

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



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou  
Diabetes Mellitus da UBS/ESF Dr. Renato de Gasperi, Envira/AM**

**Mônica Bergaza Arenas**

**Pelotas, 2016**

**Mónica Bergaza Arenas**

**Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou  
Diabetes Mellitus da UBS/ESF Dr. Renato de Gasperi, Envira/AM**

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

Orientador: Catiuscie Cabreira da Silva

Pelotas,2016

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

A681m Arenas, Mônica Bergaza

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da UBS/ESF Dr. Renato de Gasperi, Envira/AM / Mônica Bergaza Arenas; Catiuscie Cabreira da Silva, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

73 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Silva, Catiuscie Cabreira da, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A minha mãe que tem me apoiado incondicionalmente, que ficou do meu lado além da distância, que tem me dado amor sem limites.

Aos meus dois pais que sempre exigiram o melhor de mim.

Ao meu irmão que me ensinou o caminho para vencer qualquer obstáculo.

Ao meu sobrinho, tia te ama demais.

A todos vocês pela sua espera incondicional.

## **Agradecimentos**

Agradeço a todas as pessoas envolvidas na realização deste trabalho.

Aos meus orientadores, Douglas Augusto Schneider Filho e Catiúscie Cabreira da Silva, pela paciência na condução deste processo e por ter me guiado pelo caminho certo.

Aos meus colegas pela ajuda mútua prestada e por poder compartilhar erros e acertos.

Agradeço de modo especial a minha equipe de saúde pela ajuda oferecida durante todo este período, superando as dificuldades que se apresentaram ao longo do caminho.

## Resumo

ARENAS, Mónica Bergaza. **Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da UBS/ESF Dr. Renato de Gasperi, Envira/AM.** 2016. 78f. 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.

Melhorar a atenção da saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus é de extrema relevância, pois contamos com elevado índices destas doenças no Brasil assim como alta taxa de mortalidade por complicações das mesmas. Desta forma, as autoridades sanitárias deste país têm delineado estratégias para melhorar a qualidade de vida dos indivíduos portadores de hipertensão e diabetes mellitus por meio do controle destas doenças e monitoramento adequado destes usuários. Após o análise situacional do serviço na Unidade Básica de Saúde Dr. Renato de Gasperi, Envira/AM, foi identificada a necessidade de realizar a intervenção com foco na ação programática de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Assim, realizou-se uma intervenção no período de Setembro a Dezembro do ano 2015 com o objetivo geral de melhorar a atenção às pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da UBS Dr. Renato de Gasperi. As ferramentas utilizadas na coleta de dados foram: planilha de coleta de dados, fichas-espelho e diário de intervenção, afim de garantir o registro dos dados dos usuários que participaram da intervenção. Foram realizadas ações em quatro eixos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. As ações foram desenvolvidas no ano 2015 onde foram utilizadas estratégias para aumentar a cobertura no número de atendimentos e a qualidade dos atendimentos como: ampliação e divulgação das ações de educação em saúde, aumento e melhoria do número de consultas na semana pelo médico e a enfermeira. Com o desenvolvimento das ações conseguimos atingir a maioria das metas propostas. Logramos alcançar uma cobertura de 83,5% dos usuários hipertensos e 69,2% dos usuários diabéticos, valores que encontram-se acima das metas propostas. Com relação à qualidade da atenção, conseguimos realizar exame clínico apropriado a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados no programa. Todos eles foram também avaliados quanto à necessidade de tratamento odontológico e foram estratificados em relação ao risco para doença cardiovascular. Os registros destes usuários foram atualizados e monitorados regularmente. Foram oferecidas orientações nutricionais, sobre a importância da prática de atividade física regular e os riscos do tabagismo e importância da higiene bucal. A intervenção aperfeiçoou a capacidade criativa, a capacidade de superação de obstáculos da equipe e mostrou os benefícios do trabalho conjunto. Assim conseguimos implementar a ação programática em nosso serviço, tornando-o mais eficiente e sustentável e, finalmente, fortalecemos o vínculo da equipe com a família e a comunidade.

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

## Lista de Figuras

Figura 1	Pirâmide Populacional	21
Figura 2	Gráfico Cobertura do Programa de Atenção á Hipertensão Arterial Sistêmica na unidade de saúde.	46
Figura 3	Gráfico Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na unidade da saúde.	46
Figura 4	Gráfico Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	48
Figura 5	Gráfico Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	49
Figura 6	Gráfico Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.	50
Figura 7	Gráfico Proporção de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.	50
Figura 8	Gráfico Cobertura do Programa de Atenção á Hipertensão Arterial Sistêmica na unidade de saúde.	59
Figura 9	Gráfico Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na unidade da saúde.	59

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

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AM	Amazonas
AVA	Ambiente Virtual de Aprendizagem
CAP	Caderno de Ações Programáticas
DM	Diabetes Mellitus
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
Dr.	Doutor
EAD	
ESB -	Equipe de Saúde Bucal
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV	Vírus de Imunodeficiência Humana
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NIC	Neoplasia Intraepitelial Cervical
PCD	Planilha Coleta de Dados
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TSH	Hormônio Estimulante da Tireoide
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEl	Universidade Federal de Pelotas



## Sumário

Apresentação .....	8
1 Análise Situacional.....	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS.....	9
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	19
2 Análise Estratégica .....	20
2.1 Justificativa .....	20
2.2 Objetivos e metas .....	23
2.2.1 Objetivo geral.....	23
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	23
2.3 Metodologia .....	25
2.3.1 Detalhamento das ações .....	25
2.3.2 Indicadores .....	28
2.3.3 Logística .....	35
2.3.4 Cronograma.....	37
3 Relatório da Intervenção.....	38
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	38
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	40
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	40
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	41
4 Avaliação da intervenção.....	42
4.1 Resultados.....	42
4.2 Discussão .....	51
5 Relatório da intervenção para gestores .....	55
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	58
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	59
Referências .....	60
Apêndices.....	61
Anexos 67	

## **Apresentação**

No mês de Maio do ano 2015 iniciamos o Curso de Especialização em Saúde da Família oferecido aos médicos pertencentes ao Programa Mais Médicos para o Brasil pela Universidade Federal de Pelotas, e que culminou com a entrega do trabalho de conclusão do curso. O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EAD. O trabalho foi composto por uma intervenção realizada na UBS/ESF Dr. Renato de Gasperi do município Envira/AM com o objetivo de melhorar a atenção aos usuários portadores de HAS e/ou DM pertencentes à área da abrangência da unidade. O volume está organizado em sete nexos de trabalho sequenciais. O primeiro trata-se do Análise Situacional desenvolvido no transcurso a unidade 1 do curso. No segundo apresenta a Análise Estratégica da elaboração de um projeto de intervenção confeccionado no decorrer da unidade 2 do curso. O terceiro mostra o Relatório da Intervenção realizado num período de 12 semanas durante a unidade 3 do curso, onde se mostram quais ações foram desenvolvidas e quais não, assim como os fatores que favoreceram ou impediram sua realização. Na quarta seção expor a avaliação dos resultados assim como a discussão da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde; temas tratados na unidade 4 do curso. Na quinta e sexta parte do volumem incluem os relatórios feitos para gestores e para a comunidade respetivamente. No último tópico temos a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no transcorrer do curso e da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos utilizados durante a realização deste trabalho.

## **1 Análise Situacional**

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

Eu trabalho na UBS "Dr. Renato de Gasperi", localizada no município de Envira, estado Amazonas. O município se encontra a 1.200 km de distância da cidade de Manaus, o meio de transporte para chegar é por via fluvial ou aérea.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) está construída a base de tijolos, tem os serviços básicos de água, energia elétrica e esgoto, e possui uma infraestrutura física de médio porte, com seus ambientes devidamente climatizados. A unidade não conta com sala de reuniões, nem local para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), nem laboratório para realizar exames (só temos laboratório para exames de malária), assim como não conta com equipamento para exames de imagens. Há local destinado para sala de nebulização, injeções e curativos, mas todos esses procedimentos são realizados no mesmo ambiente. O consultório onde eu realizo as minhas atividades é reduzido, mas a sala de espera do Posto de Saúde tem capacidade suficiente para acolher ao público que procura atendimento. Não temos dificuldade para realizar agendamento e acompanhamento dos pacientes atendidos no posto. Além das deficiências que apresenta a UBS, tentamos cumprir com os atendimentos de acordo com a estrutura disponível. A estrutura física da UBS foi desenhada para atender o programa de saúde da família, com uma estrutura adequada para a realidade do município, mas falta mais espaço físico-estrutural e equipamentos básicos, para que possamos realizar um atendimento de qualidade e cumprir com os objetivos da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Na UBS temos três Equipes de Saúde da Família, as quais atendem a população urbana do município (4645 moradores). A minha equipe está formada por um enfermeiro, oito agentes comunitários de saúde e por uma médica, que sou eu. Atendemos a área urbana do município e contamos com uma população de 2.028

habitantes. O atendimento é realizado na UBS e nos domicílios, abarcando todas as faixas etárias e o acompanhamento pré-natal. O consultório tem uma estrutura boa para realizar as consultas: têm mesa para realizarmos exames ginecológicos, foco de luz para fazermos os exames e instrumental para fazermos a tomada das medidas antropométricas de crianças e adultos. A nossa equipe de saúde tem uma boa relação com a comunidade atendida. A Unidade também conta com um profissional na área odontológica.

Todas as dificuldades mencionadas anteriormente afetam o processo de nosso trabalho; o objetivo é replantar novas estratégias na logística que permitam reverter esses fatores negativos do município, permitindo uma melhor relação com a comunidade e melhorar a qualidade de vida e atendimento, onde a própria comunidade intervenha nas soluções de seus problemas na área da saúde.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

O município

O município de Envira está localizado no interior do estado Amazonas, na mesorregião do Sudoeste amazonense. Conta com uma área de 13 630 Km<sup>2</sup>, e deve seu nome ao rio Envira, já que a cidade encontra-se localizada à margem direita do rio. Sua população estimada em 2014 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) era de 18 422 habitantes, sendo então o 44<sup>o</sup> mais populoso do estado e o quarto de sua microrregião (1). Essa população inclui, além da área urbana do município, moradores das zonas rurais, de difícil acesso. Quanto aos aspectos físicos, Envira é caracterizada por um relevo constituído por terras de várzeas e terras firmes. As várzeas, com suas terras mais baixas, alagam durante as enchentes do rio. As terras firmes ocupam a maior parte do relevo e apresentam terrenos com oscilações. O município é banhado pelo rio Tarauacá, afluente da margem direita do rio Juruá, constituindo esta via fluvial uma via natural de transporte, comunicando a sede do município com as suas localidades, o vizinho estado do Acre, os municípios de Tarauacá e Eirunepé, e a capital do estado (Manaus). Envira é um município pobre do ponto de vista econômico, sendo as principais fontes de trabalho a agricultura e a pesca. Hoje, grande parte das famílias da cidade vivem às expensas da renda advinda do Programa Bolsa-Família, do Governo Federal. O nível educacional da população do município é, de maneira geral, baixo, existindo muitas pessoas que não sabem ler nem escrever. As doenças que mais se destacam são anemia, verminoses,

dermatites, doenças alérgicas relacionadas com as constantes mudanças de clima, malária e DPOC decorrente de tabagismo, tanto nos homens como nas mulheres. Temos também altos índices de doenças ginecológicas infecciosas, assim como de doenças diarreicas agudas e hepatites (principalmente na época da cheia do rio).

#### A rede de saúde

A cidade conta com três UBS, todas localizadas na zona urbana do município, sendo que uma delas ocupa um prédio totalmente remodelado para esse fim, e as duas restantes foram construídas especialmente para essa finalidade. A Atenção Básica em Saúde está estruturada no município com o modelo de atenção da ESF, com um total de oito Equipes de Saúde, seis delas responsáveis pela população de zona urbana e duas pela população da zona rural. Para apoiar essas equipes, o município conta com um Núcleo de Apoio à Estratégia de Saúde da Família (NASF), composto por um psicólogo, uma nutricionista e um educador físico.

O município possui também um Hospital Municipal, inaugurado recentemente, com uma ótima estrutura para o atendimento, mas com sérios problemas quanto aos recursos humanos, mais especificamente quanto aos médicos, já que só dispõe de um profissional para realizar todos os atendimentos necessários. Assim, a disponibilidade da atenção especializada é muito restrita, com oferta de atendimento em Ortopedia cinco dias por mês, e oferta de atendimento em especialidades como Cirurgia, Pediatria, Cardiologia e Gineco-obstetricia através de mutirões.

Um problema importante em nosso município se refere à estrutura disponível para exames complementares. Apesar de contar com dois laboratórios pertencentes ao Sistema Único de Saúde (SUS), um localizado no Hospital e outro situado numa UBS, a instabilidade no funcionamento regular do serviço e a carência de diversos reativos fazem com que eles sejam insuficientes para garantirem os exames necessários para a população. O agendamento de pacientes para a realização dos exames é demorado, sendo muito difícil a realização até mesmo de exames de urgência (hemograma, plaquetas, exame sumário de urina, leucograma, glicemia), de vital importância no diagnóstico de doenças que podem pôr em risco a vida do paciente, tais como apendicite, dengue e outras. Temos problemas também com a realização de pesquisas de HIV, hepatites B e C e dos exames necessários para o acompanhamento dos pacientes que apresentam estas doenças. Apesar de termos aparelhos para a realização de raio-X, de ultrassonografia e mamografia, não temos os funcionários necessários para operá-los plenamente, o que restringe a

disponibilidade dos exames de imagem e dificulta o diagnóstico preciso e/ou precoce de algumas doenças.

#### A UBS Dr. Renato de Gasperi - Estrutura física e de equipamentos

Eu presto serviço na UBS Dr. Renato de Gasperi, localizada na zona urbana do município, construída há oito anos, para essa finalidade. O prédio é de alvenaria, e conta com os serviços básicos de água, energia elétrica e esgoto. A Unidade possui boa área física, contando com três consultórios médicos e um consultório odontológico, sala de vacina, sala de triagem, sala de esterilização, tem laboratório para coleta de exames de malária, sala de recepção com capacidade para 30 pessoas aproximadamente, cozinha, banheiros para os usuários e para os pacientes e acompanhantes e sala de gerência. No entanto, faltam na Unidade alguns ambientes importantes, tais como: sala de reuniões e sala para os ACS. Procedimentos como nebulizações, injeções e curativos são feitos no mesmo ambiente, por falta de salas específicas para sua realização. No que se refere a barreiras arquitetônicas, uma das principais dificuldades em nossa Unidade está relacionada com a ausência de banheiros adaptados para pessoas com deficiências. Não temos cadeiras de rodas para as pessoas que delas necessitam, as portas dos banheiros existentes são muito pequenas e não possibilitam a entrada de cadeiras de rodas, não há corrimãos para o apoio dos pacientes idosos e para outros com dificuldades para caminhar. Os ambientes são climatizados, com janelas de vidro, os pisos e paredes apresentam superfícies lisas e laváveis. Esta UBS foi desenhada para atender aos requisitos da ESF, com uma estrutura compatível com a realidade do município, mas faltam mais espaço físico-estrutural e equipamentos básicos para que possamos oferecer à população um atendimento de qualidade.

Embora nossa UBS só tenha cerca de 65% da sua população cadastrada no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), cada equipe tem mais de 90% da população da sua área de abrangência cadastrada. Temos, em nosso município, muitas dificuldades com o acesso a Internet, o que dificulta a transmissão dos dados ao Sistema. Cada UBS é responsável por um número de famílias dentro dos números estabelecidos pelo Ministério, na verdade próximo do limite por ele estabelecido. Contamos com uma população de 4645 habitantes, sendo uma população bastante jovem, com predominância do sexo feminino.

#### Recursos humanos e atribuições

A UBS Dr. Renato de Gasperi conta com três Equipes de Saúde da Família, que atendem parte da população urbana do município. Cada equipe conta com um Médico Generalista, um Enfermeiro, um Técnico de Enfermagem e oito Agentes Comunitários de Saúde. Temos apenas uma Equipe de Saúde Bucal (ESB Modalidade I) atuando na Unidade, com um Odontólogo e um Técnico de Saúde Bucal.

Nossas equipes, assim como as demais equipes da cidade, não seguem as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica, em função de muitos fatores, entre os quais se destacam as dificuldades estruturais das unidades, a carência de profissionais e a insuficiência de materiais e medicamentos. Apesar de todos esses problemas, as equipes tem uma boa relação com as comunidades atendidas, e buscam cumprir as atribuições correspondentes a cada um dos seus componentes. Além do atendimento feito na UBS, são realizadas visitas domiciliares, com o objetivo de acompanhar aos pacientes atendidos na unidade. Também realizamos o acompanhamento de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis, oferecendo consultas médicas e de enfermagem, procedimentos de enfermagem (medida de Pressão Arterial, realização de curativos, aplicação de medicamentos injetáveis), orientações de educação e cuidados com a saúde. Fazemos ainda visitas às escolas situadas na área de abrangência da equipe, nas quais realizamos atividades educativas com temas de interesse, de acordo com as idades dos participantes.

Como não contamos com uma adequada disponibilidade de atenção especializada em nosso município, os encaminhamentos são realizados para Manaus, capital do estado, ou para Rio Branco, capital do estado Acre.

#### Atenção à demanda espontânea

O atendimento à demanda espontânea é um grande desafio para os profissionais que trabalham nas UBS da nossa cidade. A atenção programada nos permite planejar o nosso trabalho com antecedência, o que não acontece com a demanda espontânea, que surge sem previsão, e exige que as UBS se organizem para tentar atendê-la com resolutividade. Em nossa Unidade, a demanda espontânea que requer atendimento médico imediato/prioritário, identificada através de classificação de risco, é resolvida no mesmo dia, enquanto os demais pacientes são orientados para retornarem no outro período ou no dia seguinte. Da mesma maneira acontece com o atendimento de enfermagem, cujos profissionais buscam dar solução às diferentes problemáticas apresentadas pelos usuários, tendo que encaminhar para

outro nível aquele paciente que, por falta de materiais adequados ao seu atendimento (medicamentos, material para curativo...) não pode ser atendido na UBS. Esse problema é ainda maior na área odontológica, pois nossa UBS conta só com seis kits de material odontológico, podendo atender apenas seis pacientes por período (manhã e tarde), orientando os demais a retornarem no dia seguinte.

#### Ações programáticas

Não temos dias específicos para cada programa, nem contamos com um registro específico que permita realizar monitoramento regular do seu cumprimento, aspectos que estamos tentando organizar para garantir o desenvolvimento de todos os programas estabelecidos pelo Ministério, oferecendo atenção de qualidade para todos os pacientes.

#### Atenção à saúde da criança

Em nosso planejamento, previmos a realização das consultas de puericultura um dia por semana, nos dois períodos, avaliando o crescimento e o desenvolvimento das crianças. Neste sentido, estamos enfrentando dificuldades, uma vez que, apesar de dispormos de todas as condições necessárias quanto aos profissionais e instrumentos, temos dificuldades quanto ao comparecimento das crianças às consultas. Entendo que isso se deve à pouca conscientização dos pais quanto à importância da consulta nas datas previstas, para que se faça uma avaliação integral das crianças, com o diagnóstico e tratamento precoce de problemas clínicos em geral, o monitoramento do crescimento e do desenvolvimento psicomotor e o controle da vacinação, e para que sejam prestadas as orientações aos pais sobre a importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade, da promoção de hábitos alimentares saudáveis e sobre a prevenção de acidentes. Na área adstrita da minha equipe, todas as crianças de 0 meses a 3 anos são acompanhadas, mas não com a frequência e regularidade requeridas.

#### Atenção ao pré-natal e puerpério

No que se refere ao acompanhamento pré-natal, as grávidas são atendidas pelo enfermeiro e pelo médico, de forma alternada. Realizamos a captação antes das doze semanas, valendo-nos do ótimo trabalho dos agentes comunitários, que são os encarregados de realizar uma pesquisa contínua em cada uma das áreas. As consultas são feitas de acordo com o calendário do Ministério da Saúde, com a solicitação dos exames de laboratório da primeira consulta, vacina antitetânica e hepatite B conforme protocolo, com prescrição de suplementação de sulfato ferroso



desde o início do pré-natal, assim como com orientação para aleitamento exclusivo. As dificuldades mais sentidas no atendimento a este grupo são a impossibilidade de realizar estudos ultrassonográficos pelo SUS em nenhum trimestre da gravidez, assim como de alguns exames de rotina identificados como necessário nas consultas ou para o diagnóstico preciso de diferentes doenças, tais como os exames de toxoplasmose e urocultura. Apesar dessas dificuldades, nos esforçamos por fazer um adequado seguimento das gestantes, identificando fatores de risco assim como doenças relacionadas ou não com a gravidez, prevenindo possíveis complicações e possibilitando que a gestante chegue bem ao momento do parto. No que se refere ao acompanhamento do puerpério, o número de puérperas com consulta de puerpério realizada corresponde ao número de partos estimados da nossa área adstrita, cumprindo com eficiência com todos os indicadores que avaliam a qualidade da atenção ao Puerpério. Realizamos as consultas dentro dos quarenta e dois dias de puerpério, fazemos o seguimento da retração do útero e o exame das mamas em cada consulta ou visita, assim como prestamos orientações em relação ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses, aos cuidados com o recém-nascido e ao planejamento familiar.

#### Prevenção do Câncer de colo e de mama

Apesar de contarmos com o espaço necessário, o pessoal capacitado e o material requerido, assim como de realizar ações de educação da mulher para a realização periódica do exame preventivo do câncer do colo uterino, a atual cobertura do controle do câncer de colo de útero no nosso município é baixa, distante da nossa meta de garantir que toda a população feminina na faixa etária correspondente realize o exame preventivo. Nossa Unidade realiza a coleta de citopatológico uma vez por semana, nos dois períodos de atendimento. O procedimento é feito pelo enfermeiro e a amostra é enviada para Manaus, onde é analisada. O resultado do exame demora entre dois a três meses, sendo este um dos fatores que afetam negativamente o cumprimento do programa, conjuntamente com a falta de percepção de risco representado pelo Câncer de colo por uma grande parte da população feminina, o que mostra um baixo nível de conscientização quanto à importância do exame. Com a chegada dos resultados, todos os casos são avaliados pelo médico, indicando o tratamento necessário. Nos casos de NIC, é indicado o encaminhamento para o ginecologista, assim como a realização de uma consulta e um novo exame preventivo a cada 6 meses, o que não temos conseguido garantir para todas as mulheres naquela

condição. Quanto ao câncer de mama, apesar de contarmos com o mamógrafo instalado no Hospital Municipal, o serviço não conta com profissional para operar o equipamento. Assim, não podemos garantir a realização do exame às mulheres pertencentes à faixa etária ou com fatores de risco ou com alterações sugestivas da doença. Com essa limitação, direcionamos nosso trabalho à prestação de orientações sobre a prevenção da doença e seus fatores de risco e à conscientização quanto à necessidade de que toda mulher faça o autoexame de mama, assim como à realização do exame das mamas nas consultas médicas. Também realizamos a busca ativa de casos na comunidade, assim como desenvolvemos ações específicas com grupos de risco, visando o diagnóstico precoce e a possibilidade de tratamento adequado e oportuno, na expectativa de contribuir para a diminuição da morbimortalidade por esta doença.

#### Atenção aos portadores de HAS e DM

Fazendo uma reflexão profunda sobre o tamanho da população-alvo do projeto de intervenção é possível apreciar que existem diferenças numéricas consideráveis se avaliamos as estimativas geradas pelo Caderno de Ações Programáticas e a realidade da nossa UBS. Avaliando os dados estimados temos no Caderno de Ações Programáticas partindo do total de população pertence à UBS (4645) o número de pessoas com 20 anos ou mais deve ser de 2618 (56% da população total), sendo o número de pessoas com HAS e DM estimado de 825 e 236 respectivamente. Vamos refletir agora da realidade do município. Contamos com um total de 15957 pessoas, tendo como referência o último censo realizado no ano 2010. Deste total o número correspondente a pessoas de 20 anos ou mais é de 7630 (47.8% da população) pelo fato de que o nosso município é formado por uma população jovem.

Analisando os dados reais da nossa UBS temos que: o total da população pertence à área adstrita é de 4645, sendo delas 2220 pessoas com 20 anos ou mais aproximadamente, levando em consideração para realizar os cálculos os dados gerais do município.

Se continuamos os cálculos baseados no dado de que do total de pessoas com 20 anos ou mais o 22.7% deve padecer HAS e o 5.6% de DM, este número seria 488 e 124 usuários respectivamente. Mas do total de pacientes pertencentes à UBS temos identificados 267 pacientes portadores de HAS e 39 com DM. Vemos que a diferença nos dados estimados e os reais é muito grande. Mas temos plena confiança

no trabalho das nossas equipes na identificação e cadastro dos usuários portadores destas doenças.

Com relação ao atendimento aos portadores de doenças crônicas não transmissíveis (HAS e DM), o atendimento é feito todos os dias da semana e nos dois turnos, buscando resolver os problemas apresentados por esses usuários, sejam os próprios das doenças ou os agudos delas decorrentes. Tendo em conta o total de pacientes identificados com as doenças em relação com o número estimado no Caderno de Ações Programáticas fornecido pelo curso, as coberturas da atenção às pessoas com HAS e DM não são boas - no caso da HAS é de cerca de 30%, e, no caso da DM, é de cerca de 10%. Quanto à qualidade da atenção oferecida para os usuários sob nossos cuidados, temos garantido a eles cuidados adequados no que depende apenas do nosso desempenho (realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, orientação sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável, exame físico e medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses e palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso em igual período de tempo). Os demais indicadores, no entanto, revelam porcentagens baixas, contando só com 21% (HTA) e 45% (DM) de pacientes com exames periódicos em dia, em função das dificuldades já relatadas quanto a disponibilidade de exames complementares. Para melhorarmos os indicadores de qualidade na atenção dos pacientes com Hipertensão e Diabetes, é necessário que realizemos o diagnóstico precoce destas doenças, trabalhemos na percepção de risco e ofereçamos o tratamento individualizado para cada usuário, buscando evitar a aparição de complicações ou sequelas. Precisamos também continuar com a busca ativa de pacientes nas comunidades, mediante as visitas domiciliares, e ampliar o trabalho com os grupos de diabéticos e hipertensos, buscando modificar modos e estilos de vida, para garantir uma melhor qualidade de vida destes pacientes.

#### Atenção à saúde da pessoa idosa

O atendimento das pessoas idosas na UBS Dr. Renato de Gasperi é realizado todos os dias da semana, nos dois períodos de atendimento, como demanda espontânea. Apesar de não estar cumprindo o Programa da Pessoa Idosa, buscamos garantir um adequado seguimento desses usuários, tanto nas consultas na UBS assim quanto nas visitas domiciliares. Para melhorar a qualidade do atendimento a esses usuários, precisamos começar a cumprir aquele programa, seguindo as normas nele estabelecidas, começando pelo treinamento e capacitação do pessoal encarregado

do atendimento e do acompanhamento dos idosos. Precisamos também conscientizar os familiares e cuidadores dos idosos sobre a necessidade de comparecimento às consultas programadas, assim como trabalhar na sua educação e capacitação, buscando garantir uma melhor qualidade de vida e o diagnóstico precoce das principais doenças e agravos à saúde que acometem esse grupo etário.

#### Considerações finais

Todas as equipes realizam atividades educativas, nas quais abordamos temas referentes às doenças mais comuns, assim como à promoção da saúde. Nessa área, enfatizamos a importância da atividade física, os riscos do tabagismo e do etilismo e a importância das consultas de controle para todos os programas de saúde. Fazemos visitas domiciliares semanais, onde também enfatizamos a educação em saúde, insistindo na eliminação de fatores de risco, no cumprimento dos tratamentos, sejam farmacológicos ou não farmacológicos, na importância de fazer o exame preventivo e o autoexame de mama em toda a população feminina. No que se relaciona com o atendimento no posto, buscamos o aumento dos controles programados e, por conseguinte, a diminuição da demanda espontânea.

A UBS tem que trabalhar muito, começando por aumentar o número de reuniões entre as equipes de saúde, conhecer opiniões, programação de trabalho, estilo de trabalho de todas as equipes, ideias para melhorar a situação de saúde do município e saber como estão os indicadores. É necessário buscar uma integração entre as ações de vigilância em saúde e as dos trabalhadores sociais. Promover ações de saúde utilizando a rádio, divulgando desenhos e cartazes sobre ações de promoção da saúde, tais como a importância de ferver a água e de cumprir o calendário de imunizações e outras medidas de prevenção e promoção, são tarefas que temos que incluir em nosso cotidiano de trabalho.

Os indicadores do Caderno De Ações Programáticas não se encontram nos parâmetros desejados, mas é importante assinalar que temos tido uma melhoria significativa nos últimos meses. Neste sentido, ainda temos que aumentar o número de controles de acordo com os programas de HAS e DM, identificando todos os pacientes moradores de nossas comunidades que apresentam essas condições crônicas. Os nascimentos foram poucos, assim como o número de grávidas, e conseguimos realizar mais controles preventivos nas mulheres na idade fértil, assim como aumentar a realização de exames de mamas. As puericulturas e os controles de pré-natal tem a qualidade requerida, apesar de não contar com especialistas em

pediatria ou ginecologia no município. O número de palestras vem aumentando, e realizamos algumas reuniões com outras equipes de saúde.

Acho que podemos começar a trabalhar na identificação de fatores de riscos, realizar capacitações para os técnicos e agentes de saúde, com o fim de aumentar seus conhecimentos. Seria também importante disponibilizar protocolos em cada consultório e demais salas de atendimento, para cada uma das especialidades, e trabalhar para que o atendimento seja gradativamente melhorado.

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

Com ajuda do curso, o meu trabalho foi mais organizado e consegui que os meus colegas de trabalho conhecessem sobre o SUS e seus programas. Também me permitiu realizar um análises e avaliação de maneira mais crítica em quanto á organização e funcionamento da rede de saúde do município, das condições estruturais da UBS e da situação das ações programáticas.

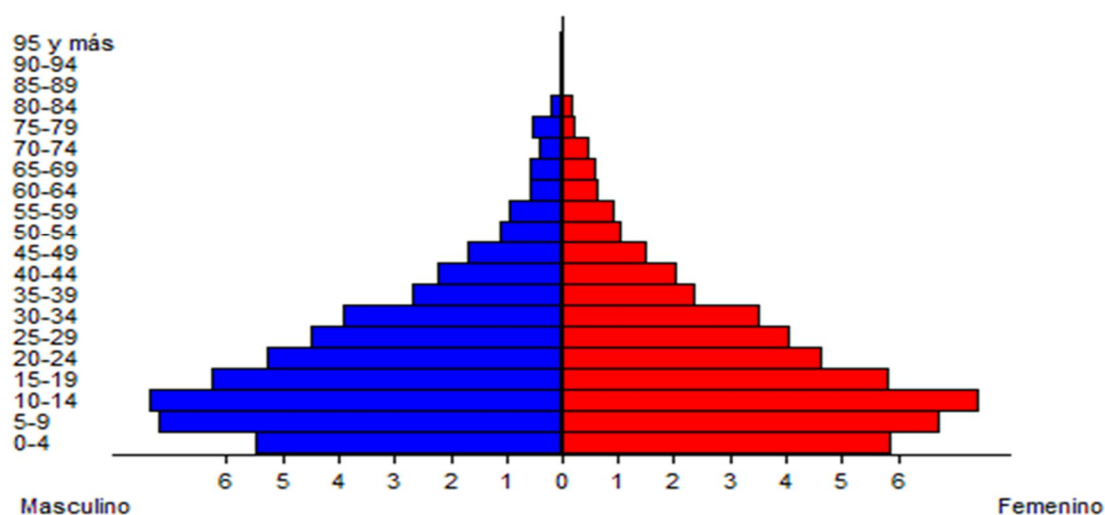


Figura 1. Pirâmide populacional

Fonte: Estimativa populacional 2014 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (1 de julho de 2014).

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial que constitui hoje um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adulto (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal. A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. A mortalidade por doença cardiovascular tem sido muito elevada no curso dos anos, e apesar de apresentar uma redução significativa nos últimos anos, estas doenças têm sido a principal causa de morte no Brasil e a mortalidade por doença cardíaca e hipertensiva cresceu 11%, fazendo aumentar para 13% o total de mortes atribuíveis a doenças cardiovasculares em 2007. Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, portanto caracteriza-a como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos. O DM vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência e habitualmente está associado à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial. É um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares. É estimado que o Brasil passe da 8ª posição, com prevalência de 4,6%, em 2000, para a 6ª posição, 11,3%, em 2030. O DM e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) são responsáveis pela primeira causa de

mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise.

Eu presto serviço na UBS Dr. Renato de Gasperi, localizada na zona urbana do município, construída há oito anos, para essa finalidade. O prédio é de alvenaria, e conta com os serviços básicos de água, energia elétrica e esgoto. A Unidade possui boa área física, contando com três consultórios médicos e um consultório odontológico, sala de vacina, sala de triagem, sala de esterilização, tem laboratório para coleta de exames de malária, sala de recepção com capacidade para 30 pessoas aproximadamente, cozinha, banheiros para os usuários e para os pacientes e acompanhantes e sala de gerência. No entanto, faltam na Unidade alguns ambientes importantes, tais como: sala de reuniões e sala para os ACS. Procedimentos como nebulizações, injeções e curativos são feitos no mesmo ambiente, por falta de salas específicas para sua realização. Os ambientes são climatizados, com janelas de vidro, os pisos e paredes apresentam superfícies lisas e laváveis. Esta UBS foi desenhada para atender aos requisitos da Estratégia de Saúde da Família, com uma estrutura compatível com a realidade do município, mas faltam mais espaço físico-estrutural e equipamentos básicos para que possamos oferecer à população um atendimento de qualidade. A UBS conta com três Equipes de Saúde da Família, que atendem parte da população urbana do município. A minha equipe conta com um Médico Generalista, um Enfermeiro, e oito Agentes Comunitários de Saúde. A população pertence à área adstrita da nossa unidade é de 4645 pessoas.

A nossa população alvo está conformada pelos usuários de 20 anos ou mais portadores de HAS e DM. Neste aspecto, depois de ter feito um análises dos dados oferecidos nas estimativas do CAP, PCD e do cadastro próprio da unidade, é válido assinalar que o cadastro que vamos utilizar será aquele feito pelos membros da equipe no trabalho diário na comunidade, cadastro que, apesar de não estar digitado no SIAB e de apresentar números de portadores de HAS e DM inferiores aos estimados, é confiável, motivo pelo qual decidimos desenvolver o nosso projeto baseados nestes dados. Conforme aos dados recolhidos o número de usuários portadores de hipertensão na minha área é 267 e estão sendo acompanhados 101, para uma cobertura de 37.8%, e dos 39 diabéticos, estão sendo acompanhados 9, representando somente 22.4%. Fazendo uma avaliação da qualidade da atenção à saúde, só 21% dos usuários portadores de hipertensão e 45% dos portadores de

diabetes têm realizado exames complementares em dia, 48 usuários portadores de hipertensão (17%) têm estratificação do risco cardiovascular e 83 (31%) receberam orientações nutricionais e sobre exercícios físicos, 9 usuários portadores de diabetes (23%) têm o exame clínico dos pés com palpação dos pulsos e medição da sensibilidade. Estamos realizando no âmbito da UBS atividades de educação em saúde como palestras oferecendo orientações sobre hábitos alimentares saudáveis, os malefícios do consumo excessivo de álcool e do tabagismo, controle do peso corporal, estímulo à prática regular da atividade física e a importância da adesão ao tratamento; assim como rodas de conversa com a população alvo em espera do atendimento.

Esta intervenção é muito importante já que existe uma baixa cobertura dos usuários portadores de hipertensão e diabetes, muitos destes usuários estão sem acompanhamento regular, sem avaliação do risco cardiovascular, sem realização dos exames complementares, sem orientações sobre estilos de vida saudáveis para assim poder prevenir complicações cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças. Por estas razões a equipe está se envolvendo nas ações do programa para garantir a adesão da população alvo, lhe informando sobre a existência do programa para garantir o comparecimento às consultas programadas, também estamos identificando os usuários com maior risco e criando os registros necessários para poder monitorar a qualidade das ações. Estamos desenvolvendo também atividades educativas. A existência da equipe completa cobrindo cada micro área da nossa área de abrangência, dos protocolos para ser estudados e utilizados na sua versão mais atual e impressos, de uma equipe de saúde bucal e um laboratório clínico funcionando regularmente e com os reativos necessários para garantir os exames, são condições que vão facilitar a realização da intervenção com o objetivo de melhorar o cuidado dos usuários portadores de hipertensão e diabetes para lograr reduzir os riscos de complicações cardiovasculares, cerebrovasculares e renais que aumentam a mortalidade da população adulta e a aparição de incapacidades que diminuem a qualidade de vida dos indivíduos.



## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção aos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da UBS/ESF Dr. Renato de Gasperi, Envira/AM.

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

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

Meta 1.1. Cadastrar 70% das pessoas com Hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e à Diabetes Mellitus (DM) da UBS.

Meta 1.2 Cadastrar 50% das pessoas com Diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **2.3 Metodologia**

O Projeto de Intervenção está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na UBS/ESF Dr. Renato de Gasperi no Município de Envira/AM. Participarão da intervenção os usuários maiores de 20 anos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus pertencentes à área de abrangência. O cadastro será realizado de acordo com a coleta dos dados nas fichas espelho e os prontuários dos usuários, assim como a entrevista individual. Será utilizada a última versão dos protocolos de HAS e DM do Ministério da Saúde, 2014.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

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

Para dar cumprimento ao objetivo 1, de ampliar a cobertura do Programa de hipertensos e diabéticos da UBS/ESF Dr. Renato de Gasperi, acordamos que a meta de cobertura será chegar 70% dos usuários cadastrados da nossa área. Para isto será confeccionado um registro específico, que vai nos permitir avaliar a totalidade dos mesmos, priorizando o atendimento destes usuários. Também utilizaremos a ficha espelho oferecida pelo curso, já que a mesma contempla as informações necessárias para nutrir os indicadores. Este cadastro será realizado pelos agentes comunitários de saúde (ACS) em cada micro área, enquanto nas consultas realizaremos o cadastro dos pacientes que não estão sendo acompanhados por qualquer causa. Todos os membros da Equipe de Saúde serão responsáveis pelo cadastramento destes pacientes, seja na consulta ou na visita domiciliar. Nas visitas domiciliares feitas pela Equipe de Saúde da Família, e também com o auxílio dos funcionários da recepção, a população será informada sobre o programa.

Mensalmente serão examinados os prontuários clínicos, fichas complementares e registro específico do programa, identificando aquelas que estão com atraso na realização da consulta controle, assim como os exames alterados no transcurso do mês.

O monitoramento do registro e as fichas complementares serão realizados semanalmente pelo enfermeiro da equipe.

Será feita uma reunião com o secretário municipal, antes do início da intervenção, para garantir o material necessário para a tomada da pressão arterial e a realização do hemoglicoteste.

Serão realizadas palestras e rodas de conversas com a comunidade, com base nos protocolos para o controle da HAS e DM do Ministério da Saúde, para informar sobre os fatores de risco destas doenças, repassar as orientações sobre o programa de melhoria da atenção a hipertensos e diabéticos e quais são seus benefícios, a importância da aferição da pressão arterial. Estas atividades serão desenvolvidas na Unidade de Saúde com uma frequência mensal, sendo os ACS responsáveis pela informação à comunidade, promovendo desta forma a incorporação da maioria destes pacientes ao programa. As atividades na UBS ficarão sob responsabilidade da médica e do enfermeiro. Durante as reuniões da equipe, que ocorrem com frequência semanal, realizaremos a capacitação da equipe no acolhimento destes usuários, trabalharemos nas Políticas de Humanização e ajustaremos nosso atendimento aos protocolos de atendimento dos hipertensos e diabéticos.

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

Para alcançar o objetivo 2: melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos, pretendemos melhorar os indicadores de qualidade para 100%, e assim oferecer atenção integral a todos os usuários cadastrados na UBS, realizando o atendimento segundo o estabelecido pelo Ministério da Saúde. Semanalmente, o médico e a enfermeira realizarão o monitoramento das fichas espelho, observando os registros de exame clínico apropriado, a necessidade de atendimento odontológico e a solicitação de exames laboratoriais levando em conta a periodicidade com que devem ser feitos, de acordo com o Caderno de Atenção Básica para o Controle da HAS e DM. O enfermeiro será responsável por realizar o controle do estoque de medicamentos semanalmente, assim como manter um registro das necessidades de medicação dos usuários cadastrados, além do acesso a medicamentos da farmácia popular.

Na reunião que será feita com o secretário municipal, prévia ao início da intervenção, tentaremos garantir a realização dos exames complementares necessários para o seguimento e controle destas doenças.

Realizaremos palestras e rodas de conversas com a comunidade baseado no protocolo para o controle da HAS e DM, explicaremos a importância da qualificação do atendimento, da realização do exame clínico adequado, dos exames complementares, do acesso a medicamentos e destacaremos a importância da manutenção da saúde bucal.

Para a qualificação da prática clínica realizaremos capacitações nas reuniões semanais da equipe, onde serão tratados temas como: a realização do exame clínico apropriado, solicitação de exames complementares segundo o protocolo, atualização profissional para o tratamento da hipertensão e diabetes, capacitação da equipe para avaliação da necessidade de tratamento odontológico.

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

Para alcançar o objetivo 3: Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes, será realizado o monitoramento semanal pelo médico e o enfermeiro nas fichas espelho do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo, sendo detectados os usuários faltosos às consultas, imediatamente será dada a lista de nomes aos ACS para que seja feita a busca ativa dos mesmos, tendo destinado uma seção de atendimento semanal para esses usuários resgatados.

Planejamos fazer exposições educativas com o objetivo de informar à comunidade sobre a importância do acompanhamento sistemático destes pacientes. Realizar também capacitações da equipe, nas reuniões semanais, para orientar sobre a periodicidade das consultas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Pretendemos melhorar a qualidade dos registros de informações do programa mantendo estes atualizados, identificando e corrigindo as deficiências. Realizaremos treinamento de toda a equipe no preenchimento dos registros necessários para o acompanhamento dos usuários.

No monitoramento semanal da intervenção, o médico ou o enfermeiro observarão, entre outros aspectos, a qualidade dos registros. Desenvolveremos um sistema de alerta para os usuários que estiverem com pendências em consultas, exames, avaliação de risco, avaliação de comprometimento de órgãos alvo e compensação da doença, através da colocação de um marcador vermelho na ficha espelho (um quadrado pequeno sujeitado com um clip na parte superior da ficha), o que vai permitir identificar com facilidade o usuário que apresenta pendências, bastando à remoção do marcador quando estiver em dia com seu atendimento.

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

Para auxiliar a avaliação de risco destes pacientes, serão disponibilizadas duas consultas diárias para priorizar esse grupo. No monitoramento semanal realizado

pelo médico ou enfermeiro será verificada a realização de pelo menos uma estratificação de risco por ano nas consultas controle.

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

Realizaremos grupos de orientações à comunidade acerca dos fatores de risco e seu controle, o acompanhamento regular para evitar as morbidades dos agravos, além de conversas em sala de espera nos dias do grupo de hipertensos e diabéticos. Treinaremos todos os profissionais, em um dos encontros semanais, para a identificação e prevenção dos fatores de risco.

Vamos acrescentar ações de promoção e prevenção, mediante o desenvolvimento de atividades educativas com a população e profissionais da Equipe de Saúde, nos dias de grupo, onde serão abordados diversos temas como alimentação saudável, prática regular de atividade física, abandono do tabagismo e etilismo e a importância da saúde bucal. As atividades coletivas serão registradas em livro específico para esse fim, com lista de presença incluída, e assim, serão monitoradas pelo médico e enfermeira mensalmente.

Solicitaremos ao secretário municipal, em reunião prévia a intervenção, a garantia da participação de nutricionistas, educadores físicos e medicações antitabagismo para a realização dessas atividades.

Todas estas ações a realizar são muito importantes para nossa equipe. O nosso trabalho conjunto vai se manifestar em resultados positivos para nossa comunidade.

### **2.3.2 Indicadores**

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

Meta 1.1. Cadastrar 70% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Indicador 1.1. Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

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

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

Meta 1.2. Cadastrar 50% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Indicador 1.2. Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no Programa de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, iremos adotar a versão do Caderno de Atenção Básica nº 36 / 37 de HAS e de DM, Ministério da Saúde (2014), que ficará disponível na unidade. Não contamos com um registro específico para estes usuários, assim, para o monitoramento e avaliação da intervenção utilizaremos os prontuários clínicos (306) e a ficha espelho que serão impressas (350) com recursos da gestão (tomando como referência os números de usuários estimados). Também faremos uso da planilha de coleta de dados para o acompanhamento mensal da intervenção, a qual será atualizada semanalmente. As fichas espelho serão preenchidas pelo profissional que realiza o atendimento.

Criaremos um arquivo específico para acomodar as fichas espelho, que ficará disponível para todos os membros da equipe. A médica e o enfermeiro revisarão o livro de registro para identificar os usuários com hipertensão e diabetes que não chegaram ao serviço para consulta de controle nos últimos quatro meses, convocando-os a realizar o monitoramento de maneira regular na nova proposta de atenção integral. Serão localizados os prontuários destes pacientes e transcreveremos as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho no momento da consulta. Iniciaremos a intervenção com a capacitação da Equipe de Saúde sobre o manual técnico dos hipertensos e diabéticos, tendo como responsáveis a médica e o enfermeiro. Nos apoiaremos em diferentes materiais didáticos, nas fichas espelho e nos prontuários clínicos para a realização de exercícios. A capacitação terá lugar no espaço da reunião da equipe.

O enfermeiro revisará os prontuários clínicos, fichas espelho e registro específico do programa semanalmente, com o objetivo de identificar aqueles pacientes faltosos a consulta planejada, aqueles que estão pendentes da primeira avaliação odontológica, e os que apresentam atraso na realização dos exames solicitados. Inspecionará também o cumprimento do cronograma de consultas, com ênfase nos usuários de alto risco. O agente comunitário de saúde visitará aos usuários faltosos as consultas, os usuários de alto risco ou que tenham exames com atraso ou com alguma alteração do resultado. A avaliação do risco, avaliação nutricional e medida da estatura, assim como a orientação sobre os riscos de acidentes, alimentação saudável, e higiene bucal serão feitas e monitoradas nas consultas ou

visita domiciliar realizadas pela equipe. Ao final de cada semana as informações coletadas serão consolidadas na ficha espelho.

O acolhimento destes usuários será realizado pelo pessoal da recepção, e a avaliação ocorrerá na data marcada para o atendimento. Planejamos realizar o atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos toda segunda-feira, nas duas sessões de atendimento. Estimamos um total de 10 atendimentos por sessão, para um total de 20 por dia e 80 ao mês (sendo que o atendimento será feito tanto pelo enfermeiro como pela médica). A médica e o enfermeiro serão os responsáveis da avaliação dos resultados dos exames laboratoriais, assim como do estado nutricional. Os usuários com classificação de alto risco terão prioridade para o agendamento. Uma vez atendidos receberão orientações sobre a dieta saudável, a prática de exercício físico, aspectos relacionados com a higiene pessoal e sairão da unidade de saúde com a próxima consulta agendada.

Todos os membros da Equipe de Saúde serão responsáveis pelo cadastramento destes usuários, seja nas consultas ou nas visitas domiciliares. Os monitoramentos dos registros e das fichas complementares serão feitos semanalmente pelo enfermeiro da equipe. Os usuários com problemas agudos de saúde serão atendidos no mesmo turno em que nos procurarem, nas consultas disponibilizadas para livre demanda.

Apresentaremos o projeto à comunidade, explicando a importância da realização das consultas, com o objetivo de prevenir, promover e melhorar a qualidade da saúde, fazendo um diagnóstico e tratamento precoce de qualquer doença que possa aparecer, assim como tentando sensibilizar à população da necessidade do atendimento priorizado e acompanhamento sistemático. Estes contatos serão feitos mensalmente na UBS com participação de toda a equipe, tendo como responsável o agente comunitário de saúde de cada micro área, facilitando a discussão do projeto e as estratégias para incorporar a todos os hipertensos e diabéticos ao programa.

### 2.3.4 Cronograma

ACÇÕES	Semanas											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Capacitação da equipe.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Atendimento clínico dos usuários com HAS e DM.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Cadastramento de usuários no programa.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Encontros com a comunidade.			X			X			X			X
Reuniões do grupo.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitorar nº de usuários cadastrados, faltosos e monitorar atraso a consultas.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar exame de estratificação de risco.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitorar a realização de exames complementares e de consulta com dentista.				X				X				X
Monitorar a qualidade dos registros.				X				X				X

### **3 Relatório da Intervenção**

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

No transcurso do projeto foram planejadas várias ações para serem desenvolvidas durante nosso processo de trabalho e incorporadas na rotina do serviço tendo como resultado final o cumprimento dos objetivos traçados.

A primeira atividade desenvolvida na semana foi ao começo da intervenção a capacitação da equipe sobre as atribuições de cada um dos seus membros, o cronograma de ações que seriam desenvolvidas durante toda a intervenção, e durante todas as semanas da intervenção para a qualificação da prática clínica continuou-se realizando capacitações complementares utilizando o protocolo técnico atualizado, Caderno de Atenção Básica nº 36 / 37 de HAS e de DM, Ministério da Saúde (2014). A capacitação teve lugar no espaço designado para a reunião da equipe de cada semana.

Dentre as metas previstas, pretendíamos cadastrar 70% dos usuários portadores de HAS e 50% dos usuários portadores de DM. Para isto, os ACS fizeram um recadastramento de toda a população alvo de nossa área de abrangência, já que o cadastramento que tínhamos na UBS estava desatualizado. Feito isto, os ACS realizaram visitas domiciliares de todos estes usuários e orientaram sobre a importância de participar regularmente das atividades da UBS assim como dos atendimentos.

O acolhimento e o atendimento clínico das consultas programadas da população alvo foram realizados na segunda feira, nos dois horários de atendimento, e durante toda a semana foi atendida normalmente a demanda espontânea.

Todos os usuários portadores de HAS e/ou DM que foram atendidos e acompanhados durante a intervenção tiveram preenchidas as suas fichas-espelho, também passaram por consulta clínica, segundo o protocolo; foi feita a solicitação de



exames complementares de acordo com protocolo e com a periodicidade recomendada, foi realizado o exame dos pés, avaliação do risco cardiovascular e da necessidade de atendimento odontológico e oferecemos orientações educativas sobre atividade física, hábitos nutricionais e tabagismo.

Devemos fazer dois comentários, no itens referente aos exames complementares, devemos sinalizar que alguns deles não são feitos no município, tais como Potássio sérico, Hemoglobina glicosada, Proteína de 24 horas, TSH e Microalbuminúria. E sabemos que para a avaliação do risco cardiovascular é sabido que os valores do colesterol são uns dos aspectos a avaliar, só que nosso município tem apresentado problemas com o material para fazer este exame, por tal motivo nas PCD temos 100% dos usuários com a avaliação do risco cardiovascular feita embora alguns deles não tenham os exames complementares em dia. Analisamos os aspectos a serem avaliados, se o resultado do exame do colesterol não iria ocasionar mudanças na avaliação realizamos a avaliação do risco e posteriormente receberíamos os resultados do exame pendente.

Em relação ao uso de medicação da farmácia popular, todos os tratamentos foram avaliados individualmente e, em alguns casos, conseguimos fazer com que os usuários aderissem às mudanças de tratamento. Não foi possível em todos os casos porque alguns vinham usando os tratamentos prescritos há muito tempo por algum especialista e estão controlados, preferindo continuar comprando os remédios. Em outros casos, os usuários têm outras doenças crônicas associadas e fazem acompanhamento regular com seus especialistas por isso consideraram oportuno manter o mesmo tratamento.

Desde o início da intervenção percebemos que alguns de nossos usuários com HAS e/ou DM que compareciam a consulta não tinham avaliação odontológica e não conheciam que era um parâmetro importante para manter seu estado de saúde estável ou controlado. Iniciamos o agendamento das consultas para atendimento odontológico após o atendimento clínico, mas no transcurso da intervenção apresentamos muitas dificuldades para conseguir manter este parâmetro, assim realizamos uma avaliação odontológica de forma complementar e passamos a oferecer orientações gerais sobre higiene bucal nas consultas de atendimento clínico.

Com uma periodicidade semanal foi feito o monitoramento dos usuários faltosos ou com atraso a consulta sempre tentando entender e apoiar as causas das

faltas e reagendar uma nova consulta nos próximos dias coordenando as datas e os horários mais convenientes.

As atividades educativas individuais foram realizadas durante toda a intervenção no atendimento clínico e nas visitas domiciliares acerca da atividade física regular, prática de alimentação saudável, risco do tabagismo e higiene bucal. Também realizamos atividades educativas coletivas como conversas nas salas de espera dos usuários na UBS, palestras educativas na comunidade e atividades de recreação saudável. Foram desenvolvidas 6 palestras nas semanas 2, 3, 6, 9 e 12 do projeto. E na primeira e na última semana foram realizadas atividades de recreação saudável.

A cobertura pactuada tanto para a HAS como para a DM foi ultrapassada no final da intervenção, o que demonstrou a capacidade da equipe junto com a vontade dos usuários de superar os obstáculos que não faltaram.

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

Na nossa área o conselho de saúde não se encontra funcionando, e por tal motivo o contato com as lideranças formais comunitárias não foi desenvolvido conforme ao estabelecido e desejado. Embora antes do início do projeto fora feita uma reunião com o Secretário Municipal de Saúde e a gestora da UBS, o apoio logístico foi limitado no que se refere à elaboração do material impresso, folhetos, material de divulgação, etc., e com relação às outras despensas necessárias como brindes para motivação dos usuários, não houve apoio. Mas embora todas as dificuldades enfrentadas, conseguimos contatar com líderes comunitários informais, que se mostraram prestativos e atentos e sentiram-se envolvidos com as propostas do projeto, e junto com o esforço da equipe toda, conseguimos que todas as atividades programadas fossem realizadas com a qualidade desejada.

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

Ao finalizar a semana número 4 da intervenção e começar a 5, tivemos dificuldades em preencher a planilha de coleta de dados, pois não repassamos os dados dos usuários cadastrados no Mês 1 para a aba referente ao Mês 2. Isto afetou a formatação de gráficos e o cálculo dos indicadores não estava correto. Mas com o apoio de minha orientadora conseguimos entender os erros e corrigi-los.

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

A incorporação da intervenção à rotina do serviço é viável devido ao envolvimento, participação e engajamento de toda a equipe, ao apoio da gestora e de todos os funcionários da unidade para o desenvolvimento da mesma. O aumento da cobertura para o atendimento dos usuários com HAS e/ou DM cadastrados no programa durante a intervenção é uma ação que pode ser aplicada à rotina diária do serviço não afetando o desenvolvimento dos outros programas de saúde da atenção básica.

As ações educativas de diferentes temas estão incorporadas na rotina do processo de trabalho. A capacitação da equipe já está incorporada a rotina da UBS uma vez por semana durante a reunião de programação onde serão estudados temas relacionados com todos os aspectos dos programas de atendimento que são desenvolvidos na unidade. O uso da planilha facilitou muito as análises dos resultados e é de fácil implementação pelo programa. Ficarão implementadas na rotina de nosso serviço e incorporaremos as outras planilhas disponibilizadas pelo curso a outros programas na unidade.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

Nossa intervenção abordou o referente à qualificação da atenção no programa de Atenção às Doenças Crônicas não Transmissíveis (Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus), na UBS Dr. Renato de Gasperi. Os resultados obtidos serão analisados, descritos e comparados com as metas e objetivos pactuados, e finalmente avaliados por meio dos indicadores.

Como denominador de nossos resultados consideramos o dado real de usuários portadores de HAS e DM existentes em nossa área de abrangência, considerando que na área existem 267 pessoas com HAS e 39 pessoas com DM.

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

Meta 1.1. Cadastrar 70% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

No transcurso da intervenção o acolhimento e atendimento clínico da população alvo foi realizado toda segunda-feira no caso das consultas agendadas e durante toda a semana para a demanda espontânea. No primeiro mês alcançamos um total de 130 usuários portadores de HAS, o que representou um 48,7% da meta proposta. O segundo mês este percentual aumentou para 70,8%, representando 189 usuários. E no terceiro e último mês com um total de 223 usuários e 83,5% de cobertura (Figura 2). Podemos verificar que a meta proposta (70%) foi cumprida desde o segundo mês da intervenção. Todas as ações traçadas para o complemento deste objetivo foram implementadas, e incorporadas posteriormente à rotina da unidade. O trabalho em equipe e apoio da comunidade predominou em todo momento, o que também contribuiu no cumprimento de nossa meta.

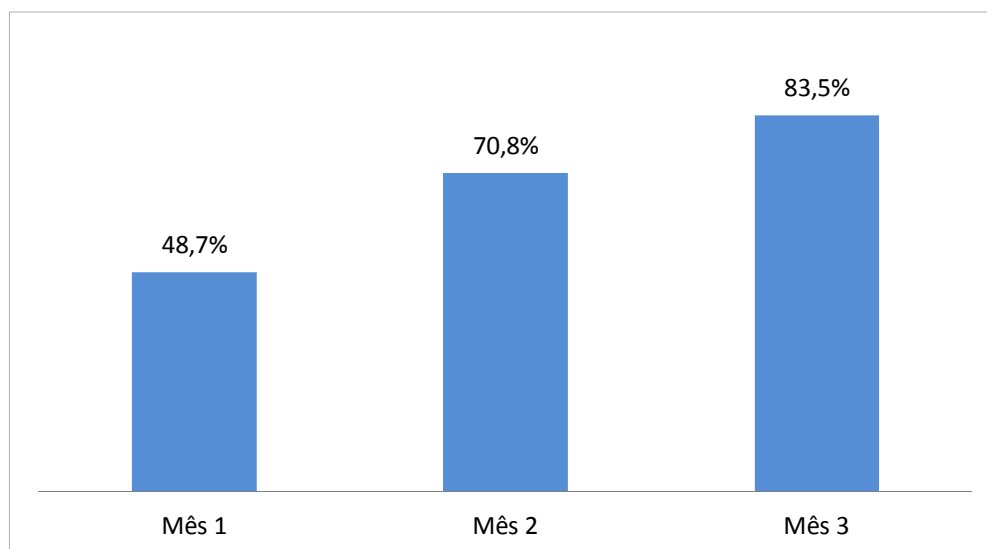


Figura 2. Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na unidade de saúde.

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

Meta 1.2. Cadastrar 50% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Na área contamos com um total de 39 diabéticos com 20 anos ou mais. No primeiro mês de intervenção acompanhamos 14(35,9%) pessoas com DM, 20(51,3%) no segundo mês e ao final da intervenção 27 realizaram a primeira consulta programática, assim, atingimos 69,2% de cobertura, percentual que se encontra acima da meta proposta (Figura 3).

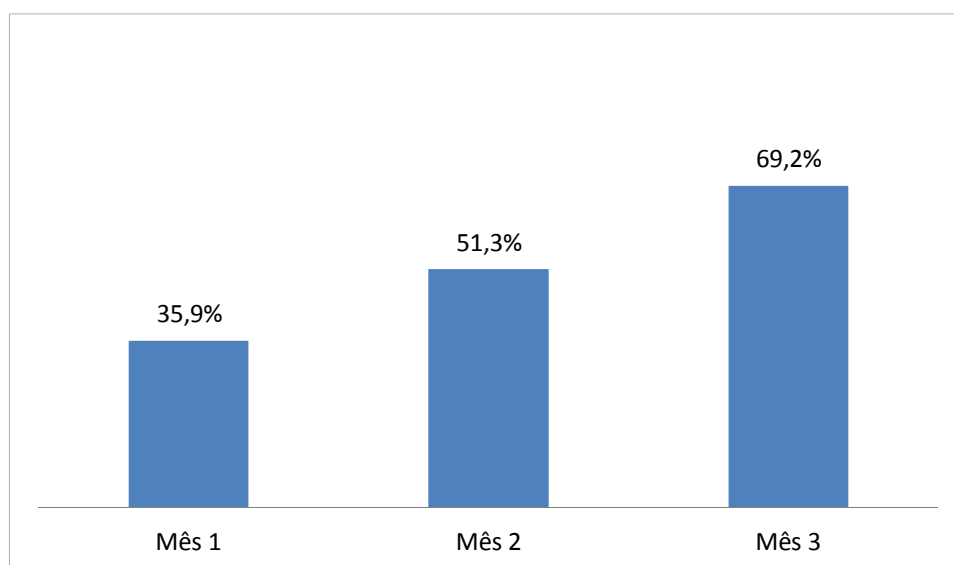


Figura 3. Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na unidade de saúde.

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

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com hipertensão.

O exame clínico foi realizado em todos os usuários portadores de HAS maiores de 20 anos residentes na área de abrangência que receberam atendimento clínico na unidade (100%). Os números de atendimentos mantiveram-se constante em todos os meses da intervenção, com um total de 130, 189 e 223 atendimentos no primeiro, segundo e terceiro mês, respectivamente, mantendo 100% em todos os meses de trabalho. Os exames clínicos foram realizados pelos enfermeiros ou os médicos da equipe sem intercorrências importantes. Os dados foram compilados diretamente dos registros do programa. As ações dispostas para este indicador foram implementadas na rotina da unidade.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com diabetes.

Durante os três meses em que estivemos desenvolvendo a intervenção trabalhamos para melhorar a qualidade do atendimento. Foi realizado em todas as consultas o exame clínico a 100%(27) dos usuários atendidos portadores de DM. No primeiro mês acompanhamos 14 usuários e todos receberam exame clínico, como a planilha e cumulativa no segundo mês dos 20 acompanhados todos passaram por exame clínico e no último mês 27 usuários. Dessa forma cumprimos em 100% este indicador, em todos os meses de intervenção.

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

A todos os usuários portadores de DM realizamos exame dos pés, palpamos os pulsos tibial posterior e pediosos e medimos a sensibilidade alcançando 100% de cumprimento deste indicador nos três meses da intervenção. O exame dos pés foi realizado pelos médicos e enfermeiros nos atendimentos clínicos e foi registrado no prontuário individual e na ficha espelho. O cumprimento deste indicador foi facilitado pela disponibilidade do material necessário para realizar o exame garantido antes do início da intervenção pela gestora da UBS além das capacitações realizadas durante a intervenção. **Nos três meses da intervenção não foram achados nenhum usuário com alterações da sensibilidade nem lesão nos pés.**

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

A solicitação dos exames complementares de acordo com o protocolo foi feito para o 100% dos usuários atendidos portadores de HAS, mas nem todos os exames foram realizados. No primeiro mês de 130 usuários atendidos portadores de HAS, 110 tinham o resultado dos exames em dia representando 84,6%. Durante o segundo mês foram avaliados 23 exames mais, completando 133 que representa um 70,4%. No último mês avaliaram-se mais 25 exames, completando um total 158 usuários com exames em dia nos três meses, atingindo 70,9% dos usuários cadastrados (Figura 4). Algumas dificuldades que impediram atingir a meta proposta estão relacionadas com a demora para realizar o exame, já que a demanda do agendamento no laboratório aumentou notavelmente. E também o déficit no município de material para a realização de alguns dos exames.

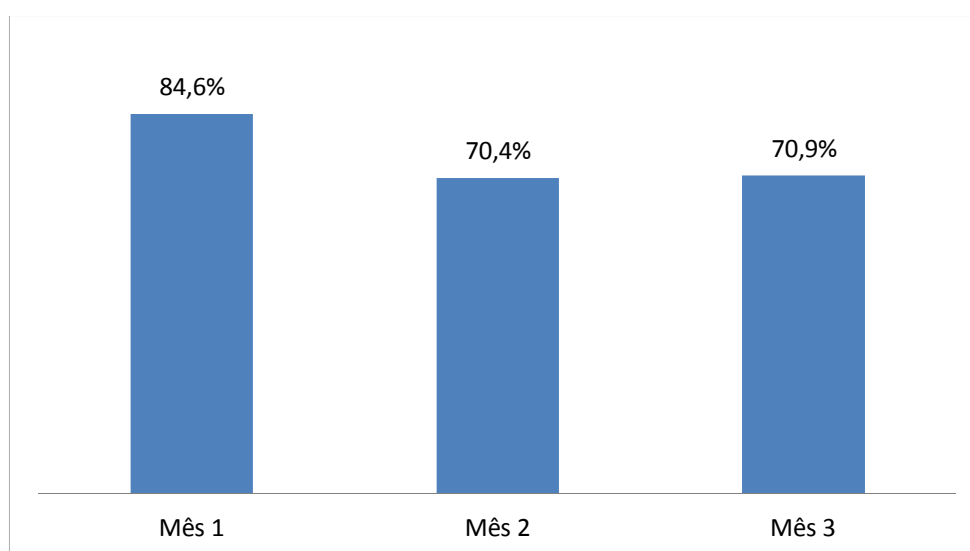


Figura 4. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

Durante o atendimento clínico solicitamos exames complementares para todos os usuários com exames desatualizados. No primeiro mês acompanhamos 14 usuários portadores de DM e todos eles estavam com exames em dia, de modo que neste mês conseguimos atingir 100%. No segundo mês atendemos mais 6 usuários e 3 tinham os resultados como a planilha é cumulativa ficamos com 17 usuários com exames em dia, representando 85%. No final da intervenção dos 27 usuários

cadastrados 23 ficaram com exames realizados e registrados os resultados nas fichas espelho e prontuário clínico representando 85,2% (Figura 5). Tivemos uma diminuição da porcentagem já que os últimos usuários cadastrados tinham agendado a realização dos exames depois de encerrada a intervenção.

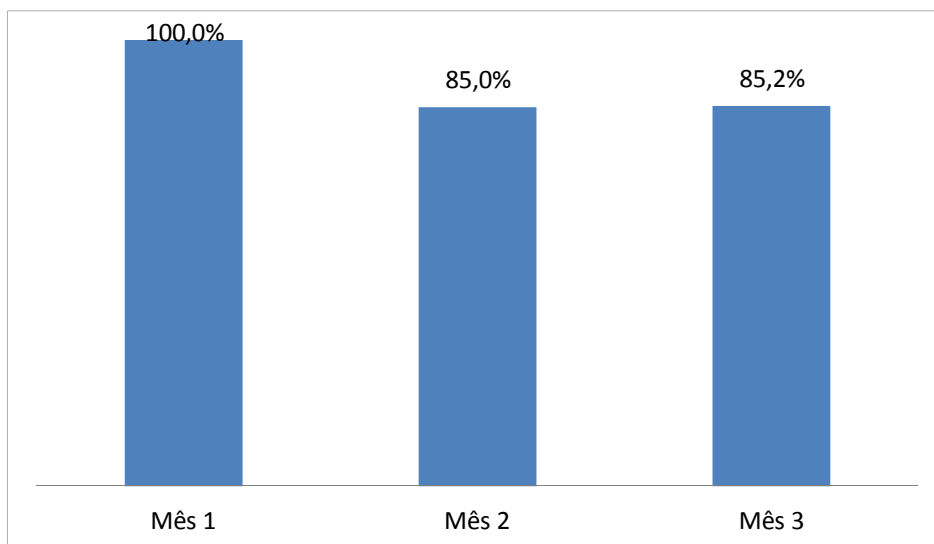


Figura 5. Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na UBS.

Com respeito a este indicador, todos os tratamentos foram avaliados individualmente. No primeiro mês, dos 126 usuários portadores de HAS acompanhados, 122 faziam uso dos medicamentos da farmácia popular (96,8%). No segundo dos avaliados 174 (95,1%) receberam prescrição da farmácia popular. Ao finalizar o terceiro mês, tínhamos alcançado um total de 217 atendimentos, 208 destes usuários atendidos estavam usando medicamentos da farmácia popular (95,9%) (Figura 6).



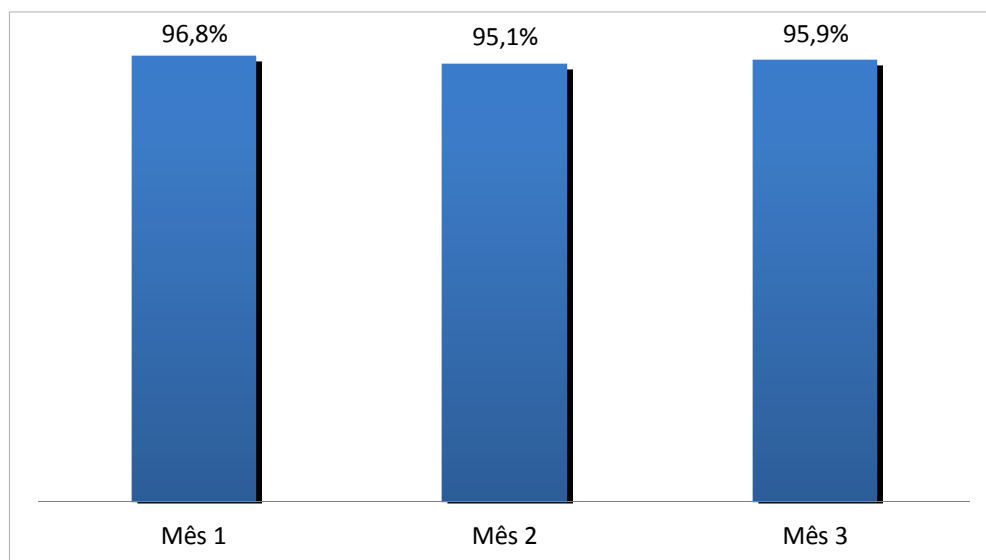


Figura 6. Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

Durante os três meses que durou a intervenção realizamos acolhimento e atendimento clínico para 27 usuários portadores de DM (14 no primeiro mês, 19 no segundo e 27 no último mês respectivamente), deles ao final da intervenção 26 encontram-se tratados com os remédios oferecidos na Farmácia Popular, representando um 96,3% (Figura 7).

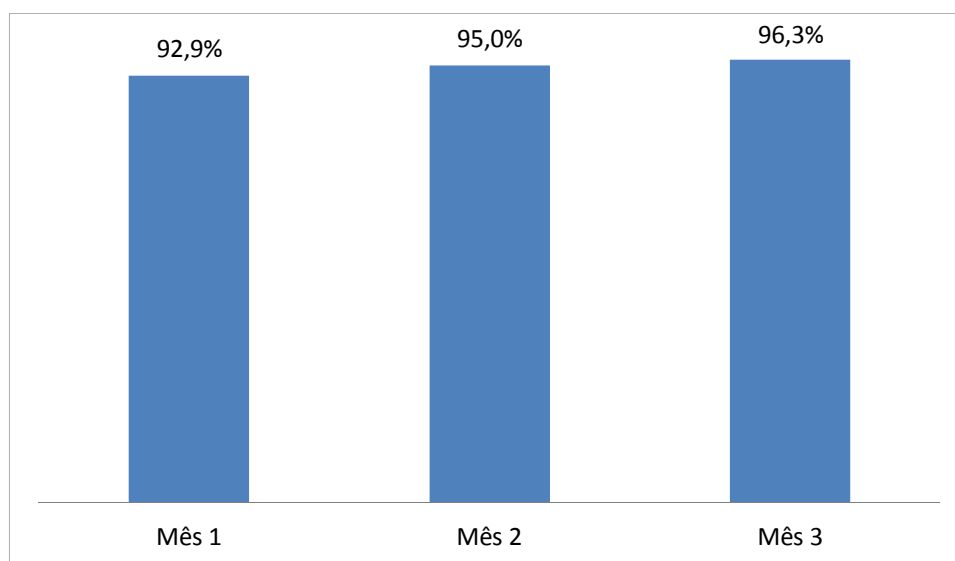


Figura 7. Proporção de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com hipertensão.

Meta 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com diabetes.

Estas duas metas foram cumpridas em 100% durante os três meses da intervenção. Avaliamos a necessidade de atendimento odontológico para os 232 usuários atendidos, 223 hipertensos e 27 diabéticos. Avaliação que foi feita de maneira individual em cada atendimento clínico valendo-nos do interrogatório e do exame físico da boca. As consultas para atendimento odontológico foram agendadas após o atendimento clínico, mas no transcurso da intervenção apresentamos muitas dificuldades para conseguir manter este parâmetro. As razões fundamentais foram o escasso número de kits de material odontológico disponível por dia e a demanda para o serviço que estava sendo muito alta, e também porque o dentista da nossa UBS realiza viagens pelas comunidades da zona rural do município, para prestar serviços nessas áreas, o que afeta o cumprimento das consultas para a avaliação bucal dos usuários atendidos. Mas embora todas as dificuldades conseguimos atingir o 100% da meta.

Objetivo 3. Melhorar a adesão dos usuários com hipertensão e/ou diabetes

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

Meta 3.2. Buscar 100% dos usuários com diabetes faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Desde o início da intervenção, com uma periodicidade semanal regendo-nos sempre pelo cronograma, monitoramos os faltosos as consultas. Assim conseguimos realizar 100% das buscas ativas, sempre tentando entender as causas das faltas e reagendar uma nova consulta em nos próximos dias coordenando as datas e os horários mais convenientes. Também incrementamos a quantidade de atendimentos no domicílio nos usuários que por algum motivo não poderiam acudir a UBS. Achamos que a implementação destas ações determinaram em maior medida o desenvolvimento dos resultados ao final da intervenção. As mesmas serão mantidas na rotina do nosso serviço.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com hipertensão.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com diabetes.

A ficha de acompanhamento foi implementada desde a primeira semana da intervenção e discutida com a equipe na reunião de preparação antes do início da mesma. O total dos usuários portadores de HAS e/ou DM acompanhados durante o período da intervenção foram registrados na ficha de acompanhamento após cada consulta, e monitorados e avaliados pelo enfermeiro e medica mensalmente. Conseguimos manter a meta de 100% em todos os meses de intervenção, tanto para HAS como para DM.

Objetivo 5. Mapear o risco para doença cardiovascular dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com hipertensão.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com diabetes.

Foi realizada a estratificação de risco para todos os usuários portadores de HAS e/ou DM com 20 anos ou mais, cadastrados no programa que fizeram acompanhamento na unidade e tiveram exame clínico em dia. Ao final da intervenção, 223 (100%) hipertensos e 27 (100%) diabéticos tiveram estratificação de risco realizada, para um total de 87 usuários com alto risco para doença cardiovascular. Devemos sinalizar neste aspecto que tivemos que adotar estratégias relacionadas com a realização do exame de colesterol. Nosso município tem apresentado problemas com o material para fazer este exame, por tal motivo nas PCD temos 100% dos usuários com a avaliação do risco cardiovascular realizada embora alguns deles não tenham os exames complementares em dia. Analisamos os aspectos a serem avaliados, se o resultado do exame do colesterol não iria ocasionar mudanças na avaliação, realizamos a avaliação do risco e posteriormente receberíamos os resultados do exame pendente. O trabalho em equipe foi muito importante neste indicador, as ações desenvolvidas ficaram implementadas na rotina de nosso serviço.

Objetivo 6. Promover a saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional a 100% dos usuários com hipertensão e diabetes.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional a 100% dos usuários com diabetes.

Durante os três meses de intervenção, 100% dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados no programa receberam orientação nutricional em atividades comunitárias, em palestras educativas realizadas na comunidade e na própria UBS, mediante visitas domiciliares e individualmente nas consultas de atendimento clínico direcionado aos usuários diabéticos e/ou hipertensos e os seus familiares. Nas palestras recebemos o apoio da nutricionista do NASF com sua participação nas orientações mais específicas sobre hábitos alimentares saudáveis. Toda a equipe e as lideranças comunitárias participaram no desenvolvimento das ações realizadas as quais ficaram implementadas na rotina da unidade. As principais dificuldades foram com respeito ao apoio logístico limitado recebido. Não apresentamos dificuldades com respeito a recopilação dos dados. Os registros utilizados foram os disponibilizados pelo curso que são de fácil entendimento.

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

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

Durante o acolhimento no salão de espera para o atendimento clínico, mesmo levando-se em conta os aspectos particulares de saúde de cada usuário portador de HAS e/ou DM, acompanhado no programa, e durante a visita domiciliar, 100% deles receberam orientações sobre prática de atividade física regular. Toda a equipe participou, mas o apoio do educador da atividade física que atua em nossa comunidade foi fundamental.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com hipertensão.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com diabetes.

Conhecemos amplamente acerca dos efeitos nocivos do tabagismo sobre qualquer pessoa, mas os riscos são maiores em usuários portadores de HAS e/ou DM. Assim, todos (100%) os usuários hipertensos e diabéticos cadastrados no nosso programa receberam orientação de forma individual e coletiva. Aqueles fumantes ativos reconhecidos foram encaminhados para consulta de desabitação tabácica. Continuamos trabalhando para conseguir melhores resultados.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com hipertensão e diabetes.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com diabetes.

Todos os usuários cadastrados no programa receberam avaliação odontológica de forma complementar. Oferecemos orientações gerais e específicas sobre higiene bucal para 100% dos usuários hipertensos e diabéticos acompanhados, já seja durante as consultas clínicas como nas consultas de avaliação odontológica. Foram avaliados e dada orientação sobre higiene bucal 223 hipertensos e 27 diabéticos no transcorrer dos três meses de intervenção.

## **4.2 Discussão**

A intervenção realizada na UBS “Dr. Renato de Gasperi” trouxe grandes avanços no aperfeiçoamento e melhoria do cumprimento do programa de Atenção às Doenças Crônicas não Transmissíveis, Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Dentre dos progressos obtidos podemos citar que propiciou a materialização de um programa que não estava funcionando corretamente, permitiu a ampliação da cobertura da atenção aos usuários portadores de HAS e/ou DM, possibilitou também a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação do exame dos pés dos usuários com DM, assim como também para a classificação de risco de ambos grupos.

A população alvo do projeto foram todos os usuários de 20 anos ou mais portadores de HAS e/ou DM pertencentes à área adstrita, estima-se que na área existem 267 usuários portadores de HAS e 39 portadores de DM. Antes de dar início à intervenção a nossa equipe já tinha começado a trabalhar na atualização do cadastro dos usuários com hipertensão e diabetes. Por isso desde as primeiras semanas da intervenção, a cobertura na atenção de hipertensos e diabéticos foi aumentando até cumprir com a meta estabelecida. Com a intervenção conseguimos atualizar um pouco mais o cadastro dos usuários portadores de HAS e/ou DM assim como aumentar a cobertura do programa para 83,5% nos usuários hipertensos e 69,2% nos diabéticos.

A realização deste projeto contribuiu também na melhora de nosso trabalho em equipe, o que conseqüentemente, ajudou no aperfeiçoamento da assistência ao usuário. Exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do

Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da HAS e DM. Mediante as capacitações a nossa equipe aprofundou em conhecimentos que já tinha e adquiriu novos sobre temas relacionados com estas duas doenças tão frequentes na nossa população. A equipe ficou mais organizada com a intervenção. Foram delimitadas as atribuições de cada profissional sendo que: o enfermeiro ficou responsável de recompilar os dados necessários assim como fazer as solicitações e coordenações dos materiais de logística precisos para o desenvolvimento das atividades durante toda a intervenção. A capacitação da equipe ficou sob responsabilidade da médica e do enfermeiro, todos os membros da equipe participaram coletiva e individualmente da mesma. As atividades educativas foram realizadas por todos e cada um dos membros da equipe. Os ACS ficaram responsáveis da atualização do cadastramento e a busca ativa dos usuários faltosos a consulta.

A intervenção foi importante para o serviço, pois antes da intervenção, as atividades de atenção aos usuários com HAS e/ou DM não eram desenvolvidas com a periodicidade nem a qualidade requerida; com a intervenção conseguimos reorganizar o trabalho das equipes e as atribuições de cada um dos profissionais, viabilizando a atenção a um maior número de usuários com um atendimento de excelência. Todos os registros depois de serem atualizados se mantiveram organizados. A reorganização da equipe e a análise e distribuição das atribuições de cada um dos seus membros, facilitou a melhoria do registro e o agendamento dos usuários acompanhados, e viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea, e no final possibilitou a atenção a um maior número de pessoas.

O impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade de maneira geral, pois embora tentamos envolver uma grande parte da comunidade, a maioria das ações foram encaminhadas à população alvo do projeto. A intervenção não desenvolveu só ações com impacto em curto prazo, mas concebeu ações para terem impacto em médio e longo prazo. Os usuários com HAS e/ou DM demonstraram satisfação com a mudança no atendimento, na periodicidade e na qualidade do mesmo. Conseguimos que quase todos os acompanhados, aderissem ao uso de medicação da farmácia popular, o que ajudou que todos eles mantiveram o tratamento indicado diminuindo o risco de abandono do mesmo, pois faziam uso dos remédios do quadro básico da farmácia popular. Isto contribuiu na estabilização da renda

familiar, não tendo o usuário que disponibilizar dinheiro cada mês para a compra dos medicamentos. Também conseguimos maior adesão à medicação e maior controle de seu uso. Todos os usuários acompanhados no final da intervenção receberam orientações sobre alimentação saudável, saúde bucal e prática de atividade física. A atuação integral a saúde dos usuários acompanhados representou para a comunidade a garantia do cuidado continuado da saúde da população. O vínculo entre a família e a equipe aumentado e ficou fortalecido. Conseguimos integrar a comunidade as nossas atividades e realçamos os direitos dos usuários a terem uma atenção humanizada e integral. Conseguimos incorporar líderes informais comunitários às atividades desenvolvidas, os quais nos ajudaram sugerindo ideias, com apoio logístico e divulgação na comunidade.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional eu tivesse discutido as atividades que vinha desenvolvendo no curso com a equipe. Também faltou uma articulação com a comunidade para explicitar os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de programar isto.

Se eu tivesse que começar a intervenção neste momento, os meus primeiros passos foram: primeiro reorganizar o trabalho da equipe, e segundo trabalhar muito mais com os líderes comunitários aproveitando essa liderança na comunidade. Isto teria contribuído numa maior qualidade nas atividades e na intervenção em geral. Agora que estamos no fim do projeto, percebo que a equipe está integrada, porém, como vamos incorporar a intervenção na rotina do serviço teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas.

A intervenção será incorporada a rotina do serviço. Para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade da atenção dos usuários portadores de HAS e DM, em especial os de alto risco. Serão mantidos os dias dos atendimentos, assim como todos os instrumentos facilitados pelo curso (ficha espelho, PCD), para o desenvolvimento deste e do resto dos programas e a serem acompanhados nas UBS. Vamos fazer melhoras nas fichas espelho, incorporando aspectos a avaliar que hoje não estão incluídos nas mesmas por exemplo a avaliação da necessidade de atendimento odontológico e a orientação sobre higiene bucal. A implementação da intervenção foi uma experiência muito boa já que nos permitiu perfeição o atendimento e cuidado mais qualificado dos usuários portadores de HAS e/ou DM. A nossa maior conquista foi promover uma saúde de qualidade, o que se traduz numa melhor qualidade de vida. A intervenção ensinou o

caminho a recorrer para melhorar outros programas, reestruturou o funcionamento da equipe e acrescentou a consciência social dos funcionários.



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

Prezados Gestores em Saúde do Município de Envira, Amazonas.

Entre os meses de Setembro e Dezembro do ano 2015, na UBS "Dr. Renato de Gasperi" do município Envira estado Amazonas, foi desenvolvido um projeto de intervenção com o objetivo de Melhorar a atenção às pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus. Este projeto de intervenção fez parte do Curso de Especialização da UFPel, instruído para os participantes do Programa Mais Médicos para o Brasil.

Como foco de intervenção escolhemos a Atenção às Doenças Crônicas não Transmissíveis (Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus), por ser um programa com mais dificuldade em seu cumprimento na nossa unidade.

A intervenção iniciou-se com uma capacitação da equipe sobre as atribuições de cada um dos seus membros, a discussão do cronograma de ações que seriam desenvolvidas durante toda a intervenção, e também começamos um ciclo de capacitações complementares durante todas as semanas da intervenção para a qualificação da prática clínica utilizando o protocolo técnico atualizado, Caderno de Atenção Básica nº 36 / 37 de HAS e de DM, Ministério da Saúde (2014). A divulgação do projeto na comunidade ficou sob responsabilidade dos ACS nas visitas domiciliares.

Nossa primeira meta tratou-se de ampliar a cobertura do Programa de Atenção a HAS e DM, visando atingir a meta de 70% dos usuários com hipertensão e 50% dos usuários com diabetes de nossa área de abrangência. Ao final dos três meses, conseguimos uma cobertura de 83,5%(223 usuários) para HAS e 69,2%(27 usuários) para DM, conforme apresentamos a evolução nos gráficos a seguir (Figura 8 e 9):

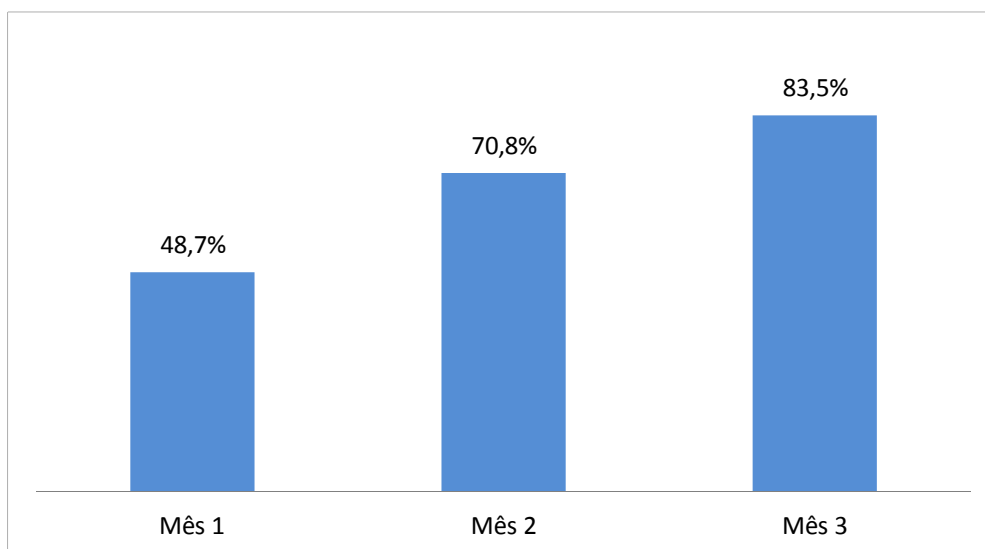


Figura 8. Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na unidade de saúde.

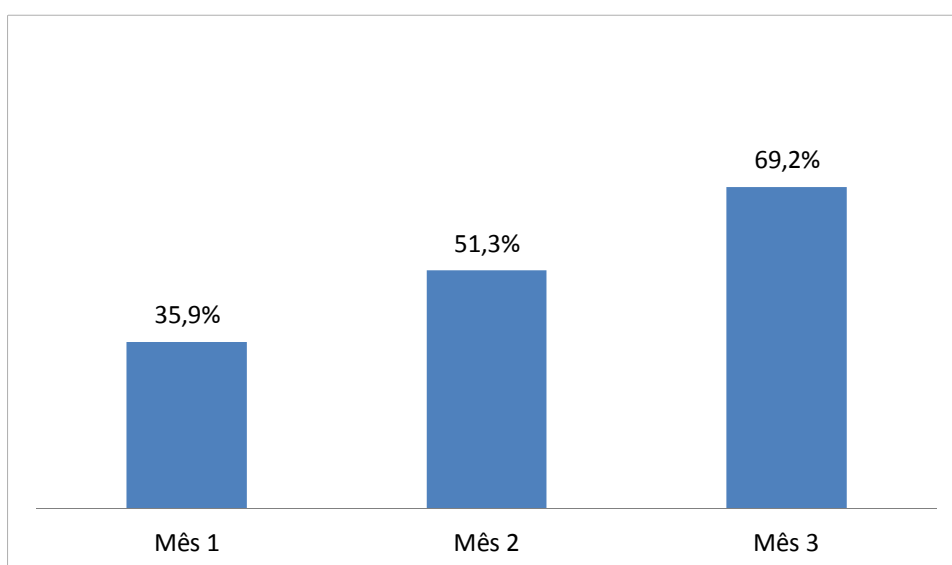


Figura 9. Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na unidade de saúde.

Durante este tempo realizou-se um recadastramento da população alvo pertence nossa área de abrangência. Foi concebido um dia da semana para o atendimento das consultas agendadas destes usuários (segunda-feira), e a demanda espontânea foi atendida durante todos os dias da semana. Todos os usuários portadores de HAS e/ou DM que foram atendidos e acompanhados durante a intervenção passaram por consulta clínica, segundo o protocolo; foi feita a solicitação de exames complementares de acordo com protocolo e com a periodicidade recomendada e a avaliação dos resultados dos que já tinham; foi realizado o exame dos pés, avaliação do risco cardiovascular assim como da necessidade de

atendimento odontológico. Realizaram-se atividades de educação e promoção de saúde no atendimento clínico e nas visitas domiciliares sobre diferentes temas: alimentação saudável, prática de exercício físico e saúde bucal. Também foram realizadas atividades educativas coletivas como conversas nas salas de espera dos usuários na UBS, palestras educativas na comunidade e atividades de recreação saudável. Foram desenvolvidas 6 palestras nas semanas 2, 3, 6, 9 e 12 do projeto. E na primeira e na última semana foram realizadas atividades de recreação saudável. Conseguimos que quase todos os usuários com HAS e/ou DM acompanhados, aderissem ao uso de medicação da farmácia popular, o que ajudou que todos eles mantiveram o tratamento indicado diminuindo o risco de abandono do mesmo, pois faziam uso dos remédios do quadro básico da farmácia popular. Isto contribuiu na estabilização da renda familiar, não tendo o usuário que disponibilizar dinheiro cada mês para a compra dos medicamentos. Também conseguimos maior adesão à medicação e maior controle de seu uso.

Embora tivemos dificuldades com o serviço de odontologia, conseguimos que a maioria dos usuários tivessem uma avaliação pelo odontólogo da unidade.

Durante a intervenção tivemos encontros com os líderes comunitários para conhecer a percepção destes e da comunidade referente ao trabalho que estávamos realizando, o que contribuiu ao aperfeiçoamento do nosso trabalho. Também foram desenvolvidas reuniões com os gestores municipais e da UBS no início e no transcurso da intervenção onde se analisaram a falta de materiais precisos para a continuidade e qualidade da intervenção assim como foram discutidas as dificuldades apresentadas no agendamento e realização dos exames laboratoriais. Apesar das dificuldades enfrentadas no transcurso destes três meses, conseguimos atingir a maioria das metas propostas assim como também dar cumprimento a todas as atividades planejadas. Mesmo com a finalização da intervenção, as atividades continuam sendo desenvolvidas pela equipe, sendo incorporadas á rotina do serviço. Ao longo do tempo os gestores municipais poderão verificar o aumento que teremos em relação à cobertura desta população alvo, e o favorável que seria para o serviço a implementação deste sistema em outros programas de saúde. Contamos com o apoio dos gestores para continuidade deste trabalho.

Obrigada!

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

Prezada comunidade,

Nos meses de Setembro, Novembro e Dezembro do ano de 2015 realizamos uma intervenção na unidade de saúde Dr. Renato de Gasperi com o objetivo de melhorar a atenção às pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na nossa comunidade. Foram realizadas atividades educativas, palestras, atividades de recreação saudável, demonstrações, abordando temas sobre alimentação saudável, prática de exercício físico, saúde bucal, efeitos negativos para a saúde com o uso de cigarro, entre outras atividades dirigidas fundamentalmente aos usuários com pressão alta e diabetes mellitus. Os usuários com pressão alta, assim como os com diabetes e seus familiares, foram orientados sobre importância de comparecer a consulta, da necessidade de atendimento odontológico, do significado de manter o tratamento indicado. Enfatizou-se a necessidade de realizar mudanças no estilo de vida como: alimentação saudável e prática de exercício físico regular.

As ações desenvolvidas resultaram no aumento da quantidade de usuários hipertensos e/ou diabéticos incorporados ao programa. Criamos um dia para o atendimento desta população alvo. Conseguimos que os nossos usuários tivessem atendimento odontológico com vagas de prioridade. Foi feito o registro dos usuários inscritos no programa, permitindo-nos realizar avaliações mais completas e assim direcionar as orientações de forma particular para cada um.

Ao final da intervenção foram acompanhados um total de 223 usuários com hipertensão e 27 usuários com diabetes. Com o transcurso dos meses, o que começou como um trabalho de intervenção; terminou sendo incorporado a rotina diária da unidade. Certamente temos muito por avançar, mas com a participação ativa da comunidade e o atuar da nossa equipe de trabalho, poderemos melhorar ainda mais o número de acompanhamentos.

Durante a intervenção tivemos encontros com os líderes comunitários para conhecer a percepção destes e da comunidade referente ao trabalho que estávamos realizando, o que contribuiu ao aperfeiçoamento do nosso trabalho. Também foram desenvolvidas reuniões com os gestores municipais e da UBS no início e no transcurso da intervenção onde se analisaram a falta de materiais precisos para a continuidade e qualidade da intervenção assim como foram discutidas as dificuldades apresentadas no agendamento e realização dos exames laboratoriais.

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

Depois da culminação de nossos estudos de Especialização em Saúde da Família chega o momento de fazer uma reflexão crítica do processo pessoal da aprendizagem durante este tempo. O curso a distância foi uma nova experiência para mim, pois em realidade nunca antes eu tinha realizado um curso de ensino a distância através do ambiente virtual de aprendizagem (AVA), isto junto a barreira do idioma e ao grande obstáculo que representa o acesso à internet no meu estado (Amazonas); devido a isso enfrentei dificuldades que com o passar do tempo fui superando. Foi de muita importância para poder chegar a conclusão da realização deste projeto de intervenção a relação estabelecida com os meus orientadores, os que me acompanharam durante todo o curso no espaço Diálogos Especializando/Orientador.

A universidade forneceu material atualizado que nos ajudou no processo de aprendizagem e entendimento do funcionamento do SUS e da Estratégia de Saúde da Família, possibilitando-nos aperfeiçoar o nosso trabalho.

No transcurso do curso foram desenvolvidas diversas atividades que contribuíram na qualificação da minha prática profissional assim como na familiarização com as doenças de maior prevalência no Brasil e seus protocolos de atendimento. A participação no fórum coletivo me possibilitou a troca de reflexões através de um ambiente virtual com colegas e professores de diferentes estados desenvolvendo a capacidade de reflexão e contribuindo a meu crescimento profissional.

O curso nos proporcionou conhecimento; nos ensinou valorizar o trabalho em equipe; nos possibilitou a interação com a comunidade e com os gestores; nos sensibilizou ainda mais no atendimento dos nossos pacientes; e permitiu que o atendimento fosse com uma maior qualidade; e tudo isto se traduz numa melhor qualidade de saúde da população.

## **Referências**

Brasil, 2014 a. 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. Cadernos de atenção Básica, n. 37. - Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 128p. : il.

Brasil, 2014 b. 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. Cadernos de atenção Básica, n. 36. - Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 160p. : il.

## **Apêndices**

**Apêndice A - Imagens da UBS/ESF Dr. Renato de Gasperi e da intervenção.**



Área externa da UBS/ESF Dr. Renato de Gasperi.

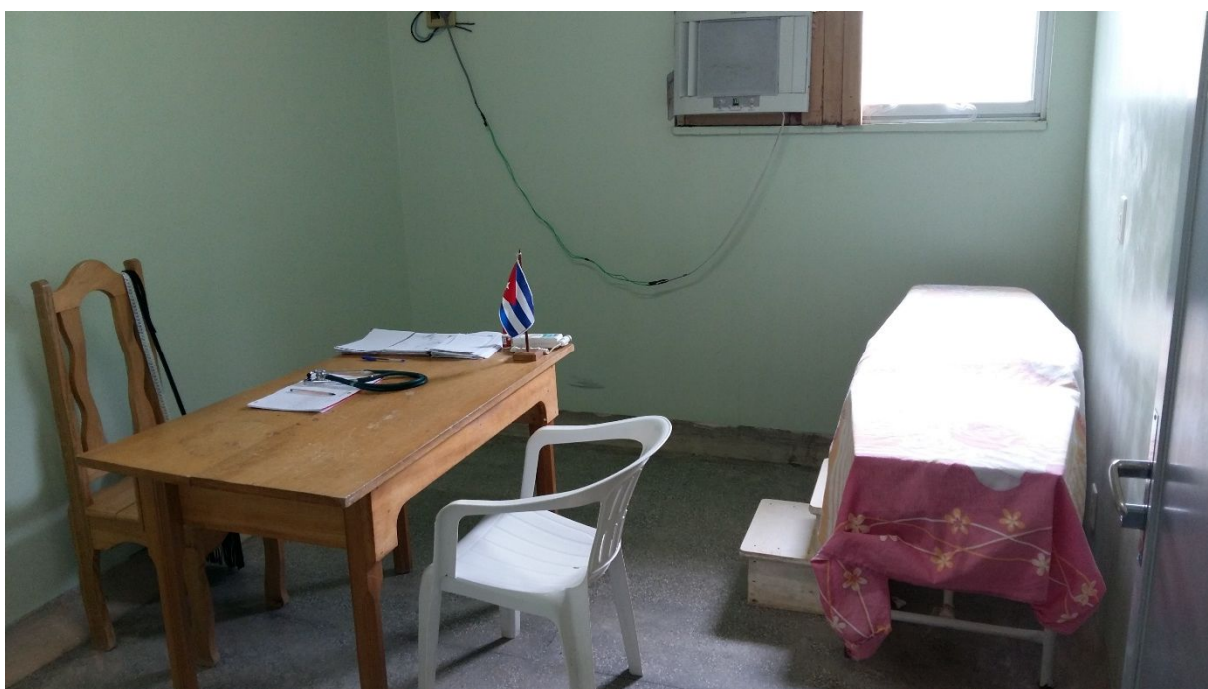


Sala de espera UBS/ESF Dr. Renato de Gasperi.





Corredor UBS/ESF Dr. Renato de Gasperi.



Consultório médico UBS/ESF Dr. Renato de Gasperi.



Equipe de Saúde da Família. (Dra. Monica Bergaza)



Visita domiciliar.



Visita domiciliar.



Visita domiciliar.

## **Anexos**

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

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

---

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

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

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

Prezada Pesquisadora;

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

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





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

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

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

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

\_\_\_\_\_

Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

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

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

\_\_\_\_\_

Assinatura do declarante