensos e diabéticos em cada consulta serão registrados na FAHD pelas técnicas de enfermagem. Depois do preenchimento ou verificação serão encaminhados para a consulta de atendimento médico ou com a enfermeira. O acolhimento destes usuários será feito num ambiente agradável, onde se realizará um interrogatório adequado para poder obter todos os dados, assim como atividades de promoção e educação em saúde feita pelos profissionais da equipe.

Com o objetivo de prosseguir com as ações de garantia de material adequado, a enfermeira solicitará ao centro médico material e instrumentos para a realização do exame de pressão arterial e teste de glicose.

Eixo Engajamento Público.

Ações: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na UBS; 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 e Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de Hipertensão e Diabetes.

Detalhamento: Realizaremos capacitação para os ACS para que eles possam realizar o cadastramento de forma adequada assim como a mensuração adequada dos testes. A responsável será a médica da equipe. Realizaremos capacitação para discutir sobre atribuições de cada membro em relação a suas atribuições, para que os protocolos oficiais sejam seguidos; já pedimos o protocolo versão impressa a fim de facilitar a leitura por todos; conversaremos com o gestor sobre o apoio requerido para a realização de exames complementares. Utilizaremos uma apresentação em Power point com os temas a serem tratados. As capacitações dos profissionais serão feitas

com a participação ativa de cada um dos profissionais. Onde cada um de nós vai incorporar a sua experiência no trabalho até conseguir pactuar como ficaram os atendimentos adequados segundo os protocolos oferecidos pelo Ministério da Saúde.

Eixo Qualificação da prática clínica.

Ações: Capacitar os ACS para o cadastramento e atualização da população da área da UBS e Capacitar a equipe da UBS para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização de hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80.

Detalhamento: Realizaremos capacitação para os ACS para que eles possam realizar o cadastramento de forma adequada assim como a mensuração adequada dos testes. A responsável será a médica da equipe.

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

Metas.

- 2.1. Garantir aos 100% usuários cadastrados com hipertensão o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.
- 2.2. Garantir aos 100% usuários com diabetes cadastrados o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.
- 2.3. Garantir a 100% dos Hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- 2.4. Garantir a 100% dos Diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos Hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos Diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos Hipertensos.
- 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos Diabéticos.

Eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ações: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e/ou diabéticos; Monitorar o número de pessoas com hipertensão e/ou diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na UBS e de acordo com a periodicidade recomendada; Monitorar o acesso aos medicamentos da farmácia popular das pessoas com hipertensão e diabetes e Monitorar as pessoas hipertensas e/ou diabéticas que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: O monitoramento das fichas espelho e os prontuários de acompanhamentos dos usuários com HAS e DM que tiveram atendimento na unidade. Todos os membros serão responsáveis. A técnica de enfermagem será responsável pela avaliação dos medicamentos.

Eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

Ações: Definir as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico dos usuários hipertensos e diabéticos; Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS para pessoas com hipertensão e/ou diabetes; Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais; Dispor de versão atualizada de protocolo na UBS para pessoas com hipertensão e/ou diabetes; Garantir a solicitação de exames complementares para pessoas com hipertensão e/ou diabetes; Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo e priorização dos usuários alvo; Realizar controle de estoque incluindo validade do medicamento; Manter um registro das necessidades dos medicamentos das pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastradas na UBS; Organizar ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e/ou diabetes e Organizar a agenda de saúde bucal para realização de atendimento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: Realizaremos capacitação para discutir sobre atribuições de cada membro em relação ao exame clínico, para que os protocolos oficiais sejam seguidos; já pedimos o protocolo versão impressa a fim de facilitar a leitura por todos; conversaremos com o gestor sobre o apoio requerido para a realização de exames complementares.

Eixo de Engajamento Público:

Ações: Orientar a comunidade em quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e da diabetes; Orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes quanto a necessidade de realização de exames complementares e periodicidade em que devem ser feitos; Orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes quanto a direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/ HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso e Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal especialmente das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento: No acolhimento aos usuários com HAS e DM, realizaremos conversas com informações com objetivo de educação e prevenção; as conversas ocorrerão durante consultas individuais, encontros e visitas domiciliares. Todos os membros estarão participando destas ações.

#### Eixo de Qualificação da Prática Clínica:

Ações: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado; Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares; Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes; Capacitar a equipe para orientar aos usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamento na Farmácia Popular/ HIPERDIA e Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico para pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento: A médica será a responsável pela capacitação das ações citadas acima. A capacitação ocorrerá na própria UBS com os profissionais.

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

Metas

3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Eixo de Monitoramento e Avaliação:

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

Detalhamento: Realizara-se semanalmente o monitoramento por todos da equipe.

Eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

Ações: Organizar visitas domiciliares para buscar aos usuários faltosos e Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: realizaremos visitas domiciliares, principalmente, os ACS para buscar os usuários faltosos. Para os faltosos, organizaremos uma agenda para acolhê-los.

Eixo de Engajamento Público:

Ações: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas; Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas com hipertensão e/ou diabetes (se houver número excessivo de faltosos) e Esclarecer as pessoas com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Através das palestras, iremos orientar os usuários sobre a importância de realização das consultas; bem como evitar a evasão.

Eixo de Qualificação da Prática Clínica:

Ações: Capacitar os ACS para a orientação de pessoas com hipertensão e/ou diabetes quanto a realizar suas consultas e suas periodicidades.

Detalhamento: A médica realizará a capacitação para os ACS.

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

Metas

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

4.2. Manter ficha de acompanhamento dos 100% dos usuários diabéticos cadastrados na UBS.

Eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ação: Monitorar a qualidade dos registros dos hipertensos e diabéticos acompanhados na UBS.

Detalhamento. A médica e a enfermeira são responsáveis do monitoramento das ações do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na UBS. São as encarregadas pela revisão dos prontuários e outros documentos para garantir a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na UBS.

Eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

Ação: Manter as informações do SIAB / e-SUS atualizadas; Implantar a ficha de acompanhamento; Implantar a ficha de acompanhamento; Pactuar com a equipe o registro das informações; Definir responsável pelo monitoramento dos registros e Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto a 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: Em relação à atualização do SIAB, a responsável será a enfermeira. Usaremos uma ficha de acompanhamento para registrar informações e ter maior controle. A médica e a enfermeira são as responsáveis e encarregadas de alertar à equipe quando exista atraso na realização de consulta de acompanhamento, 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.

Eixo de Engajamento Público:

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

Detalhamento: Mediante conversas em diferentes espaços, por visitas domiciliares, haverá divulgação sobre os direitos em relação à manutenção dos registros.

Eixo de Qualificação da Prática Clínica:

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

Detalhamento: Realizaremos uma capacitação a todos os profissionais da equipe pela médica sobre o registro adequado dos procedimentos clínicos e o preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos.

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

Metas

5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários hipertensos cadastrados na UBS.

5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários diabéticos cadastrados na UBS.

Eixo de Monitoramento e Avaliação:

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

Detalhamento: Realizaremos monitoramento e avaliaremos se o registro foi corretamente realizado.

Eixo de Organização e Gestão dos Serviços:

Ações: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e Organizar agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: serão priorizados os usuários avaliados como alto risco para que o atendimento seja realizado rapidamente.

Eixo de Engajamento Público:

Ações: Orientar os usuários sobre seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular e Esclarecer aos usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle dos fatores de risco modificáveis (como alimentação, atividade física, etc.).

Detalhamento: Através das palestras, conversas, consultas individuais e visitas domiciliares, trabalharemos com informações, prevenção e promoção de saúde. Todos os profissionais realizarão tais tarefas.

Eixo de Qualificação da Prática Clínica:

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

Detalhamento: A médica será a responsável pela capacitação dos profissionais de saúde.

**Objetivo 6:** Promover saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Metas

6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável aos 100% dos usuários hipertensos.

6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável aos 100% dos usuários diabéticos.

6.3. Garantir orientação adequada em relação à prática regular de atividade física aos 100% dos usuários hipertensos.

6.4. Garantir orientação adequada em relação à prática regular de atividade física aos 100% dos usuários diabéticos.

6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo aos 100% dos usuários hipertensos.

6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo aos 100% dos usuários diabéticos.

6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal aos 100% dos usuários hipertensos.

6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal aos 100% dos usuários diabéticos.

#### Eixo de Monitoramento e Avaliação:

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos, de atividade física, sobre riscos do tabagismo e orientação sobre higiene bucal.

Detalhamento: A médica e a enfermeira serão as responsáveis e encarregadas pelo monitoramento das ações do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na UBS, incluindo as atividades de orientação nutricional aos usuários hipertensos e diabéticos. Também convidaremos o pessoal do NASF para participarem.

#### Eixo de Organização e gestão dos serviços:

Ações: Organizar práticas coletivas de alimentação saudável; demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade; organizar práticas coletivas para orientação de atividade física; Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade; Demandar ao gestor a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do

Ministério de Saúde e Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: Realizaremos uma capacitação a todos os profissionais da equipe pela médica sobre práticas de alimentação saudável e sobre a metodologia de educação em saúde; todos da equipe se envolverão nestas atividades.

Eixo de Engajamento público:

Ações: Orientar pessoas com hipertensão e/ou diabetes e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável e a necessidade de uma dieta específica no tratamento da diabetes; Orientar pessoas com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento destas doenças; Orientar pessoas com hipertensão e/ou diabetes que são tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo e Orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes e seus familiares sobre a importância de higiene bucal.

Detalhamento: realizaremos orientações tanto para os indivíduos quanto suas famílias em diferentes espaços, como durante as consultas individuais, visitas domiciliares e atividades coletivas. Assim, acreditamos que os usuários se sentirão mais satisfeitos e participarão mais ativamente do processo saúde-doença

Eixo de Qualificação da Prática Clínica:

Ações: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a prática de atividade física regular e sobre metodologias de educação em saúde; bem como o tratamento de usuários tabagistas e sobre metodologias de educação em saúde e orientações de higiene bucal.

Detalhamento: Realizara-se uma capacitação a todos os profissionais da equipe pela médica sobre os assuntos citados acima.

### 2.3.2 Indicadores

#### **Objetivo 1: Ampliar a cobertura de usuários hipertensos e/ou diabéticos na UBS.**

Meta 1.1: Cadastrar 70% dos Hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

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

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

Metas 1.2: Cadastrar 50% dos Diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

Indicador 2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

Indicador 2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 2.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

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

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Meta 3.2: Buscar 100% dos Diabéticos faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

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

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

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

#### **Objetivo 4: Melhorar o registro das informações dos usuários hipertensos ou diabéticos na UBS.**

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento e prontuário aos 100% dos Hipertensos cadastrados na UBS.

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

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

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

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento e prontuários aos 100% dos Diabéticos cadastrados na UBS.

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **2.3.3 Logística**

Para realizar a intervenção na ação programática de atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes *mellitus*, a equipe vai adotar como Protocolo os Cadernos nº 36 e 37 do Departamento de Atenção Básica Estratégia para o Cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes *mellitus* e Hipertensão Arterial, publicados em 2013 pelo Ministério da Saúde. Segundo o CAP, para a população de 3259 pessoas, temos uma estimativa de 654 pessoas hipertensas com 20 anos ou mais residentes na área abrangência e 187 pessoas diabéticas aproximadamente. Na UBS estão cadastrados 298 usuários com hipertensão (46% da cobertura) e 59 diabéticos (32%). Quando se avaliam os números do Vigitel, eles parecem mais próximos da nossa realidade, já que são aproximadamente 496 hipertensos e 122 usuários com DM.

Os instrumentos utilizados pela equipe serão: 400 prontuários individuais, 400 Ficha espelho (individual) disponibilizada pelo curso (Anexo A), 100 Cartões de Hipertensão e Diabetes e um Livro de Registro e 400 Fichas de Atendimentos em Saúde Bucal. Os números disponibilizados são um aproximado da quantidade de usuários a serem atendidos durante as 12 semanas da intervenção. Durante o atendimento médico individual diário, geralmente os dias de terça feira nos dois turnos de atendimentos o qual é nosso dia (usuários com HAS e/ou DM); haverá preenchimento dos dados pessoais e de todas as informações: exames complementares, classificação do risco cardiovascular, programação de consultas, entre outras informações de importância para a intervenção. Para o acompanhamento semanal da intervenção será preenchida a Planilha de Coleta de Dados (Anexo B) com as informações coletadas nas fichas espelho. O preenchimento será realizado pela médica. Todo o trabalho da Universidade Federal de Pelotas está registrado no Comitê de Ética da Instituição (Anexo C).

A análise situacional e a definição de um foco para intervenção já foram discutidos com a equipe da UBS assim começaremos a intervenção com a capacitação, na primeira reunião da equipe na UBS, de todos, sobre o Protocolo do Manejo da Hipertensão arterial e Diabetes *mellitus* na atenção básica do Ministério de Saúde (2013). Para que toda equipe utilize esta referência na atenção aos usuários com hipertensão e diabetes, de igual forma será feita a capacitação com os ACS e toda a equipe. A responsável vai ser a médica da equipe.

A capacitação sobre os cuidados de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes *mellitus* será realizada a toda a equipe de saúde, que será realizada no mesmo dia que a reunião da equipe. Os materiais a serem utilizados para a capacitação dos profissionais da equipe são os Cadernos de Atenção Básica números 36 e 37; Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica respectivamente o Manual de Operação de HiperDia Versão 1.5 M 02 e a Caderneta do usuário. As capacitações terão lugar na nossa UBS do CAIC. O dia 12/10/2015 09h00min Capacitação dos profissionais de equipe da UBS sobre o protocolo de HAS e DM. As 11h00min Capacitação dos ACS para realização de busca ativa dos usuários faltosos. O dia 19/10/2015 as 8h00min Capacitação dos profissionais de equipe da UBS sobre o protocolo de HAS e DM na nossa segunda semana de intervenção.

Ao final da reunião entregaremos a cada membro o protocolo impresso para que possam estudar seu conteúdo, o responsável por esta atividade será a médica com a colaboração da enfermeira.

Todos os atendimentos realizados serão registrados nos prontuários clínicos individuais, registro individual, coletivos e fichas gerais. Existem arquivos específicos para os registros dos atendimentos, a enfermeira e os ACS possuem um livro para seu controle. Semanalmente a enfermeira examinará as planilhas identificando aquelas que estão com consultas, exames clínicos ou exames laboratoriais em atraso. Os ACS farão busca ativa de todos os usuários em atraso, assim como, vão ser responsáveis por captar novos usuários com HAS e/ou DM e esclarecer a importância do monitoramento regular. A partir da identificação dos usuários com consultas em atraso, estes terão sua próxima consulta médica agendada. Para atualização dos dados de mapeamento da população de Hipertensos e Diabéticos também utilizaremos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Todos os usuários com HAS e DM que vierem até a UBS sairão com a próxima consulta agendada. Os usuários com problemas agudos serão atendidos no mesmo turno pela médica, para evitar possíveis complicações no decorrer destas doenças. Os usuários de alto risco cardiovascular ou outras complicações vão ter prioridade no agendamento das consultas.

Com a ideia de captar novos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes *mellitus* vai ser solicitado o apoio da gestão do município e da comunidade. Faremos contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade na área de abrangência e apresentaremos o projeto de intervenção esclarecendo a importância da realização do mesmo. Serão oferecidas palestras educativas nas escolas e na igreja para que todos possam receber as informações com relação à importância de modificar os hábitos de vida para diminuir a quantidade de usuários com fatores de risco modificáveis.

Para monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo e estabelecer os faltosos à consulta, serão revisados os registros. Será analisado o livro de registro de atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos, com o objetivo que todos os usuários cadastrados tenham sua ficha de acompanhamento revisada.

No monitoramento de estratificação do risco cardiovascular em diabéticos e hipertensos, será revisado pela médica nos dias indicados para o atendimento de

hipertenso e diabético no prontuário individual segundo protocolo que deve ser realizado ao menos uma vez ao ano a todos os usuários e os que não tenham sido feita essa avaliação, será feita durante a consulta médica.

A médica e a enfermeira examinarão as fichas espelho, ficha e planilha de monitoramento para acompanhamento das metas e indicadores da Intervenção mensalmente. Os dados coletados serão colocados em uma planilha do Excel para análise. O Monitoramento dos dados será realizado semanalmente e discutido com a equipe os resultados mensalmente.

Das atividades educativas, realizaremos palestras e encontros e buscaremos envolver todos os profissionais. Uso de cartazes, diapositivos facilitarão a conversa horizontal. As responsáveis das atividades serão a enfermeira e a médica da equipe. Temos atividades a serem desenvolvidas durante as 12 semanas da intervenção. Nas atividades com grupos de hipertensos e diabéticos serão utilizados alguns dos materiais que foram utilizados para a capacitação dos profissionais da equipe; os Cadernos de Atenção Básica números 36 e 37; Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica respectivamente e a Caderneta do usuário, mas com uma linguagem que possibilite o entendimento dos participantes. E tentando seja com a participação ativa dos usuários, familiares e a comunidade.







### **3 Relatório da Intervenção**

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

A equipe fez o cronograma do projeto de intervenção onde foram planejadas várias atividades para os profissionais da equipe, assim como para a equipe e usuários hipertensos e/ou diabéticos e a comunidade geral com a finalidade de melhorar a qualidade da atenção dos usuários incluídos na intervenção.

As atividades da intervenção foram iniciadas com uma reunião com todos os profissionais da equipe para a organização das ações a serem desenvolvidas por cada um de nós (Figura 1). As ações desenvolvidas pela equipe incluíram capacitações para o cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos, sobre o conhecimento dos protocolos da UBS, o acolhimento desses usuários e estabelecer o papel de cada profissional envolvido na intervenção, a organização dos registros que foram utilizados durante a intervenção, assim como também aos ACS com a busca ativa. A primeira capacitação foi realizada logo da reunião e realizamos um total de três capacitações para os profissionais da equipe durante a intervenção.



Figura 1 – Primeira reunião da Equipe de Saúde  
Fonte: Arquivo próprio

Realizaram-se quatro atividades com grupos de hipertensos e diabéticos (Figura 2 e 3). Todas aconteceram com entusiasmo, os participantes interagiram bastante, ou seja, houve vínculo entre os usuários e os profissionais de saúde. Nestes encontros, eles expuseram suas preocupações, dúvidas e definimos pautas a seguir para cumprir com êxito nossos objetivos em cada uma das atividades. Além disso, realizamos atividade com a comunidade. Essa atividade, inicialmente, foi planejada para ser realizada num local amplo, mas não foi possível assim que também foi realizada na nossa UBS. Contamos com o apoio e com a participação direta da comunidade que acolheu com muito entusiasmo a intervenção e se envolveu em cada uma das atividades e nas ações em saúde pudemos realizar o mesmo.



Figura 2 e 3 – Encontro com os usuários  
Fonte: Arquivo próprio

As fichas dos usuários hipertensos e/ou diabéticos logo de ser identificados já no momento da escuta inicial eram preenchidas junto com a ficha espelho com os dados antropométricos, aferição de Pressão arterial e hemoglicoteste, procedimentos estes realizados pelas técnicas de enfermagem. Após esse atendimento, as fichas eram encaminhadas à médica para continuidade do atendimento. O atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos foi realizado também nas visitas domiciliares, (Figura 4) nos caso de usuários com limitações para se transportar até a UBS e domiciliados/acamados. As vistas foram realizadas em 10 das semanas da intervenção e só 2 delas que coincidiram com dias feriados.



Figura 4 – Visitas domiciliares  
Fonte: Arquivo próprio

Na prescrição de medicamentos foram prioridade os medicamentos oferecidos na Farmácia Popular/HIPERDIA. A avaliação da necessidade de atendimento odontológico foi realizada pela médica da UBS - estratégia utilizada pela equipe, pois o atendimento odontológico apesar da UBS contar com um consultório não funciona todos os dias e a demanda é muito alta para a capacidade de atendimento. Todos os usuários hipertensos e ou diabéticos atendidos durante a intervenção foram avaliados clinicamente em dia, receberam orientação nutricional relacionada a hábitos alimentares saudáveis, da prática de atividades físicas, orientação sobre os riscos de tabagismos e higiene bucal. Em todas as consultas foi realizado o exame clínico dos pacientes atendidos com estratificação de risco cardiovascular. Quando foi necessário, os usuários foram encaminhados para outros profissionais do NASF ou de outra especialidade médica de maior complexidade.

A principal dificuldade foi termos a participação das lideranças comunitárias em atividades e não tivemos apoio igualmente para a promoção de atividades. Mesmo sem o apoio delas, as atividades de educação ocorreram normalmente.

Durante a intervenção participaram 364 usuários deles 348 com Hipertensão Arterial Sistêmica e 88 usuários diabéticos o qual corresponde ao 70,2% e 72% respectivamente, de cobertura.

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

A maior dificuldade foi em relação à saúde bucal. O atendimento odontológico foi deficiente, apesar de ser avaliada pela médica da equipe a necessidade de atendimento e de tecer as orientações de saúde bucal, os usuários que precisaram de tratamento não conseguiram ser atendidos, pois a demanda é muito alta.

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

O cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos acompanhados na UBS foi realizado todos os dias de atendimento com o preenchimento dos dados corretamente. Os atendimentos clínicos dos usuários hipertensos e diabéticos se realizaram todas as semanas em consulta ou em visitas domiciliárias pela equipe, nos casos de usuários faltosos se realizaram buscas ativas.

A coleta de dados foi o trabalho que com maior facilidade conseguimos desenvolver, as principais dificuldades foram no preenchimento dos dados das planilhas ao iniciar cada mês, mas com a constante ajuda da minha orientadora finalmente foi possível se realizada corretamente, o qual agradeço pela dedicação e a paciência para meu trabalho.

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

Um aspecto muito importante da intervenção foi a valorização e inserção de normativas do Ministério da Saúde, pois muitas ações conforme o protocolo não eram seguidas, e a partir da intervenção, elas estão sendo implementadas na nossa prática diária agora. Muitas das atividades que foram programadas durante os três meses da intervenção já foram inseridas no nosso trabalho diário sem afetar os outros programas que são atendidos na nossa UBS e oferecendo a possibilidade de incorporar essas atividades programáticas depois de concluída a intervenção a nossa rotina de trabalho.

Houve a incorporação das ações previstas na intervenção à rotina do serviço, pois existe um bom cadastramento dos usuários diabéticos e hipertensos, com uma boa avaliação integral deles, demonstrado pela evidente melhora na qualidade da atenção, já que temos conquistado que maiorias dos profissionais participem ativamente na avaliação de cada usuário. Objetivamos uma maior participação dos usuários e a comunidade nas atividades planejadas. Definitivamente realizar esta intervenção ajudou a mudar muitas coisas no trabalho da nossa UBS aumentou o grau de organização da equipe e da qualidade de atendimento para os usuários

hipertensos e diabéticos. O que no início foi só trabalho, trouxe-me para mim um sentimento de gratidão.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

Depois de ter finalizado a intervenção agora é possível apresentar os resultados conseguidos através do trabalho desenvolvido nos três meses da intervenção na UBS do CAIC, no município de José de Freitas, Piauí. A população alvo foi os 364 usuários entre 23 e 94 anos de idade. Deles participaram 348 usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e 88 usuários com Diabetes Mellitus. O trabalho teve como propósito melhorar a atenção e assistência aos usuários adultos portadores de HAS e/ou DM mediante ações desenvolvidas junto com a equipe de saúde.

A seguir, apresentam-se os resultados com avaliação em conjunto quanti-qualitativa de cada um dos indicadores que foram utilizados para mensurar o serviço.

#### Metas e indicadores referentes ao objetivo de ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1 – Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes mellitus da UBS.

Indicador 1– Cobertura de atendimento do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Durante os meses da intervenção, tivemos 173 hipertensos cadastrados no primeiro mês (34,9%), 267 no segundo mês (53,8%), no terceiro mês, alcançamos 348 hipertensos cadastrados (70,2%). Conseguimos atingir a meta proposta de 70%, produto do envolvimento de todos os membros da equipe para que tivéssemos o cadastro e fizéssemos o efetivo acompanhamento dos usuários com HAS e/ou DM. A

média de atendimento semanal de usuários com HAS é de 29. A ação que mais auxiliou na captação precoce foi o cadastramento de toda a área adstrita e o acompanhamento dos usuários hipertensos / diabéticos por parte dos agentes comunitários de saúde e o envolvimento de toda a equipe (Figura 5).

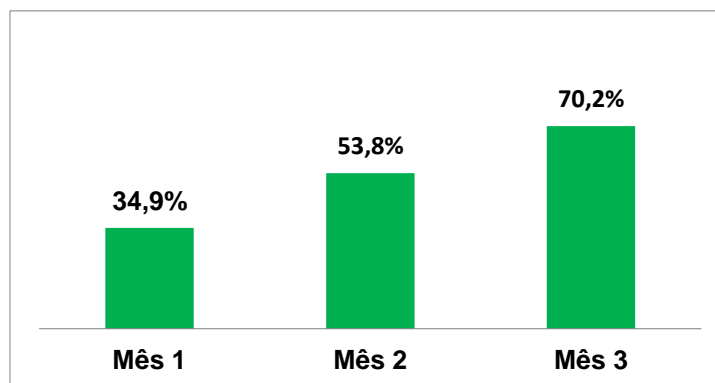


Figura 5: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde  
Fonte: Planilha de Coleta de Dados Final, 2016.

Indicador 1.2 – Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS.

O total de usuários diabéticos, com 20 anos ou mais, residentes na área de abrangência, segundo os dados de VIGITEL, 2011, é de aproximadamente 122 usuários. Ao iniciar a intervenção apenas 59 usuários diabéticos (40,9%) tinham realizado o cadastramento. Durante a intervenção, tivemos 39 no primeiro mês (32,0%), 72 no segundo mês (59,0%), no terceiro mês 88 (72,1%) diabéticos cadastrados e acompanhados (Figura 6). Tivemos êxito no aumento da cobertura, porque houve envolvimento de todos os profissionais da equipe.

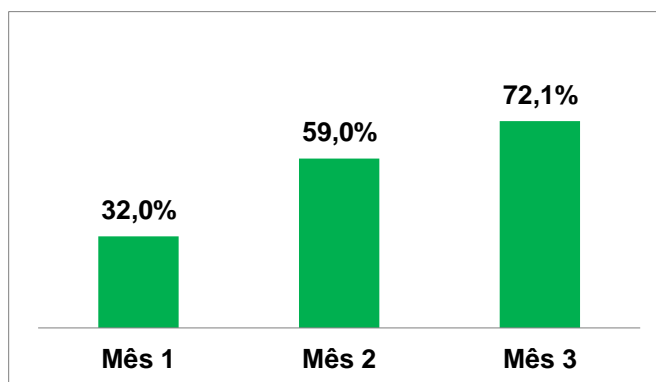


Figura 6: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade.  
Fonte: Planilha de Coleta de Dados Final, 2016

Resultados referentes ao objetivo de melhorar a qualidade do atendimento do hipertenso e/ou diabético ao programa

Meta 2.1 – Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos.

Indicador 2.1 – Proporção de hipertensos e diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

O número de hipertensos com 20 anos ou mais que tiveram o exame clínico em dia no primeiro mês foi de 173 (100%), 267 no segundo mês (100%) e no terceiro mês foram 348 (100%). Para os usuários com Diabetes, também tivemos 100% em todos os meses. Mês 1 = 39, Mês 2 = 72 e Mês 3 = 88.

Os indicadores tanto para hipertensos quanto para diabéticos foram excelentes, consistentes com o seguimento controlado dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes mellitus pela equipe e o grau de consciência que existe neles para cuidado da sua saúde. Nos usuários diabéticos a justificativa de preocupação é da maior proporção ainda, pelo cuidado e atenção da equipe com o pé diabético e possíveis feridas no corpo do usuário.

Meta 2.2 – Garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.21– Proporção de hipertensos / Diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Durante os meses da intervenção, tivemos 169 usuários com HAS no primeiro mês (97,7%), no segundo mês 260 (97,4%) e no terceiro mês 337 (96,8%) (Figura 7). Para os usuários com DM, mês 1 38 (97,4%), mês 2 70 (97,2%) e mês 3 86 (97,7%) (Figura 8). Infelizmente, tivemos casos de usuários que não estava com exame complementar em dia. Isso pode ser explicado por dificuldades, bem como desconhecimento da importância dos exames no controle das duas patologias. Buscamos trabalhar com os usuários e com a equipe para que houvesse reforço da necessidade de realização dos exames complementares. Além disso, contamos com a gestão para que os exames complementares sejam realizados e os resultados não demorem tanto, assim, queremos otimizar os resultados.

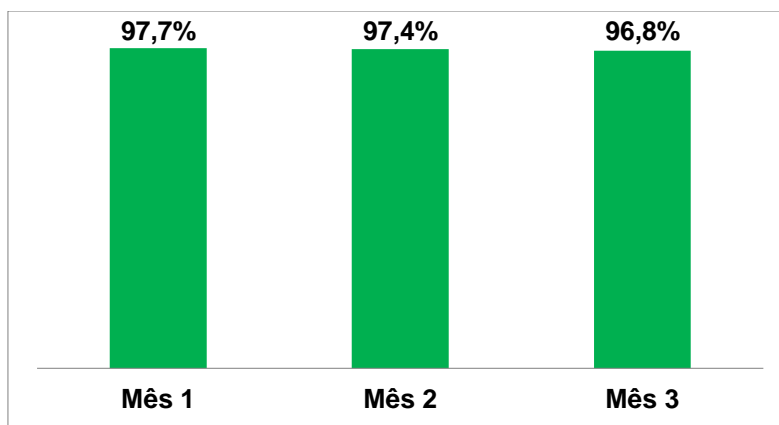


Figura 7 - Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo  
Fonte: Planilha de Coleta de Dados Final, 2016.

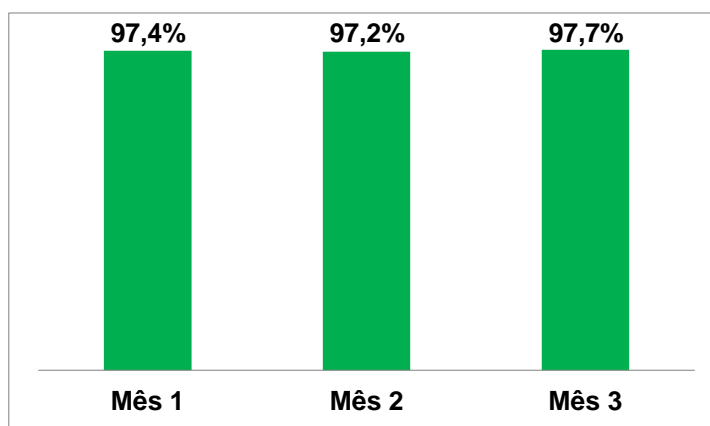


Figura 8 - Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo  
Fonte: Planilha de Coleta de Dados Final, 2016.

Meta 2.3. – Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.31 – Proporção de hipertensos / diabéticos com prescrição de medicamentos da lista do HIPERDIA ou da farmácia popular

Alcançamos a meta para todos os usuários tanto para HAS quanto para DM. Todos os usuários que foram assistidos durante a intervenção e que precisavam de medicação para o controle da hipertensão foram priorizados.



Meta 2.4 – Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos.

Indicador 2.41 – Proporção de hipertensos / diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

O número de hipertensos com 20 anos ou mais que apresentaram avaliação da necessidade de atendimento odontológico foi no primeiro mês, 173 (100%), 267 no segundo mês (100%) e no terceiro mês 348 (100%). Para os usuários com diabetes, no primeiro mês, foram 39 (100%), no segundo mês, foram 72 (100%) e no terceiro mês, foram 88 (100%).

Os indicadores citados acima merecem uma explicação importante. Inicialmente, a meta relativa à necessidade de atendimento odontológica iria ser realizada pela dentista da UBS. Mas, os atendimentos na UBS se realizam dois dias na semana e a demanda é muito alta. Assim que a participação da dentista na intervenção é limitada, foi mais de orientação. A equipe decidiu que a avaliação fora realizada pela médica da UBS durante os atendimentos em consulta ou visitas domiciliares. Sabemos que o profissional mais indicado para tal tarefa é o profissional dentista, porém, por estarmos trabalhando em ESF, há necessidade de se trabalhar em equipe (pensamento e ações holísticos). O exame consistiu na avaliação de necessidade de atendimento odontológico, e qualquer aspecto que sugerisse necessidade era informado ao usuário e encaminhado para o cirurgião-dentista.

#### Resultados referentes ao objetivo de melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Meta 3 – Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1 – Proporção de hipertensos / diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Durante a intervenção, a busca ativa de usuários hipertensos faltosos a consulta no primeiro mês não foi necessário realizá-la porque todos os agendados assistiram a consulta. No segundo mês houve 3 usuários faltosos e realizou-se busca ativa (100%) e no mês 3, 13 usuários faltaram à consulta com realização de busca ativa (100%) (Figura 9). Com os usuários diabéticos só houve 1 usuário faltoso à

consulta no segundo mês e no terceiro mês e foi realizada a busca ativa. A busca foi realizada pelos agentes comunitários de saúde em cada uma de suas áreas. Houve casos que foi preciso ser visitados em mais de uma ocasião, mas o resultado final foi que conseguimos realizar o atendimento pela equipe (Figura 10).

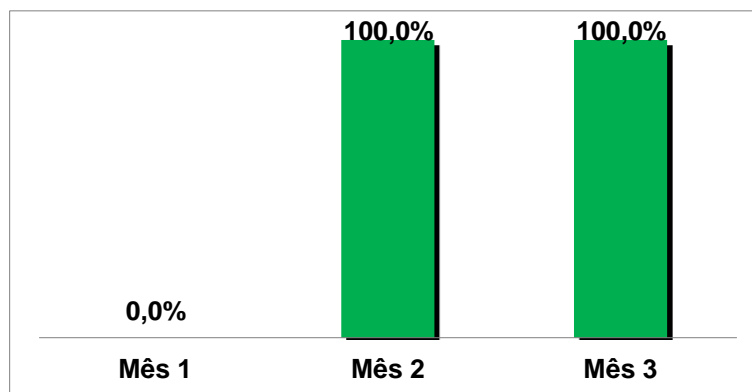


Figura 9 - Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa  
Fonte: Arquivo próprio

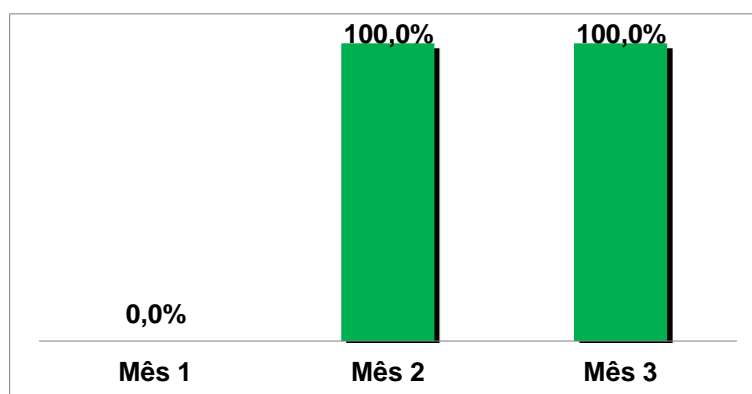


Figura 10 - Proporção de hipertensos / diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa  
Fonte: Arquivo próprio

#### Resultados referentes ao objetivo de melhorar o registro das informações do hipertenso e/ou diabético ao programa

Meta 4 – Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1 – Proporção de hipertensos / diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Todos os usuários participantes da intervenção tiveram o registro de seus dados adequadamente preenchidos. Conseguimos encerrar em cada um dos meses da intervenção o 100%. Esse indicador foi possível conseguir pela organização da

equipe para preencher os dados dos usuários desde que são acolhidos na UBS e monitoramento diário das atividades realizadas durante o dia de atendimento.

Resultados referentes ao objetivo de mapear o risco para doença cardiovascular do hipertenso e/ou diabético ao programa.

Meta 5 – Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1 – Proporção de hipertensos / diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Todos os usuários com HAS e/ou DM foram avaliados quanto à estratificação de risco cardiovascular, de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde (100% em todos os meses). A equipe se empenhou em atender os usuários com a máxima atenção com o objetivo de minimizar possível doença cardiovascular.

Resultados referentes ao objetivo de ampliar a promoção da saúde aos hipertensos e/ou diabéticos do programa.

Meta 6 – Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular, sobre riscos do tabagismo e higiene bucal a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Indicador 6.1– Proporção de hipertensos / diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Indicador 6.1.2- Proporção de hipertensos / diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Indicador 6.1.3- Proporção de hipertensos / diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Indicador 6.1.4- Proporção de hipertensos / diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Todos os indicadores utilizados para mensurar a qualidade do serviço, estes são os que obtiveram os melhores desempenhos tanto para hipertensos quanto para diabéticos. As orientações referentes à alimentação saudável, atividade física regular, os riscos do tabagismo para a saúde e da saúde bucal foram realizadas em todos os momentos possíveis. Foram temas expostos durante as consultas, palestras e outras atividades educativas realizadas com os usuários hipertensos e diabéticos, familiares e a comunidade toda. Em todos os meses da intervenção, todos os indicadores que

mensuram a qualidade dos atendimentos foram de 100%. Apesar de não contarmos com a participação da dentista da UBS, para realizar as palestras, oferecemos aos usuários informações referentes à higiene bucal tanto dos dentes quanto das suas próteses, almejando que as informações relativas à higiene bucal fossem internalizadas, para que a saúde seja completa. Isso foi necessário ser realizado pelos profissionais da equipe do consultório médico, já que a Secretaria de Saúde toma como estratégia tirar as atividades educativas coletivas dos profissionais do consultório odontológico e deixar só os atendimentos. Os 364 usuários hipertensos e diabéticos receberam as orientações relativas à educação, prevenção e promoção da saúde. Os resultados positivos não só foram para os usuários, também para os profissionais da equipe que conseguiram realizar um trabalho em total parceria.

## **4.2 Discussão**

A intervenção na UBS propiciou uma maior cobertura na atenção aos usuários hipertensos e diabéticos da nossa área de abrangência de forma integral, com melhoria na realização de um exame físico completo. Houve uma melhora significativa no atendimento a todos os usuários; conseguimos reorganizar a ação programática fazendo com que os usuários se sentissem mais valorizados e agradecidos. O registro bem como os momentos compartilhados com os colegas e usuários também são importantes e merecem o comentário.

Em relação à importância da intervenção para a equipe - A intervenção exigiu uma capacitação de toda a equipe para seguir os protocolos recomendados pelo Ministério da Saúde para o rastreamento, diagnóstico e seguimento desses usuários pela equipe. As visitas domiciliares não são só de responsabilidade dos agentes comunitários de saúde, e sim de todos os profissionais da UBS aconteceram. A realização da intervenção foi importante para nossa equipe porque envolveu todos os profissionais da unidade para que participassem das atividades, principalmente, as coletivas. A intervenção também permitiu uma superação pessoal e determinação na realização das atividades planejadas - o que significa um melhor atendimento aos usuários da área de abrangência. Com o trabalho reorganizado de forma sistematizada, a equipe também é beneficiada, pois o trabalho se torna mais produtivo e efetivo.

Em relação à importância da intervenção para o serviço - A intervenção permitiu organizar o trabalho de forma mais acertada fazendo com que cada um saiba qual é a sua função dentro e fora da unidade básica de saúde, possibilitando aos usuários a priorização do atendimento. Os registros de atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos ficaram com todos os dados preenchidos e atualizados, favorecendo assim o planejamento de ações em saúde. A agenda reorganizada também contribuiu para que os usuários se sintam mais acolhidos, pois eles têm preferência no atendimento.

Em relação à importância da intervenção para a comunidade – acreditamos que a comunidade está sim satisfeita com a atenção e assistência recebida pelos profissionais da UBS. Tivemos várias atividades educativas que contaram com número importante de participantes. Pensamos que a oferta de orientações para eles também favorece o engajamento público dos mesmos, já que eles se tornam mais participativos no processo saúde-doença.

O que faria diferente caso fosse realizar a intervenção nesse momento – eu incrementaria as atividades de promoção de saúde utilizando métodos para a promoção das atividades a serem realizadas pela equipe como a rádio local. Insistiria ainda mais na participação ativa dos gestores para colaborar com as atividades e realizaria junto a identificação das lideranças comunitárias para trabalhar em parceria com os profissionais da equipe.

Em relação à viabilidade de incorporar a intervenção à rotina do serviço / melhorias devem ser realizadas – muitas das ações já estão incorporadas à rotina da UBS. Para que haja a continuidade da participação da comunidade, precisamos chamar atenção das lideranças comunitárias para que eles apoiem a ida dos usuários à UBS. Assim, estaremos atendendo cada vez mais usuários que necessitam de atenção e assistência.

Quais os próximos passos para melhorar a atenção à saúde no serviço – a partir da próxima reunião de equipe pretendemos discutir sobre a ampliação da cobertura, fazendo uma nova visita àqueles usuários. Também pretendemos implementar o programa de prevenção de câncer, dando prioridade as neoplasias que se podem detectar de forma precoce como é o câncer do colo do útero e mama. Acreditamos que a experiência vivenciada será a mola propulsora para que outras ações também sejam reorganizadas.

## 5 Relatório da intervenção para gestores

Aos Gestores:

Realizamos uma intervenção na Unidade Básica de Saúde do CAIC. Essa intervenção fez parte dos requisitos formativos do Curso de Especialização em Saúde da Família promovido pela Universidade Aberta do SUS em parceria com a Universidade Federal de Pelotas - UFPEL. Isso só foi possível devido ao apoio recebido da equipe, da comunidade e da gestão.

O objetivo principal da intervenção foi melhorar a atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes *mellitus* (DM). As ações foram desenvolvidas nos quatro eixos; a qualificação da prática clínica, a gestão e organização do serviço, o monitoramento e avaliação e o engajamento público. O trabalho foi dirigido para ampliar a cobertura de atendimento e a melhorar da qualidade da atenção aos usuários com HAS e/ou DM na UBS do CAIC. Nossa intervenção ocorreu no período de 12 semanas e a concluímos com muito sucesso.

Nossa equipe tem uma população de 3259 usuários na nossa área de abrangência. Deles 348 são usuários com HAS cadastrados e 88 com DM cadastrados na nossa UBS. O qual representa um 10,7% e 2,7% do total da população residente a nossa área de abrangência. Após finalizar a intervenção, nós alcançamos resultados positivos quanto à cobertura e a qualidade dos atendimentos da população alvo na UBS com a participação de todos os membros da equipe. A cobertura de atenção à saúde das pessoas com HAS foi melhorada e atingimos 70,2%, enquanto que para a atenção à pessoa com DM atingimos 72,1%. Todos os indicadores de qualidade foram alcançados 100% nos três meses da intervenção, o que revela o nosso cuidado e cumprimento em relação ao princípio da integralidade. Por meio da

intervenção as ações de prevenção, promoção, cura e reabilitação chegaram até as comunidades do interior.

As pessoas que participaram da intervenção se encontram satisfeitas com os atendimentos oferecidos pelos profissionais da equipe de saúde. Na UBS foi possível atualizar o cadastro e os registros da população hipertensa e diabética, foram realizadas as atividades segundo o preconizado no protocolo do Ministério da Saúde, foi possível manter uma atualização na maioria dos usuários de seus exames complementares e nos 100% deles no exame clínico, avaliar os tratamentos para essas duas doenças, priorizar os medicamentos disponibilizados na farmácia popular/HIPERDIA e desse modo manter um melhor controle dessas doenças.

Nós recebemos grande apoio por parte da gestão na disponibilização de transporte para as visitas domiciliares aos usuários da nossa área de abrangência. A tríade gestão, usuários e profissionais é fundamental para que outras ações programáticas possam também ser efetivamente melhoradas e que o atendimento qualificado faça parte da rotina de todos e para todos, de acordo com os princípios de Universalidade e Integralidade do Sistema Único de Saúde.

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

À comunidade:

Na nossa UBS do CAIC nós realizamos uma intervenção para melhorar a atenção à saúde de vocês com Hipertensão Arterial Sistêmica (pressão alta) e/ou Diabetes *mellitus*. As atividades desenvolvidas na Unidade de saúde do CAIC tiveram uma duração de 12 semanas.

O primeiro passo foi organizar a agenda de trabalho para o atendimento dia a dia dos usuários hipertensos e diabéticos. Para isso mantivemos um dia de atendimento com prioridade para vocês nos dois turnos de atendimento, o dia de “HIPERDIA”. Além disso, conseguimos organizar a forma de como receber, ouvir e atendê-los na UBS geralmente realizado pelas nossas técnicas de enfermagem. O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foi fundamental para a atualização do cadastro dos usuários com hipertensão e diabetes que moram na nossa comunidade e de conseguir incorporar uma grande porcentagem deles no acompanhamento oferecido pelos profissionais da equipe de saúde do CAIC.

A nossa intervenção ajudou na melhoria da qualidade dos atendimentos, os quais são realizados segundo os parâmetros estabelecidos no protocolo do Ministério de Saúde. Conseguimos o envolvimento de toda a equipe - o que favoreceu positivamente a qualidade e a atualização dos atendimentos.

Conseguimos aumentar a cobertura do Programa, ou seja, foram cadastrados e acompanhados mais usuários. Com o serviço melhorado, a atenção e assistência estão mais qualificadas e vocês se sentem mais valorizados e bem cuidados.

Gostaríamos de continuar contando com a participação de vocês, para que outros grupos populacionais também possam ser melhor cuidados. Vocês são peça fundamental e queremos continuar cuidando bem de vocês e suas famílias.



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

O curso de especialização em saúde da família foi uma experiência maravilhosa para mim e para minha equipe do CAIC no município de José de Freitas/PI. Desde o início, compartilhei todas as orientações, as dúvidas, as experiências e conhecimentos obtidos com o curso. Cada um dos temas abordados e que constituía de interesse na prática de trabalho diário pela nossa equipe foram debatidos nos nossos encontros e/ou reuniões. Posso dizer que nos foram oferecidas várias ferramentas para o trabalho na atenção primária à saúde.

Gostei dos espaços Fóruns e DOE, pois foram espaços para compartilhamento e esclarecimento de dúvidas que surgiam no nosso dia a dia. Os casos clínicos também nos mostraram situações frequentes nas consultas, permitindo assim um maior enriquecimento do conhecimento sobre as doenças e protocolos no Brasil.

O trabalho desenvolvido durante as doze semanas da intervenção teve como objetivo a melhora da atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos maiores de 20 anos na área de abrangência. O primeiro passo foi a seleção do tema de trabalho em conjunto todos os profissionais da equipe de saúde. A princípio, apesar de contar sempre com a ajuda e apoio da minha equipe de trabalho, nem todos estavam comprometidos de igual maneira com o desenvolvimento das ações planejadas durante a intervenção. Inicialmente, o projeto parecia ser muito trabalhoso, mas ao final, posso afirmar que fortaleceu o trabalho em equipe e fortaleceu o vínculo com a comunidade.

Toda a experiência e o conhecimento obtido no curso além de interessante foram muito proveitosos para mim. Devo reconhecer que vai ser inesquecível, pois não tinha experiência no trabalho à distância e hoje sinto-me mais qualificada ainda. Só posso dizer obrigada por permitir-me formar parte deste projeto, para mim foi maravilhoso e inesquecível.

## Referências

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. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

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. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 120p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <[ibge.gov.br](http://ibge.gov.br)>. Acesso em: 15 out. 2014.

## **Anexos**

## Anexo A – Ficha Espelho


**PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS**  
**FICHA ESPELHO**

Data do ingresso no programa \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Número do Prontuário: \_\_\_\_\_ Cartão SUS \_\_\_\_\_

Nome completo: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Necessita de cuidador? ( ) Sim ( ) Não

Nome do cuidador \_\_\_\_\_ Telefones de contato: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Tem HAS? ( ) Sim ( ) Não    Tem DM? ( ) Sim ( ) Não    Tem HAS e DM? ( ) Sim ( ) Não    Está cadastrado no HIPERDIA? ( ) Sim ( ) Não

Há quanto tempo tem: HAS? \_\_\_\_\_ DM? \_\_\_\_\_ HAS e DM? \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ cm    Perímetro Braquial: \_\_\_\_\_ cm

Medicações de uso contínuo						
Data	Apresentação					
	Hidroclorotiazida 25mg					
	Captopril 25mg					
	Propranolol 40 mg					
	Enalapril 10 mg					
	Atenolol 25 mg					
	Metformina 500 mg					
	Metformina 850 mg					
	Glibenclâmida 5mg					
	Insulina NPH					

FLUXOGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS						
Data						
	Glicemia de Jejum					
	HGT					
	Hemoglobina glicosilada					
	Colesterol total					
	HDL					
	LDL					
	Triglicerídeos					
	Creatinina Sérica					
	Potássio sérico					
	Triglicerídeos					
	EQU					
	Infecção urinária					
	Proteinúria					
	Corpos cetônicos					
	Sedimento					
	Microalbuminúria					
	Proteinúria de 24h					
	TSH					
	ECG					
	Hemograma					
	Hematócrito					
	Hemoglobina					
	VCM					

## Anexo B - Planilha de coleta de dados

## Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1

Índice para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista da Hiperdia ou da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade e de atendimento?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim

Dados da UBS

Mês 1

Mês 2

Mês 3

Mês 4

Ind ...

⊕

:

4

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

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

---

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

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

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

Prezada Pesquisadora;

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

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