

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma 8**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica  
e/ou Diabetes Mellitus na Casa Saúde da Família Caranã, Boa Vista/ RR**

**Gricel Susana Diaz Frias**

**Pelotas, 2015**

**Gricel Susana Diaz Frias**

**Melhoria da atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na Casa Saúde da Família Caranã, Boa Vista/ RR**

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: Daniela Nunes Cruz

Pelotas, 2015

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

F897m Frias, Gricel Susana Diaz

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na Casa Saúde da Família Caranã, Boa Vista/RR / Gricel Susana Diaz Frias; Daniela Nunes Cruz, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

102 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Cruz, Daniela Nunes, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho primeiramente a Deus por guiar meus estudos e fortalecer-me para culminar o proposto, a meus pais, irmã e esposo por todo o apoio que me ofereceram durante o transcurso da intervenção.

## **Agradecimentos**

Agradeço a minha orientadora por toda sua ajuda e paciência durante todas as semanas do curso.

Agradeço toda minha equipe por todo o apoio e esforço realizado e todos aqueles que de uma forma desinteressada me ajudaram na finalização do trabalho.

Agradeço a meu esposo por todo o carinho e compreensão.

Agradeço a Deus por iluminar meus passos em minha vida.

## Resumo

DIAZ FRIAS, Gricele S.. **Melhoria da Atenção a Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na Casa Saúde da Família Caranã, Boa Vista/RR.** 2015. 100f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus constituem fatores de risco para doenças cardiovasculares, sendo estas a primeira causa de morbimortalidade na população brasileira, podendo afetar a qualquer indivíduo independentemente do grupo etário a que pertença. O presente trabalho teve como objetivo geral melhorar a atenção à saúde dos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na Casa Saúde da Família Caranã, Boa Vista/RR. A intervenção foi realizada no período de fevereiro a junho de 2015. Antes da intervenção tinha uma estimativa de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde de 383 hipertensos (59%) e/ou diabéticos 103 (55%). Apesar do trabalho que já vinha sendo realizado em minha unidade de saúde com estes grupos, não estava organizado, não se realizava busca ativa a usuários faltosos; não se realizava a estratificação de risco cardiovascular, não tendo um agendamento de acordo a sua classificação de risco, as orientações eram realizadas de forma geral e não desenvolvíamos grupos de hipertensos e/ou diabéticos. As ações desenvolvidas na intervenção basearam-se em quatro eixos pedagógicos: Monitoramento e avaliação; Organização e gestão do serviço; Engajamento público e Qualificação da prática clínica. Após a intervenção, conseguimos ampliar a cobertura dessa população alvo atingindo 128 hipertensos (36,8%) e 50 diabéticos (48,5%). Em relação aos indicadores de qualidade houve melhoras na realização da estratificação de risco por exames clínicos em dia, atingindo 126 hipertensos (98,4%) e 50 diabéticos (100%). Os exames complementares de acordo com o protocolo foram realizados por 127 hipertensos (99,2%) e 50 diabéticos (100%). Houve melhoria na coleta de dados para estes usuários, utilizando a ficha de espelho e planilha de coleta de dados disponibilizado pelo curso; ampliação da oferta de visitas domiciliares, da realização de busca ativa dos usuários faltosos, avaliação de saúde bucal realizado para 112 hipertensos (87,5%) e 40 diabéticos (50%), criação do grupo de hipertensos e diabéticos, entre outras ações de qualificação desta ação programática. A principal dificuldade no decorrer da intervenção foi ter uma área descoberta sem ACS, impossibilitando a busca ativa de todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos da área. Este trabalho de intervenção possibilitou conhecer o principal problema de saúde que afeta a nossa comunidade, permitindo a melhoria da qualidade na atenção aos hipertensos e/ou diabéticos, além de facilitar a acessibilidade ao serviço de saúde. A equipe incorporou as ações a sua rotina diária, tendo agora maior comprometimento para continuar melhorando a qualidade dos serviços oferecidos a população.

**Palavras-chave:** atenção primária à saúde; saúde da família; Saúde do hipertensos e/ou diabéticos; Assistência domiciliar; Saúde Bucal.

## Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção aos hipertensos na unidade de saúde.	66
Figura 2	Cobertura do programa de atenção aos diabéticos na unidade de saúde.	67
Figura 3	Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.	68
Figura 4	Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.	69
Figura 5	Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	70
Figura 6	Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia acordo com o protocolo.	71
Figura 7	Proporção de hipertensos com avaliação de necessidade de atendimento odontológico.	73
Figura 8	Proporção de diabéticos com avaliação de necessidade de atendimento odontológico	74
Figura 9	Proporção de hipertensos faltosos as consulta com busca ativa.	75
Figura 10	Proporção de diabéticos faltosos as consultas com busca ativa.	75
Figura 11	Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento	76
Figura 12	Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento	77
Figura 13	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	78
Figura 14	Proporção de diabético com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.	79
Figura 15	Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.	80

Figura 16	Proporção de hipertensos com orientação sobre prática de atividade física regular	81
Figura 17	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre o risco de tabagismo	82
Figura 18	Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos de tabagismo	83
Figura 19	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal	84
Figura 20	Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.	85



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

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DM	Diabetes Mellitus
DCVs	Doenças Cerebrovasculares
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EAD	Educação a Distância
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Acompanhamento de Hipertensos e/ou Diabéticos
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgências
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
USF	Unidade de Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS

## Sumário

Apresentação .....	9
1 Análise Situacional .....	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	11
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	13
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	27
2 Análise Estratégica .....	29
2.1 Justificativa.....	29
2.2 Objetivos e metas.....	31
2.2.1 Objetivo geral.....	31
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	31
2.3 Metodologia.....	33
2.3.1 Detalhamento das ações .....	33
2.3.2 Indicadores .....	50
2.3.3 Logística.....	56
2.3.4 Cronograma.....	59
3 Relatório da Intervenção.....	61
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	61
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	63
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	63
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	64
4 Avaliação da intervenção.....	65
4.1 Resultados .....	65
4.2 Discussão.....	85
5 Relatório da intervenção para gestores .....	89
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	92
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	94
Referências .....	96
Anexos .....	97

## **Apresentação**

O presente volume consiste no Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade EAD promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) e Universidade Aberta do SUS (UNASUS).

O tema da intervenção está direcionado à saúde do hipertenso e diabético, no município de Boa Vista/RR, titulada “Melhoria da atenção à saúde dos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na Casa Saúde da Família Caranã, Boa Vista/ RR.”

O trabalho está organizado em sete capítulos. O primeiro apresenta a Análise situacional, ou seja, uma análise profunda e sistemática da situação de saúde onde se desenvolveu o trabalho, relatando as características do sistema de saúde do município, às características da população, à estrutura da unidade, atribuições dos profissionais, atenção a demanda espontânea, atenção ao pré-natal e puerpério, atenção a saúde da criança, controle de câncer de colo e mama, atenção aos hipertensos e diabéticos, saúde de idoso e saúde bucal e o engajamento público, apresentado no Relatório de Análise Situacional.

O segundo capítulo é a Análise estratégica que compreende a elaboração do projeto de intervenção, descrevendo a justificativa, os objetivos e metas traçados, a metodologia, indicadores, logística e o cronograma, que foi o guia para a realização das ações desenvolvidas no projeto de intervenção.

O terceiro capítulo apresenta o Relatório da intervenção, destacando as ações previstas e desenvolvidas e as não desenvolvidas; aspectos relativos a coleta, sistematização dos dados e a viabilidade da incorporação das ações á rotina de serviço, para dar continuidade ao trabalho feito até o momento.

O quarto capítulo apresenta a Avaliação da intervenção através dos resultados obtidos durante a intervenção, assim como, a discussão desses resultados.

O quinto capítulo destaca o Relatório da intervenção para os gestores que aponta aspectos da gestão que foram importantes para viabilizar e melhorar a intervenção realizada, seguindo do sexto capítulo - Relatório da intervenção para a comunidade – que demonstra os ganhos para a comunidade e a importância da comunidade apoiar o serviço para que a atenção a saúde seja cada vez melhor.

O sétimo capítulo apresenta uma Reflexão crítica sobre o meu processo pessoal de aprendizagem. Ao final do volume encontram-se as referências, apêndices e anexos.

## **1 Análise Situacional**

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

Eu trabalho na Casa Saúde da Família Caranã, município Boa Vista, Estado Roraima. Minha percepção de Unidade Básica de Saúde (UBS) é ótima. Temos uma equipe boa, com excelentes perspectivas no trabalho, com uma eficiente estrutura administrativa, que permite o funcionamento da Unidade de saúde. Eu trabalho em um posto de saúde pequeno, que se encontra situado na zona oeste do município de Boa Vista, o clima é úmido e muito quente da Amazônia. É um bairro residencial onde se encontram três escolas, várias lojas, um supermercado, duas academias, diversas igrejas de variadas religiões.

A Unidade de saúde foi construída inicialmente para atendimento de 24 horas e estrutura física cedida pelo governo do Estado, por isso é um prédio de dois andares, onde o andar superior era uma casa com quarto, cozinha, banheiro e a sala, sendo atualmente utilizada para educação em saúde, como: roda de conversas, oficinas e etc. Com estas características o posto foi adaptado para funcionar como uma Unidade de saúde. No térreo funciona o atendimento de toda a população, onde dispomos de um salão principal, onde fica a recepção juntos com os arquivos (não temos um área específica para guardar as fichas dos usuários); uma sala de vacinas, que funciona somente no período matutino; ao lado está situada a sala do gestor atual, onde, muito próximo a esta sala encontra-se um local muito pequeno, que funciona como almoxarifado para guardar materiais de escritório (permanentes), sendo que na planta da estrutura física desta unidade era pra ser uma sala de expurgo; seguindo vem a sala de acolhimento onde é realizado a triagem dos usuários; ao lado temos uma sala onde funciona a farmácia, com a dispensação de medicamentos para atendimentos aos programas básicos, como: hipertensão, diabetes, saúde da mulher, saúde da criança, saúde do homem, saúde

do adolescente, saúde do idoso, ETC, onde fica um computador com impressora da direção; ao lado esquerdo temos duas salas de atendimentos, uma da enfermagem e outra das médicas.

Nossos atendimentos nesta Unidade de saúde funciona das 08:00 às 12:00 e das 14:00 às 18:00, de segunda à sexta com o seguinte corpo de funcionários: gestor, médicas, enfermeira, farmacêutica, atendente de Farmácia, vacinadora, técnicas de enfermagem, zeladora, recepcionista, Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Hoje nossa Unidade de saúde atende a 963 Famílias com total de 3.662 pessoas, motivo pelo qual a nossa necessidade de ser contemplado com mais um profissional do programa Mais Médicos.

Na Unidade de saúde é ofertado hoje os seguintes serviços à comunidade: visitas domiciliares, consulta de pré-natal, puericultura, coleta de preventivo, atendimento à saúde do homem, da mulher, do idoso, do adolescente e educação em saúde.

Infelizmente esta Unidade de saúde possui várias deficiências: não temos sala de espera para os usuários, sala de curativos, falta armários para medicamentos controlados na farmácia, falta um consultório médico; não temos nenhum tipo de lixeira apropriada para uso ambulatorial, o lixo fica exposto à mercê de crianças se contaminarem na lateral do posto e é recolhido de 15 em 15 dias. A área externa do posto é ampla, precisando de limpeza constante e falta pessoal para fazer esta função.

A equipe está cumprindo com seu objetivo que é melhorar a saúde da população, com a intervenção na família tentando mudar estilos de vida, fazendo atividades de promoção e prevenção de saúde individual e coletiva através de palestras, rodas de conversas, visitas domiciliares, feitas pelos agentes de saúde, médicos e enfermeira, onde olhamos avanços, já que tem aceitação pela população.

Cada dia temos mais gestante nas consultas, fazemos mais puericulturas, as doenças crônicas não transmissíveis, como por exemplo, hipertensão e diabetes tem um melhor controle e conhecimento de sua doença, mas ainda temos muito que fazer. Temos muitas adolescentes grávidas precocemente, por não aderirem às medidas de prevenção à gestação, pior, há muitos usuários com doenças sexualmente transmissíveis por não uso de preservativos e alto grau de promiscuidade. Então, o trabalho com os adolescentes no risco pré concepcional é umas das metas que temos que buscar melhorar. Este programa é muito novo e

precisa tempo para melhorar sua implementação com trabalhos diários de reforço de toda equipe de saúde.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

Eu trabalho no estado de Roraima, município Boa Vista, com uma população de 496.936 habitantes, consta com 32 Unidade de saúde, destas 16 são Casa de Saúde da Família e 16 Centros de Saúde da família, este último são serviços maiores, onde se oferece serviços de laboratório, odontológico e especialidades. O município já solicitou através de projeto, que foi aprovado pelo Ministério da saúde (MS), a implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), porém ainda estamos em vias de implantação.

No projeto do NASF foi solicitada a criação de seis equipes do NASF, sendo uma para cada macro área que tem entre oito a 12 equipes de saúde da família. Na micro área que estou trabalhando a equipe está completa parcialmente, apenas com um médico especialista em medicina de família e comunidade, 1 assistente social e 1 psicóloga. Faltam ser chamados um educador físico, um nutricionista e um fisioterapeuta. Os três profissionais que já estão para compor a equipe estão se apresentando nas Unidades de saúde, falando sobre o mesmo e trabalhando a implantação do acolhimento e outras demandas que vão surgindo até que se complete a equipe e o mesmo seja efetivado.

Temos um Centro Especializando em Odontologia (CEO) e seis Unidades de saúde que oferecem serviços odontológicos. Algumas Unidades de saúde oferecem atendimento de especialidades como ginecologia, pediatria, psicologia, fonoaudióloga e urologia. No município temos disponibilidade dos seguintes serviços hospitalares: um Hospital da criança, uma Maternidade Nossa Senhora de Nazaré, Hospital Geral de Roraima e um Hospital de Pronto Socorro. Para a realização de exames especializados temos um Centro de Referência Mecejana, laboratórios privados que têm convênio com o SUS e algumas Unidades de saúde oferecem serviços de laboratórios.

O município de Boa Vista encontra-se situado na zona oeste do Estado, o clima é úmido e muito quente da Amazônia. O bairro Caranã é residencial onde se encontram três escolas, várias lojas, um supermercado, duas academias, diversas igrejas de variadas religiões. A Unidade de saúde funciona desde 1999 e foi

adaptada para ser uma ESF, o vínculo com o sistema de saúde é através da prefeitura, não tem vínculo com as instituições de ensino, oferece dois turnos de atendimento de 8:00 às 12:00 e de 14:00 às 18:00 horas, de Segunda à Sexta.

Tem uma área geográfica de abrangência definida, cadastrado 100% da população abrangente, sendo formada somente por uma equipe com os seguintes profissionais: duas médicas clínico geral, uma enfermeira, cinco agentes comunitários, três técnicas de enfermagem, um administrador, uma recepcionista, um farmacêutico. Estão cadastradas 963 famílias, que são beneficiadas dos seguintes serviços ofertados na Unidade de saúde: visitas domiciliares, consulta de pré-natal, puericultura, coleta de preventivo, atendimento à saúde do homem, da mulher, do idoso, do adolescente e educação em saúde para as famílias.

Encontra-se estruturada com dois consultórios com banheiro, uma sala de vacinação, uma sala de farmácia, uma sala da gerência, uma sala de acolhimento onde é realizada triagem dos usuários, uma sala destinada ao almoxarifado, temos banheiro para funcionários e para usuários. Todas estas salas têm boa ventilação indireta, iluminação natural, janelas de alumínio e vidro, as portas são revestidas de material lavável, as paredes internas e pisos são de superfície lisa e lavável. Assim é a estrutura da Unidade de saúde, mas em comparação com a estrutura de uma Unidade padrão temos muitas necessidades e limitações.

A sala de recepção é muito pequena, encontra-se junto com a sala dos prontuários, não tem grades ou vidros separando trabalhador e usuário, possui apenas uma cadeira, não tem computador nem telefone. Outra necessidade é de uma sala de espera para os usuários e seus acompanhantes, pois estes esperam a consulta em bancos que ficam na área externa da Unidade de saúde. Não temos sala de reuniões onde possamos ter mesa, televisão, retro projetor, vídeo e/ou computador, interferindo assim na realização de atividades educativas em grupos. Estas atividades estão sendo realizadas na recepção, mas realmente não tem as condições necessárias para que tenhamos uma boa qualidade requerida.

Temos sala de procedimentos, mas tudo se encontra misturado: nesta sala é feito procedimentos como triagem dos usuários, administração de medicação injetável e nebulização, pois não contamos com uma sala específica para cada procedimento, e algumas vezes acontece de ter usuários em triagem, junto com usuários fazendo nebulização, deixando a sala muito cheia e sem a privacidade requerida para os procedimentos. Não temos sala de curativos, e isto dificulta o bom



funcionamento da Unidade de saúde, já que o usuário tem que ser encaminhado para as Unidades mais perto que tenha este atendimento, trazendo muita insatisfação da população.

Não contamos com consultórios odontológicos nem escovódromos, sendo os usuários referenciados aos Centros de Saúde que possuem este serviço. Temos sanitários públicos, mas não possuem lavatórios nem ficam separados por sexo, e não existem sanitários destinados a usuários com deficiência física, sendo isto um dos grandes problemas de acessibilidade.

Outro problema é que não temos uma área física utilizada para o depósito de lixo não contaminado, que é levado de 15 em 15 dias e não temos abrigo de resíduos sólidos. O lixo fica exposto na lateral do posto e é recolhido uma vez por semana pela prefeitura, o que é um dos principais problemas, pois atrai a presença de vetores e roedores, trazendo o risco de doenças infecciosas e parasitárias tanto para os usuários como para os trabalhadores da unidade.

O prédio da Unidade de saúde não é adequado para o acesso de pessoas com deficiência, não existem tapetes em nenhuma das salas, não temos rampas alternativas para garantir o acesso destas pessoas, as calçadas do prédio não permitem o deslocamento seguro de deficientes visuais, cadeirantes e idosos, não existem corrimãos nas escadas, rampas ou corredores para acesso de usuários com mobilidade reduzida, os banheiros não possuem portas nem espaço suficientes para usuários de cadeiras de rodas.

Um das deficiências que podem ser melhorada é a criação de um local adaptado para sala de reuniões, que seja útil para fazer todas as atividades educativas planejadas pela equipe, assim como para os agentes de saúde, proporcionando todos os equipamentos e materiais necessários para o bom funcionamento da mesma, criar um espaço adequado para o depósito de lixo não contaminado e o abrigo de resíduos sólidos que não fiquem muito tempo fora da Unidade e solicitar da Prefeitura o recolhimento do lixo 3 vezes por semana para, evitar doenças transmissíveis. E o último problema priorizado é melhorar a atenção para usuários com deficiência, podendo fazer as sinalizações que faltam na Unidade de saúde, solicitar à Secretaria de saúde uma cadeira de rodas para melhorar o atendimento dos usuários que precisem utilizá-la na Unidade de saúde, também falar com a prefeitura sobre o planejamento da melhora das calçadas próximas a

Unidade de saúde para promover maior acesso, assim como, a estrutura interna para o atendimento destes usuários.

Em relação as atribuições da equipe, como não temos serviços odontológicos, eles não participam do processo do mapeamento territorialização. Dos membros que são profissionais só participam do processo do mapeamento e territorialização o médico a enfermeira e os ACS. Não fazemos pequenas cirurgias/procedimentos em nossa Unidade de saúde. Fazemos atendimento de urgências/emergências mais sem todos os recursos necessários para atender a uma verdadeira emergência.

A busca ativa de usuários é realizada pelo médico, pela enfermeira e ACS, mas noto que os últimos não têm a motivação suficiente. No ambiente domiciliar não realizamos consultas odontológicas e fisioterápicas por não ter estes serviços na Unidade de saúde. Nenhum profissional promove a participação da comunidade no controle social.

Nossa Unidade de saúde foi concebida para solucionar os problemas de saúde que apresenta a população que mora perto dela, para promover saúde e prevenir doenças evitáveis. Somos a primeira porta de entrada aos sistemas de saúde, o primeiro contato que os usuários têm com os serviços de saúde, somos o lugar onde eles buscam o primeiro auxílio para suas dúvidas sobre saúde, onde eles devem encontrar respostas e soluções a seus problemas e, caso não obtenham essas respostas pelo menos deve obter o atendimento básico e elementar.

Para dar solução a estas situações apresentadas em nossa Unidade de saúde, primeiro devo explicar que não temos governabilidade direta em todas as limitações, por exemplo, na solicitação de recursos para a realização de pequenos procedimentos e o cumprimento das mesmas. Mas sim, podemos fazer questionários de satisfação da população com perguntas que incluíam este tema (serviços) ou outros que nós queremos melhorar. Além disso, podemos organizar palestras com a presença de todos os profissionais da Unidade de saúde e fazer convites para que cada uma deles dêem informações sobre seu trabalho, assim estaremos estimulando sua motivação buscando sua participação nas atividades, tanto de busca ativa de usuários com doenças e agravos de notificação compulsória e no processo de mapeamento e territorialização da área de atuação da equipe. Nestas situações, possuo governabilidade para atuar, e já estamos identificando os meios para abordá-los nas reuniões de equipe.

Na área de abrangência temos um total de 3.662 pessoas, tendo só uma equipe para fazer atendimento, o que é adequado, porque a equipe consta de duas médicas, o que permite realizar um melhor acolhimento e atenção à demanda espontânea, oferecendo atenção integral e individualizada, em todas as situações que se apresentem. De acordo com a distribuição da população por sexo, tenho um total de 1.799 homens, equivalente a 49% e 1.863 mulheres, correspondendo 51%. Em todos os países, segundo as estatísticas, sempre há um predomínio de sexo feminino sobre masculino.

Com relação ao acolhimento, este ocorre na recepção, pois não temos uma sala específica para isso e todos os profissionais da unidade participam do processo de acolhimento. O tipo de acolhimento que se faz é misto, a enfermagem acolhe a demanda espontânea da área, quando uma das médicas não tem atendimentos agendados, atende os casos agudos encaminhados pelo acolhimento, mas isto não é estático pois depende do fluxo de usuários.

Experimentamos diferentes possibilidades de modelagens, propiciando tanto ajuste a realidade da unidade como o protagonismo dos trabalhadores na implementação de acolhimento de forma dialogada e compartilhada. O acolhimento é feito todos os dias e é realizado nos turnos de atendimento da unidade, na manhã e tarde. A equipe de saúde conhece e utiliza avaliação e classificação de risco biológico para definir o encaminhamento da demanda do usuário, além disso, também conhece e avalia a classificação de vulnerabilidade social para definir o encaminhamento necessário.

Na Unidade de saúde existe um excesso de demanda para consulta de usuários com problemas de saúde agudo que necessitam de atendimento imediato, prioritários com o médico e muitos residem fora da área de cobertura. A conduta com o excesso de demanda se faz de acordo com a avaliação de risco. Quando temos um atendimento de alto risco para a vida chama-se o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), para que o usuário seja avaliado com os médicos necessários para este tipo de atendimento. Quando o risco é moderado, faz-se o atendimento na unidade pelo médico de forma prioritária, e os de risco baixo são avaliados primeiro pela enfermagem e depois são encaminhados a consulta com a médica dependendo da avaliação de risco e a vulnerabilidade psicossocial. Nosso desafio é organizar adequadamente o acolhimento na unidade de saúde, exigindo a agregação de novos sujeitos capazes de se envolver com a gestão e cuidado, sendo

isto aspectos indissociáveis e que demandam a integração de mais atores do que apenas os membros da equipe.

A taxa de mortalidade infantil caiu muito nas últimas décadas no Brasil, graças a diminuição da pobreza, ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família e a outros fatores. As ações que são feitas na unidade de atenção à saúde da criança são: atendimento de puericultura de 0 a 24 meses, três dias da semana, visita domiciliar ao binômio mãe e recém-nascido no contexto da família, para orientação de todos sobre o cuidado de ambos e para ofertar a consulta para ambos. Existe oferta de atendimento para crianças até 72 meses de idade com problemas de saúde agudo.

Além disso, fazemos diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, imunização, prevenção de anemia, violência, promoção de aleitamento materno, de hábitos alimentares saudáveis, da saúde bucal, da saúde mental e teste de pezinho. Estas ações são feitas de forma programática, regidas por um protocolo feito pelo MS. Na Unidade de saúde tem registros específicos de puericultura e os prontuários médicos para assim fazer uma melhor avaliação, planejamento e monitoramento do programa, sendo possível identificar todas as dificuldades que temos.

Em relação a avaliação da cobertura de saúde da criança acreditamos que não é boa, pois de um total de 77 crianças estimada pela Caderno de Ações Programáticas (CAP), apenas 46 crianças (60%) estão cadastradas e acompanhadas na Unidade. Portanto esta é uma questão bastante abordada durante as reuniões da equipe, onde foi possível identificar que as mães só procuram atendimento para seus filhos quando se encontram doentes. Porém estamos buscando estratégias para melhorar estes indicadores, como a realização de palestras sobre aleitamento materno e sobre alimentação saudável para crianças antes dos atendimentos de puericultura, captando, desta forma, novas crianças e dando continuidade ao acompanhamento de outras.

Foi possível também identificar outro problema que é a baixa porcentagem de crianças que possuem a quantidade de consultas preconizada pelo protocolo do MS, estando em torno de 39 crianças (85%), pois como já foi abordado anteriormente, as mães não levam seus filhos para as consultas de acompanhamento, no qual é passado essas instruções para elas desde o pré-natal. Outra problemática encontrada é a difícil realização das consultas nos primeiros sete

dias de vida, que consta aproximadamente 28 crianças (61%), no qual os ACS possuem uma grande responsabilidade, pois não fazem uma busca ativa das crianças recém-nascidas, perdendo as primeiras consultas que se devem ser realizadas de acordo com o protocolo.

Em relação às vacinas, não identificamos nenhum problema, pois a nossa Unidade de saúde possui um posto de vacinação e as mães sempre procuram para atualizar as mesmas, e quando é identificada uma falha no esquema de vacinação durante a consulta encaminhamos a mãe diretamente para a sala de vacina. Temos realizados várias palestras sobre aleitamento exclusivo, e durante as consultas temos orientado as mães sobre os benefícios que possuem o aleitamento exclusivo, benefícios estes que alcança tanto as mães quanto os filhos. Temos identificado que isto não tem sido suficiente, pois temos poucas crianças com aleitamento exclusivo, a maioria já foi adicionado a sua alimentação o aleitamento artificial desde os primeiros dias de nascidas, e o que as mães alegam é que não possuem muito leite, a criança nunca fica satisfeita sendo assim adicionado o leite artificial.

Outro ponto positivo é o monitoramento do crescimento e desenvolvimento de 100% das crianças acompanhadas, onde se faz a comparação entre a consulta passada e a atual, avaliando a curva de crescimento e explicando os riscos que podem apresentar a criança se ocorrer alguma alteração. Com relação a avaliação da saúde bucal, não temos odontólogos especializados no atendimento infantil, sendo assim, as crianças não são avaliadas, mas encaminhadas para a unidade mais próxima que realiza esse atendimento, contudo, ainda encontramos mães não levam seus filhos para o atendimento.

Acredito que um dos aspectos do trabalho que poderiam ser melhorados para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à saúde da criança na Unidade de saúde é que temos que fazer um arquivo específico para criança visando organizar os prontuários de forma individual e assim poder ter todas as informações que se precisem como, verificar crianças faltosas, com vacinas pendentes, conhecer quantas crianças fora da área são atendidas, entre outras coisas. Além disso, temos que fazer com mais frequência ações educativas relacionadas com puericultura para motivar as mães e melhorar este programa.

A atenção pré-natal é o cuidado dispensado as mulheres durante todo o ciclo gravídico puerperal (gestação, parto e puerpério), cujo objetivo primordial é prevenir a mortalidade e morbidade da mãe e da criança através de uma série de

cuidados e recomendações. É dever dos serviços e profissionais de saúde acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido focando-os como sujeitos de direitos.

Na Unidade de saúde se realiza ações de atendimento de atenção pré-natal três dias da semana. Existe atendimento para gestantes com problemas de saúde agudos, realizamos diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, controle dos cânceres de colo de útero e mama, imunização, planejamento familiar, promoção de aleitamento materno, hábitos alimentares saudáveis, atividades físicas, saúde bucal e saúde mental. Tudo se faz de forma programada de acordo com o protocolo disponível pelo MS. Este programa consta de prontuário médico e formulário especial do pré-natal permitindo o monitoramento e avaliação de forma regular de todas as ações feita para as gestantes.

A avaliação da cobertura de pré-natal é regular porque de um total estimado de 56 gestantes, segundo o CAP, temos 48 gestantes atendidas na área (87%). Isto deve ser melhorado a partir de uma adequada assistência pré-natal, com diagnóstico precoce das situações de risco, além da qualificação da assistência ao parto. Esses fatores são os grandes determinantes dos indicadores de saúde relacionados à mãe e ao bebê que têm o potencial de diminuir as principais causas de mortalidade materno neonatal.

Avaliando os indicadores da qualidade da atenção pré-natal em minha unidade as consultas em dia de acordo com o calendário do MS aconteceram para 43 gestantes (90%). Temos incentivado os ACS nestes aspectos buscando todas as gestantes para fazer captação no primeiro trimestre. Outro indicador analisado foi o pré-natal iniciado no primeiro trimestre, realizado para 41 gestantes (85%). Um indicador que precisa de maior investimento é a realização de exame ginecológico por trimestre que foi realizado para 21 gestantes (44%). Este exame se faz quando a usuária apresenta um corrimento vaginal ou outro sintoma que obrigue a fazer este exame, pois não realizamos de forma rotineira em cada trimestre. Outro indicador de maior problema é da avaliação de saúde bucal, que não foi realizado para nenhuma gestante (0%). Apesar de realizarmos a orientação no inicial da gestação sobre a importância de fazer uma avaliação pelo odontólogo, as gestantes não participam da consulta.

Em relação aos aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção ao pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação. O início precoce do pré-natal é

essencial para uma adequada assistência, realizar o número ideal de consultas de acordo com o calendário do MS, ter à disposição da gestante todos os exames de laboratório que precisam, assim como, a suplementação de sulfato ferroso que muitas vezes não temos no posto e a usuária passa tempo sem tomar medicação por não ter os recursos necessários para comprá-lo.

A Unidade de saúde deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde. É um ponto de atenção estratégico para melhorar o acolhimento de suas necessidades, inclusive proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado principalmente durante a gravidez. Deve ser garantido às gestantes, conforme a organização loco regional da linha de cuidado materno-infantil, as pactuações das formas de referência e contra-referência entre a Rede de Atenção Básica e as demais redes assistenciais para garantir o acesso aos serviços e equipamentos do sistema.

Para a prevenção de câncer de colo de útero orientamos o uso de preservativo em todas as relações sexuais, sobre os malefícios do tabagismo e ofertamos ações de educação em saúde para a mulher estimulando a realização periódica do exame preventivo do câncer de colo. A coleta de exame citopatológico é realizada pela enfermeira. Não temos um protocolo para o monitoramento destas ações, mas sim, temos um livro de registro para o monitoramento do que vem sendo realizado.

Em relação a avaliação da cobertura de prevenção de câncer de colo de útero avaliamos como boa. Temos um total de 780 mulheres na faixa etária entre 25 a 64 anos cadastrados (100%), segundo indicador de cobertura. Com relação aos indicadores de qualidade eu avalio como precário, pois na realização de exame citopatológico neste ano só realizamos em 187 mulheres (24%). Não temos nem 50% do total de mulheres, muitas realizam o exame privado porque demora muito o resultado pois só temos um laboratório no estado e não temos como registrar a quantidade de mulheres que realizaram o teste de Papanicolau. Além disso, este exame é feito só pela enfermeira e como as técnicas de enfermagem não são capacitadas, muitas vezes temos dificuldade, já que a cobertura é grande.

Eu acredito que para melhorar o trabalho e assim ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do controle de câncer de colo de útero temos que ofertar a 100% das mulheres orientação da importância do uso de preservativo, aumentar o número de profissionais que realizem a coleta de exame citopatológico como, por

exemplo, a técnica de enfermagem onde seja feita uma capacitação para realizar com qualidade o procedimento evitando amostras insatisfatórias. Pretende-se também não somente fazer o registro das coletas nos prontuários e livros de registro, mas criar um formulário especial e um arquivo específico onde se possa fazer uma revisão com frequência para termos um melhor controle dos resultados dos exames e avaliar a qualidade do programa com mais certeza.

Temos que melhorar a participação dos ACS nas ações realizadas em saúde da mulher. Para não perder o seguimento de mulheres com exame alterado temos que ter bem identificadas essas mulheres, realizar consultas estabelecidas no protocolo e fazer visitas domiciliares com a frequência necessária. Para isto, o trabalho dos ACS é fundamental, também temos que criar uma estratégia em que a supervisão dos registros seja feita com mais frequência e por todos os profissionais da equipe.

Em relação ao controle de câncer de mama são realizadas ações para o controle de peso corporal das mulheres da área de cobertura, estimulando para a prática de atividades físicas, orientando sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool. Não temos um protocolo específico, só temos um registro da enfermagem onde todas as mulheres que realizam o exame citopatológico são avaliadas também através do exame de mama, mas não tem um registro específico na Unidade de saúde, onde se coloque a indicação de mamografia na consulta normal. A cobertura encontra-se ótima, atingindo 171 mulheres na faixa etária entre 50 a 69 anos (100%) da área de abrangência.

Acredito que temos que melhorar o seguimento das mesmas com um melhor controle realizado por toda a equipe e supervisionado pelos profissionais mais capacitados. No indicador de qualidade do controle do câncer de mama temos algumas dificuldades já que, ao não ter um registro específico, não temos como fazer um adequado acompanhamento ao programa. As mamografias em dia encontra-se atualizada para 81 mulheres (47%), indicador este que precisamos melhorar. Realizamos avaliação de risco para câncer de mama, orientamos sobre a prevenção do câncer de mama para todas as mulheres (100%). Entretanto, temos que melhorar nosso trabalho, fazer um enfoque mais profundo, criar alternativa para que o programa seja do interesse de todos os profissionais, criar um registro especial para o programa onde fiquem os resultados das mamografias e assim evitar



que os resultados com alteração não tenham um bom seguimento e o atendimento diferenciado que precisa.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos. Apesar de apresentar uma redução significativa nos últimos anos, as Doenças Cerebrovasculares (DCVs) têm sido a principal causa de morte no Brasil. (SCHMIDT et al, 2011).

Na Unidade de saúde realizamos ações de orientação de hábitos alimentares saudáveis para os portadores de diabetes e hipertensão, controle de peso corporal, ações de estímulo á prática regular de atividades físicas, orientamos sobre o malefício de consumo excessivo de álcool e tabagismo. Temos um dia de atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos onde oferecemos atendimento para estes usuários além disso, fazemos imunização, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de alcoolismo, obesidade, sedentarismo e tabagismo. Estas ações estão estruturadas de forma programática. Temos um registro específico de hipertensos e diabéticos onde fazemos o monitoramento destas ações.

A cobertura do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área não está bom, pois o CAP estimou a presença de 652 hipertensos, entretanto, só tenho 384 hipertensos (59%) cadastrados e acompanhados. Ainda temos muito trabalho a fazer na comunidade buscando usuários que são hipertensos, mas que não tem cadastro na Unidade de saúde. Além disso, falta um agente de saúde na unidade, o que revela a existência de uma área desprotegida na qual não podemos ter certeza da quantidade de hipertensos, só dos que fazemos visitas e os casos que fazemos atendimento na consulta que pertencem a essa área.

Realizamos atendimento a mais de 50% de hipertensos da área, fazendo modificação dos estilos de vida, fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. A alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados, sem os quais os níveis desejados da pressão arterial poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamentos.

Os indicadores de qualidade avaliamos como regular, pois não realizamos estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, sendo isto uma ferramenta muito importante para definir os parâmetros de cuidado e também os critérios relacionados à periodicidade de acompanhamento das pessoas com HAS pela equipe. No atraso das consultas agendadas em mais de sete dias temos 337 hipertensos (88%). Aqui não temos muito problema pois os usuários gostam de ser avaliados, examinados e quando não podem frequentar a consulta por alguma causa são agendados novamente para os próximos 15 dias, não perdendo a consulta no mês.

Os outros indicadores estão bons, pois como já mencionei, nas consultas sempre se fala da importância de eliminar os fatores de risco que possa levar a complicações dos usuários e elevar a qualidade de vidas destas pessoas. O que temos grande problema é com avaliação de saúde bucal, não temos nenhum documento onde se registre esta informação, além disso, os usuários fazem atendimento de forma espontânea pois não existe um dia específico na unidade onde prestamos este serviço para fazer avaliação destes usuários.

De acordo com a estimativa do número de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área, temos um total de 186 usuários diabéticos estimados pelo CAP, somente 103 (55%) estão cadastrados e acompanhados. Avaliamos a cobertura de Diabetes Mellitus (DM) como regular, pois deveríamos fazer o atendimento e cadastramento a um maior número destes usuários.

A avaliação dos indicadores de qualidade da atenção a diabetes mellitus também é regular, pois apesar de se falar nas consultas e nas reuniões de grupo da importância do cumprimento da assistência a consulta, temos muitos usuários faltosos, que não fazem os exames laboratoriais indicados. Muitas vezes não temos um bom funcionamento da rede de laboratórios que deveriam priorizar aos usuários deste programa para que possam ter os exames em dia, pois os usuários em algumas ocasiões faltam a consulta por não ter feito os exames complementares.

Também não fazemos a realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, não se faz uma avaliação bucal aos usuários que apresentam esta patologia. Nos outros indicadores não temos problemas pois quando vão a consulta e nas reuniões de grupo falamos sobre os fatores de risco, alimentação adequada e como evitar complicações decorrentes dessa patologia.

Um dos aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos e diabéticos é que estes usuários deveriam sair do atendimento com a próxima consulta agendada. É programado o mês, mais o dia da consulta é para quando tem vaga, outro aspecto importante é que em todos os usuários deve-se realizar a classificação para estratificar o risco cardiovascular pois como falei anteriormente ajuda a definir os parâmetros de cuidado e também os critérios relacionados à periodicidade de acompanhamento das pessoas com HAS e DM.

Outro ponto é criarmos um grupo de profissionais que se dediquem ao planejamento, gestão, avaliação e monitoramento de ações dispensadas aos adultos, podendo assim detectar problemas e buscar soluções de forma imediata melhorando este programa. Além disso, a existência de um nutricionista e um educador físico seria muito bom pois assim poderia se realizar um melhor controle de fatores de risco dos usuários, também a avaliação por parte da psicóloga é muito importante pois a maioria dos usuários, principalmente diabéticos, se deprimem pelas proibições sobre alimentação e as complicações desta doença.

Outro aspecto que pode ser melhorado é a acessibilidade aos laboratórios e a realização dos exames não seja agendada para dois meses como acontece impossibilitando a avaliação e seguimento dos usuários descompensados. Acredito que devemos ter um sistema de informação que permita uma avaliação constante e a participação significativa de profissionais não médicos no processo de acompanhamento dos hipertensos, isto ajudaria aos ACS a ter maior compromisso e incentivar o processo de trabalho para que o programa fique mais organizado.

Em relação as ações que são realizadas na Unidade de saúde aos idosos, fazemos atendimento uma vez por semana tanto aos da área de abrangência, como fora da área. Oferecemos imunização, promoção de atividades física, hábito alimentares saudáveis, saúde bucal, saúde mental, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos geral, diagnóstico e tratamento de alcoolismo, obesidade, sedentarismo e tabagismo. Estas ações são estruturadas de forma programática através de um protocolo feito pelo MS.

Segundo estimativa do CAP existe na área de abrangência 201 idosos, sendo que foram encontrados 197 idosos (98%) cadastrados e acompanhados. Realizando ações de promoção do envelhecimento ativo e saudável, atenção integral a saúde da pessoa idosa, visando melhorar a qualidade de vida desta

peessoas. Além disso, fazemos internação domiciliar aos usuários que precisam de cuidados especializados, mas que não necessitem de internação hospitalar, proporcionando aos idosos um atendimento humanizado que promova a sua recuperação, reduzindo o risco de infecções e permitindo maior autonomia aos usuários e as familiares durante o tratamento.

Outro ponto a avaliar são os indicadores de qualidade que estão bons, pois todos os idosos (100%) receberam a caderneta de saúde facilitando aos profissionais que fazem atendimento anotar todas as informações referente a sua saúde. Fazemos também avaliação multidimensional rápida podendo determinar as deficiências ou habilidades do idoso para executar determinadas tarefas diárias do ponto de vista médico, funcional e social. Também fazemos avaliação de risco de morbimortalidade, orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, para atividade física regular, investigação de indicadores de fragilização na velhice sempre dando atendimento priorizado e com qualidade.

Entre os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção aos idosos é que depois do atendimento já saíssem com a próxima consulta agendada, para que não fiquem esperando vaga. Outro ponto importante seria a participação de uma psicóloga e nutricionista na equipe realizando avaliação uma vez por semana. É extremamente importante também, que todos os idosos recebam avaliação anual pelo odontólogo, que cada unidade de saúde tenha um educador físico para fazer caminhadas, atividade física regular e ter uma interação mais completa entre equipe e usuários, melhorando seu estado de saúde.

Outro aspecto que pode ser melhorado é a utilização de protocolos para regular o acesso a outros níveis do sistema de saúde como, atendimento nas especialidades, mas acho que este é um ponto que temos muito problema pois quando precisamos de avaliação de algum especialista, o atendimento demora de 2 a 3 meses para que ocorra. Da mesma forma acontece quando encaminhamos usuários para pronto atendimento em função de uma descompensação. Os usuários acabam retornando para casa com a permanência dos sintomas.

Também podemos fazer um arquivo específico do atendimento dos idosos para assim ter um melhor controle de usuários faltosos, que tenham exame pendente e identificar idosos com risco. Além disso, é muito importante a criação de um grupo de profissionais que possa se dedicar ao planejamento, gestão,

coordenação, avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos idosos para assim ter um melhor controle do programa e definir as deficiências e buscar soluções de forma imediata.

Um dos maiores desafios que apresenta a Unidade de saúde são as condições estruturais da unidade e a limitação na oferta de serviços, tais como, laboratório, odontologia, psicologia, nutricionista, educador físico, etc. Outro desafio é diminuir os indicadores de morbimortalidade materno-infantil no Brasil, diagnosticar e tratar precocemente usuários que apresentem câncer de mama, câncer de colo de útero para diminuir a taxa de mortalidade para estas doenças.

Espera-se também ter uma melhor integração entre os serviços hospitalares e odontológicos com a atenção primária para assim poder oferecer serviços de excelência. Dentro dos recursos que a Unidade de saúde apresenta, desejamos ter uma sala de vacinação, uma farmácia e realização de coleta de exame citopatológico e um potencial de recursos humanos que são todos os profissionais que formam parte da equipe com muito desejo de trabalhar e melhorar a saúde no Brasil.

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

O texto inicial produzido sobre a situação da ESF na Casa Saúde da Família Caranã foi produzido sem muito conhecimento sobre o processo de trabalho da equipe e com isso, as informações ficaram muito superficiais, pois não tínhamos conhecimento do Manual de Estrutura física das Unidades Básicas de Saúde. Após a leitura deste Manual e do direcionamento através de questões reflexivas, foi possível organizar um Relatório da análise situacional através de uma análise detalhada da realidade da Unidade de saúde.

No relatório da Análise situacional a contextualização do trabalho realizado na Unidade de saúde ficou muito diferente, pois exploramos diversos itens de análise para compor este relatório. Abordamos sobre os serviços de saúde ofertados no município, caracterizamos o perfil físico da Unidade de saúde, apresentando suas limitações e potencialidades, descrevemos sobre as atribuições dos profissionais que compõe a equipe, apresentamos quantitativa e qualitativamente os indicadores

de saúde das principais ações programáticas ofertadas, bem como apresentamos sugestões de como melhorar em cada ação realizada.

A comparação desses dois textos foi de suma importância para identificar os problemas que não foram avaliados no primeiro texto, e com isso, perceber a importância da organização dos registros e informações para buscar soluções aos problemas identificados e melhorar o processo de trabalho na Unidade de saúde.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira. Não há uma causa única para essas doenças, mas vários fatores de risco, que aumentam a probabilidade de sua ocorrência. A hipertensão arterial e diabetes mellitus representam dois dos principais fatores de risco, contribuindo decisivamente para o agravamento deste cenário, em nível nacional. Com frequência, essas doenças levam à invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para o usuário, sua família e a sociedade (BRASIL, 2013).

Diante do exposto, faz-se necessário somar esforços de todos os envolvidos com essa grave situação de saúde pública (usuário, família e a equipe da atenção básica), buscando a reorganização do processo de atendimento desses usuários na Unidade de saúde, tendo como estratégias principais a prevenção e controle dessas doenças com suas complicações e a promoção da saúde, envolvendo todos os atores nesse contexto objetivando, assim, uma oferta de serviços de forma qualificada para a população.

A Casa Saúde da Família Caranã oferece dois turnos de atendimento de 8:00 às 12:00 e de 14:00 às 18:00 horas. Está formada por uma equipe composta por duas médicas clínico geral, uma enfermeira, cinco ACS, três técnicas de enfermagem, um administrador, uma recepcionista e um farmacêutico. Em relação a estrutura física podemos citar dois consultórios com banheiro, uma sala de vacinação, uma sala de farmácia, uma sala da gerência, uma sala de acolhimento onde é realizado a triagem dos usuários, uma sala destinada ao almoxarifado, temos banheiro para funcionários e para usuários. Todas estas salas têm boa ventilação

indireta, iluminação natural, janelas de alumínio e vidro, as portas são revestidas de material lavável, as paredes internas e pisos são de superfície lisa e lavável.

A população da área adstrita é de 3662 usuários, segundo o último levantamento realizado no final do mês de junho/2014 pela equipe da Unidade de saúde. No relatório situacional o indicador mais baixo que tinha foi a cobertura da ação programática atenção aos usuários hipertensos e diabéticos que estava em torno de 59%, para um total de 384 hipertensos cadastrados e 55% para um total de 103 diabéticos cadastrados.

Antes da intervenção o processo de trabalho e atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos não era boa, a equipe se encontrava desarticulada, cada profissional fazia seu trabalho de forma separada, as ações programadas só eram feitas pelas médicas e enfermeira, existia falta de informação da população sobre as estratégias de prevenção para essas doenças crônicas, baixa adesão ao tratamento, deficiências nos registros, dificuldade nos exames complementares, na realização de risco cardiovascular, falta de periodicidade no acompanhamento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos e na busca ativa nas visitas domiciliares. A importância de buscar melhorias para este público alvo é de ampliar a cobertura desses usuários e melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos e/ou diabéticos na unidade de saúde.

Entre as deficiências e limitações temos baixo conhecimento dos usuários sobre as doenças crônicas que apresentam não fazendo dieta adequada, nem seguindo corretamente o tratamento proposto para evitar os fatores de risco. Também não contamos com um nutricionista nem psicóloga para avaliação integral dos usuários e não dispomos de forma adequada e nem satisfatória de exames complementares para o controle dos usuários. A maior dificuldade é falta de um ACS o que representa uma área descoberta.

Diante disso, esperamos organizar a oferta de serviços para essa população melhorando o processo de trabalho da equipe através da participação de todos os profissionais, bem como, desejamos contar com a participação ativa da população para um melhor controle social e pessoal sobre o seu processo de saúde-doença.



## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na Casa Saúde da Família Caranã, Boa Vista/RR.

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

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

Meta 1.1 Cadastrar 75% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2 Cadastrar 75% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e/ou diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Casa Saúde da Família Caranã, no Município de Boa Vista, Roraima tendo como público alvo usuários portadores de HAS e/ou DM acima de 20 anos.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

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

Metas 1.1. Cadastrar 75% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Metas 1.2 Cadastrar 75% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento da ação:

Esta ação vai ser desenvolvida pela médica, com a revisão semanal da ficha de espelho de hipertensos e diabéticos na unidade de saúde, toda 6ª feira.

Organização e gestão do serviço.

- Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS.
- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento das ações:

Para que estas ações sejam desenvolvidas, o gestor da unidade, mensalmente, vai garantir por meio da secretaria de saúde as folhas de cadastro de hipertensos e diabéticos, assim como garantir os instrumentos necessários para a tomada da pressão arterial, fita métrica para medir circunferência abdominal e para medir estatura.

Para melhorar o acolhimento dos usuários hipertensos e diabéticos, primeiramente, realizaremos três dias de atendimento na semana realizando trabalho com este grupo por meio de palestras, vídeos, cartazes, panfletos e através das ações para motivar a população a ter uma qualidade de vida.

Engajamento público

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

Detalhamento das ações:

Para informar e orientar a comunidade se realizará uma programação de ações que incluem palestras roda de conversas, educação permanente, atendimento aos grupos de hipertensos e diabéticos, onde abordaremos todos estes temas. Estas ações acontecerão na comunidade, nas visitas domiciliares e na Unidade de saúde, a qual será realizada pelas ACS, enfermeira, técnicas de enfermagem e a duas médicas da equipe, três vezes por semana.

#### Qualificação da prática clínica

- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

#### Detalhamento das ações::

A capacitação dos ACS para o cadastramento de hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência e a capacitação da equipe para verificação de pressão arterial serão realizadas na reunião da equipe na primeira semana da intervenção pela enfermeira e pelas médicas na Unidade de saúde.

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

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

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

#### Monitoramento e avaliação

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos.

#### Detalhamento da ação:

Em cada consulta do programa de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos a médica e a enfermeira farão o monitoramento da realização de exame clínico apropriado dos usuários.

#### Organização e gestão do serviço

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos.

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

- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

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

#### Detalhamento das ações:

Serão definidas pela médica na reunião da equipe na primeira semana da intervenção as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos, estabelecendo periodicidade para atualização dos profissionais.

Organizaremos a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. Já dispomos da versão atualizada do protocolo de hipertensão e diabetes do Ministério de Saúde, 2013.

#### Engajamento público

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

#### Detalhamento da ação:

Para isto se realizará reuniões com os grupos de hipertensos e diabéticos a cada 21 dias, desenvolvido pelas médicas, enfermeira e os ACS através de roda de conversa para orientar os usuários sobre os riscos que podem acometer essas doenças e orientá-los sobre a importância dos medicamentos em seu horário, importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

#### Qualificação da prática clínica

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

#### Detalhamento da ação:

Esta capacitação será feita pela médica em reunião de equipe, na primeira semana da intervenção, para tirar as dúvidas e poder esclarecer mais sobre o assunto abordado e assim melhorar a qualidade de atendimento.

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

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

#### Monitoramento e avaliação

- Monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

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

#### Detalhamento das ações:

Será agendado o retorno após 15 dias para ver os resultados dos exames realizados e os que não puderam ser feitos, e marcar uma nova consulta para que o usuário possa trazer todos os resultados e assim poder garantir a realização de 100% de exames indicados.

#### Organização e gestão do serviço

- Garantir a solicitação dos exames complementares.

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

- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

#### Detalhamento das ações:

Para garantir a solicitação dos exames complementares os ACS em suas visitas domiciliares farão uma busca ativa dos usuários com os exames atrasados com mais de três meses. Para isso o usuário será convidado para os três dias de ação do programa de atenção aos hipertensos e diabéticos na unidade de saúde onde as duas médicas e a enfermeira irão indicar os exames necessários.

#### Engajamento público

- Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

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

#### Detalhamento das ações:

Será realizada reunião com a comunidade a cada 21 dias para orientar a importância de realizar os exames complementares e a periodicidade com que devem fazê-los, com a participação dos ACS, enfermeira e a médica na Unidade de saúde.

#### Qualificação da prática clínica

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

#### Detalhamento da ação:

Será realizada a capacitação da equipe na primeira semana da intervenção para orientar sobre a solicitação de exames complementares segundo protocolo, pela médica e a enfermeira na Unidade de saúde.

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

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

#### Monitoramento e avaliação

- Monitorar o acesso dos hipertensos e diabéticos aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

#### Detalhamento da ação:

Para o cumprimento desta ação garantiremos a indicação por parte da médica e enfermeira dos medicamentos das doenças crônicas disponibilizados tanto na Unidade de saúde como na farmácia popular.

#### Organização e gestão do serviço

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.  
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

#### Detalhamento das ações:

O farmacêutico realizará controle semanal do estoque (incluindo validade) de medicamentos, além de manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

#### Engajamento público

- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos seus direitos de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.



#### Detalhamento da ação:

Será realizada reunião com a comunidade a cada 21 dias para orientar sobre os direitos de ter acesso aos medicamentos da farmácia popular e as alternativas para obter este acesso, com a participação dos ASC, enfermeira e a médica na Unidade de saúde.

#### Qualificação da prática clínica

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

#### Detalhamento das ações:

Esta atualização será feita pela médica em reunião de equipe, na primeira semana da intervenção, e capacitaremos a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamento na farmácia popular.

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

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

#### Monitoramento e avaliação

- Monitorar os hipertensos e/ou diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

#### Detalhamento da ação:

Para o monitoramento da necessidade de atendimento odontológico aos hipertensos e diabéticos em cada consulta encaminharemos para a unidade de saúde onde oferecem este serviço, e os ACS visitarão os usuários para ter certeza da avaliação.

#### Organização e gestão do serviço

- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e/ou diabéticos;

- organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização da consulta odontológica dos hipertensos e/ou diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento das ações:

A médica e a enfermeira organizarão uma vez por mês uma ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos e/ou hipertensos.

Engajamento público

- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento da ação:

Será realizada reunião com a comunidade a cada 21 dias para orientar sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal especialmente dos hipertensos e/ou diabéticos, com a participação dos ACS, enfermeira e médica, na Unidade de saúde.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento da ação:

Será realizada a capacitação da equipe na primeira semana da intervenção para realizar ações e assim avaliar a necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa

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

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

Monitoramento e avaliação

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

#### Detalhamento da ação:

A organização das visitas domiciliares para buscar os faltosos e da agenda para acolher os hipertensos e/ou diabéticos provenientes das buscas domiciliares serão feitas por todos os membros da equipe com uma periodicidade semanal.

#### Organização e gestão do serviço

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos
- Organizar a agenda para acolher os hipertensos e/ou diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

#### Detalhamento das ações:

A organização das visitas domiciliares para buscar os faltosos e a organização da agenda para acolher os hipertensos e/ou diabéticos provenientes das buscas domiciliares serão feitas por todos os membros da equipe com uma periodicidade quinzenal no âmbito da reunião da equipe.

#### Engajamento público

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer aos portadores de hipertensão e/ou diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

#### Detalhamento das ações:

A comunidade será informada sobre a importância de realização das consultas e o esclarecimento aos portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus bem como sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Essas ações serão feitas com uma frequência de 21 dias na Unidade de saúde, formando parte dos temas das palestras que serão realizadas com este grupo alvo. Mesmo assim, com esta mesma frequência, ouviremos a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus.

#### Qualificação da prática clínica

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

#### Detalhamento da ação:

Será realizada a capacitação dos ACS na reunião da equipe na primeira semana da intervenção para orientar sobre a periodicidade das consultas dos hipertensos e/ou diabéticos. Esta ação será feita pela médica na Unidade de saúde.

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

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

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

#### Monitoramento e avaliação

- Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

#### Detalhamento da ação:

O monitoramento da qualidade dos registros de hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na unidade será feito com uma periodicidade quinzenal por parte dos trabalhadores da recepção, o médico e a enfermeira da equipe

#### Organização e gestão do serviço

- Manter as informações do SIAB atualizadas.
- Implantar a ficha de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

#### Detalhamento das ações:

O monitoramento da qualidade dos registros de hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na unidade será realizado com uma periodicidade semanal por parte dos trabalhadores da recepção, a médica e a enfermeira da equipe. As informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) serão atualizadas pela

trabalhadora que tem essa responsabilidade em nossa Unidade de saúde com frequência mensal e será monitorada pela enfermeira e a médica com a mesma frequência.

Com a incorporação da ficha espelho na Unidade de saúde a equipe registrará as situações em relação ao atraso na realização de consultas de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvos e estado de compensação da doença.

#### Engajamento público

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

#### Detalhamento da ação:

Será realizada reunião com a comunidade a cada 21 dias para orientar sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde, bem como ao acesso da segunda via se necessários, com a participação dos ACS, enfermeira e médica, na Unidade de saúde.

#### Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e/ou diabético.

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

#### Detalhamento das ações:

Será realizada a capacitação de todos os profissionais na reunião da equipe na primeira semana da intervenção para orientar sobre o preenchimento e registros adequados dos procedimentos clínicos em todas as consultas de hipertensos e/ou diabéticos.

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

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

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

#### Monitoramento e avaliação

- Monitorar o número de usuários hipertensos e/ou diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

#### Detalhamento da ação:

Será monitorado o número de hipertensos e/ou diabéticos com a realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, de forma semanal pela médica e enfermeira na Unidade de saúde.

#### Organização e gestão do serviço

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

#### Detalhamento da ação:

Todos os dias a equipe da recepção vai dar prioridade ao atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e organizarão a agenda para o atendimento desta demanda.

#### Engajamento público

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

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

#### Detalhamento das ações:

A orientação dos usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular será realizado pelos ACS em suas visitas domiciliares.

Os usuários e a comunidade também serão esclarecidos quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação). Tais atividades serão realizadas pelos membros da equipe (médica, enfermeira e ASC), em palestras com uma frequência de 21 dias.

#### Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

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

#### Detalhamento das ações:

A capacitação da equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, sobre a importância do registro desta avaliação e sobre as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis será realizada pela enfermeira e a médica da equipe na data correspondente a reunião de equipe na primeira semana da intervenção.

#### Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e/ou diabéticos

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

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

#### Monitoramento e avaliação

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e/ou diabéticos.

#### Detalhamento da ação:

O monitoramento da realização de orientação nutricional aos diabéticos e hipertensos será feito pela enfermeira da equipe no âmbito da Unidade de saúde com uma frequência semanal nas consultas aos hipertensos e/ou diabéticos.

#### Organização e gestão do serviço

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

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

#### Detalhamento das ações:

A organização de práticas coletivas sobre alimentação saudável com a finalidade de garantir orientações em nível individual será feita uma vez por mês na

reunião da equipe, liderada pelo chefe da equipe. A demanda para parcerias institucionais para o envolvimento de nutricionistas nestas atividades será feita pela médica e a enfermeira da equipe junto ao gestor da Unidade de saúde com uma frequência mensal.

#### Engajamento público

- Orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

#### Detalhamento da ação:

Será realizada uma reunião com os grupos de hipertensos e/ou diabéticos a cada 21 dias para orientá-los e também a seus familiares sobre a importância da alimentação saudável. Esta atividade será feita pela enfermeira, ACS e médica na Unidade de saúde.

#### Qualificação da prática clínica

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

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

#### Detalhamento das ações:

Será realizada a capacitação de todos os profissionais na reunião da equipe na primeira semana da intervenção para orientar sobre a prática de alimentação saudável e sobre metodologia de educação em saúde pela médica e a enfermeira.

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

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

#### Monitoramento e avaliação

- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e/ou diabéticos.

#### Detalhamento da ação:



O monitoramento da realização de orientação para atividade física aos diabéticos e/ou hipertensos será feito pela enfermeira da equipe no âmbito da Unidade de saúde com uma frequência semanal e durante a consulta dos hipertensos e diabéticos.

#### Organização e gestão do serviço

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

#### Detalhamento das ações:

A organização da orientação da atividade física e a organização do tempo médio da consulta com a finalidade de garantir orientações em nível individual serão feitas uma vez por mês em reunião da equipe, liderada pelo chefe da equipe.

A demanda para parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade será feita pela médica e a enfermeira da equipe junto ao gestor com uma frequência mensal.

#### Engajamento público

- Orientar hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

#### Detalhamento da ação:

Será realizada uma reunião com os grupos de hipertensos e diabéticos a cada 21 dias para orientá-los e a seus familiares sobre a importância da alimentação saudável. Esta atividade será feita pela enfermeira, ACS e médica na Unidade de saúde.

#### Qualificação da prática clínica

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

#### Detalhamento das ações:

A capacitação da equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular e metodológicas de educação em saúde será feita na primeira semana de início do projeto pela médica e a enfermeira da equipe.

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

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

#### Monitoramento e avaliação

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

#### Detalhamento da ação:

O monitoramento da realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos e hipertensos será feito pela enfermeira da equipe no âmbito da unidade básica de saúde com uma frequência semanal na consulta dos hipertensos e/ou diabéticos. Esta orientação vai ser realizada pelos técnicos de enfermagem na sala de recepção e próprio dia da consulta.

#### Engajamento público

- Orientar os hipertensos e/ou diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

#### Detalhamento da Ação:

Todos os membros da equipe que estejam envolvidos no atendimento aos diabéticos e/ou hipertensos farão orientação a comunidade e ao grupo alvo em questão sobre a importância do abandono ao tabagismo, além de dar orientação sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo com uma frequência semanal, em cada visita domiciliar e cada consulta.

#### Qualificação da prática clínica

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

#### Detalhamento das ações:

A capacitação da equipe da unidade de saúde para o tratamento dos diabéticos e/ou hipertensos tabagistas, sobre metodologias de educação em saúde será feita na primeira semana de início do projeto pela médica e a enfermeira da equipe.

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

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

#### Monitoramento e avaliação

- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e/ou diabéticos.

#### Detalhamento da ação:

O monitoramento da realização de orientação sobre higiene bucal para diabéticos e/ou hipertensos será feito pela enfermeira e médica da equipe no âmbito da Unidade de saúde com uma frequência semanal, na consulta dos hipertensos e diabéticos. Esta orientação vai ser realizada pelos técnicos de enfermagem na sala de recepção e próprio dia da consulta.

#### Organização e gestão do serviço

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

#### Detalhamento da ação:

A organização do tempo médio com a finalidade de garantir orientações em nível individual será feita uma vez por mês na reunião da equipe a cada 15 dias, pela médica e a enfermeira na Unidade de saúde.

#### Engajamento público

- Orientar os hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

#### Detalhamento das ações:

Será realizada uma reunião com os grupos de hipertensos e/ou diabéticos a cada 21 dias para orientá-los e a seus familiares sobre a importância da alimentação saudável. Esta atividade será feita pela enfermeira, ACS e médica na Unidade de saúde.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento da ação:

A capacitação da equipe da unidade de saúde para oferecer orientações de higiene bucal será feita na primeira semana da intervenção pela médica na reunião da equipe.

### 2.3.2 Indicadores

Os indicadores listados estão relacionados às metas estabelecidas para este projeto de intervenção.

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

Meta 1.1 Cadastrar 75% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

Meta 1.2 Cadastrar 75% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

Indicador 5.2 Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e/ou diabéticos

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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



Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.7 Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.8 Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **2.3.3 Logística**

A análise situacional e a definição de um foco para intervenção já foram discutidos com a equipe. Assim começaremos a intervenção com a capacitação sobre hipertensão e diabetes com o Caderno de Atenção Básica organizado pelo MS, ano 2013, para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos hipertensos e/ou diabéticos. Esta capacitação ocorrerá na própria Unidade de saúde, para isto, serão reservadas duas horas ao final do expediente, no horário tradicional utilizado para reunião da equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe. Assim sucessivamente se realizará as capacitações de cada tema proposto. Estas capacitações serão feitas na primeira semana da intervenção e, caso não consigamos esgotar os temas na primeira semana, iremos utilizar o espaço da reunião de equipe para dar continuidade aos temas propostos para a capacitação.

No que tange ao processo de monitoramento e avaliação dos registros a enfermeira examinará a ficha espelho de hipertensos e/ou diabéticos (utilizarei a disponibilizada pelo curso) identificando aqueles usuários que estão com exame clínico, exames laboratoriais, consultas e atendimento odontológico em atraso. O agente de saúde fará busca ativa de todos os usuários em atraso. Estimamos sete

hipertensos por semana, totalizando 28 por mês e dois diabéticos por semana, totalizando nove por mês. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na reunião da equipe.

O gestor da unidade, mensalmente, vai garantir por meio da secretaria de saúde as folhas de cadastro de hipertensos e diabéticos, assim como, garantir os instrumentos necessários para a tomada de pressão arterial, fita métrica para medir circunferência abdominal e material necessário para a realização do hemoglicoteste. O acolhimento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos que buscarem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem e todos os usuários com tomada de pressão arterial acima do normal e glicose alterada em jejum serão atendidos no mesmo turno para ampliar a cobertura dos usuários com esta patologia.

Usuários hipertensos e/ou diabéticos com problemas agudos serão atendidos no mesmo turno para evitar complicações. Os usuários hipertensos e/ou diabéticos que buscarem consultas de rotina provenientes das visitas domiciliares terão prioridade no agendamento, sendo que a demora deverá ser menor de três dias. Os atendimentos, de um modo geral, para os usuários hipertensos e/ou diabéticos ocorrerão durante três dias na semana, segunda na manhã, terça pela tarde e sexta na manhã. Os usuários que vierem a consulta sairão da Unidade de saúde com a próxima consulta agendada.

Para garantir a solicitação dos exames complementares, os ACS em suas visitas domiciliares farão uma busca ativa dos usuários com os exames atrasados com mais de três meses. Com isso, o usuário será convidado para o atendimento clínico na unidade de saúde onde as duas médicas e a enfermeira irão indicar os exames necessários. Paralelamente a isto, será solicitado um encontro com o gestor municipal para garantir os exames necessários dos usuários, na primeira semana da intervenção.

Nas reuniões de equipe que ocorrerá quinzenalmente, os ACS informarão os usuários faltosos de suas respectivas áreas para que realizem a busca ativa destes usuários semanalmente para que seja agendada a consulta.

As atividades de orientação sobre cuidados a saúde e engajamento público ocorrerão nas consultas clínicas e nas palestras que serão realizadas nas reuniões com este grupo, a cada 21 dias na Unidade de saúde. Os profissionais responsáveis para o desenvolvimento do grupo são enfermeira, ACS e a médica. Para estas ações o gestor da unidade vai garantir, quinzenalmente, a participação de um

nutricionista e um educador físico nas reuniões com este grupo de educação em saúde.

Visando divulgar o projeto na comunidade, faremos contato com a associação de moradores e com representantes da comunidade nas igrejas da área de abrangência para apresentar o projeto e esclarecer a importância deste programa, assim como, realizar a programação de ações que incluem palestras, rodas de conversas, educação permanente, atendimento aos grupos de hipertensos e diabéticos, onde serão abordados todos estes temas. Estas atividades ocorrerão na comunidade, nas visitas domiciliares, na Unidade de saúde, realizados pelos ACS, enfermeira, técnicas de enfermagem e as duas médicas da equipe, quinzenalmente.





### **3 Relatório da Intervenção**

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

Durante o período de 30 de Janeiro a 22 de junho de 2015 foi realizada a intervenção na Casa de saúde da Família Caranã, cujo objetivo foi melhorar a atenção à saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos residentes na área de abrangência da Unidade de saúde. A maioria das ações prevista no projeto de intervenção, segundo cronograma, foram desenvolvidas integralmente. Entre os aspectos que facilitaram a realização dessas ações podemos citar a adequada preparação e empenho de toda a equipe, o apoio do gestor e da comunidade para dar soluções aos problemas que enfrentamos durante a realização de nosso projeto.

Durante o período da intervenção as ações que foram desenvolvidas integralmente foi a disponibilidade dos registros para hipertensos e/ou diabéticos, a realização do exame clínico e exames complementares, a estratificação de risco cardiovascular e as orientações que foram feitas para o grupo de hipertensos e/ou diabéticos.

No começo da intervenção tínhamos uma área descoberta sem ACS, mas durante uma reunião da equipe ficou acordado que cada agente iria realizar a busca ativa de, ao menos, dois usuários hipertensos ou diabéticos para fazer o cadastramento. A princípio, nem todos ACS ficaram satisfeitos, mas os resultados foram ótimos porque a cada semana houve cadastros a usuários dessa área descoberta, revelando desta forma a importância do trabalho dos ACS na Unidade de saúde.

Também foi importante a sistematização no trabalho com os grupos de hipertensos e/ou diabéticos onde foram realizados cinco encontros, com uma média de 15 participantes a cada encontro. Foram abordados temas como alimentação

saudável, importância de atividade física regular, higiene bucal, fatores de risco para estas doenças, entre outros temas. É importante ressaltar que realizamos capacitações para a equipe nas primeiras semanas da intervenção abordando sobre esses temas que foram trabalhados nos grupos, estabelecendo o papel de cada profissional antes do início da intervenção.

A realização do acolhimento aos hipertensos e diabéticos na unidade foi melhorando de forma progressiva. Começamos a fazer palestra durante o momento de espera da triagem, e também realizamos para todos os usuários aferição da pressão arterial, medição da estatura e circunferência abdominal, além de peso e hemoglicoteste. Os usuários passaram a sair da consulta com a data da próxima avaliação. Tudo tem se tornado uma rotina que continuamos fazendo como os hipertensos e diabéticos.

As visitas domiciliares foram feitas toda semana pelos ACS, médica e enfermeira, procurando casos novos, além de informar aos usuários faltosos a consulta que na mesma semana já era possível re-agendar a consulta que faltou.

Outro ponto importante realizado foi o monitoramento das ações, que toda sexta feira foi realizado pela médica ou enfermeira, sempre com um único fim, programar todas as atividades da semana seguinte e avaliar os resultados das ações feitas na semana. Isto ajudou muito pois a cada semana da intervenção começava tudo preparado para evitar que as ações planejadas não deixassem de ser realizada.

Com a disponibilidade dos exames complementares pelo município não tivemos problema no transcurso da intervenção, pois não houve indisponibilidade dos kits de laboratório para realização dos exames indicados, nas unidades de saúde que os usuários foram encaminhados. Concordamos que foi muito difícil alcançar esta meta, mas com o trabalho e a intervenção da gestão se tornou viável a concretização dessa ação.

As dificuldades que apresentamos foram nas primeiras semanas, onde alguns ACS já capacitados para o preenchimento da ficha espelho ficaram doentes e de férias. Realizamos busca ativa de hipertensos e diabéticos, mas em algumas situações não foi possível encontrá-los em sua casa por motivo de trabalho e viagem.

Na ação que mais dificuldades apresentamos foi na qualificação da prática clínica onde nas primeiras capacitações à equipe não foi possível contar com a presença do educador físico e do nutricionista. Além disso, apresentamos problemas



com a disposição de medicamentos já que, ao aumentar a cobertura dos usuários hipertensos e diabéticos na Unidade de saúde, a farmácia não contava com os remédios suficientes para as doenças crônicas, mas foi um problema que teve resolutividade com eficiência.

Em relação ao engajamento público também apresentamos dificuldade já que o trabalho com a comunidade é o mais difícil de organizar. A maioria da população se fez presente, mas ficaram pessoas a qual não conseguimos atingir, pois temos uma área descoberta que ainda não foi possível inserir essas pessoas ao projeto. Com isso, essa ação de envolver a comunidade foi realizada parcialmente.

No detalhamento das ações programei o atendimento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos para ser realizado três vezes por semana, ressaltando que nesse tempo a demanda espontânea era pequena. Mas em virtude da população que é grande e existência de áreas descobertas próximas à unidade, a demanda espontânea aumentou e me levou a reduzir o atendimento de três para dois dias na semana; além do que nos dias de atendimento aos hipertensos e diabéticos havia boa demanda dos mesmos, acreditava que só com dois dias de atendimento alcançaria a meta prevista.

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

A única ação do projeto que não foi desenvolvida segundo o cronograma foi a participação do odontólogo para dar as capacitações sobre higiene bucal e a necessidade de tratamento odontológico. Esta ação não pôde ser feita primeiramente porque não contamos com este serviço na unidade de saúde e a outra causa foi devido ao pouco tempo que tem os odontólogos para apoiar as equipes na realização de palestras e de outra atividade educativa em saúde.

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

Em relação à coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coleta de dados, cálculos dos indicadores não houve dificuldade. As planilhas de coleta de dados foram impressas na unidade desde a primeira semana da intervenção e preenchida de forma adequada, quando

apresentamos alguma dificuldade, estas foram sanadas com ajuda da orientadora. Para realizar o cálculo dos indicadores o próprio sistema gera os gráficos e indicadores, de acordo com os dados inseridos na planilha.

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

Com a intervenção conseguimos ao longo das 16 semanas realizar as metas traçadas, aumentando a cobertura de usuários hipertensos e/ou diabéticos na unidade de saúde, assim como melhorando a qualidade de vida destes usuários. Criamos o grupo de hipertensos e diabético onde foi discutido vários temas de interesse para estes usuários, melhoramos o registro de informação mediante as fichas espelho, além disso, realizamos semanalmente ações para promover saúde aos hipertensos e diabéticos. Tudo isto está incorporado à rotina da unidade.

Acredito que com a finalização do curso nossa equipe vai dar continuidade a todo o trabalho realizado, devido ao impacto positivo e aceitação de toda a comunidade. Os aspectos que serão adequados e melhorados para que isto ocorra serão garantir os dois dias de atendimentos para os usuários hipertensos e diabéticos, assim como, as vagas para a realização dos exames complementares na unidade próxima onde são encaminhados estes usuários, a realização de avaliação odontológicas destes usuários na unidade de saúde onde oferecem este serviço, continuar trabalhando com os grupos de hipertensos e diabéticos, além de conseguir uma participação mais ativa do nutricionista no grupo. Com a continuidade deste trabalho acredito que até o final do ano no mês de dezembro/2015 conseguirei alcançar 100% de cobertura e 100% dos indicadores de qualidade.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

Após a realização de 16 semanas de intervenção do projeto de melhoria a atenção aos usuários portadores de HAS e/ou DM, chegamos ao equivalente a 128 hipertensos (36.8%) cadastrados e 50 diabéticos (48.5%) cadastrados, residentes na área de abrangência da Casa Saúde da Família Caranã, Boa Vista, RR. A população total da área adstrita está em torno de 3.662 pessoas segundo o último levantamento realizado no final do mês de junho/2014 pela equipe da Unidade de saúde, tendo uma estimativa de usuários com 20 anos ou mais de 348 pessoas hipertensas e 103 pessoas diabéticas.

Durante o período de quatro meses de intervenção, observou-se ascensão do número de hipertensos e diabéticos inscritos no programa de atenção a saúde de hipertensos e/ou diabéticos, bem como a melhoria de diversas ações ofertadas a esses usuários. Abaixo segue a análise quantitativa e qualitativa das metas traçadas e indicadores alcançados.

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

Meta 1.1 Cadastrar 75% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

A primeira meta a cumprir foi cadastrar 75% dos hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência, mas esta meta não foi atingida. No 1º mês foram cadastrados 39 de 348 hipertensos (11.2%), no 2º mês 79 hipertensos

cadastrados (22.7%), no 3º mês 94 hipertensos (27.0%) e no 4º mês 128 (36.8%), conforme figura 1.

Para cumprir esta meta foram realizadas todas as ações planejadas segundo cronograma. Contudo, não foi possível ser cumprida pelo pouco tempo da intervenção, a maioria dos residentes de minha comunidade trabalha durante o dia, o dificultava a busca ativa dos ACS nas visitas domiciliares de novos usuários, além de ter um área descoberta sem ACS, impossibilitando a busca ativa de todos os novos usuário hipertensos e/ou diabéticos de are de abrangência.

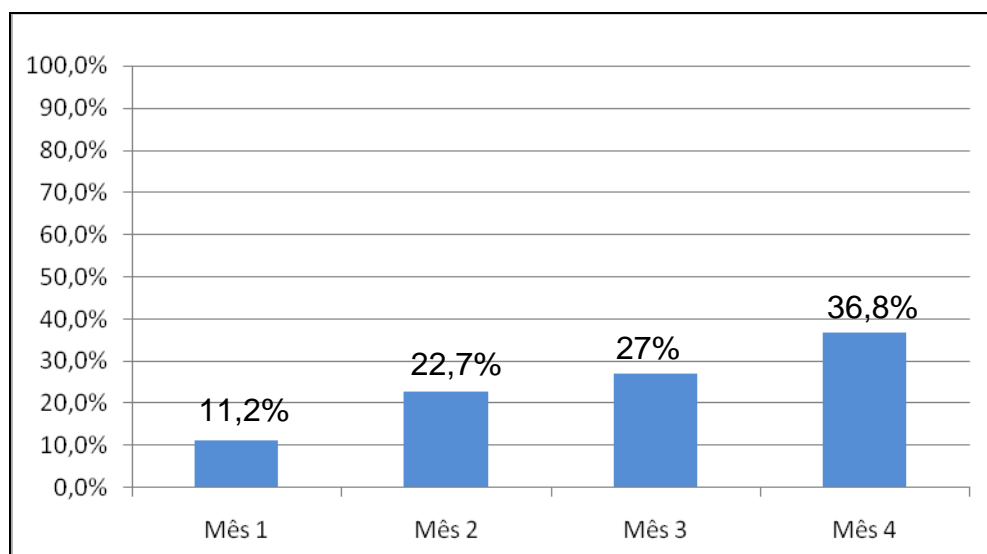


Figura 1. Cobertura do programa de atenção aos hipertensos na unidade de saúde.

Meta 1.2 Cadastrar 75% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Em relação a meta “Cadastrar 75% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde” no 1º mês foram cadastrados 18 diabéticos (17.5%), no 2º mês cadastramos 31 (30.1%), 3º mês 40 (38.8%) e no 4º mês 50 (48.5%), conforme figura 2. As causas do não atingimento da meta são as mesmas dos usuários hipertensos. Contudo, observamos uma progressão no cadastramento desses usuários. Acreditamos que com a permanência desta proposta de cadastramento e

monitoramento, conseguiremos cadastrar 100% dos diabéticos da nossa área de abrangência.

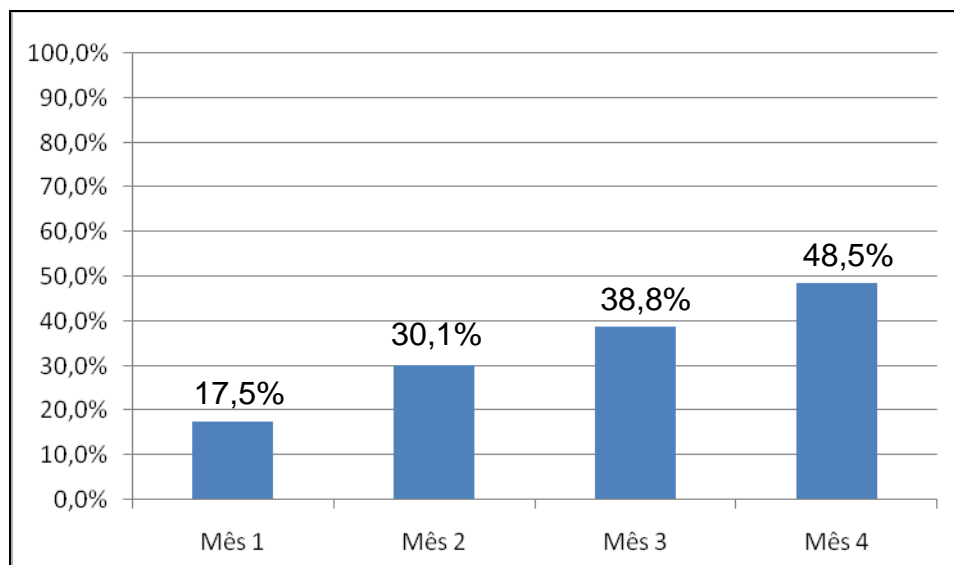


Figura 2. Cobertura do programa de atenção aos diabéticos na unidade de saúde.

É importante especificar que para estas metas de cobertura não foram incluídos os usuários que já se encontravam cadastrados na unidade. Os dados apresentados são de hipertensos e diabéticos que foram cadastrados durante a intervenção. Desta forma, unificando esses dados, teremos 476 hipertensos (73%) e 153 diabéticos (83.6%) atingindo quase a meta para hipertensos e ultrapassando a meta para diabéticos. Acredito que com a continuidade do programa na rotina da Unidade de saúde ampliaremos o cadastramento destes usuários atingindo 100% dos hipertensos residentes na área de abrangência.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabético.

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

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

Em relação a meta citada, no primeiro mês conseguimos realizar o exame clínico em 27 de 39 hipertensos cadastrados (69.2%), no segundo mês foram 74 de 79 hipertensos (93.7%), no terceiro alcançamos todos os 94 hipertensos cadastrados (100%) e no quarto mês 127 de 128 hipertensos, totalizando (99.2%), conforme figura 3.

Esta meta não foi atingida pois na última semana tivemos uma usuária faltosa e não foi possível chegar a 100%. A ação que mais ajudou a melhorar este indicador foi a busca ativa dos usuários faltosos. Em todos os usuários atendidos realizávamos um exame integral com indicações de exame, classificação de risco cardiovascular e orientação individual referente a fatores de riscos associados.

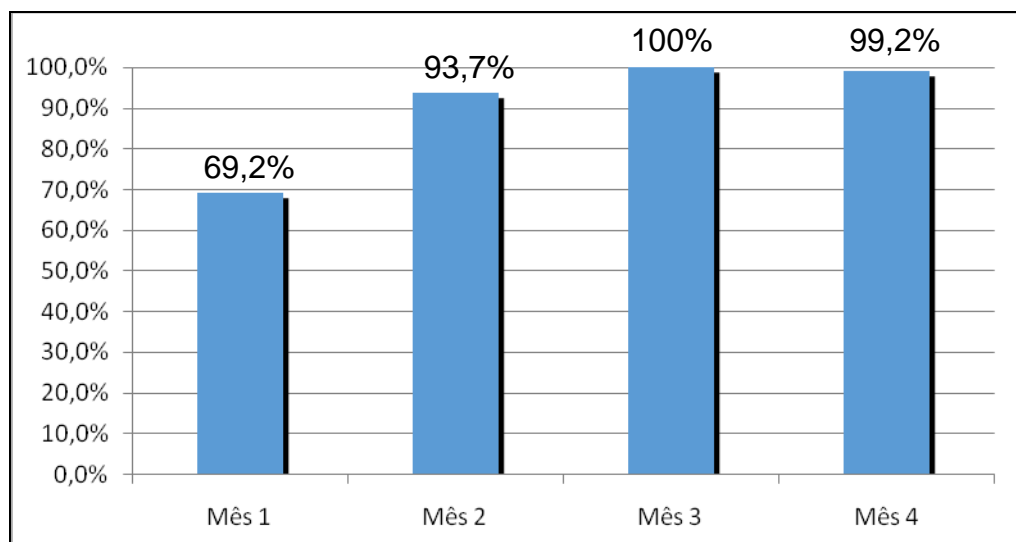


Figura 3. Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

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

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

Em relação a meta de garantir a realização de exame clínico a 100% de usuários diabéticos, no primeiro mês foram realizados exames clínicos em 14 diabéticos de 18 cadastrados (77.8%), no segundo mês foram 29 de 31 diabéticos (93.5%), no terceiro 39 de 40 (97.5%) e no último mês tive um faltoso contabilizando 49 diabéticos (98.0%) examinados clinicamente, conforme figura 4. A meta não foi atingida, mas está muito próxima a ser alcançada. Com o trabalho de toda a equipe conseguimos conscientizar à comunidade da importância das consultas e seu adequado acompanhamento.

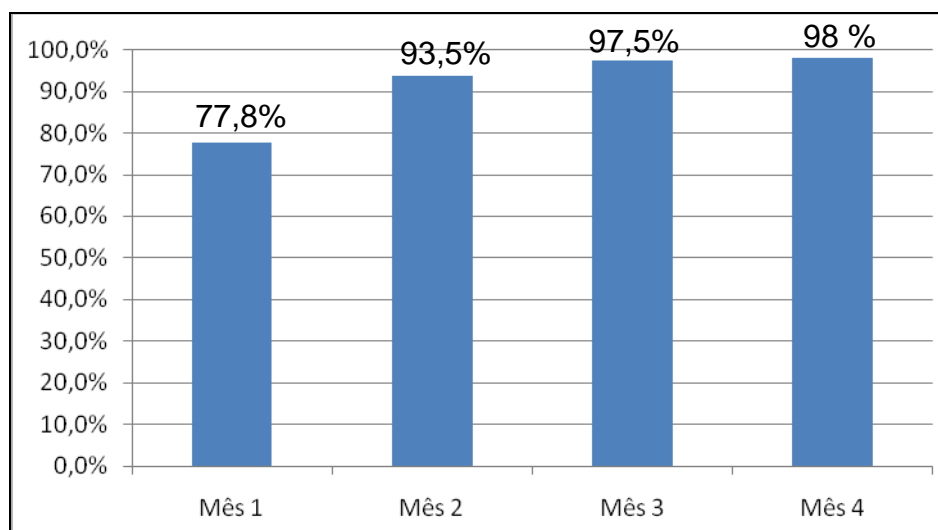


Figura 4. Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

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

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

Garantir a 100% de usuários hipertensos a realização dos exames complementares em dia, segundo protocolo. Esta foi outra meta que não atingimos. No primeiro mês foram 20 hipertensos com exames complementares em dia para 39 cadastrados (51.3%), no segundo mês 67 de 79 hipertensos (84.8%), no terceiro todos os 94 hipertensos estavam com os exames complementares em dia (100%) e no quarto mês foram 127 de 128 hipertensos (99.2%), conforme figura 5.

Inicialmente, acreditávamos que seria muito difícil todos os usuários realizarem os exames complementares em dia, pois nem todos apresentam a mesma condição econômica para realizar exames pagos, mas com ajuda do gestor da unidade que realizou uma parceria com outra Unidade de saúde onde oferece serviço de laboratório, conseguimos fazer com que todos os usuários atendidos fossem encaminhados a essa unidade para realizar seus exames e os que não conseguiam fazer pelo SUS faziam particular.

Em muitas ocasiões, no primeiro atendimento o usuário tinha todos os exames para ser avaliado na consulta. A partir dos encontros com a comunidade e apoio de lideranças da comunidade foi possível obter resultados satisfatórios desse indicador. A realização dos exames complementares teve uma grande importância,

foram diagnosticados usuários com insuficiência cardíaca, síndrome metabólica, retinopatas hipertensivas e diabéticas, encaminhando-os para avaliação com especialista para controle da doença.

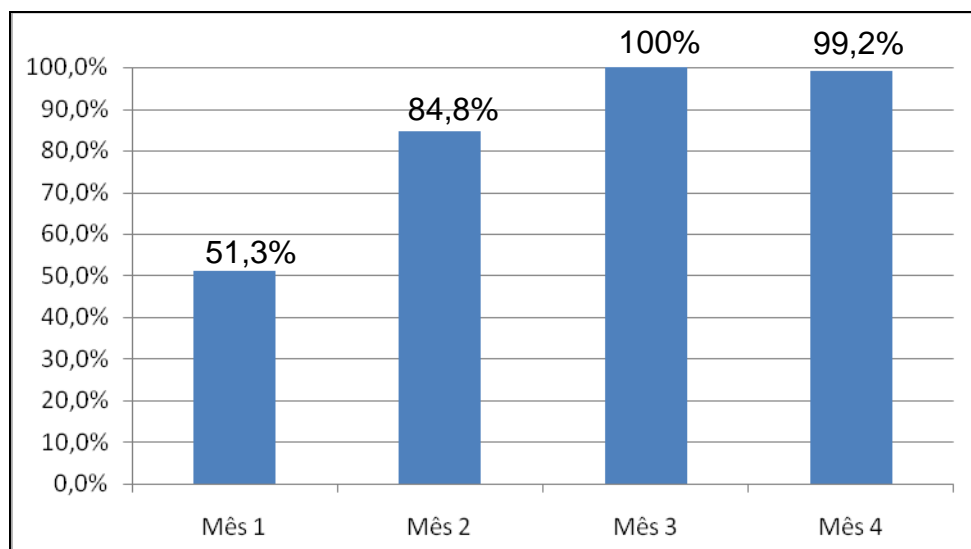


Figura 5. Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

A meta de garantir a 100% de usuários diabéticos a realização de exames complementares foi atingida nos dois últimos meses. O trabalho foi intenso, mas os resultados foram gratificantes. No primeiro mês 13 diabéticos realizaram os exames complementares de 18 cadastrados (72.2%), no segundo mês foram 29 de 31 diabéticos (93.5%), no terceiro mês foram avaliados 40 diabéticos (100%) e no quarto mês todos os 50 diabéticos cadastrados (100%) apresentaram os exames complementares em dia, conforme figura 6. Foi garantindo a solicitação dos exames complementares, devido a agilidade e parceria do gestor da unidade para que estes usuários realizassem os exames de acordo com o protocolo.



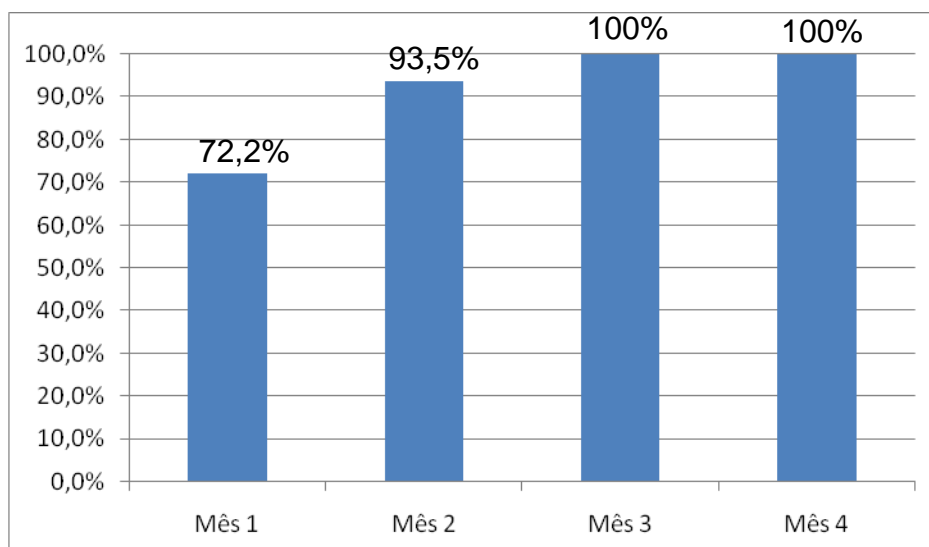


Figura 6. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

Outra meta proposta foi priorizar a prescrição dos medicamentos da farmácia a 100% de hipertensos cadastrados. Esta meta também foi atingida para todos os usuários cadastrados que necessitavam ter prescritos os medicamentos da farmácia. No primeiro mês foram prescritos medicamentos para 39 hipertensos, no segundo mês prescrevemos para 79 hipertensos, no terceiro mês para 94 e no quarto mês para 127 hipertensos, totalizando 100% ao longo dos quatro meses da intervenção. Esta meta foi atingida, pois realizamos o controle de estoque através da farmacêutica, assim como, a atualização do registro das necessidades dos medicamentos de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Em relação a meta de priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde, esta meta

também foi atingida integralmente, conforme dados descritos. No primeiro mês foi prescrito medicação para 18 diabéticos, no segundo mês para 31 diabéticos, no terceiro 40 diabéticos e no quarto mês para 50 diabéticos, totalizando 100% ao longo de toda a intervenção.

O resultado obtido foi o mesmo comparado aos usuários hipertensos, devido ao controle semanal dos medicamentos pela farmacêutica e do monitoramento realizado pela médica. Além disso, foram realizadas orientações à comunidade sobre a existência de medicamentos da farmácia da unidade e da farmácia popular.

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

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

A meta de realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico a 100% dos usuários hipertensos não foi atingida, no primeiro mês foram atendidos 17 de 39 usuários hipertensos (43.6%), no segundo mês tivemos 50 de 79 cadastrados (63.3%), no terceiro mês 83 de 94 (88.3%) e no quarto mês foram avaliados 112 de 128 hipertensos (87.5%), conforme figura 7.

Na unidade de saúde não temos serviço odontológico e isso dificultou muito o atendimento destes usuários porque na unidade onde se presta o serviço tem muita demanda. No período da intervenção a equipe tomou como estratégia realizar durante o atendimento avaliação odontológica, por isso no quarto mês tinha uma boa parte dos usuários avaliados. Neste momento, todo usuário diabético e/ou hipertenso que realiza exame clínico também é feito avaliação odontológica.

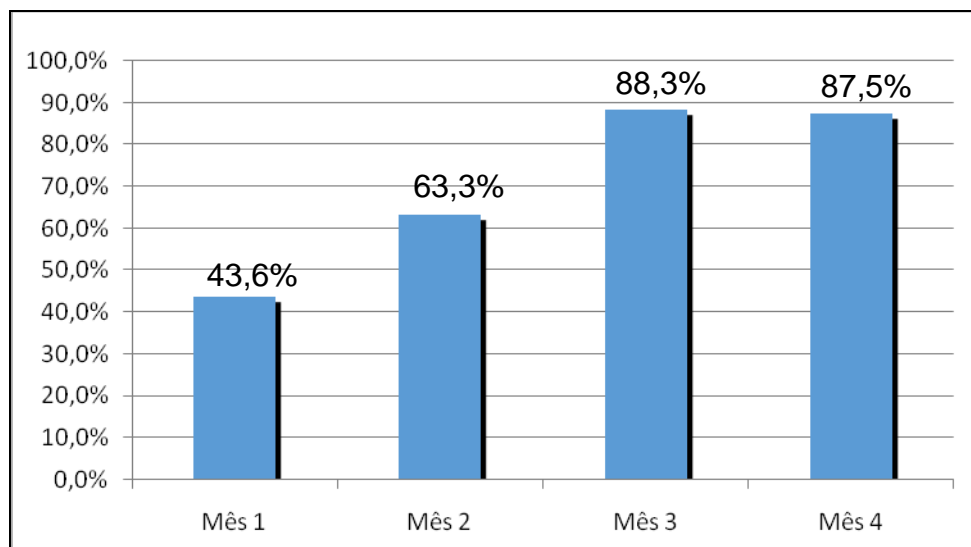


Figura 7. Proporção de hipertensos com avaliação de necessidade de atendimento odontológico.

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

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

Na avaliação da necessidade de atendimento odontológico a 100% dos usuários diabéticos, também não atingimos a meta. No primeiro mês foram avaliados quatro diabéticos de 18 cadastrados (22.2%), no segundo mês tinha 13 de 31 diabéticos avaliados (41.3%), no terceiro 32 de 40 diabéticos (80%) e no quarto mês 40 de 50 diabéticos receberam avaliação de saúde bucal (80%), conforme figura 8. Realizamos várias palestras sobre a importância de realizar avaliação em saúde bucal, mas acredito que os usuários não têm cultura de realizar atendimento odontológico e, além disso, sentem medo de participar deste serviço.

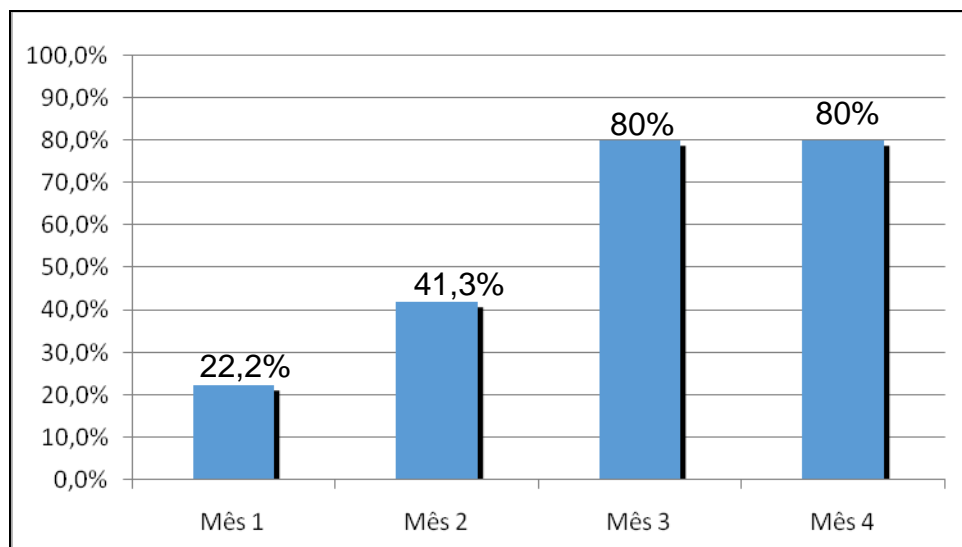


Figura 8. Proporção de diabéticos com avaliação de necessidade de atendimento odontológico

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

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

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

Em relação a meta de busca ativa de 100% de hipertensos faltosos a consulta foram realizadas, semanalmente, visitas domiciliares para a busca dos usuários faltosos e reagendávamos para a próxima semana para que não ficassem sem atendimento, entretanto a meta não foi atingida. No primeiro mês de 11 faltosos todos retornaram a consulta (100%), no segundo mês de 12 faltosos somente dois foi realizado a busca ativa (16,7%), no terceiro mês não houve faltosos e no quarto mês de três usuários faltosos dois foram buscados (66,2%), conforme figura 9. Todas as casas foram visitadas, mas, muitas vezes, os usuários estavam trabalhando e não se encontravam em casa, logo, não puderam ser avaliados. Mas com a continuidade do programa esperamos que todos os usuários faltosos possam ser buscados para realizarem sua consulta.

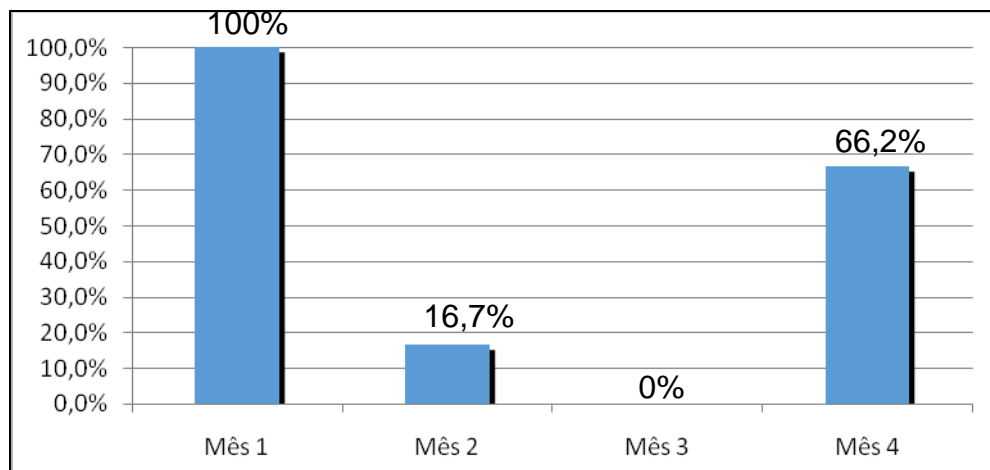


Figura 9. Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa

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

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

Para os diabéticos faltosos também foi feita a busca ativa através das visitas domiciliares. A meta era realizar busca ativa a 100% dos faltosos. No primeiro mês de cinco faltosos foram feitas busca ativa para quatro diabéticos (80%), no segundo mês de dois faltosos um recebeu busca ativa (50%), no terceiro mês não tivemos faltosos e no quarto mês um diabético faltou e recebeu busca ativa (100%), conforme figura 10. Para que esta meta fosse cumprida realizamos palestras informando a comunidade da importância das consultas, assim como, a periodicidade preconizada para a realização de consultas para ambos grupos.

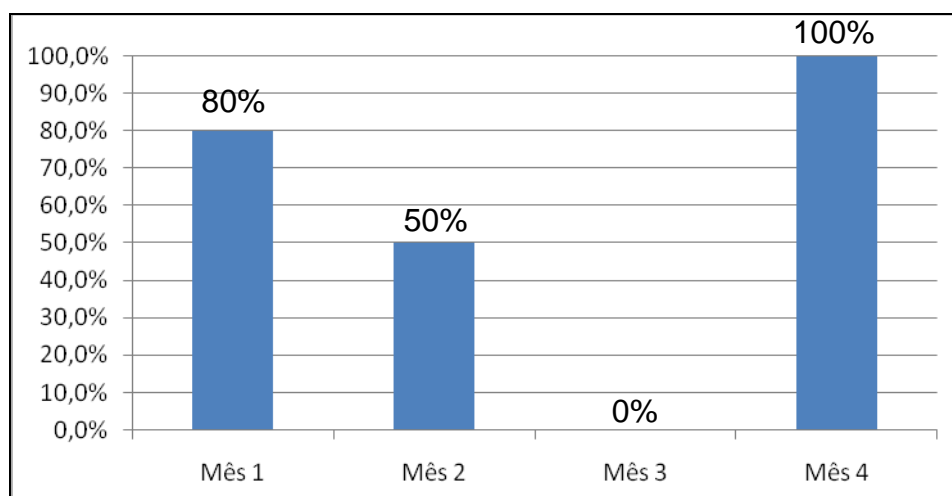


Figura 10. Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.

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

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento

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

Em relação a meta de manter ficha de acompanhamento a 100% de hipertensos cadastrados foi cumprida durante os quatro meses da intervenção. A ação que ajudou a manter este indicador assim foi o monitoramento semanal dos registros, tendo sempre disponível na unidade as fichas espelho em quantidade suficiente para que nenhum cadastrado ficasse sem sua ficha de acompanhamento.

No 1º mês de 39 usuários cadastrados 39 tinha sua ficha espelho preenchida corretamente (100%), no 2º mês de 79 hipertensos 78 tinha ficha (98.7%), no 3º mês 94 hipertensos estavam com a ficha preenchida corretamente (100%) e no 4º mês 126 de 127 hipertensos cadastrados tiveram os registros realizados (98.4%), conforme figura 11.

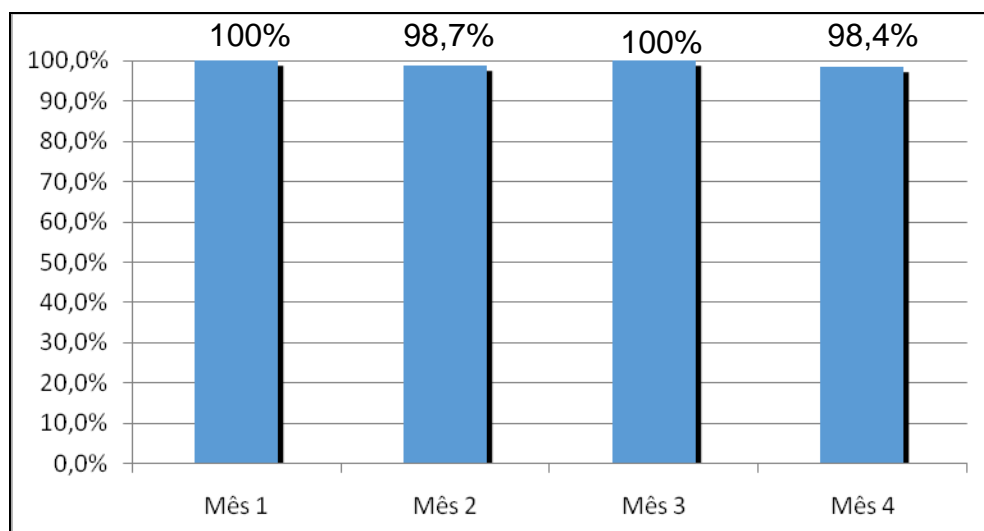


Figura 11. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

Em relação ao registro dos diabéticos o comportamento dos dados foi do mesmo jeito que a dos hipertensos. No 1º mês todos os 18 usuários diabéticos cadastrados tiveram sua ficha espelho preenchida (100%), no 2º mês de 31 diabéticos 30 estavam com a ficha preenchida corretamente (96.8%), no 3º mês todos os 40 diabéticos (100%) e no 4º mês 49 de 50 diabéticos (98%), conforme figura 12. Com isso, podemos afirmar que esta meta foi atingida. Toda a equipe trabalhava semanalmente com estas fichas sinalizando os faltosos, os que tinham exames ou alguma outra coisa pendente para que fosse resolvida no próximo atendimento.

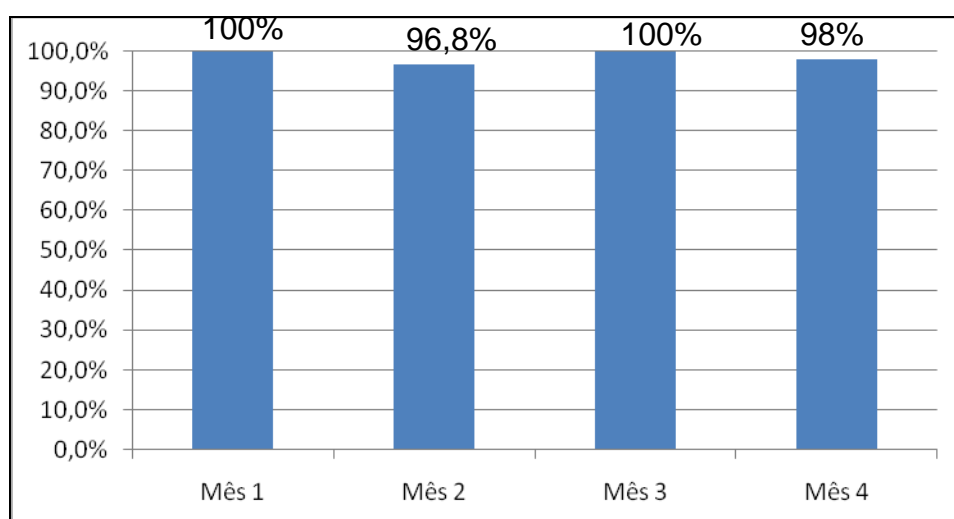


Figura 12. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

A meta estipulada para realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% de usuários hipertensos não foi atingida. Conseguimos valores próximos ao esperado. No primeiro mês a estratificação de risco foi realizada para 11 hipertensos de 39 cadastrados (28.2%), no segundo mês 61 de 79 hipertensos foram avaliados (77.2%), no terceiro mês todos os 94 hipertensos foram avaliados (100%) e no quarto mês 126 de 127 hipertensos receberam estratificação de risco (98.4%),

conforme figura 13. Com esta classificação conseguimos avaliar como alto risco a 33 usuários entre hipertensos e/ou diabéticos, realizando encaminhamento para cardiologista, oftalmologista, endocrinologista, e agendando consultas mensalmente até controle do risco.

Observamos que esta ação vem sendo realizada gradualmente, aumentando a cada mês a qualidade do serviço ofertado aos hipertensos. Todo hipertenso avaliado como alto risco foi priorizado seu agendamento e na reunião de grupo orientávamos sobre a importância do acompanhamento regular.

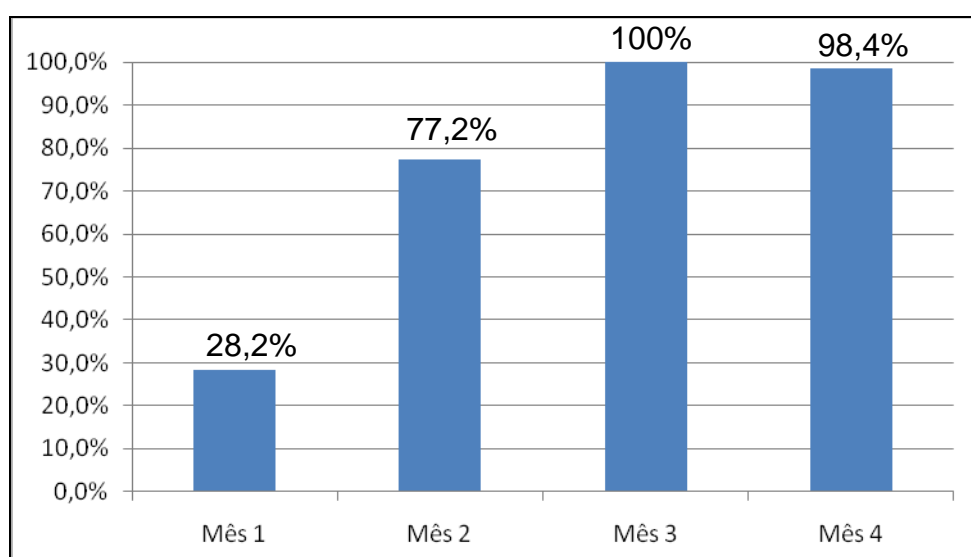


Figura 13. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

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

Indicador 5.2 Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular

A meta para a realização da estratificação de risco cardiovascular aos diabéticos foi estimada para 100%. No primeiro mês tínhamos cinco diabéticos de 18 cadastrados que foram avaliados com estratificação de risco (27.8%), no segundo mês 24 de 31 diabéticos (77.4%), no terceiro mês todos os 40 diabéticos receberam estratificação de risco (100%) e no quarto mês 49 de 50 (98%) diabéticos também receberam a estratificação (100%), conforme figura 14. A meta também foi sendo aumentada gradualmente até atingir a todos os usuários cadastrados. Para cada



diabético realizávamos a estratificação de risco classificando por grupo e realizando o atendimento dependendo do grupo.

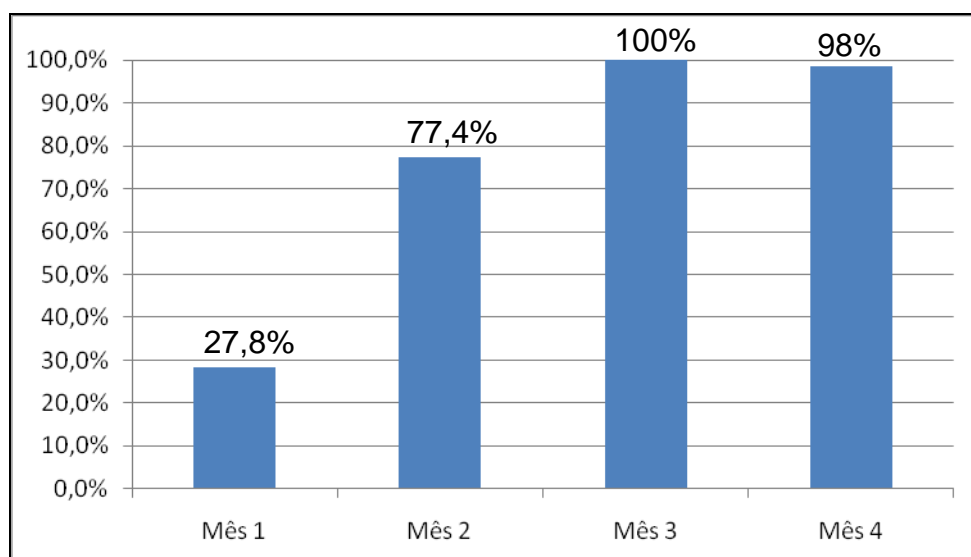


Figura 14. Proporção de diabético com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e/ou diabéticos

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

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

Em relação a meta garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos, durante os três primeiros meses foi cumprida em 100%, onde foram realizadas práticas coletivas sobre alimentação saudável. Na consulta sempre falamos ao usuário sobre a importância da dieta para evitar complicações, sendo que todo o usuário com Índice de Massa corporal (IMC) acima do normal foi encaminhado ao nutricionista. No primeiro mês de 39 cadastrados todos 39 receberam orientação (100%), no segundo mês todos os 79 hipertensos receberam orientação nutricional (100%), no terceiro mês todos os 94 hipertensos receberam orientação (100%) e no quarto mês foram avaliados 126 de 128 hipertensos (99.2%), conforme figura 15.

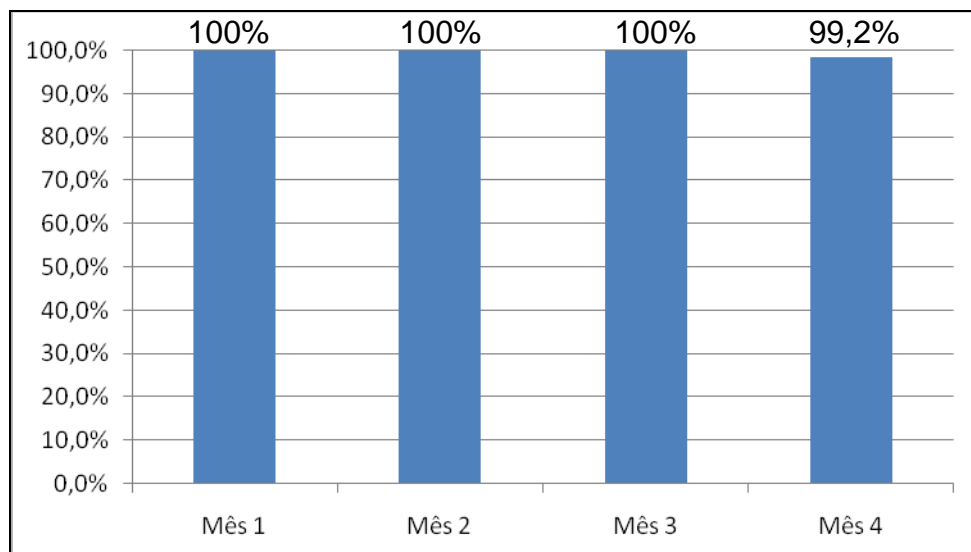


Figura 15. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

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

Garantir a orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários diabéticos foi outra meta atingida. No primeiro mês de 18 cadastrados os 18 receberam orientação (100%), no segundo mês 31 diabéticos (100%), no terceiro mês 40 diabéticos (100%), e no quarto mês 50 diabéticos (100%). Desde o início da intervenção realizamos capacitações a equipe sobre o tema, o que contribuiu para uma preparação de todos os profissionais da equipe para assim realizar orientações a todos os usuários diabéticos cadastrados no programa.

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

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

Para o cumprimento da meta de orientar a 100% de usuários hipertensos sobre a importância de realizar prática regular de atividade física nos apoiamos no educador físico que atende o “Programa de cabelos de prata” na unidade, orientando aos usuários sobre os benefícios da realização de prática clínica e

apresentando exercícios que pudessem ser realizados em sua casa todos os dias, além disso, programamos palestras abordando este tema. No primeiro mês de 39 cadastrados os 39 receberam orientação de prática regular de atividade física (100%), no segundo mês 79 hipertensos (100%), no terceiro mês foram realizadas orientações a 94 hipertensos (100%), e no quarto mês 126 de 128 cadastrados receberam orientação (99.2%), conforme figura 16.

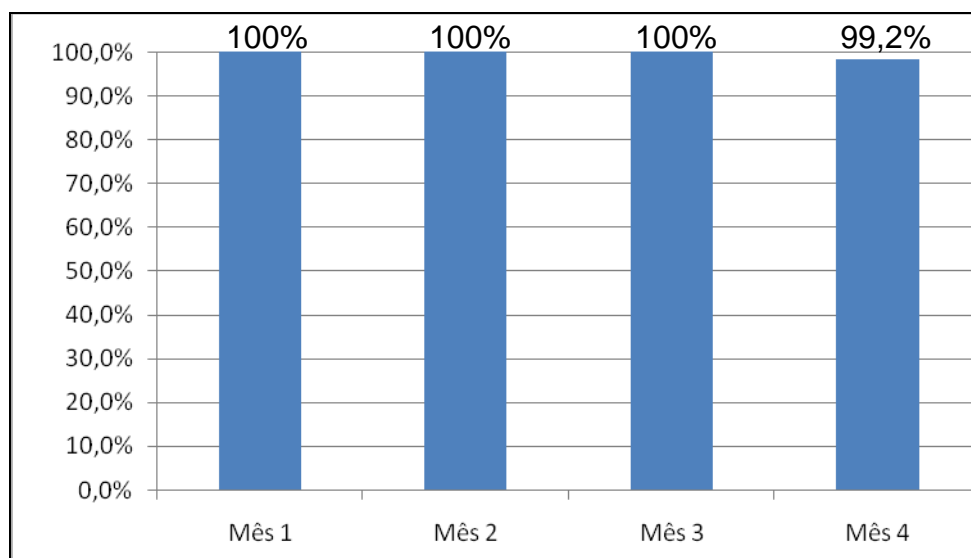


Figura 16. Proporção de hipertensos com orientação sobre prática de atividade física regular.

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

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

Em relação aos diabéticos que receberam orientação de prática regular de atividade física esta meta foi atingida, no qual 100% dos diabéticos receberam esta orientação. Da mesma forma que ocorreu com os usuários hipertensos com o apoio de educador físico assim como com todos os profissionais da equipe durante todos os meses da intervenção foram realizadas palestras e práticas coletivas com o objetivo de estimular os usuários a realizar exercícios físicos de forma regular. No primeiro mês foram 18 diabéticos orientados (100%), no segundo mês 31 (100%), no terceiro mês 40 diabéticos (100%) e no quarto mês 50 diabéticos foram orientados (100%).

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

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

Durante a intervenção um das metas que trabalhamos para dar cumprimento ao projeto foi a orientação a 100% dos hipertensos em relação aos riscos do tabagismo. A meta foi cumprida em sua quase totalidade. Durante o primeiro, segundo e terceiro mês da intervenção todos os usuários cadastrados receberam esta orientação, sendo respectivamente, 39, 79 e 94 hipertensos (100%). No quarto mês 126 de 128 hipertensos foram orientados sobre os riscos do tabagismo (98,4%), conforme figura 17.

Para que esta meta fosse cumprida em sua quase totalidade foram realizadas na unidade e na comunidade rodas de conversas e palestras para informar o risco do tabagismo, assim como, a existência na unidade de saúde sobre tratamento para abandonar o tabagismo. Além disso, todos os usuários hipertenso e tabagista foram incorporados ao grupo de tabagista da unidade tendo hoje 41 hipertensos tabagista onde estamos trabalhando para ajudar estes usuários a abandonar este vício.

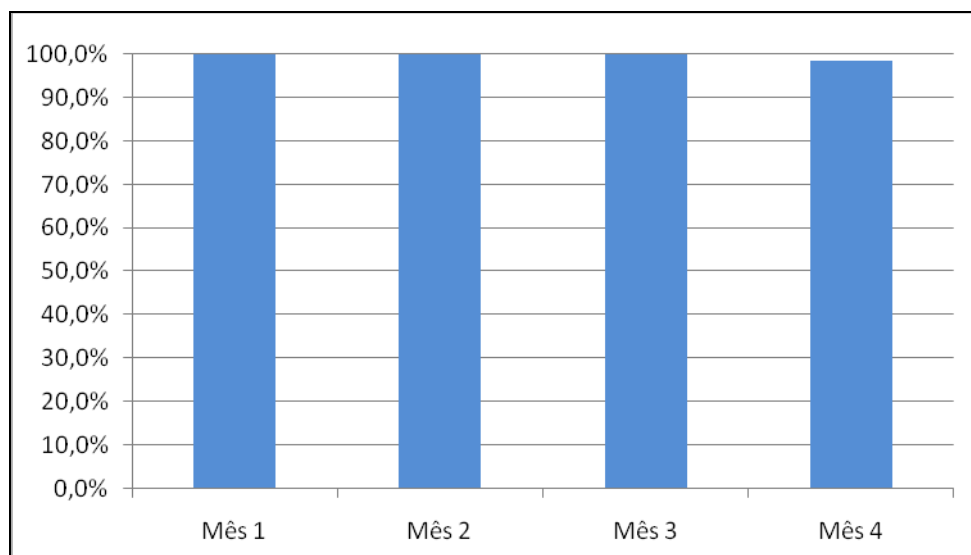


Figura 17. Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre o risco de tabagismo.

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

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

No que se refere a meta de orientar 100% dos diabéticos em relação aos riscos do tabagismo, traçados atingir a 100%, sendo que os resultados foram bastante relevante pra essa população. Durante o primeiro, segundo e terceiro mês, 100% dos diabéticos foram orientados, sendo 18, 31 e 40, respectivamente. No quarto mês 49 de 50 foram orientados, representando 98%, conforme figura 18. Conforme já foi explicado, realizamos palestras para informar do risco de tabagismo e a existência de tratamento. Incorporamos todos os diabéticos tabagistas ao grupo de tabagismo tendo hoje 14 diabéticos tabagista, no qual estão sendo acompanhamentos com prioridade.

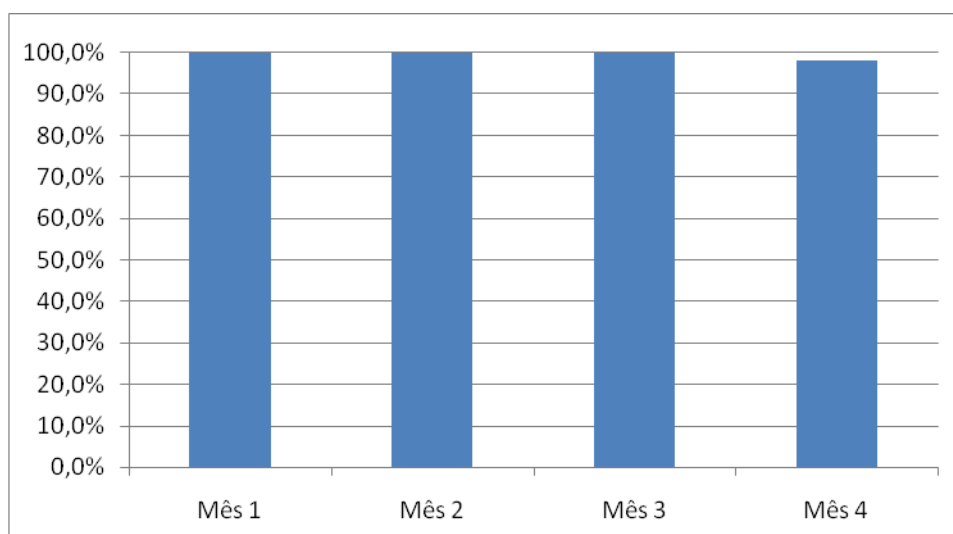


Figura 18. Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos de tabagismo.

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

Indicador 6.7 Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

O tema de higiene bucal foi também muito abordado com os usuários hipertensos, apesar de não prestarmos este serviço na unidade de saúde, realizamos ações de orientação para melhorar este indicador, assim como, ampliar a

cultura dos usuários que para eles reconheçam a importância da higiene bucal e da avaliação odontológica.

A meta de orientar 100% dos usuários hipertensos sobre higiene bucal foi atingida. Durante o primeiro, segundo e terceiro mês orientamos 100% dos hipertensos, sendo 39, 79 e 94, respectivamente. No quarto mês 126 de 128 hipertensos foram orientações sobre saúde bucal (98,4%), conforme figura 19. Com a permanência do programa daremos continuidade a estas ações orientações.

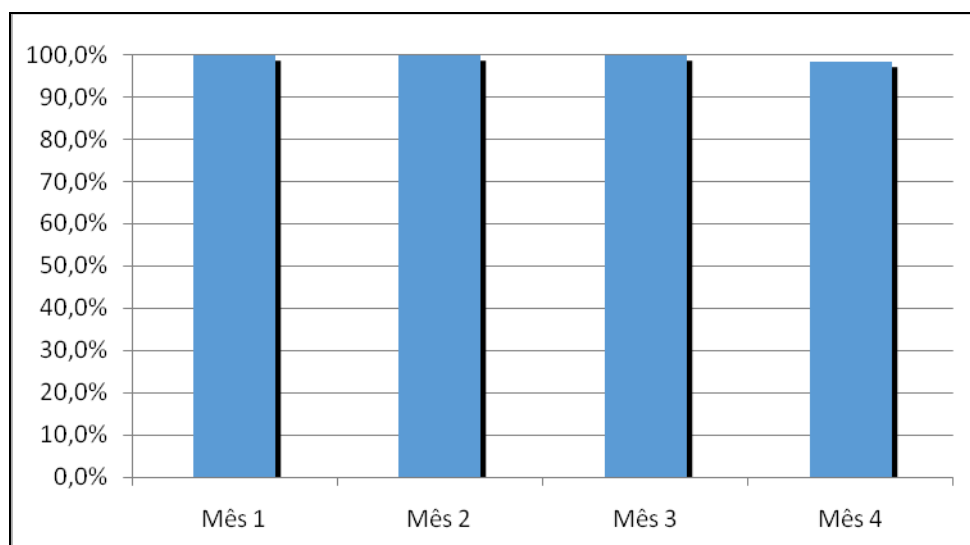


Figura 19. Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

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

Indicador 6.8 Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

A meta de orientar 100% dos diabéticos sobre higiene bucal foi atingida. No primeiro, segundo e terceiro mês receberam orientação sobre saúde bucal, 18, 31 e 40 diabéticos (100%). Já no quarto mês 49 de 50 diabéticos foram orientados (98%), conforme figura 20. A ação que facilitou o cumprimento desta meta foi a preparação de todos os profissionais da equipe em relação a este tema, onde realizamos ações para a participação de diabéticos e seus familiares, assim como, na consulta que abordávamos sobre este tema de maneira individual para cada um dos usuários diabéticos.

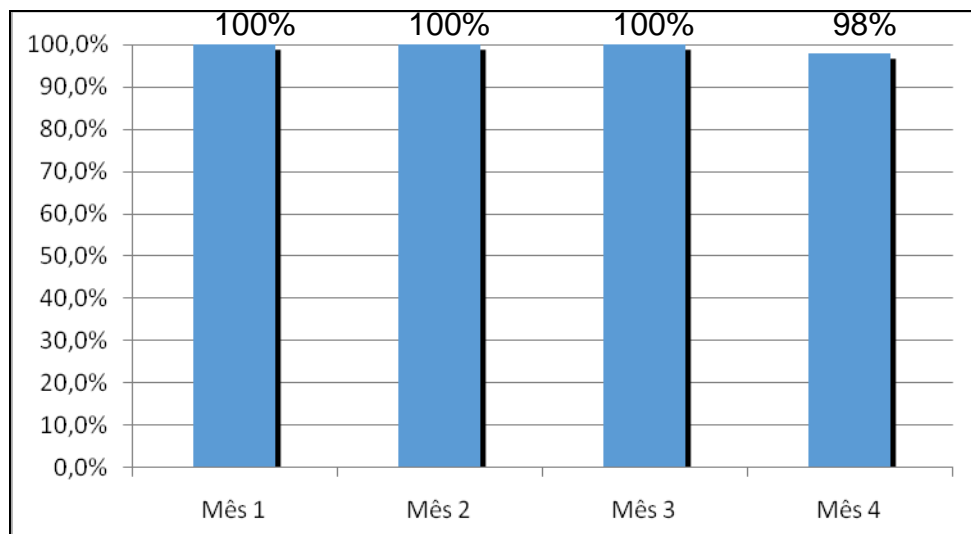


Figura 20. Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

## 4.2 Discussão

A intervenção na Unidade de saúde propiciou a ampliação da cobertura aos usuários hipertensos e diabéticos. O acolhimento para estes usuários alvos de nossa intervenção está melhorando, eles foram agendados com a prioridade requerida de acordo com avaliação de risco cardiovascular que foi outro aspecto importante no projeto, melhorou a qualidade da atenção aos mesmos com a realização do exame clínico adequado e destaque para ampliação do exame dos pés, pulsos e sensibilidade das extremidades dos diabéticos, além da realização dos exames complementares em dia.

Também melhorou a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa com as estratégias tomadas na unidade, os registros das informações para estes usuários foram garantidos tendo um melhor controle em relação a situação de cada hipertenso e diabético da área. Com a intervenção passamos a ter melhor controle sobre os medicamentos das doenças crônicas disponibilizado na farmácia, garantindo durante todas as semanas a medicação requerida para cada hipertenso e diabético.

Melhoramos a parceria com a comunidade, tendo agora melhor apoio dos líderes da comunidade para a realização de ações desenvolvidas na unidade. Os profissionais da unidade agora estão mais preparados em relação ao tema de

hipertensão e diabetes sendo capazes de ter uma conduta adequada quando encontra um novo usuário com estas doenças. Foi criado o grupo de hipertensos e diabéticos podendo trabalhar com estes usuários a ampliação do conhecimento em relação a sua doença e trabalhando com os fatores de risco que pode levar a complicações.

Com ajuda do gestor conseguimos uma parceria entre minha unidade e o Centro de Saúde de Caranã onde foi ofertado o serviço odontológico que fica próximo a minha área de abrangência. Para o desenvolvimento desta ação foi disponibilizada cinco vagas, duas vezes por semana, mas a demanda desse Centro de saúde é muito grande impossibilitando uma maior cobertura destes usuários. Apesar das dificuldades encontradas foi possível levar a frente essa ação a qual conseguimos uma melhora na avaliação da saúde bucal destes usuários. Com a intervenção conseguimos incorporar todas estas ações na rotina do nosso serviço.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do MS relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da hipertensão e/ou diabetes. Esta atividade promoveu o trabalho integrado da médica, da enfermeira, dos ACS, da técnica de enfermagem, gestor e da recepção. Cada profissional vai continuar fazendo suas atribuições para dar continuidade a todo o trabalho realizado. Os ACS continuarão na busca ativa de novos usuários hipertensos e diabéticos, assim como, com as visitas domiciliares de todo os faltosos a consulta. Na recepção continuaremos priorizando o atendimento dos usuários avaliados como alto risco na classificação de risco cardiovascular, assim como vagas para o atendimento de demanda espontânea destes usuários.

As técnicas de enfermagem realizarão o acolhimento de forma adequada com a correta aferição de pressão arterial e realização de hemoglicoteste, além de continuar dando palestras durante o processo de acolhimento. A enfermeira continuará ajudando no atendimento destes usuários, assim como, o monitoramento de todas as ações planejadas. O gestor garantirá os materiais necessários para o preenchimento dos registros dos hipertensos e diabéticos, além de manter o acordo planejado para a realização dos exames complementares e avaliação de saúde bucal destes usuários.

A médica continuará com o atendimento destes usuários duas vezes por semana, com a indicação dos exames complementares, a realização de risco cardiovascular segundo protocolo, o preenchimento da ficha espelho e as



orientações individuais e coletivas em relação aos fatores de risco e saúde bucal, além do monitoramento de todas as ações.

Todo este período de intervenção acabou tendo impacto em outras atividades no serviço, criamos outros grupos como de adolescentes e tabagistas. Neste último, foram incorporados os fumantes hipertensos e diabéticos da área para trabalhar com eles, além disso, aumentou o número de usuários no serviço de vacinas que muitos estavam pendentes.

Antes da intervenção as atividades de atenção a hipertensão e diabetes eram concentradas na médica. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas, tendo cada profissional que desempenhar um papel importante neste programa para facilitar o atendimento destes usuários. Com a responsabilidade de cada membro da equipe conseguimos implantar uma serie de ações na rotina da equipe encaminhadas a melhorar o atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos de área de abrangência. A melhoria dos registros e o agendamento dos hipertensos e/ou diabéticos viabilizou a otimização da agenda para a atenção da demanda espontânea melhorando o fluxo de usuários na unidade, além da classificação de risco dos hipertensos e diabéticos que tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

O impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade em sentido geral. Os hipertensos e/ou diabéticos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, porém gera insatisfação na sala de espera entre os outros membros da comunidade que desconhecem o motivo desta priorização, tendo que, a cada dia deste atendimento, explicar a comunidade a implantação do programa e o sistema de atendimento dos mesmos. Apesar da ampliação da cobertura do programa na unidade temos muitos hipertensos e diabéticos sem cobertura, continuando sendo um problema de saúde para a unidade, mais o grupo de hipertensos e diabéticos tem um papel crucial para promover a adesão ao tratamento e manter estes usuários o mais controlado possível.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional eu tivesse discutido as atividades que vinha desenvolvendo com a equipe. Também faltou uma articulação com a comunidade para explicitar os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de implementar isto, além de sugerir a criação do conselho local de saúde para melhorar o apoio da comunidade nas ações feitas na unidade de saúde.

Procuraria um nutricionista que pudesse atender uma vez por semana na unidade de saúde aos hipertensos e/ou diabéticos. Agora que estamos no fim do projeto percebo que a equipe está integrada, porém como vamos incorporar a intervenção a rotina do serviço, teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas.

Para isto vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção dos diabéticos e/ou hipertensos, em especial os de alto risco, assim como, a sensibilização dos usuários da importância do acompanhamento regular para que todos tenham o atendimento, segundo protocolo feitos pelo MS. Além de todos os profissionais continuarem com cada uma das atribuições designadas no início da intervenção para realizar todas as ações desenvolvidas durante todo o trabalho. As melhoras que pretendo fazer é ampliar a avaliação odontológica ao menos uma vez ao ano a esses usuários.

A partir do próximo mês quando teremos disponíveis os ACS para as demais micro áreas, pretendemos investir na ampliação de cobertura dos hipertensos e diabéticos, assim como na avaliação da necessidade de atendimento odontológico para os mesmo. Tomando este projeto como referência, também pretendemos implementar o programa de Puericultura na Unidade de saúde.

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

Prezado Gestor,

Na Casa de Saúde da Família Caranã foi implantado um projeto de intervenção relacionado com a atenção a saúde de hipertensos e/ou diabéticos, durante um período de 16 semanas, iniciando no mês fevereiro e finalizando no mês de junho de 2015. Para a escolha de foco de intervenção na atenção de hipertensos e diabéticos organizamos um Relatório sobre a Análise Situacional da realidade epidemiológica da área, encontrando como necessidade primordial investir na saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Com a intervenção traçamos vários objetivos, todos encaminhados a melhorar atenção a saúde dos hipertensos e/ou diabéticos. Antes da intervenção, tínhamos cadastrado 348 hipertensos (59%) e 103 diabéticos (55%). A primeira meta proposta foi ampliar para 75% de cadastro dos hipertensos e 75% dos diabéticos. Durante os quatro meses da intervenção, conseguimos atingir 128 hipertensos (36.8%) e 50 diabéticos (48.5%), especificando que não foram incluídos os usuários que já se encontravam cadastrados na unidade, todos estes são novos usuários hipertensos e diabéticos que se juntamos aos usuários que já estavam cadastrados, totalizando 476 hipertensos (73%) e 153 diabéticos (83.6%), chegando quase a meta de hipertensos e ultrapassamos a meta para diabéticos, revelando a importância deste projeto na captação de novo usuários ao serviço.

Melhoramos a qualidade da atenção clínica além da realização dos exames complementares a estes grupos, pois a maioria desses usuários foi examinada clinicamente e receberam indicação para realizar os exames complementares, ajudando no processo de estratificação de risco. Desta forma, os valores que

encontramos foram: 127 hipertensos (99.2%) e 49 diabéticos (98%) foram avaliados clinicamente, conforme o protocolo do Ministério da Saúde. Em relação aos exames complementares 127 hipertensos (99.2%) e 50 diabéticos (100%) realizaram os exames complementares solicitados pela equipe de saúde da Unidade.

Outro ponto positivo foi a priorização da prescrição dos medicamentos da farmácia popular realizado para 100% destes usuários. A realização da avaliação odontológica para estes grupos foi atingida para 112 hipertensos (87.5%) e 40 diabéticos (80%). Mesmo não dispondo de uma equipe de saúde bucal na Unidade de saúde, conseguimos com a ajuda da gestão, encaminhar esses usuários para Unidade de saúde vizinha que dispunha de uma equipe de saúde bucal, a fim de ofertar esse atendimento aos usuários.

Foi criado o grupo de hipertensos e diabéticos o qual funciona com uma frequência mensal onde se oferece palestras, rodas de conversas sobre orientação nutricional e alimentação saudável, prática de atividade física regular, orientação sobre tabagismo e a importância da higiene bucal aos usuários e seu familiar. Além disso, tivemos melhora em todos os serviços oferecidos na unidade, garantindo um acolhimento com melhor qualidade, priorizando o agendamento deste grupo populacional dependendo da classificação de risco cardiovascular, assim como, o atendimento da demanda espontânea dos mesmos. Disponibilizamos o serviço de vacina para que os usuários tivessem em dia seu esquema vacinal. Melhoramos as visitas domiciliares por parte dos ACS, assim como, a busca de novos usuários hipertensos e diabéticos.

O que facilitou o cumprimento das metas foi a responsabilidade de cada profissional da equipe no desenvolvimento de seu papel no projeto e a capacidade de gerenciamento do gestor da Unidade de saúde para procurar vias de solução aos problemas enfrentados durante a intervenção.

Como em todo trabalho temos dificuldades para o cumprimento das metas como a não existência do conselho de saúde, que melhoraria a integração da comunidade nas ações desenvolvidas na Unidade de saúde, a existência de uma área descoberta por não ter ACS, que desde o início da intervenção foi apresentado a gestão e continuamos com o mesmo problema. Entendemos ser de extrema importância a inserção de outros profissionais como nutricionista e educador físico para o trabalho com os grupos, pois esses profissionais são fundamentais para desenvolver comportamentos saudáveis de promoção a saúde.

O projeto teve uma boa aceitação na comunidade, onde os usuários relataram sentir-se bem, após mudanças do estilo de vida provocadas pela sensibilização realizada nos encontros. Relataram também controle dos fatores de risco, melhora na adesão ao tratamento, além de sentir satisfação com o sistema de agendamento prioritário.

Ficou evidente que a intervenção contribuiu para a melhora na atenção a saúde dos usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes. Devemos incorporar essas ações na rotina do serviço, garantindo continuidade das mesmas para que assim ampliemos a cobertura a 100% desses usuários. Para isso é muito importante o papel da gestão daqui para frente para garantir a continuidade da intervenção, garantindo os recursos materiais e humano da unidade, além de começar a trabalhar para melhorar atenção a saúde da criança.

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

Olá Comunidade da Casa Saúde da Família Caranã,

Estivemos realizando um projeto de intervenção relacionado com a atenção a saúde dos usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes, durante um período de 16 semanas, iniciando no mês fevereiro e finalizando no mês de junho de 2015. Para a escolha desta população alvo foi feita uma análise da situação de saúde de diversos grupos, onde detectamos algumas limitações no acompanhamento desses usuários (hipertensos e/ou diabéticos). Existia falta de informação da população sobre as estratégias de prevenção para essas doenças crônicas, baixa adesão ao tratamento, deficiências nos registros, dificuldade nos exames complementares, na realização de risco cardiovascular, falta de periodicidade no acompanhamento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, na busca ativa de hipertensos e/ou diabéticos nas visitas domiciliares, a atenção a saúde bucal destes usuários e não realização de grupo de hipertensos e diabéticos.

Com a intervenção conseguimos cadastrar 128 hipertensos (36.8%) e 50 diabéticos (48.5%), além de melhorar a atenção para este grupo pertencente a área de abrangência. Na atenção a população alvo conseguimos criar um grupo de hipertensos e diabéticos com a realização do encontros mensais onde se oferece palestras, rodas de conversas sobre orientação nutricional e alimentação saudável, prática de atividade física regular, orientação sobre tabagismo e a importância da higiene bucal ao usuários e seu familiar.

Além disso, tivemos melhora em todos os serviços oferecidos na unidade, garantindo um acolhimento com melhor qualidade, priorizando o agendamento deste grupo dependendo da classificação de risco cardiovascular, assim como, o atendimento da demanda espontânea para este grupo. Estamos disponibilizando o

serviço de vacina para que os usuários tenham em dia seu esquema vacinal. Ampliamos a oferta de visitas domiciliares por partes dos ACS, assim como, a busca de novos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

É importante ressaltar que fizemos uma parceria com a Unidade de saúde vizinha, que oferece aos usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes serviços de laboratório e odontológico que ao início da intervenção poucos tinham acesso ao mesmo. Falta muito trabalho para realizar como aumentar o incentivo da comunidade para a realização do atendimento odontológico e cuidado da higiene bucal, assim como a realização dos exames complementares e continuar com a melhora da adesão ao tratamento. A criação do conselho de saúde, para conseguir melhor integração da comunidade nas ações desenvolvidas na unidade de saúde, além de contar na Unidade de saúde com nutricionista e educador físico que ajudarão no trabalho com estes grupos.

Foram identificados os benefícios e as dificuldades que ainda temos, mas precisamos do apoio da comunidade para a busca ativa dos hipertensos e/ou diabéticos faltosos. Desejamos que a própria população possa ajudar facilitando a identificação dos locais para as atividades deste grupo bem como a divulgação das ações que estão sendo desenvolvidas na Unidade de saúde, para assim dar continuidade ao projeto que já está inserido na rotina da unidade.

Temos ainda um longo caminho a percorrer, mas com o trabalho conjunto da equipe e da comunidade, estimamos uma melhora na qualidade de vida dos usuários portadores de hipertensão e diabetes da área de abrangência.

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

Minhas expectativas no início do curso não foram tão boas, pois pela primeira vez iria enfrentar a realização de um curso pela internet; não tinha nem idéia de como realizar as tarefas, além das dificuldades com a língua portuguesa, sabendo que teria que fazer maior esforço para alcançar um melhor desempenho no curso.

Como gosto de enfrentar novos desafios para ampliar meus conhecimentos profissionais, não duvidei em nenhum momento em começar a trabalhar no curso e colocar todo o empenho possível.

Ao longo do tempo fui conhecendo a plataforma, como acessar as tarefas e envio das mesmas; a realização de Teste de Qualificação Cognitiva (TQC); as orientações das atividades; a dedicação da orientadora; também fui adquirindo novas idéias, novos conhecimentos, que fizeram com que eu me entusiasmasse mais pelo que estava fazendo.

Foram muitas dificuldades enfrentadas na realização dos textos, na gramática, nas idéias que queria expressar e não conseguia; problemas com a conexão à internet, o estresse quando realizava o TQC com medo que perdesse a conexão com a internet e não completasse a prova, mas com ajuda da orientadora fui superando todos os medos e ampliando meus conhecimentos.

Sempre tratei de entregar minhas tarefas em tempo, seguindo as orientações disponibilizadas pelo curso. Particpei durante todas as semanas dos fóruns, pois achava muito interessante a interação entre todos os colegas, assim como o debate dos casos clínicos nos temas errados no TQC.

Com a realização do curso alcancei na vida pessoal uma melhora no meu auto-conhecimento e auto-desenvolvimento. Na intervenção tive um impacto positivo



tanto na Unidade de saúde como na comunidade; os profissionais da equipe ficaram mais motivados no trabalho, ajudaram a organizar o processo de trabalho e melhoraram o programa de Atenção aos usuários portadores de hipertensão e diabetes na unidade. A comunidade sentiu-se satisfeita pelo atendimento ofertado e por todo o trabalho feito.

Como profissional avalio o curso como ótimo, pois me propiciou muitos conhecimentos sobre as doenças frequentes no Brasil e seu manejo adequado. Com as práticas clínicas e os casos clínicos recuperei o hábito de estudo e assim ampliei o conhecimento de doenças que não são frequentes em meu país, mas que aqui tem uma alta incidência.

Dentro da aprendizagem o que achei mais relevante no decorrer do curso foram os princípios e diretrizes do SUS que estão sendo implementados no sistema de saúde do Brasil. Muitas pessoas desconheciam sua existência e agora sabem seus direitos em relação a saúde, além dos casos clínicos estudados onde realizava uma auto avaliação e reafirmava meu conhecimento. A maioria dos temas dos casos clínicos foram doenças frequentes na consulta que me preparava para seu manejo.

Agradeço pela oportunidade de formar parte do Programa Mais Médico no Brasil, de pertencer a Universidade Federal de Pelotas que me ajudou na superação profissional. Agradeço também a minha orientadora que teve um papel fundamental ao longo do curso e a todo o povo brasileiro por sua aceitação e gratidão.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica de Hipertensão Arterial Sistêmica n.37 e Diabetes Mellitus n.36.2013

SCHMIDT, Maria Inês [et al.]. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. THE LANCET. London, p.61-74, maio. 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>> Acesso em 3 out. 2014.

## **Anexos**

## Anexo A - Documento do comitê de ética



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

---

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

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

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

Prezada Pesquisadora;

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

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

## Anexo B- Planilha de coleta de dados

	A	B	C	D	E	F
1	<b>Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 4</b>					
	Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?
2						
3	<b>Orientações de preenchimento</b>	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
4		1				
5		2				
6		3				
7		4				

Planilha de coleta de dados (Colunas A a F)

G	H	I	J	K	L
O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?
0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim

Planilha de coleta de dados (Colunas G a L)

M	N	O	P	Q	R	S
Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?
0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim

Planilha de coleta de dados (Colunas M a S)

