

**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 da pessoa com hipertensão arterial sistêmica  
e/ou diabetes mellitus na UBS São Pedro, Macapá/AP**

**Yaimely Ojeda Diaz**

**Pelotas, 2015**

**Yaimely Ojeda Diaz**

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica  
e/ou diabetes mellitus na UBS São Pedro, Macapá/AP**

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: Mônica B. C. Vohlbrecht

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

D542m Díaz, Yaimely Ojeda

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS São Pedro, Macapá/AP / Yaimely Ojeda Díaz; Monica Bergmann Correia Vohlbrecht, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

77 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. Vohlbrecht, Monica Bergmann Correia, orient. II. Título

CDD : 362.14

E o que dizer a você Pedro Mario Ojeda.  
Obrigada pela paciência, pelo incentivo, pela força e principalmente pelo carinho.  
Valeu a pena toda distância, todo sofrimento, todas as renúncias....  
Valeu a pena esperar....  
Hoje estamos colhendo, juntos, os frutos do nosso empenho!  
Esta vitória é muito mais sua do que minha!!

## **Agradecimentos**

A Deus, que se mostrou criador, que foi criativo. Seu fôlego de vida em mim me foi sustento e me deu coragem para questionar realidades e propor sempre um novo mundo de possibilidades.

Ao meu pai Pedro e minha mãe Vilma que, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.

Agradeço também ao meu esposo, Alexis, que de forma especial e carinhosa me deu força e coragem, me apoiando nos momentos de dificuldades.

Agradeço a minha orientadora Mônica B. C. Vohlbrecht que teve paciência e que me ajudou bastante a concluir este curso.

*“Se um dia tiver que escolher entre o mundo e o amor lembre-se: se escolher o mundo ficará sem o amor, mas se escolher o amor com ele você conquistará o mundo.”*

**(Albert Einstein)**

## Resumo

OJEDA, Yaimely Diaz. **Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS São Pedro, Macapá/AP.** 2015. 75f. 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.

O foco escolhido para intervenção na UBS São Pedro foi a Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, sendo ambas doenças crônicas que afetam à população e são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS). As análises epidemiológica, econômica e social do número crescente de pessoas que vivem com DM e HAS mostram a necessidade da implantação de políticas públicas de saúde que minimizem as dificuldades dessas pessoas e de suas famílias e propiciem a manutenção da sua qualidade de vida. Por isso, fazer uma intervenção educativa, preventiva, sistematizada e permanente é um aspecto fundamental para mudar a realidade atual em relação a esses problemas de saúde. A intervenção implementada teve como objetivo a Melhoria da Atenção à Saúde dos Hipertensos e Diabéticos, na UBS São Pedro, Macapá/AP. A intervenção se realizou durante 12 semanas, compreendidas entre maio e agosto de 2015. Para a realização da intervenção, utilizou-se a base de dados do HIPERDIA, prontuários e registros específicos além das planilhas de coleta de dados digital e ficha-espelho, fornecidas pelo curso. As ações realizadas na intervenção foram baseadas nos protocolos do Ministério da Saúde. A intervenção propiciou um aumento considerável na cobertura, neste período conseguimos cadastrar 582 hipertensos e 210 diabéticos, o que representa uma cobertura de 20,7% e 30,3% da população alvo adstrita. A implementação da intervenção, exigiu a capacitação da equipe no início, para atualização dos protocolos sobre hipertensão e diabetes estabelecidos pelo Ministério da Saúde, assim como outras questões referentes ao rastreamento, diagnóstico, tratamento, monitoramento e metodologias de educação em saúde. Também se tornou evidente uma melhoria na qualidade dos registros médicos. Alcançou-se a melhoria da qualidade do atendimento. Destaca-se que a intervenção teve um impacto positivo nos nossos serviços e na organização das equipes. Alcançou-se uma melhoria quantitativa e qualitativa de todos os indicadores em correspondência ao início da intervenção. Embora o impacto da intervenção ainda não seja percebido pela população geral, é um sucesso para a população alvo de hipertensos e diabéticos, isto é traduzido na satisfação dos usuários com o melhoramento da atenção de qualidade que está sendo oferecida.

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

### Lista de Figuras.

Figura 1	Gráfico: Cobertura do programa de atenção aos hipertensos na unidade de saúde São Pedro. Macapá/AP, 2015.	51
Figura 2	Gráfico: Cobertura do programa de atenção aos diabéticos na unidade de saúde São Pedro. Macapá/AP, 2015.	51
Figura 3	Foto: Exame clínico realizado aos hipertensos e diabéticos na unidade de saúde São Pedro. Macapá/AP, 2015.	52
Figura 4	Gráfico: Proporção de hipertenso com exames complementares em dia de acordo com os protocolos na UBS São Pedro. Macapá/AP, 2015.	53
Figura 5	Gráfico: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com os protocolos da UBS São Pedro. Macapá/AP, 2015.	54
Figura 6	Gráfico: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada da UBS São Pedro. Macapá/AP, 2015.	55
Figura 7	Gráfico: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada na UBS São Pedro. Macapá/AP, 2015.	55
Figura 8	Gráfico: Proporção de hipertensos com avaliação das necessidades de atendimento odontológico da UBS São Pedro. Macapá/AP, 2015.	56
Figura 9	Gráfico: Proporção de diabéticos com avaliação das necessidades de atendimento odontológico da UBS São Pedro. Macapá/AP, 2015.	57
Figura 10	Foto: Busca ativa realizada aos usuários faltosos hipertensos e diabéticos na unidade de saúde São Pedro. Macapá/AP, 2015.	58
Figura 11	Foto: Preenchimento adequado dos registros médicos realizado aos usuários hipertensos e diabéticos na unidade de saúde São Pedro. Macapá/AP, 2015.	59
Figura 12	Foto: Figura 12: Atividade grupais para promover e melhorar a saúde aos usuários hipertensos e diabéticos na unidade de saúde São Pedro. Macapá/AP, 2015.	60



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

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária de saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EAD	Educação a distancia
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
HPV	Papilomas Vírus Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia Instituto
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da família
OMIA	Objetivos, Metas e Indicadores
PCCU	Prevenção para Câncer de Colo de Útero
PMM	Programa Mais Médicos
PNUD	Programa das Nações Unidas
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPel	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

## Sumário

Apresentação .....	9
1 Análise Situacional .....	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	10
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	21
2 Análise Estratégica .....	23
2.1 Justificativa.....	23
2.2 Objetivos e metas.....	25
2.2.1 Objetivo geral .....	25
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	25
2.3 Metodologia.....	27
2.3.1 Detalhamento das ações.....	27
2.3.2 Indicadores.....	36
2.3.3 Logística.....	43
2.3.4 Cronograma .....	46
3 Relatório da Intervenção.....	47
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	47
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	48
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	48
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	49
4 Avaliação da intervenção.....	50
4.1 Resultados .....	50
4.2 Discussão.....	61
5 Relatório da intervenção para gestores .....	64
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	66
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	68
Referências .....	70
Anexos .....	71

## **Apresentação**

O presente volume trata do Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Modalidade Educação a Distância (EAD) promovido pelo Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas. Foi realizada uma intervenção cujo objetivo foi melhorar a Atenção à Saúde dos Hipertensos e Diabéticos, na UBS São Pedro, Macapá/AP. A nossa UBS São Pedro situa-se no centro da cidade no bairro Beiril, é uma UBS urbana, mista, faz parte do SUS e se subordina a Secretaria Municipal de Saúde. Além das especialidades (Dermatologia, Cardiologia e Geriatria), temos na UBS seis equipes de atenção à saúde da família.

O volume está organizado em sete unidades de acordo com o cronograma do curso. Inicia-se com a análise situacional da área de abrangência da UBS por meio do relatório da análise situacional, onde realizamos uma avaliação inicial da UBS. Em seguida, o projeto de intervenção, que corresponde à análise estratégica com a justificativa, os objetivos e metas a serem alcançadas na intervenção e o detalhamento das ações. Consta também o relatório da intervenção com a descrição de todas as ações previstas e desenvolvidas, os aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados e viabilidade da incorporação na rotina do serviço. Posteriormente, é apresentada a avaliação da intervenção, com os Resultados e a Discussão, um relatório para o gestor e outro para a comunidade a fim de apresentar os resultados do trabalho e a continuidade na rotina da unidade. Também fizemos uma reflexão crítica do processo pessoal de aprendizagem. Por último encontramos no volume as Referências e os Anexos utilizados, durante a intervenção. O Curso de Especialização em Saúde da Família iniciou em julho de 2014 e finalizará após a defesa e execução da análise das considerações da banca com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

## **1 Análise Situacional**

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

Na minha Unidade Básica de Saúde (UBS) temos seis equipes de atenção à saúde da família, posso descrevê-la como de mediano tamanho, tem dois andares, em quanto a estrutura tem algumas carências de locais como, por exemplo: recepção, o número de salas insuficientes para consultas especializadas, também temos escassez de alguns recursos como medicamentos e insumos, além de não possuir locais suficientes para o trabalho das seis equipes de saúde, ainda assim, nós trabalhamos com muito esmero e dedicação para transformar e elevar a qualidade da população da nossa área adstrita.

A minha equipe está composta pelo médico, a enfermeira, duas técnicas de enfermagem, três agentes comunitários e não temos equipe de atenção odontológica, nós atendemos e somos os responsáveis pela saúde de uma população de 2.444 pessoas, localizada no bairro Beiril, esta é uma área urbana, localizada no centro da cidade, no município de Macapá no estado do Amapá. Mediante a organização da atenção primária à saúde e através da Estratégia de Saúde da Família, nós tratamos de aplicar os princípios da Atenção Primária à Saúde (APS), com um maior equilíbrio entre a promoção de saúde, a prevenção, a reabilitação e a recuperação, estamos integrados como um sistema para melhorar a relação entre a atenção hospitalar, atenção especializada e a atenção primária à saúde.

Mediante o recadastramento da população (neste momento estamos no processo de recadastramento para sua atualização) nós temos traçado como principal estratégia, o seguimento planejado dos distintos grupos populacionais como são, as crianças, as gestantes, os usuários portadores de doenças crônicas e doenças transmissíveis. As principais ações de saúde da nossa equipe são

encaminhadas à atenção médica das doenças, fazendo grande ênfase na promoção e prevenção destas, além de trabalhar com um enfoque dirigido à prevenção dos fatores de risco que predispõem as mesmas.

O trabalho em equipe é a nossa fortaleza, trabalhamos todos juntos com esforço e dedicação, sempre com base na comunicação e na troca de experiências e conhecimentos. Aproveitamos as experiências de alguns dos membros da equipe que levam maior tempo trabalhando nesta área, tudo que nos permite que as ações planejadas sejam realizadas de forma coletiva e não por esforços individuais carentes de resolutividade.

Outro dos problemas que nós temos que enfrentar é a baixa cobertura de atendimentos nas diferentes ações programáticas que temos, devido ao alto nível econômico predominante na nossa área de abrangência, pois grande parte da população não realiza acompanhamento pela UBS porque tem plano de saúde, não obstante, tentamos incrementar as visitas domiciliares para oferecer o nosso acompanhamento no domicílio para atenuar esta situação. Além do anteriormente explicado, temos como uma das principais dificuldades a quantidade de áreas descobertas, neste momento são duas áreas que ficam sem Agente Comunitário de Saúde (ACS), o que repercute diretamente em nosso cadastro, causando um grande subregistro e uma baixa cobertura nas diferentes ações programáticas.

Mediante a realização das visitas domiciliares planejadas e organizadas, nós podemos avaliar o usuário em um ambiente familiar, na sua própria casa e na sua própria comunidade, interpretando-o como um ser biopsicossocial, além de avaliar as principais características do ambiente e a repercussão que pode ter este na saúde da população assistida, isto nos permite dar os primeiros passos para alcançar a integração da família com a sociedade no acompanhamento e resolução dos problemas de saúde. Ao realizar as visitas domiciliares nós temos a possibilidade de realizar uma avaliação completa e integrada da família mediante o qual podemos fazer a caracterização da mesma e conhecer o tipo de família que é (nuclear, extensa ou ampliada), a etapa do ciclo vital da família em que se encontra nesse momento. Assim como, os diferentes tipos de crises normativas e para normativas pelas quais possa estar atravessando a família nesse momento, ainda fazer o acompanhamento a família na orientação e resolução destas crises, as quais influem de maneira determinante no estado de saúde dos seus membros.

Neste curto período de tempo que eu tenho trabalhado com minha equipe, fizemos uma ação de saúde integral numa igreja. No momento oferecemos consulta médica e de enfermagem, vacinação infantil e de grupos de risco, oferecemos uma palestra educativa sobre fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis como HAS (Hipertensão Arterial Sistólica) e Diabetes Mellitus e sobre a importância de ter hábitos de vida e dietéticos saudáveis, assim como outras ações de promoção e prevenção. Nós queremos dar continuidade a implementação desta estratégia nos próximos meses, pois esta nos oferece um cenário ideal para transmitir mensagens de saúde.

Com a realização destas e outras ações, nós conseguiremos ir implementando a Estratégia de Saúde Familiar, esperamos com muito esforço, trabalho e dedicação ir melhorando paulatinamente a qualidade de vida da minha população, assim como a assistência médica oferecida. Essencialmente este é o objetivo que estamos perseguindo com a realização deste curso de especialização, esperamos ter ótimos resultados e melhorar grandemente nossos indicadores de saúde.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

Macapá, capital do Amapá, fica situada na latitude 00° 02' 18.84" N e longitude 51° 03' 59.10" O. A toponímia é de origem tupi, como uma variação de "macapaba", que quer dizer lugar de muitas bacabas, uma palmeira nativa da região. Está localizada no sudeste do estado e é a única capital estadual brasileira que não possui interligação por rodovia a outras capitais. Além disso, é a única cortada pela linha do Equador e que se localiza as margens do rio Amazonas. Macapá pertence a mesorregião do sul do Amapá, a microrregião homônima e está localizada no extremo norte do país, a 1.791 quilômetros de Brasília. (IBGE 2014)

Macapá tem uma população total de 446.757 habitantes, de acordo com a estimativa oferecida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de julho de 2014 (IBGE, 2014). Conta com 59 bairros oficiais e cerca de seis conjuntos, o bairro mais populoso do município é o Buritizal (Zona Sul) com 25.651 habitantes, seguido do Novo Horizonte (Zona Norte) com 24.360 moradores, a zona mais populosa é a zona sul, pois tem oito dos quinze bairros mais populosos do município.

No município temos um total de 23 UBS (20 urbanas e três rurais), uma delas é mista e 22 são tradicionais, contamos no município com 82 equipes de saúde de Estratégia da Saúde da Família (ESF). Destas equipes, 68 são urbanas e 14 rurais, contamos com oito Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs), temos um Pronto Atendimento (PA) e dois centros odontológicos que oferecem atendimento de urgência e por consulta agendada, todas vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS). O município não tem disponibilidade de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), caso seja necessário o usuário será encaminhado para o CEO do Estado de Amapá, que tem um centro da atenção especializada, tampouco contamos com serviço hospitalar no município, pois somente dispomos de atenção hospitalar estadual (dois serviços hospitalares de emergência e um serviço hospitalar de especialidade). Temos no município três Escolas de Enfermagem e uma Universidade Federal Pública (UNIFAP).

A nossa UBS São Pedro situa-se no centro da cidade no bairro Beiril, é uma UBS urbana, mista, faz parte do SUS e se subordina a Secretaria Municipal de Saúde. Além das especialidades (Dermatologia, Cardiologia e Geriatria), temos na UBS seis equipes de atenção à saúde da família, compostos por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, os agentes comunitários de saúde e somente uma das equipes tem odontóloga e técnico de saúde bucal. Temos pediatra, ginecologista, nutricionista, psicólogo, assistente social, fonoaudiólogo e educador físico, quanto a composição das equipes podemos dizer que temos um número insuficiente de agentes comunitários de saúde, odontólogos e técnicos de saúde bucal.

A minha UBS tem boas condições estruturais, tem dois andares com boas condições físicas e higiênicas, dispõe da maioria dos locais estabelecidos no manual da estrutura da UBS, as principais deficiências neste aspecto são que não tem recepção, a sala de espera é muito pequena e não dispõe das quantidades suficientes de bancas para os usuários aguardarem. As características estruturais da UBS não respondem as necessidades das pessoas idosas e pessoas com deficiências.

Podemos dizer que de maneira geral os ambientes físicos da UBS cumprem com as características estruturais expostas no manual da estrutura da UBS. A maior das nossas deficiências é quanto a disponibilidade de equipamentos e instrumentos de uso geral, além das carências de medicamentos, insumos e material descartável.

A nossa estratégia para solucionar estas deficiências é continuar exigindo das autoridades o cumprimento do sistema de manutenção e reposição dos equipamentos, instrumentos e materiais de consumo, assim como exigir o aumento da disponibilidade de medicamentos.

Na nossa UBS a maioria das atribuições dos membros das equipes básicas se cumprem, neste aspecto as principais deficiências são que não se utilizam todos os espaços comunitários para a realização das ações de saúde, as atividades de qualificação só se realizam de maneira teórica e os procedimentos cirúrgicos, além de urgência/emergência, os procedimentos realizados são básicos devido as carências de recursos. Estas deficiências afetam a qualidade da atenção oferecida, para a solução das mesmas só nos resta continuar trabalhando com esmero, dedicação e comprometimento com a população.

A nossa UBS oferece serviços de saúde para uma população de aproximadamente 18.500 habitantes, moradores do bairro Beiril, Trem e conjunto Mucajá, dos quais 9.091 pertencem ao sexo masculino e 9.409 são mulheres, a população de mais de 60 anos representa 4,8% do total da população adstrita e temos 9.397 usuários entre 20-59 anos de idade, temos um grupo etário menor de um ano de 411 usuários, deles 209 femininos e 202 masculinos.

Com a estrutura atual da UBS e com o número de equipes que temos atualmente (seis equipes de saúde da família), consideramos que é suficiente para garantir a atenção primária à saúde na nossa área de abrangência, pois o número de usuários atendidos por cada equipe tem como média de 3.083 usuários. Em relação à atenção da demanda espontânea na nossa UBS não tem dificuldades, pois a mesma é realizada todos os dias e nos dois horários, a modalidade aplicada para o atendimento da demanda espontânea é pela equipe de referência do usuário e geralmente não excede as possibilidades resolutivas e de atendimento das equipes.

O acolhimento é realizado na sala de triagem e a maior dificuldade neste aspecto se constitui pela falta de privacidade, pois a sala de triagem é comum para todas as equipes. Para a solução desta deficiência nos casos que o usuário precise de maior privacidade o acolhimento é feito na consulta, na sala de curativo e na sala de coleta de Preventivo do Câncer do Colo do Útero - O Exame de Papanicolau (PCCU). Em relação a saúde da criança, a principal ação programática realizada nos



nossos serviços constitui a Puericultura. A mesma é feita nos grupos etários menores de 12 meses, de 12-24 meses e de 24 até 72 meses.

A puericultura é feita por todos os membros da equipe de uma ou outra maneira, na mesma são desenvolvidas ações, tais como diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas da saúde bucal, promoção do aleitamento materno, imunização, prevenção de anemia e de violência, promoção da saúde bucal e mental, promoção de hábitos alimentares saudáveis, se orienta sobre a importância da realização do teste do pezinho, teste da orelhinha e teste do olhinho para o rastreamento de alguns tipos de doenças que poderiam afetar a saúde da criança. Também realizamos atividades grupais com as mães das crianças, assim como as visitas domiciliares. Para a realização destas atividades na nossa UBS utilizamos os protocolos de atuação do Ministério da Saúde Pública, assim como o Caderno de Atenção Básica - Saúde da Criança: crescimento desenvolvimento. Devido as deficiências no cadastro da população e as características socioeconômicas da nossa população, a cobertura é muito baixa.

Quanto à qualidade da atenção à saúde da criança consideramos que ainda é deficiente porque na atenção à saúde da criança temos alguns aspectos que repercutem negativamente, entre estes aspectos negativos e deficientes temos que apenas o 43% das crianças menores de um ano são acompanhadas o seja 169 criança de uma estimativa de 390, a avaliação da saúde bucal da criança é péssima, pois devido a carência de profissionais a avaliação neste grupo etário (0-72 meses) é efetuado numa porcentagem muito baixa. Os registros médicos tampouco têm a qualidade requerida, pois muitas vezes se omitem informações e orientações importantes nos prontuários das crianças, na UBS não existem profissionais responsáveis pela gestão, coordenação, monitoramento e planejamento do programa de atenção à saúde da criança (puericultura), estas atividades são realizadas de maneira independente pelas equipes e, às vezes, as deficiências vão se acumulando sem ter soluções nem receber recomendações, o que repercute de maneira negativa na qualidade da atenção oferecida.

Quanto às atividades de educação em saúde, consideramos que as mesmas ainda são insuficientes e que não aproveitamos todos os espaços comunitários para a realização das mesmas, às vezes não participam todos os membros das equipes de saúde o que interfere na qualidade dessas atividades realizadas.

Entre as ações programáticas realizadas na nossa UBS para garantir a saúde da mulher, temos o atendimento pré-natal, o mesmo é feito todos os dias da semana em ambos turnos de trabalho. Entre as principais ações desenvolvidas no cuidado as gestantes temos o diagnóstico e tratamento de problemas da saúde bucal, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problema de saúde mental, controles do câncer de colo de útero e mama, imunizações, planejamento familiar, promoção do aleitamento materno, promoção de hábitos alimentares saudáveis e promoção da saúde bucal e mental. Estas ações são planejadas de forma programática de acordo com os protocolos elaborados pelo Ministério da Saúde Pública e pelas ações descritas no caderno de Atenção Básica - atenção ao pré-natal de baixo risco, estas ações são registradas nos prontuários clínicos, formulário especial do pré-natal, ficha de atendimento odontológico e nutricional, assim como nas fichas-espelho das vacinas.

Devido às deficiências e que muitas das gestantes realizam o acompanhamento do pré-natal pelos serviços privados porque tem planos de saúde que cobrem este atendimento, temos uma cobertura muito limitada de apenas 30%, aproximadamente, somente fazem acompanhamento 83 grávidas de uma estimativa de 278 pelo Caderno de Ações Programáticas (CAP). Os indicadores de qualidade encontrados são muito bons, se cumprem em mais de 90% na quantidade de gestantes captadas no primeiro trimestre, na solicitação dos exames laboratoriais, no seguimento das vacinas de acordo com os protocolos, na indicação de suplemento ferroso e nas indicações de aleitamento materno exclusivo.

As principais deficiências encontradas foram às relacionadas com a cobertura da atenção odontológica, algumas gestantes não são encaminhadas para receber este tratamento e outras se mostram faltosas a consulta do dentista. Além disso, temos grandes dificuldades com o pessoal de atenção odontológica, pois somente uma das equipes tem odontóloga. Outra das deficiências encontradas está relacionada com a realização do exame ginecológico que tem que ser feito nos três trimestres, o mesmo nem sempre é preenchido nos prontuários, assim podemos avaliar a qualidade dos registros de regular. Ainda que realizemos as atividades de educação em saúde, consideramos que nas mesmas participam um número reduzido de gestantes. Na UBS não existem profissionais responsáveis pela gestão, coordenação, monitoramento e planejamento do programa de pré-natal, estas

atividades são realizadas de maneira independente pelas equipes de saúde da família.

Em relação à ação programática de puerpério, apresentamos algumas dificuldades, só acompanha-se 46% do total de puérperas estimadas nos últimos 12 meses (178 puérperas), somente 156 (87,6%) das puérperas acompanhadas fizeram a consulta antes dos 42 dias, a qualidade do exame clínico realizado às puérperas é péssima, apenas 143 puérperas (80,3% ) das usuárias tiveram as mamas examinadas e somente 104 (58,4%) tiveram avaliação de seu estado psíquico, quanto a qualidade dos registros médicos das puérperas pode ser considerada péssima, pois nenhuma das equipes cumpre o estabelecido nos protocolos. O número de orientações individuais e atividades grupais realizadas são insuficientes. Consideramos que os indicadores devem melhorar e ter mudanças o mais rápido possível para conseguir um melhor controle e acompanhamento do pré-natal e puerpério.

Em relação à prevenção do câncer de colo de útero e controle do câncer de mama, as principais ações desenvolvidas na nossa UBS são oferecer orientações a todas as mulheres para o uso do preservativo em todas as relações sexuais, oferecer orientações sobre os malefícios do tabagismo, realização de ações de educação da mulher para a realização periódica do exame preventivo do câncer do colo uterino, realizamos coleta de exame citopatológico para prevenção do câncer do colo uterino. Estas ações são feitas de forma programática e com base no estabelecido no Caderno de Atenção Básica - Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama.

Na nossa UBS não existem registros confiáveis nem atualizados com o número de mulheres compreendidas no grupo etário para fazer a PCCU (25-64 anos). Na minha UBS somente existe um livro de registro onde são registrados os dados elementares, assim como o resultado dos exames realizados neste ano de 2014.

Em relação à qualidade da atenção oferecida podemos dizer que é péssima, pois além de ter uma baixa cobertura (apenas 1.850 mulheres são acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de colo de útero de uma estimativa de 3.919 o que representa 47%, segundo o CAP), nem sempre os profissionais de saúde oferecem orientações sobre a prevenção do câncer de colo uterino, não é refletido

nos prontuários a avaliação de risco para esse câncer, na maioria dos prontuários só se refletem as orientações sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) e só naquelas mulheres que comparecem à consulta, porque tem algum problema relacionado com o tema (corrimento vaginal, dor pélvica ou úlcera genital). O resto das mulheres não tem estas orientações nos prontuários, por isso podemos dizer que a qualidade dos registros é ruim.

Como positivo podemos dizer que o número de amostras coletadas satisfatoriamente em relação ao total de amostras coletadas é muito bom, somente pouco menos de 2% é coletada incorretamente. Além disso, podemos dizer que as mulheres que tem resultado positivo para câncer de colo têm um ótimo acompanhamento.

Em relação ao controle do câncer de mama podemos dizer que é péssimo, pois não existem registros deste programa na UBS, somente 369 mulheres entre 50 e 69 residentes na área estão acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de mama o que representa uma cobertura de 45%, segundo a estimativa do CAP. Não conseguimos saber o total de mamografias realizadas nem quantas estão atrasadas, pois os resultados somente se registram de forma isolada nos prontuários individualmente em cada equipe e nenhuma das equipes contabiliza estes dados, nem registra os mesmos em um livro, nem sabem em qual dos prontuários estão registrados especificamente este dado, esta é uma das nossas principais deficiências com relação aos registros médicos. Sobre as atividades de educação em saúde, temos que dizer que são insuficientes e nas poucas ações realizadas, a participação das mulheres é muito baixa.

A Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) são as doenças crônicas não transmissíveis mais prevalentes na nossa população que contribui para efeitos adversos a saúde, incluindo: a morte prematura, ataque cardíaco, insuficiência renal e acidente vascular cerebral. Na nossa UBS realizamos ações como parte da atenção ao usuário com HAS e DM, entre elas temos a realização de ações de orientação de hábitos alimentares saudáveis, ações para promover o controle do peso corporal através da realização de atividades físicas regulares, ações orientadoras sobre os malefícios do consumo excessivo do álcool e tabagismo, fazemos o diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico de problemas de saúde bucal e mental, imunizações, diagnóstico e tratamento do alcoolismo, obesidade, sedentarismo e tabagismo.

Estas ações programáticas são feitas com base nos protocolos de atuação do Ministério de Saúde Pública, na UBS não temos registros específicos para monitoramento e controle regular destas ações, as mesmas são registradas nos prontuários dos usuários de forma individual pelos profissionais de cada equipe. Na UBS não temos profissionais para a realização do monitoramento, controle, gestão, planejamento ou supervisão do programa, cada equipe planeja de forma individual as suas ações programáticas com os hipertensos e diabéticos.

A cobertura de atendimento do usuário hipertenso na nossa UBS alcança somente 56%, ou seja, 1.827 hipertensos de uma estimativa de 3.258 do total de usuários estimados que deveríamos ter, considerando que a principal causa é que não é realizado um adequado rastreamento da doença e que existe um número significativo de usuários que tem HAS e desconhecem que tem a doença. Podemos dizer que a cobertura da atenção aos diabéticos é aceitável, pois temos 82% de cobertura, pois se acompanham 766 usuários diabéticos de uma estimativa de 931.

A qualidade da atenção oferecida não é muito boa porque temos algumas deficiências que afetam a mesma, como exemplo, temos a baixa porcentagem de usuários com avaliação e seguimento da saúde bucal, além disso, nem sempre é realizada e registrada nos prontuários a avaliação do risco cardiovascular dos hipertensos e diabéticos, temos um número de usuários que tem atraso nas consultas de seguimento, controle e que não tem realizado os exames periódicos. A qualidade dos registros não é boa porque se omitem nos prontuários dados importantes para o seguimento dos usuários.

Além de que oferecemos orientações sobre hábitos higiênicos e dietéticos, mudança no estilo de vida considera que ainda são insuficientes as ações coletivas feitas, encaminhadas a promover hábitos de vida saudáveis, temos que incrementar o número de grupos de usuários com HAS e/ou DM, incrementando o número de atividades para eles, assim como também temos que aproveitar mais os espaços comunitários para a realização destas atividades grupais.

Como foi exposto anteriormente, a população maior de 60 anos de idade, representa 4,8% da população total da UBS, com a transição demográfica que experimenta o Brasil resultam de muita importância as ações programáticas desenvolvidas no cuidado do idoso.

Entre as ações realizadas na nossa UBS para o cuidado dos idosos temos a realização de ações de orientação de hábitos alimentares saudáveis, ações para

promover o controle do peso corporal através da realização de atividades físicas regulares, ações orientadoras sobre os malefícios do consumo excessivo do álcool e tabagismo, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico de problemas de saúde bucal e mental, imunizações, diagnóstico e tratamento do alcoolismo, obesidade, sedentarismo e tabagismo, assim como a avaliação da capacidade funcional global do idoso e o oferecimento de informações para os idosos ou seus familiares sobre como reconhecer sinais de riscos relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência dos idosos (HAS e DM).

Estas ações são feitas de forma programáticas nas consultas ou ações grupais, mas o planejamento é feito de forma individual pelas equipes, com base no estabelecido no Caderno de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento. Não temos na UBS profissionais para realizar o planejamento, monitoramento, gestão, controle e avaliação do Programa de Atenção à Saúde do Idoso.

Consideramos que a cobertura é ótima, pois 867 idosos com 60 anos ou mais residentes na área são acompanhados na UBS, atingindo 92% de cobertura, segundo o CAP, mesmo com as deficiências que temos no cadastro e nos registros médicos.

Com respeito aos indicadores de qualidade da atenção clínica oferecida as pessoas maiores de 60 anos podemos dizer que é regular, porque ainda temos muitas deficiências que temos que melhorar como, por exemplo, somente se realiza a Avaliação Multidimensional Rápida em 75% dos idosos, o que demonstra que não se está realizando uma avaliação integral do usuário idoso. Temos como outras das deficiências que afetam a qualidade da atenção, que apenas 81% dos idosos acompanhados na nossa UBS têm as consultas em dia e só 70% desses têm feita a avaliação de risco para morbimortalidade, somente 64% dos idosos acompanhados tem realizada a investigação dos indicadores de fragilização na velhice.

Mais uma vez podemos dizer que o indicador de qualidade com piores resultados na avaliação, foi a atenção odontológica, pois apenas 14% dos idosos acompanhados na nossa UBS, tem feito a avaliação de saúde bucal em dia, a causa principal desta deficiência é a carência de recursos humanos que temos na nossa UBS, pois das seis equipes só uma tem odontóloga. Além de que temos 90% na avaliação do cumprimento dos indicadores: orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e a orientação para a realização de atividade física regular, consideramos que temos que elevar esta porcentagem, pois ambos indicadores são

essenciais na prevenção e tratamento de muitas doenças que afetam a este grupo etário (diabetes, HAS etc.).

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

Após ter completado o preenchimento do Caderno das Ações Programáticas e ter preenchido os questionários, podemos dizer que, de maneira geral, as nossas principais deficiências são:

-Baixa cobertura na avaliação da saúde bucal em todos os grupos populacionais (gestantes, crianças, diabéticos, hipertensos e idosos).

- Existe má qualidade dos registros médicos.

- O cadastro está desatualizado, o que nos dificulta ter uma maior cobertura dos usuários acompanhados na nossa UBS através dos diferentes programas (Atenção ao pré-natal, Saúde da Criança, Prevenção do Câncer de Colo de Útero e o Câncer de Mama, Atenção aos usuários com HAS e DM e Saúde do Idoso).

- Além de dispor na UBS dos protocolos de atuação e Cadernos de Atenção Básica para cada ação programática, não fazemos uso dos mesmos, o que vai repercutir na qualidade da atenção oferecida.

- De maneira geral, as atividades grupais e de promoção de saúde, ainda são insuficientes assim como também é insuficiente o uso dos espaços comunitários para a realização destas atividades.

- Não dispomos de profissionais para realizar o planejamento, monitoramento, gestão, controle e avaliação das Ações Programáticas.

Além de ter estas deficiências e carências identificadas no transcorrer da realização da análise situacional, estamos esperançosos de que gradualmente vão se resolver estes problemas, pois contamos com uma equipe com um grande comprometimento e humanismo, com grande preparação técnica, o que vai nos permitir resolver a maioria destas deficiências para oferecer uma atenção médica com qualidade e melhorar os indicadores de saúde da nossa UBS, acredito que só temos que trabalhar com muito amor e comprometimento, traçando novas estratégias para alcançar os resultados esperados por todos.

Após ter lido o texto em resposta à pergunta: “Qual a situação da ESF/APS em seus serviços?” E ter comparado com este relatório, temos concluído que o

primeiro texto é superficial e carece dos principais indicadores que expressem a cobertura e qualidade da Estratégia de Saúde da Família dos nossos serviços. A avaliação feita no primeiro texto não expressa todas as deficiências e as carências estruturais e funcionais que foram identificadas neste relatório, pois o primeiro texto foi elaborado sem a utilização das ferramentas investigativas utilizadas no transcorrer da realização da Análise Situacional de Saúde. Após a realização deste relatório, percebemos com maior clareza os aspectos positivos, identificando as principais deficiências, para posteriormente traçar estratégias que nos permitam solucionar as mesmas e aumentar a qualidade dos serviços oferecidos aos nossos usuários.



## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

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). No Brasil, dados de 2011, mostram que a prevalência de diabetes na população acima de 18 anos aumentou de 5,3% para 5,6%, entre 2006 e 2011 (AMERICAN, 2013; BAUCHNER, 2014; BRASIL, 2013a). O DM e a HAS são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2013b). A análise epidemiológica, econômica e social do número crescente de pessoas que vivem com DM e HAS mostra a necessidade da implantação de políticas públicas de saúde que minimizem as dificuldades dessas pessoas e de suas famílias e propiciem a manutenção da sua qualidade de vida. Por isso, fazer uma intervenção educativa, preventiva, sistematizada e permanente é um aspecto fundamental para mudar a realidade atual em relação a esses problemas de saúde.

A nossa UBS é urbana, mista, que dispõe da maioria dos locais estabelecidos no manual da estrutura da UBS e, de maneira geral, os ambientes físicos da UBS cumprem com as características estruturais. Temos seis equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF). A nossa UBS oferece serviços de saúde para uma população de aproximadamente 18.500 habitantes do total da população adstrita e temos 9.397 usuários entre 20-59 anos de idade e a população de mais de 60 anos representa 4,8% do total da população, as características socioeconômicas da nossa população e os fatores de risco relacionados aos hábitos alimentares e estilo de vida da mesma são determinantes na aparição de DM e HAS, assim consideramos que a nossa intervenção resulta de vital importância para melhorar a

cobertura, qualidade da atenção oferecida e que vai repercutir de maneira positiva na saúde e na qualidade de vida da população alvo da intervenção.

A população alvo nesta ação programática (HAS e DM) é de 3.258 hipertensos e 931 diabéticos dos quais temos em acompanhamento (Cobertura) 1.827 hipertensos (56%) e 776 diabéticos que representa 82%. Destes usuários acompanhados, aproximadamente 8% são considerados faltosos, com pouca adesão ao tratamento e acompanhamento pela UBS. Embora temos implementado esta ação programática, a mesma é desenvolvida de maneira independente pelas equipes de saúde e a qualidade da atenção à saúde destes usuários não é boa ainda persistem muitas dificuldades que afetam a qualidade do atendimento, a qualidade dos registros médicos, a avaliação e estratificação do risco cardiovascular assim como a avaliação da saúde bucal e o atendimento odontológico além de que não temos pessoal que faça monitoramento e avaliação do programa. As principais dificuldades/limitações existentes são, pouca disponibilidade de materiais, recursos e medicamentos, déficit de recursos humanos nas equipes Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) e nos serviços odontológicos assim como dificuldade com a realização dos exames complementares, pois não temos este serviço na nossa UBS.

Como aspecto que viabiliza a realização da intervenção, consideramos que existe um alto grau de comprometimento e qualificação técnica dos profissionais de saúde da nossa UBS o que nos facilitará a realização desta intervenção. Acreditamos que será muito importante o desenvolvimento da intervenção nesta ação programática, pois através do cumprimento dos objetivos e metas, além da realização das ações a serem desenvolvidas durante a mesma, incrementaremos a nossa cobertura de usuários com HAS e DM acompanhados, além de que melhoraremos todos os indicadores da qualidade do atendimento clínico e como máximo objetivo a ser alcançado, acredito que melhoraremos a qualidade de vida dos nossos diabéticos e hipertensos, temos a certeza que a nossa intervenção vai melhorar a qualidade de vida dos nossos usuários, diminuindo o número de internações hospitalares e a frequência de complicações nestes indivíduos, assim como também acredito que vai ser a base para a realização de outras intervenções futuras na nossa UBS que venham melhorar os nossos indicadores e, de maneira geral, a saúde da nossa população adstrita.

## 2.2 Objetivos e metas

### 2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a Atenção à Saúde dos Hipertensos e Diabéticos, na UBS São Pedro, Macapá/Amapá.

### 2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

**Metas:**

1.1 Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

1.2 Cadastrar 90% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

**Metas:**

2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

**Metas:**

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

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

**Objetivo 4:** Melhorar o registro das informações.**Metas:**

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

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.

**Metas:**

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

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

**Objetivo 6:** Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.**Metas:**

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

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

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

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

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

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

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

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

## **2.3 Metodologia**

O projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 03 meses na área da equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) 050 da UBS São Pedro. Participarão da intervenção todos os hipertensos e diabéticos, ou seja, portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e de Diabetes Mellitus da área da Unidade Básica de Saúde. As ações realizadas na intervenção serão baseadas nos Cadernos de Atenção Básica nº 35, 36 e 37 – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica (Brasil, 2013a), Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Diabetes Mellitus (Brasil, 2013b) e Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Hipertensão Arterial Sistêmica (Brasil, 2013c). Portanto, para alcançar os objetivos propostos foram estabelecidas metas e ações a serem realizadas. O cadastro dos hipertensos e diabéticos na planilha de coleta de dados (Anexo A) será feito no momento da consulta para monitoramento e acompanhamento das metas e indicadores. Para registro das atividades serão utilizados o prontuário clínico individual e a ficha-espelho (Anexo B).

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

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

##### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

Primeiramente realizaremos um levantamento de todos os hipertensos e diabéticos cadastrados no programa no começo da intervenção. Será monitorado mensalmente mediante a revisão dos registros médicos os novos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa por cada equipe (tentando alcançar como média 8 hipertensos e 3 diabéticos mensais por cada equipe de saúde da família). A responsável será a enfermeira da equipe.

## ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Estabeleceremos registros para o cadastro dos novos hipertensos e diabéticos no programa durante a realização da intervenção, este será feito desde o começo da mesma e os enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem das equipes serão os responsáveis pela atualização destes registros, sendo o médico responsável da equipe quem monitorará esta ação e garantirá a adequada realização da mesma.

Garantiremos os espaços físicos e recursos necessários para garantir o acolhimento de todos os usuários hipertensos e diabéticos, todos os usuários serão acolhidos pelos profissionais da sua equipe de referência, nos dois horários de trabalho e sem nenhum tipo de limitação para a atenção aos hipertensos e diabéticos, sendo que a escuta inicial do usuário ocorrerá nos primeiros dez minutos.

Demandar aos gestores da UBS a oferta dos esfigmomanômetros necessários para realizar o rastreamento ativo de HAS, assim como a realização de hemoglicoteste na Unidade de saúde, para o rastreamento de DM. A responsável será a enfermeira da equipe.

## ENGAJAMENTO PÚBLICO

Informaremos a comunidade da existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, através da colocação em lugares visíveis e áreas comuns da UBS, banners informativos, cartazes e murais com estas informações. Essas orientações serão ofertadas em todas as ações desenvolvidas pelas equipes (atividades grupais, palestras), sobre a importância de medir a pressão arterial e do rastreamento para DM. A responsável será a enfermeira da equipe.

Se oferecerão orientações a todos os usuários, nas consultas médicas e de enfermagem, visitas domiciliares, palestras, ações de saúde coletivas, atividades grupais, orientações individuais e coletivas, sobre os fatores de risco para o desenvolvimento da hipertensão e diabetes. A responsável será a enfermeira da equipe.

## QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar os ACSs para o cadastramento de hipertensos e/ou diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde. Realizaremos antes do começo da intervenção, uma atividade de capacitação teórica – prática, a mesma será efetuada com a participação de todos os membros das equipes, nesta atividade explicaremos os métodos para verificação da pressão arterial de forma criteriosa e para realização do hemoglicoteste. A responsável será a enfermeira da equipe.

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

## MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Será monitorado semanalmente por cada uma das equipes a realização de exame clínico apropriado dos hipertensos e diabéticos, através da ficha-espelho fornecida pelo curso, a qual dispõe de informações sobre a solicitação de exames laboratoriais de acordo com a periodicidade estabelecida, se há prescrição de medicamentos da farmácia Popular/HIPERDIA, se receberam avaliação da necessidade de tratamento odontológico e nos casos que foi necessário atendimento e se este foi realizado. Todas essas informações deverão ser monitoradas semanalmente pelas enfermeiras de cada uma das equipes. A responsável será a enfermeira da equipe.

## ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Antes de começar a intervenção realizaremos uma reunião de equipe na qual definiremos as funções de cada membro da equipe no exame clínico dos hipertensos e diabéticos. Para a intervenção vai ser realizada uma capacitação dos profissionais das equipes, participarão todos os médicos e enfermeiras das equipes, esta vai ser uma atualização para o conhecimento dos protocolos de atuação da UBS que em nosso caso é o protocolo recomendado pelo Ministério da Saúde, o responsável por esta atividade vai ser um dos médicos das equipes que vai se preparar para oferecer esta atualização. A responsável será a enfermeira da equipe.

Será impresso uma versão atualizada dos protocolos, a qual ficará em uma área comum da UBS disponível para todos os profissionais das equipes, a mesma será disponibilizada desde o começo da intervenção. Solicitara-se a realização de exames nas consultas e nas visitas domiciliares e garantiremos através da revisão mensal dos prontuários dos diabéticos e hipertensos atendidos, a realização desta ação em 100% dos usuários atendidos, esta ação vai ser feita com base nos protocolos estabelecidos e com a periodicidade recomendada, o médico vai ser o responsável pela realização desta atividade. Garantiremos a solicitação dos exames complementares de acordo com o estabelecido nos protocolos, serão realizadas mensalmente revisão dos prontuários para garantir que esta ação tenha sido realizada. A responsável será a enfermeira da equipe.

Garantiremos com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo esta ação será garantida mediante convênios com outras UBSs e com os serviços hospitalares, através da secretaria municipal de saúde, a qual também assegurará estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados. Realizaremos controle mensal dos medicamentos disponíveis na farmácia da UBS, o responsável pela realização desta ação é o técnico em farmácia que trabalha na unidade. Elaboraremos um registro com as necessidades de medicamentos para os hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS. Ainda na reunião da equipe organizaremos a agenda da consulta odontológica para garantir atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos e solicitaremos ao gestor a disponibilidade do material necessário para o atendimento odontológico. A responsável será a enfermeira da equipe.

### ENGAJAMENTO PÚBLICO

Durante as consultas, visitas domiciliares, palestras e outras ações desenvolvidas pelos membros das equipes se oferecerão orientações individuais e coletivas à comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares e à periodicidade dos mesmos, quanto ao direito de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso, sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e/ou diabéticos e sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes dessas patologias e sobre a importância de ter os pés,



pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. A responsável será a enfermeira da equipe e adoutora.

### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Se realizarão ações de capacitação antes de começar a intervenção com atividades teórico/práticas na realização de exame clínico apropriado, para solicitação de exames complementares (incluindo periodicidade dos exames, lugar onde serão realizados e a importância dos mesmos) em hipertensos e diabéticos. Nestas capacitações participarão os médicos, enfermeiras e técnicos em enfermagem das equipes. A responsável será a enfermeira da equipe.

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Realizaremos o levantamento inicial dos usuários com consultas atrasadas e mensalmente se realizará o monitoramento do cumprimento das consultas programadas em cada equipe. O médico e a enfermeira serão os responsáveis da realização desta ação.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Cada equipe planejará uma visita domiciliar semanal para resgatar aos usuários hipertensos e diabéticos faltosos. Esta ação será implementada por cada equipe com a participação de todos os membros. Cada equipe organizará a agenda dos ACSs para a busca semanal dos hipertensos e diabéticos faltosos e resgate dos mesmos, estes dados dos faltosos serão oferecidos aos ACSs nas reuniões semanais das equipes. Reservaremos duas vagas por equipe de saúde em cada turno para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares. A responsável será a enfermeira da equipe.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

Todos os membros das equipes informarão a comunidade sobre a importância das consultas e sobre a periodicidade preconizada das mesmas, para oferecer estas informações aproveitaremos as visitas domiciliares, as consultas, as

atividades grupais e as palestras, esta é uma ação a ser desenvolvida durante toda a intervenção. No caso de haver número excessivo de usuários faltosos as equipes vão solicitar a comunidade para a obtenção de possíveis soluções para resgatar estes usuários. A responsável será a enfermeira da equipe e o medico.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Antes do começo da intervenção serão realizadas atividades de capacitação para os ACSs, para que estes possam orientar aos hipertensos e diabéticos sobre as realizações das consultas e sua periodicidade, estas atividades de capacitação serão lideradas pelo médico e enfermeira de cada equipe.

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

##### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Realizaremos uma avaliação mensal da qualidade dos prontuários dos hipertensos e diabéticos atendidos na UBS, esta avaliação será feita pelo médico e a enfermeira da equipe, com um enfoque autocrítico e as deficiências detectadas tem que se resolver em 100%.

##### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Mensalmente cada equipe revisará suas informações do Sistema de Informação da atenção Básica (SIAB) e revisará se as mesmas estão atualizadas. Implantaremos a ficha de acompanhamento para todos os hipertensos e diabéticos que são acompanhados pela nossa UBS desde o começo da intervenção. A responsável será a enfermeira da equipe o medico.

Pactuaremos com todos os membros das equipes o registro das informações sem omitir dados, cumprindo com o estabelecido nos protocolos preconizados na nossa UBS. Os responsáveis pelo monitoramento dos registros das equipes são os enfermeiros, na sua ausência os médicos são os responsáveis pelas revisões mensais dos registros.

Criaremos um registro específico em cada equipe para o monitoramento das ações a serem desenvolvidas na atenção aos hipertensos e diabéticos que nos permita registrar as deficiências detectadas para poder solucioná-las, neste registraremos os faltosos com atraso nas consultas e na realização dos exames

complementares, assim como os usuários que não tem feito a estratificação do risco cardiovascular nem a avaliação do comprometimento de órgãos alvos, este registro vai ser utilizado desde o começo da intervenção nos permitindo realizar a avaliação da qualidade mensalmente. A responsável pela atualização estes registros será a enfermeira da equipe.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

Durante as consultas e as visitas domiciliares, ofereceremos aos nossos usuários, as informações sobre o seu direito de ter atualizado seu registro médico e que tem direito ao acesso da segunda via se for necessário, também informaremos a comunidade, através de palestras educativas e atividades grupais. Esta ação vai ser realizada durante todo o transcorrer da intervenção. A responsável será a enfermeira da equipe.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ofereceremos no começo da intervenção, na primeira semana, uma capacitação teórico/prática com os profissionais das equipes sobre o preenchimento de todos os registros e como registrar adequadamente os procedimentos clínicos realizados aos hipertensos e diabéticos em todas as consultas, esta ação se realizará antes do começo da intervenção. A responsável será a enfermeira da equipe e o médico.

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Será monitorado mensalmente, através da revisão dos prontuários médicos o número de hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano. A responsável será a enfermeira da equipe.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Se organizará a agenda de cada equipe para o atendimento priorizado dos usuários avaliados como de alto risco. Está planificação da agenda de trabalho será

feita semanalmente nas reuniões das equipes, com participação ativa de todos os membros das equipes. A responsável será a enfermeira da equipe.

### ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ofereceremos nas consultas, informação a cada hipertenso e diabético sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento regular para evitar a aparição de complicações e melhorar a qualidade de vida deles. Ofereceremos orientações aos usuários e a comunidade quanto a importância do adequado controle dos fatores de risco modificáveis e quanto a importância que tem o controle dos mesmos para melhorar a qualidade de vida dos hipertensos. Para oferecer estas orientações aproveitaremos as ações grupais e palestras na comunidade, assim como a consulta e as visitas domiciliares para dar orientações aos usuários como parte da sua consulta programada, esta ação será implementada por todos os membros das equipes durante todo o transcorrer da intervenção. A responsável será a enfermeira da equipe.

### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Realizaremos antes do começo da intervenção uma atividade de capacitação a todas as equipes (médico e enfermeiro) sobre a realização da estratificação de risco cardiovascular em hipertensos e diabéticos, segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, sobre a importância do exame dos pés nos diabéticos e sobre a importância do registro destas avaliações nos prontuários. Se realizará capacitação mensal dos membros das equipes quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis em diabéticos. A responsável será a enfermeira da equipe.

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

### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Será monitorado mensalmente o número de hipertensos e diabéticos que receberam orientações nutricionais, orientações para atividade física regular, orientações sobre riscos do tabagismo, orientações sobre higiene bucal. Todas

essas informações deverão ser monitoradas mensalmente pelas enfermeiras de cada uma das equipes.

### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Organizaremos mensalmente práticas coletivas por cada equipe, sobre alimentação saudável e para orientação de atividade física, envolvendo nelas hipertensos e diabéticos da nossa área de abrangência. Se demandará junto ao gestor a participação da nutricionista e de educadores físicos nas práticas coletivas com hipertensos e diabéticos. A responsável será a enfermeira da equipe e o médico.

Será solicitada junto à coordenação a organização da agenda de trabalho do nutricionista para garantir a avaliação dos usuários diabéticos e hipertensos. Será articulada junto à gestão a aquisição de medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo. Será organizada a agenda de consulta das equipes para dispor de tempo suficiente de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual. O médico e a enfermeira são os responsáveis pela organização da agenda das consultas. Estas ações serão implementadas durante toda a intervenção. A responsável será a enfermeira da equipe.

### ENGAJAMENTO PÚBLICO

Aproveitaremos os espaços da comunidade para realizar atividades de promoção em saúde sobre os hábitos dietéticos saudáveis, sobre a importância da realização sistemática de atividade física para melhorar a qualidade de vida deles e prevenir a obesidade, o sedentarismo e sobre a importância da higiene bucal, estas orientações serão oferecidas nas consultas, visitas domiciliares e através de palestras na comunidade, serão oferecidas tanto aos usuários como as suas famílias, estas ações serão implementadas sistematicamente durante toda a intervenção e participarão todos os membros das equipes da ESF da nossa UBS. A responsável será a enfermeira da equipe.

Aproveitaremos todos os espaços e atividades desenvolvidas pelas equipes para orientar aos hipertensos e diabéticos tabagistas sobre o quanto é prejudicial o tabagismo para a sua saúde e sobre a existência de tratamento médico para

abandoná-lo. Nesta ação participarão todos os membros das equipes e será realizada durante toda a intervenção. A responsável será a enfermeira da equipe.

### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitaremos e treinaremos todos os membros das equipes de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde para que sejam capazes de oferecer educação em saúde para incentivar a adoção de hábitos de vida saudáveis, práticas de alimentação saudáveis, para garantir a promoção da prática de atividade física regular, para o tratamento dos hipertensos e diabéticos tabagistas e sobre as orientações de higiene bucal. Esta capacitação será realizada com o apoio da nutricionista e odontólogo da UBS. A responsável será a enfermeira da equipe e o médico.

#### 2.3.2 Indicadores

**Metas relativas ao objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.**

**Meta 1.1** Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

**Numerador:** Número de hipertensos cadastrados no programa.

**Denominador:** Número de hipertensos pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 1.2** Cadastrar 90% 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 hipertenso na unidade de saúde.

**Numerador:** Número de diabéticos cadastrados no programa.

**Denominador:** Número de diabéticos pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Metas relativas ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.**

**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 o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

**Denominador:** Número de hipertensos que são acompanhados 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 o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

**Denominador:** Número de diabéticos que são acompanhados 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 de hipertensos com o exame exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Denominador:** Número de hipertensos que são acompanhados 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 de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com os protocolos

**Denominador:** Número de diabéticos que são acompanhados 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 priorizada

**Denominador:** Número de hipertensos que são acompanhados 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.

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

**Denominador:** Número de diabéticos que são acompanhados na unidade de saúde.

**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 de hipertensos que são acompanhados na 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 de diabéticos que são acompanhados na unidade de saúde.

**Metas relativas ao 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 de hipertensos que são acompanhados na unidade de saúde.

**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 de diabéticos que são acompanhados na unidade de saúde.

**Metas relativas ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações.**

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

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

**Numerador:** Número de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

**Denominador:** Número de hipertensos que são acompanhados 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 com registro adequado na ficha de acompanhamento.

**Denominador:** Número de diabéticos que são acompanhados na unidade de saúde.

**Metas relativas ao objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.**

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

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

**Numerador:** Número de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

**Denominador:** Número de hipertensos que são acompanhados 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 com estratificação de risco cardiovascular.

**Denominador:** Número de diabéticos que são acompanhados na unidade de saúde.

**Metas relativas ao objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.**

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

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

**Numerador:** Número de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

**Denominador:** Número de hipertensos que são acompanhados 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 diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

**Denominador:** Número de diabéticos que são acompanhados na unidade de saúde.

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

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

**Numerador:** Número de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

**Denominador:** Número de hipertenso que são acompanhados na unidade de saúde.

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

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

**Numerador:** Número de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

**Denominador:** Número de diabéticos que são acompanhados na unidade de saúde.

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

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

**Numerador:** Número de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

**Denominador:** Número de hipertenso que são acompanhados na unidade de saúde.

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

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

**Numerador:** Número de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

**Denominador:** Número de diabéticos que são acompanhados na unidade de saúde.

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

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

**Numerador:** Número de hipertensos com orientação sobre higiene bucal

**Denominador:** Número de hipertenso que são acompanhados na unidade de saúde.

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

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

**Numerador:** Número de diabéticos com orientação sobre higiene bucal

**Denominador:** Números de diabéticos que são acompanhados na unidade de saúde.

### 2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção vamos adotar os Manuais Técnicos: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus, Caderno de Atenção Básica, nº 36 e Caderno de Atenção Básica, nº 37 (BRASIL, 2013). Utilizaremos a ficha de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus e implementaremos a ficha-espelho disponibilizada pelo curso.

Estimamos alcançar com a intervenção 2.606 hipertensos (80% dos 3.258 hipertensos) e 838 diabéticos (90% dos 931 diabéticos). Eu e o enfermeiro da nossa equipe faremos contato com o gestor municipal para dispor das 3.444 fichas-espelho necessárias (2.606 fichas para hipertensos e 838 fichas para diabéticos). Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados. Além disso, imprimiremos na UBS, na impressora da direção, mais 50 fichas-espelho para reservar as mesmas para os novos usuários que possam ser diagnosticados posteriormente.

Para organizar o registro específico do programa, as enfermeiras de cada equipe revisarão o livro de registro identificando todos os diabéticos e hipertensos que vieram ao serviço para consulta nos últimos três meses. As profissionais localizarão os prontuários destes usuários e transcreverão todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha-espelho. Ao mesmo tempo, realizaremos o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exame clínico apropriado em atraso, exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada. Além da atenção prestada aos hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidas com as equipes da UBS. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre os Manuais Técnicos: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus, Cadernos de Atenção Básica, nº 36 e Cadernos de Atenção Básica, nº 37 (BRASIL, 2013) para que todas as equipes utilizem esta referência na atenção aos hipertensos e diabéticos. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto serão reservadas duas horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Cada

membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe.

O acolhimento dos hipertensos e diabéticos que buscarem o serviço será realizado pela enfermeira ou técnica de enfermagem. Hipertensos e diabéticos com problemas agudos serão atendidos no mesmo turno para agilizar o tratamento e prevenir complicações. Hipertensos e diabéticos que buscam consulta de rotina terão prioridade no agendamento, sendo que a demora deverá ser menor do que três dias. Hipertensos e diabéticos que vierem à consulta sairão da UBS com a próxima consulta agendada.

Para acolher a demanda de intercorrências agudas em hipertensos e diabéticos não há necessidade de alterar a organização da agenda, estas serão priorizadas nas consultas disponíveis para pronto atendimento. Para agendar aos hipertensos e diabéticos provenientes da busca ativa serão reservadas 12 vagas (duas para cada equipe) para consultas por semana.

Para sensibilizar a comunidade faremos contato com a associação de moradores e como representantes da comunidade nas duas igrejas da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da realização do controle dos hipertensos e diabéticos. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação de hipertensos e diabéticos, esclarecendo a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional, acrescentando a importância do acompanhamento regular e controle dos fatores de risco modificáveis dos usuários da população alvo. Também devemos orientar aos usuários e a comunidade, quanto ao direito de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular, assim como sobre a prioridade deste grupo populacional. Tudo isto será realizado pela equipe de saúde, ajudados pelos líderes da comunidade.

Para as ações de promoção da saúde, serão realizados encontros com os usuários e suas famílias mensalmente estas atividades ocorrerem na própria UBS, e para isso será necessário a disponibilidade de um salão e cadeiras, os quais serão fornecidos pelo gestor da UBS, os materiais didáticos que utilizaremos (banners, imagens, folders, cartazes e outros materiais que forem necessários) serão garantidos por cada uma das equipes.

Para monitoramento da ação programática, semanalmente as enfermeiras de cada uma das equipes examinarão as fichas-espelho dos hipertensos e diabéticos

identificando aqueles que estão com consultas em atraso, exame clínico apropriado em atraso, exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada em atraso, estado de compensação da doença, assim como na realização do risco cardiovascular atrasados e os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha-espelho serão consolidadas na planilha eletrônica. As enfermeiras de cada equipe serão as responsáveis por estas atividades.





### **3 Relatório da Intervenção**

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

Vou começar dizendo que nós desenvolvemos todas as ações do cronograma, apenas tivemos atraso na realização de uma das atividades grupais que foi posposta para a semana seguinte porque foi uma atividade muito grande e com uma logística bastante ampla, porém ela ficou atrasada em uma semana, mas foi desenvolvida e ficou maravilhosa e com ótima qualidade, os nossos usuários ficaram muito satisfeitos.

Durante a primeira semana que correspondia para a realização das atividades de capacitação dos membros das equipes e definição do papel de cada profissional nesta ação programática, estas atividades foram realizadas adequadamente sem nenhuma dificuldade (durante essa semana foram realizados 4 encontros para capacitar as equipes). Também conseguimos ter todo o apoio dos nossos líderes comunitários (presidente da associação de bairro e outros líderes não formais da comunidade) para a divulgação da importância do atendimento aos usuários diabéticos e hipertensos, eles foram de muita ajuda neste sentido, através deles conseguimos aumentar o nosso número de atendimentos e diminuir o nosso número de usuários faltosos.

O atendimento clínico foi realizado em todas as semanas da intervenção, ficamos três semanas com apenas a metade das equipes completas, pois tínhamos três médicos de férias, mesmo assim realizamos o atendimento todas as semanas e continuamos desenvolvendo todas as atividades do cronograma. Quanto a busca ativa de usuários faltosos, também foi desenvolvida completamente, durante todo este período foi realizado um monitoramento semanal de cada atividade desenvolvida e toda semana fazíamos avaliação de cada atividade desenvolvida e do andamento da intervenção. Então posso resumir que nós realizamos todas as

atividades, na verdade apresentamos algumas dificuldades durante o desenvolvimento das mesmas que atrapalharam um pouco o nosso trabalho como, por exemplo: condições climáticas, médicos de férias, ameaça de assalto na unidade no dia que íamos realizar a nossa atividade grupal, mas nada muito difícil de solucionar, mesmo com essas pequenas dificuldades, a equipe nunca desistiu, nunca enfraqueceu na sua vontade de trabalhar e conseguimos desenvolver todas as atividades previstas no cronograma e tivemos ótimos resultados.

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

Quanto as atividades que não foram desenvolvidas, posso dizer que não ficou nenhuma sem realizar, apenas apresentamos um pequeno atraso de uma semana na realização de uma das atividades grupais, porque era uma atividade grande e a logística não ficou pronta para a data prevista no cronograma e foi desenvolvida na semana seguinte sem nenhum problema.

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

Durante as doze semanas da intervenção nunca tivemos problema na coleta e sistematização dos dados na planilha de coleta de dados digital, semanalmente foram inseridos na planilha os dados dos usuários que foram atendidos, na verdade não apresentamos problema quanto ao fechamento da mesma nem com o cálculo automático dos indicadores. Acredito que a planilha foi uma ferramenta indispensável para o desenvolvimento da intervenção, pois quando inseridos corretamente os dados, ela faz um cálculo automático de todos os indicadores, ajuda muito para orientar como está sendo o aumento da cobertura, quais são os indicadores que nós temos que trabalhar para melhorar mais, então essa é a minha opinião e a minha percepção, acredito também que é indispensável para a avaliação dos resultados da intervenção.

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

Neste aspecto posso ressaltar que já temos incorporado as atividades da intervenção à rotina dos nossos serviços. Para nossa equipe tem sido ótima esta experiência. É muito reconfortante perceber como temos conseguido melhorar todos os nossos indicadores de qualidade e como temos melhorado a qualidade de vida, além da grande satisfação dos nossos usuários diabéticos e/ou hipertensos e tudo isso aconteceu graças ao trabalho consagrado durante o cumprimento da realização das atividades da intervenção.

É importante destacar que estas ações já fazem parte do nosso dia-a-dia e já passou a ser indispensável no desenvolvimento do nosso trabalho. Temos certeza que vamos continuar implementando estas ações como parte da rotina do nosso trabalho nesta ação programática, mesmo com a finalização do curso, vamos continuar trabalhando como até agora, queremos continuar aumentando a nossa cobertura e continuar aumentando o número de usuários cadastrados na nossa área.

Gostaríamos num futuro próximo ampliar estas atividades da intervenção ajustadas para outras ações programáticas priorizadas (Atenção ao Pré-natal e Puerpério, Atenção aos Idosos, Rastreamento de Câncer de Colo de Útero e Câncer de Mama e outras), acredito que para alcançar essa proposta somente temos que organizar bem a nossa agenda de trabalho e por um pouco de empenho, dedicação e esforço no trabalho que já fazemos.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

O objetivo geral da nossa intervenção era melhorar a atenção à saúde dos diabéticos e hipertensos da nossa UBS, para atingir este objetivo nos traçamos uma série de objetivos específicos com suas respectivas metas e indicadores. É importante destacar que ao realizar o projeto de intervenção tinha-se a ideia de cadastrar 2.606 (80% dos 3.258 hipertensos) usuários com hipertensão e 838 (90% dos 931 diabéticos) usuários com diabetes, de acordo com as estimativas do CAP, só que ao iniciar a coleta observou que a estimativa que a planilha de coleta de dados fornecida para a área de abrangência condizia melhor com a realidade da unidade, dessa forma optou-se por utilizar como denominador para a cobertura a estimativa de 2.814 usuários com HAS e 694 usuários com DM, que se fundamenta em dados nacionais. Como a intenção era cadastrar 80% dos hipertensos e 90% dos diabéticos o objetivo então ficou em atingir 2.251 usuários com HAS e 625 usuários com diabetes. A seguir realizaremos uma avaliação dos resultados obtidos durante as doze semanas da intervenção.

O nosso primeiro objetivo específico era aumentar a nossa cobertura de hipertensos e diabéticos, tínhamos como meta alcançar uma cobertura de 80% para os hipertensos e 90% para os diabéticos. Neste período da intervenção conseguimos cadastrar 582 hipertensos e 210 diabéticos, o que representa uma cobertura de 20,7% e 30,3% respectivamente. Como é apreciável nas figuras 1 e 2, não conseguimos atingir a nossa meta, mas também é perceptível que a cobertura foi aumentando mês a mês como resultado do aperfeiçoamento do trabalho, para alcançar este aumento mensal paulatino, realizamos divulgação da nossa ação programática através dos

líderes comunitários, trabalhamos todas as semanas no cadastramento de usuários hipertensos e diabéticos, aproveitamos as visitas domiciliares para aumentar o nosso número de atendimentos.

Assim, o indicador de cobertura para os hipertensos se comportou da seguinte forma: no primeiro mês da intervenção foram avaliados 200 (7%) usuários, no segundo 403 (14,3%) e no terceiro mês 582 (20,7%) usuários com hipertensão.

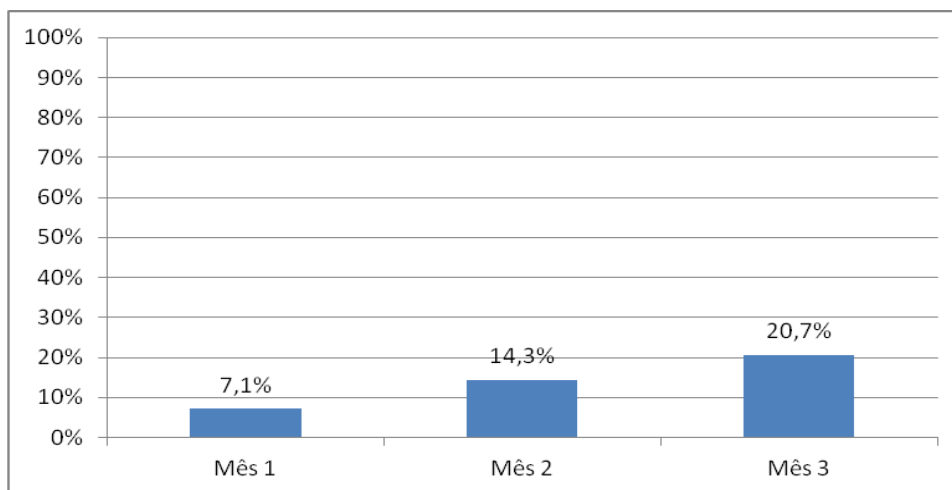


Figura 1: Cobertura do programa de atenção aos hipertensos na unidade de saúde São Pedro . Macapá/AP, 2015.

Já para os diabéticos tivemos no primeiro mês 50 (7,2%) usuários, no segundo 95 (13,7%) e por fim no terceiro mês 210 (30,3%) usuários diabéticos.

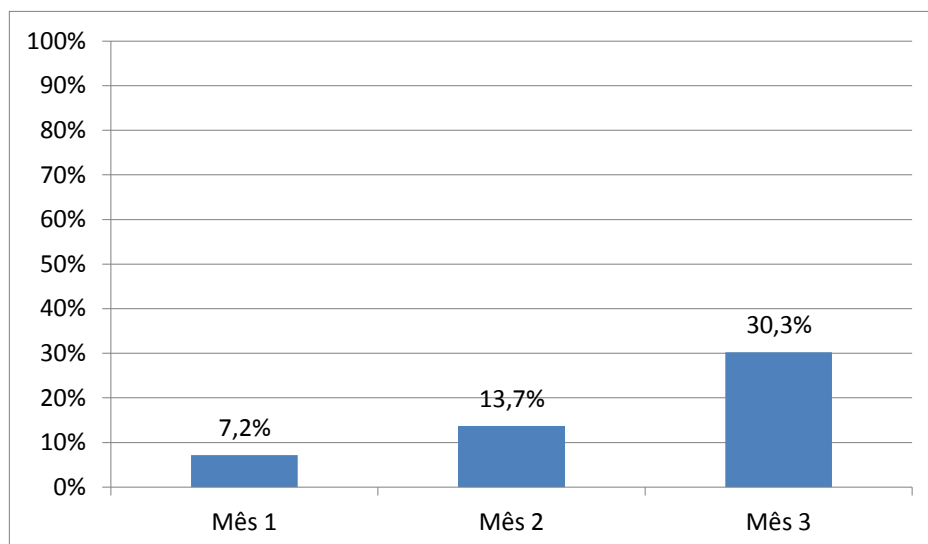


Figura 2: Cobertura do programa de atenção aos diabéticos na unidade de saúde São Pedro. Macapá/AP, 2015.

Entre as principais dificuldades apresentadas que influíram no não cumprimento da nossa cobertura temos que a intervenção começou a ser desenvolvida no período das chuvas intensas, o que dificultou o número de atendimentos domiciliares e o acesso dos usuários à UBS, repercutindo diretamente na nossa cobertura. Também tivemos três semanas que ficamos com três médicos de férias, além disso, temos uma equipe que permanentemente fica sem médico (incompleta), temos déficit de agentes comunitários de saúde em todas as equipes, ainda temos muitas áreas descobertas e isso também repercutiu negativamente na nossa cobertura. A seguir apresentamos os gráficos que mostram os resultados expostos anteriormente.

O nosso segundo objetivo foi melhorar a qualidade do atendimento a hipertensos e diabéticos, entre as metas propostas neste objetivo, esta garantir os exames clínicos aos nossos usuários diabéticos e hipertensos em 100% e nós conseguimos atingir esta meta, o exame clínico foi realizado de acordo com os protocolos para todos os usuários cadastrados. Para alcançar esta meta nós realizamos capacitações aos profissionais sobre os protocolos de atendimento aos hipertensos e diabéticos, também definimos qual ia ser o papel de cada profissional da UBS durante a intervenção, estas ações foram desenvolvidas desde o início da intervenção para garantir que desde a primeira semana o exame clínico fosse realizado corretamente e constantemente, a enfermeira ficou monitorando estritamente esta atividade, desta forma conseguimos cumprir a meta. Quanto às dificuldades, posso dizer que neste aspecto não apresentamos nenhuma.



Figura 3: Exame clínico realizado aos hipertensos e diabéticos na unidade de saúde São Pedro. Macapá/AP, 2015.

Com a intervenção, nos propusemos alcançar a meta de 100% na proporção de diabéticos e hipertensos com exames complementares em dia de acordo com os protocolos, dessa forma a intenção era atingir os 582 usuários com HAS cadastrados e 210 usuários com diabetes, mas desafortunadamente não cumrimos esta meta. Conseguimos ter 93,8% (546 usuários) dos hipertensos e 91,9% (193 usuários) de diabéticos com os exames em dia, em ambos casos fomos aumentando todo mês a porcentagem até alcançar a porcentagem final.

Em usuários hipertensos se comportou da seguinte forma: primeiro mês 181 (90,5%), segundo mês 368 (91,3%) e terceiro mês 546 (93,8%), o que mostra que foi ascendendo durante a intervenção (Figura 4).

Em usuários diabéticos também foi aumentando mensalmente, o primeiro mês tivemos 40 (80%) de usuários diabéticos com exames em dia, já no segundo mês aumentamos esse valor para 78 (82,1%) e no terceiro mês já aumentou consideravelmente para 193 (91,9%) de usuários com exames complementares de acordo com os protocolos (Figura 5).

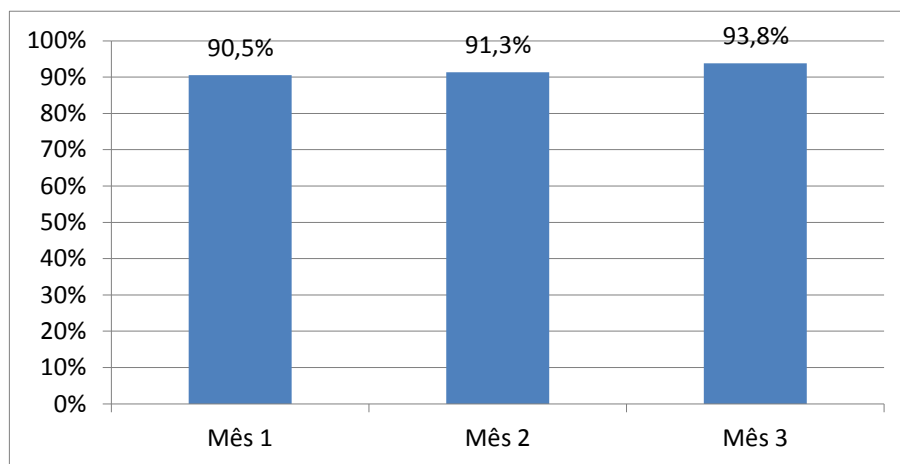


Figura 4: Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com os protocolos na UBS São Pedro. Macapá/AP.

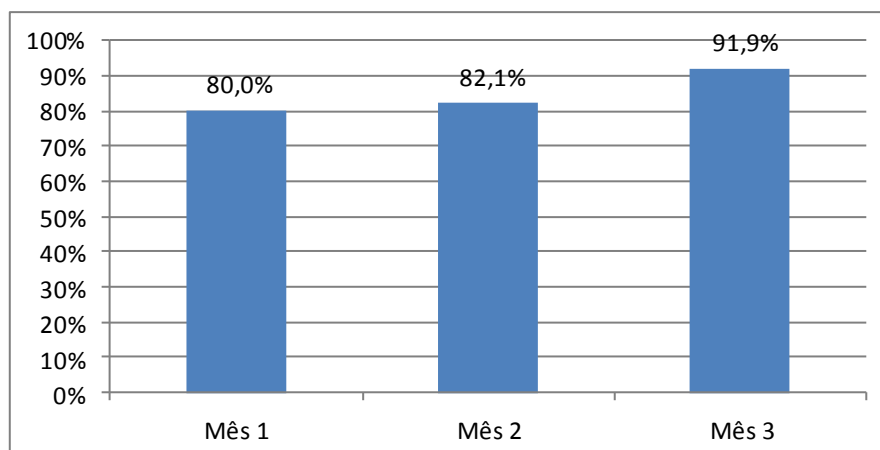


Figura 5: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com os protocolos da UBS São Pedro. Macapá/AP, 2015.

Além disso, foram indicados os exames para todos os usuários, tivemos 36 hipertensos e 17 diabéticos que ficaram com atraso na realização dos mesmos, como já falei anteriormente nós conseguimos melhorar este indicador com o andamento da intervenção, mas mesmo assim não atingimos a meta porque tivemos dificuldades com a acessibilidades aos laboratórios no início da intervenção, o que foi melhorando depois que começou a funcionar um laboratório na UBS que fica perto da nossa área, esta foi uma das nossas facilidades já no último mês da intervenção, porém conseguimos aumentar esses valores no final, além da inacessibilidade aos laboratórios que tínhamos no início, também apresentamos déficit de recursos materiais para o funcionamento dos laboratórios no município, na verdade no final da intervenção conseguimos melhorar muito estas dificuldades, mas mesmo assim afetou o nosso indicador de proporção de diabéticos e hipertensos com exames complementares em dia de acordo com os protocolos e não conseguimos chegar até 100%.

Tínhamos entre nossas metas priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para usuários hipertensos e diabéticos em 100% dos usuários cadastrados, mas também não conseguimos atingir esta meta. Dos 582 hipertensos cadastrados durante as 12 semanas da intervenção, 555 usam medicação da farmácia popular o que representa 95,4% e dos 210 diabéticos cadastrados neste período 201 usam medicamentos da farmácia popular, o que representa 95,7%.



A evolução do indicador de proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/HIPERDIA, foi a seguinte: primeiro mês 192 (96%), segundo mês 380 (94,3%) e terceiro mês 555 (95,4%) - Figura 6.

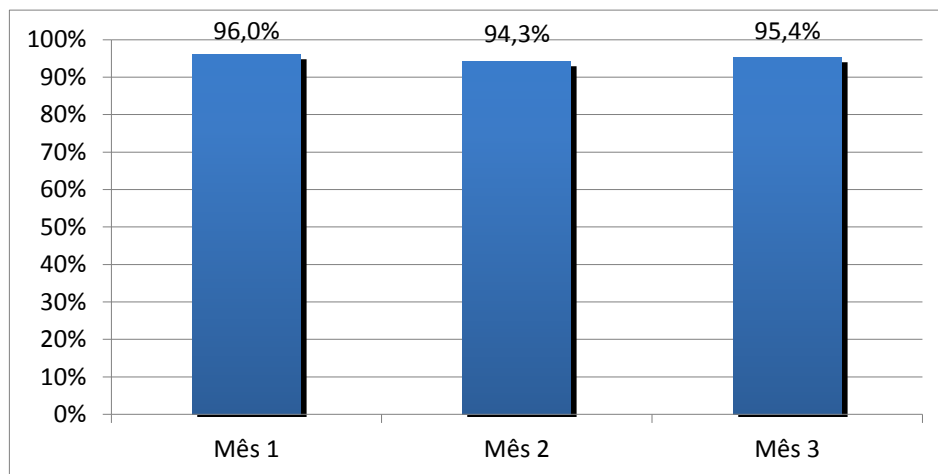


Figura 6: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada da UBS São Pedro. Macapá/AP, 2015.

Para os usuários diabéticos alcançamos no primeiro mês 48 (96%), no segundo mês 89 (93,7%) e no terceiro mês 201 (95,7%). A seguir estão as figuras que mostram o comportamento e a evolução deste indicador (Figura 7).

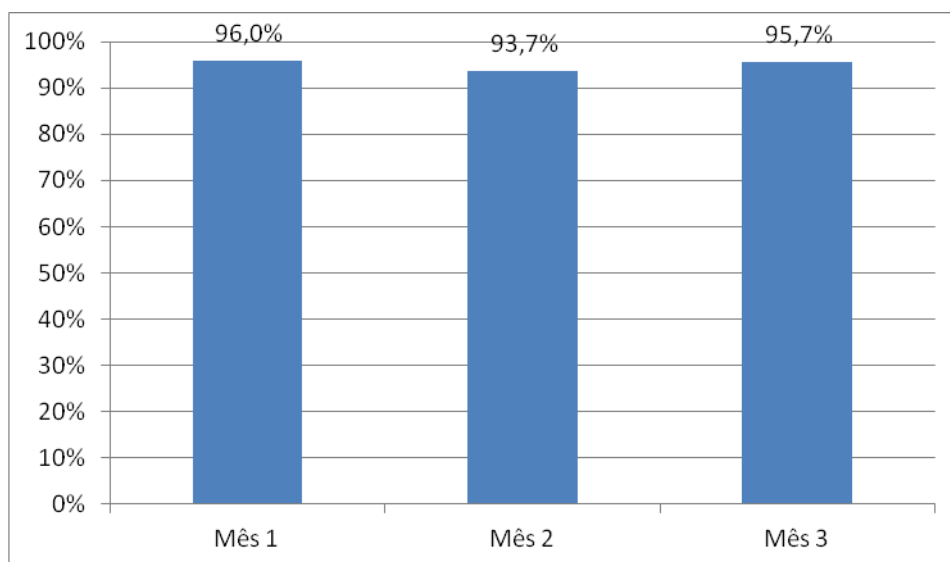


Figura 7: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada na UBS São Pedro. Macapá/AP, 2015.

Atribuímos o descumprimento desta meta porque dentre estes usuários temos diabéticos e hipertensos com outras patologias associadas que por prescrição de outros especialistas como endocrinologista e cardiologista estão

em uso de outras medicações que não temos na farmácia popular, também temos vários usuários que tomam medicações manipuladas, prescritas por estes especialistas há muito tempo e que realmente mantem compensados a estes usuários, dessa forma não é adequado ser trocada a medicação nestes casos. Este indicador se comportou de uma maneira ascendente durante a intervenção e não apresentamos dificuldades, apenas esses casos que realmente não podíamos trocar.

A avaliação das necessidades de atenção odontológica é outro dos nossos indicadores propostos a ser aumentado em 100%, mas também não conseguimos alcançar esta meta, posso dizer que este é o nosso principal problema no acompanhamento aos usuários diabéticos e hipertensos. É o indicador que mostrou as maiores deficiências, pois de um total de 582 hipertensos e 210 diabéticos acompanhados durante a intervenção, apenas 179 hipertensos e 80 diabéticos foram avaliados quanto a necessidade de atenção odontológica o que representa 30,8% e 38,1% respectivamente, realmente uma porcentagem muito baixa, isto se deve a deficiência de profissionais e equipamentos que temos na nossa UBS.

Nos hipertensos este indicador se comportou da seguinte maneira: no primeiro mês foram avaliados 39 (19,5%) usuários, no segundo mês 100 (24,8%) e no terceiro mês 179 (30,8%) – Figura 8.

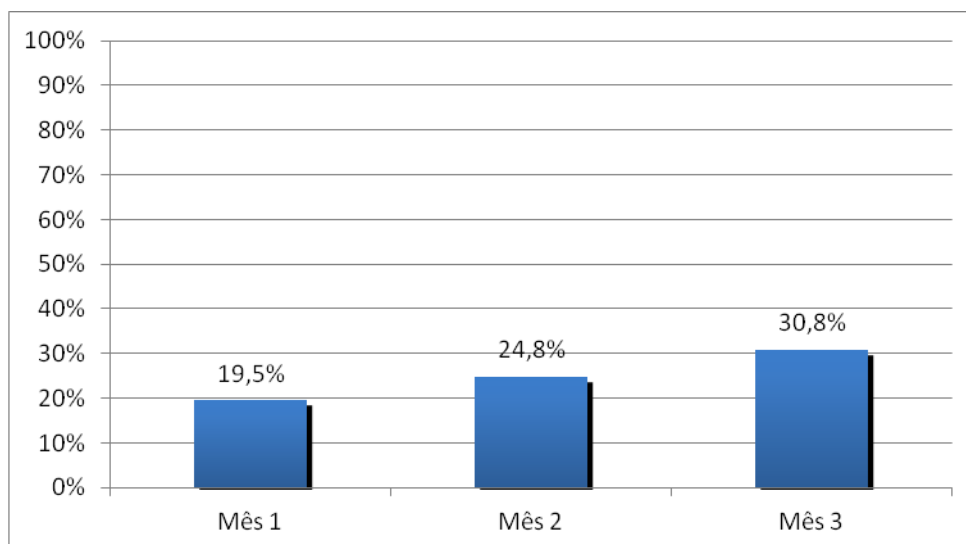


Figura 8: Proporção de hipertensos com avaliação das necessidades de atendimento odontológico da UBS São Pedro. Macapá/AP, 2015.

Nos diabéticos foram avaliados quanto a necessidade e atendimento odontológico no primeiro mês 14 (28%), segundo mês 31 (32,6%) e no terceiro mês 80 (38,1%) – Figura 9.

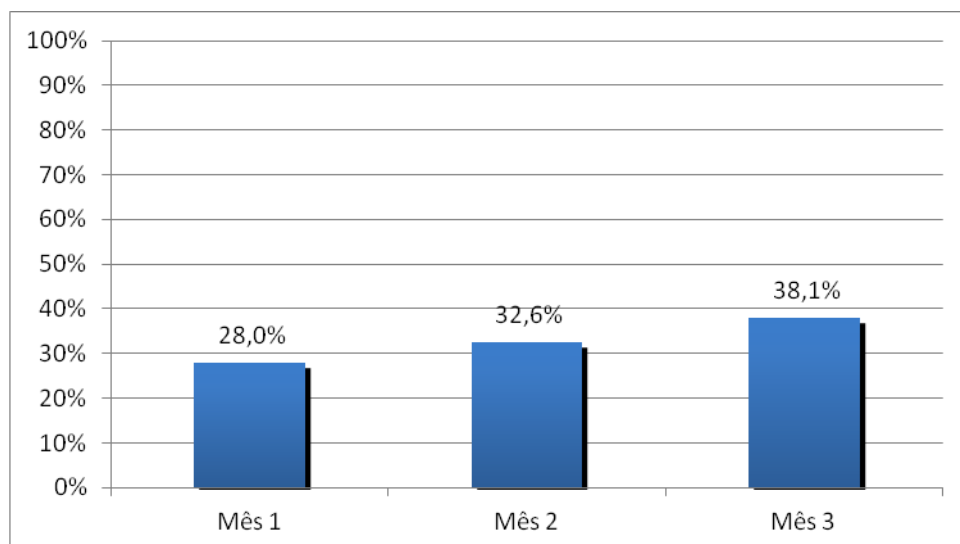


Figura 9: Proporção de diabéticos com avaliação das necessidades de atendimento odontológico da UBS São Pedro. Macapá/AP, 2015.

Adverte-se que das seis equipes de estratégia em saúde da família da UBS, apenas uma tem equipe de atenção odontológica para oferecer estes serviços e a demanda supera as necessidades resolutivas da equipe, para realizar a avaliação das necessidades de atenção odontológica adequadamente precisamos de equipamentos básicos e específicos para esta atividade que as equipes não tem, assim se vê muito afetado este indicador. Para dar solução a esta deficiência já informamos aos gestores sobre a necessidade de equipamentos e profissionais.

Temos como outro dos nossos objetivos melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa, para alcançar o mesmo tínhamos como meta realizar a busca de 100% dos faltosos as consultas com a periodicidade estabelecida nos protocolos, como resultado atingimos esta meta. Nós resgatamos todos os usuários faltosos que tínhamos durante o período da intervenção. Conseguimos atingir esta meta em 100% graças ao contato estabelecido com os líderes comunitários que ajudaram a divulgar a importância da ação programática, porém diminuiu muito o número de faltosos, além disso, a equipe sempre traçou estratégias para resgatar estes usuários, nós os identificávamos através da revisão dos prontuários e da nossa agenda de trabalho e depois em equipe planejávamos estratégias para resgatar todos

os faltosos, realmente teve um resultado muito bom e conseguimos manter o indicador em 100% durante os três meses da intervenção, às vezes, as chuvas dificultaram um pouco nosso trabalho para resgatar os usuários no domicílio, mas mesmo assim sempre conseguimos desenvolver esta atividade em 100%.



Figura 10: Busca ativa realizada aos usuários faltosos hipertensos e diabéticos na unidade de saúde São Pedro. Macapá/AP, 2015.

Com a intervenção nos propusemos a melhorar os nossos registros, neste aspecto a nossa meta era manter o registro adequado na ficha de acompanhamento em 100% dos nossos diabéticos e hipertensos e felizmente conseguimos manter este indicador em 100% durante os três meses da intervenção. Para obter este resultado realizamos as atividades de capacitação sobre os protocolos de atendimento na primeira semana, fornecemos as fichas de acompanhamento individual em quantidade suficiente para todas as equipes e realizamos um estrito monitoramento semanal do preenchimento adequado dos registros médicos. Já foi feito contato com o nosso gestor para continuar garantindo o fornecimento destas fichas de acompanhamento para todas as equipes para dar continuidade ao trabalho feito durante a intervenção.



Figura 11: Preenchimento adequado dos registros médicos realizado aos usuários hipertensos e diabéticos na unidade de saúde São Pedro. Macapá/AP, 2015.

Quanto a estratificação de risco cardiovascular tínhamos como meta realizar esta atividade em 100% dos diabéticos e hipertensos acompanhados na UBS durante a intervenção e conseguimos alcançar este objetivo, pois a estratificação do risco cardiovascular foi realizada aos 582 hipertensos e 210 diabéticos acompanhados durante o período dos três meses da intervenção. Para obter este resultado, realizamos as atividades de capacitação dos profissionais nos protocolos de atendimento aos hipertensos e diabéticos, assim como realizamos um monitoramento semanal minucioso do cumprimento desta atividade.

Quanto à promoção de saúde dos hipertensos e diabéticos, nós fizemos um ótimo trabalho e alcançamos todas as metas propostas para este objetivo. Conseguimos oferecer orientações nutricionais e sobre alimentação saudável, orientações sobre a prática de atividade física regular, sobre os malefícios do tabagismo e a importância de não fumar, assim como orientações sobre higiene bucal, as mesmas foram oferecidas em 100% dos usuários hipertensos e diabéticos acompanhados durante a intervenção, estas atividades de promoção foram desenvolvidas durante o atendimento individual e as atividades grupais e foram registradas adequadamente nos prontuários clínicos dos usuários.



A capacitação realizada na primeira semana sobre os protocolos ajudou muito no cumprimento desta atividade em 100% dos usuários. Neste aspecto temos que destacar o trabalho maravilhoso de todas as equipes e da nossa equipe do NASF que organizou a maior atividade grupal realizada na intervenção e que faz um trabalho maravilhoso continuado com um grupo de idosos hipertensos e diabéticos que tem formado e com o qual realizam atividades grupais periodicamente para promover e melhorar a saúde deles.



Figura 12: Atividade grupais para promover e melhorar a saúde aos usuários hipertensos e diabéticos na unidade de saúde São Pedro. Macapá/AP, 2015.

## 4.2 Discussão

Com o desenvolvimento da intervenção na nossa UBS, conseguimos melhorar muito a qualidade do atendimento clínico, aperfeiçoamos a qualidade dos registros médicos e alcançamos ótimos resultados quanto a qualidade do exame clínico, pois todos os nossos usuários diabéticos e hipertensos foram examinados exaustivamente nas consultas de acordo com os protocolos, sem descuidar nenhum detalhe do exame clínico e todos receberam a estratificação do risco cardiovascular, todas estas ações ficaram adequadamente registradas nos prontuários clínicos. Também melhoramos bastante quanto à realização dos exames complementares segundo os protocolos, este foi um indicador de qualidade que mostrou uma ascendência incrível, é perceptível a melhora neste aspecto.

Outro dos aspectos que nós tivemos ótimos resultados foi na promoção de saúde, pois todos os nossos usuários receberam orientações nutricionais, sobre o prejuízo do tabagismo, importância da atividade física e sobre saúde bucal, também tivemos ótimos resultados na melhora da adesão dos nossos usuários ao programa HIPERDIA, pois conseguimos diminuir muito o número de usuários com atraso nas consultas e resgatar todos os faltosos durante o período da intervenção.

A intervenção teve um impacto muito positivo na nossa equipe, em primeiro lugar conseguimos nos organizar muito bem, aprendemos a trabalhar em equipe todos juntos para alcançar um objetivo comum. A intervenção nos demonstrou que sim é possível mudar a nossa realidade, com esforço e trabalho em equipe, isso foi o que nós fizemos e o que garantiu o êxito da intervenção. Também nos permitiu aprimorar os conhecimentos da equipe sobre os protocolos de atendimento aos usuários diabéticos e hipertensos através das capacitações realizadas e conseguimos que a equipe ficasse com a definição das atribuições de cada membro.

A intervenção foi muito importante para melhorar a qualidade dos serviços, agora com a finalização da intervenção as equipes estão melhor organizadas, garantindo um maior aproveitamento do horário de trabalho e uma otimização da agenda de trabalho que garante um maior número de vagas para o atendimento da demanda espontânea. Depois da intervenção

percebemos que o trabalho fica bem distribuído entre os profissionais das equipes e o trabalho não vai recair tudo no médico, pois cada membro das equipes tem definida as suas atribuições. Também teve um impacto muito positivo quanto à união das equipes para a realização de atividades grupais, pois com a intervenção conseguimos desenvolver estas atividades com a participação dos usuários de toda a nossa área de abrangência e com a participação de todas as equipes de estratégia em saúde da família e do NASF.

Na comunidade também teve um impacto positivo porque embora não tenhamos atingido nossa meta na cobertura, conseguimos melhorar muito a qualidade de vida dos nossos usuários e melhoramos com grande satisfação, assim como uma maior cobertura das suas necessidades. Outra importância que teve a intervenção na comunidade foi quanto à divulgação da nossa ação programática, pois através do contato realizado com nossos líderes comunitários, conseguimos que a população conhecesse a importância da ação programática e o funcionamento da mesma na UBS, repercutindo isto diretamente na diminuição dos usuários faltosos e ocasionado uma maior adesão dos nossos usuários à ação programática.

Quanto ao que eu faria diferente se eu fosse realizar a intervenção agora, posso dizer que buscaria desde o início que todas as equipes tivessem completas e com a quantidade suficiente de agentes comunitários de saúde para cobrir todas as áreas descobertas porque eu sinto que isso foi o que mais atrapalhou nosso trabalho e não permitiu atingir a nossa meta na cobertura e também teria aguardado até passar o período das chuvas para começar a desenvolver a intervenção porque as fortes chuvas durante o período que nós desenvolvemos a nossa intervenção, prejudicaram muito o nosso número de atendimentos tanto na área quanto nas consultas, repercutindo diretamente na nossa cobertura. Também exigiria mais sobre a necessidade de aumentar o número das equipes de atenção odontológica, assim como o aumento da quantidade de recursos para garantir esses serviços.

Quanto à viabilidade da incorporação da intervenção aos nossos serviços, posso dizer que a mesma já foi incorporada a nossa rotina, vamos continuar desenvolvendo as atividades da intervenção como até agora para continuar melhorando a qualidade do atendimento clínico e aumentando a nossa cobertura. Para atingir estes propósitos vamos exigir que sejam



completadas as equipes com o número necessário de ACSs e vamos continuar reorganizando o nosso trabalho e a nossa agenda para continuar ampliando a nossa cobertura, também pretendemos trabalhar com muita força na divulgação da nossa ação programática através dos líderes comunitários, os ACSs e através das atividades grupais realizadas na área. Pretendemos aumentar o nosso número de ações grupais com a participação do NASF para alcançar um maior número de participantes e um atendimento multidisciplinar. Vamos continuar realizando o monitoramento estrito das atividades desenvolvidas pelas equipes para garantir a realização e a qualidade das mesmas.

Quanto aos nossos próximos passos posso afirmar que vamos, primeiramente, buscar com muita força, juntamente com nossos gestores, a incorporação de novos agentes de saúde para cobrir as áreas descobertas, depois da chegada dos novos agentes vamos reorganizar o trabalho para garantir o aumento na cobertura, vamos também exigir a possibilidade de incorporar pelo menos mais uma equipe de atenção odontológica para garantir estes serviços nos nossos usuários diabéticos e hipertensos. Pretendemos também implementar as ações da intervenção com modificações ajustáveis a outras ações programáticas como atendimento ao pré-natal, ao puerpério e atendimento aos idosos.

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

Prezado gestor,

Através deste relatório queremos comunicar os resultados obtidos com a intervenção realizada na UBS São Pedro, a mesma foi desenvolvida com usuários diabéticos e hipertensos, num período de doze semanas iniciando-se no dia 18 de maio e finalizando-se no dia 06 de agosto deste ano de 2015. O objetivo da mesma foi melhorar a atenção aos usuários diabéticos e hipertensos da nossa área de abrangência e melhorar a cobertura nesta ação programática. Observa-se que em apenas doze semanas conseguimos cadastrar um total de 582 hipertensos e 210 diabéticos, números importantes para tão pouco tempo de intervenção.

Para alcançar os objetivos da intervenção, reorganizamos a nossa agenda de trabalho e priorizamos o atendimento neste grupo populacional, oferecendo atendimento de muita qualidade, todos os dias da semana e garantindo a realização minuciosa do exame clínico para 100% (582 hipertensos e 210 diabéticos) dos usuários atendidos. Também foram realizadas a cada três semanas atividades grupais encaminhadas a promover saúde e a interagir com os usuários. Conseguimos realizar um ótimo trabalho com a participação de todas as equipes da UBS e com a participação ativa do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), foi significativa a melhoria da qualidade dos registros médicos, pois 100% (582 hipertensos e 210 diabéticos) dos usuários cadastrados ficaram com os prontuários atualizados e conseguimos envolver a população na resolutividade dos problemas de saúde através das ações grupais, também tivemos contato com os líderes comunitários que contribuíram na divulgação do trabalho feito com esta ação programática na UBS o que ajudou a diminuir o número de usuários faltosos e melhorar a adesão dos mesmos ao programa. Foram resgatados todos os

hipertensos e diabéticos faltosos as consultas durante o período da intervenção. Outro importante resultado alcançado com a intervenção foi o aumento do número de usuários com exames complementares em dia, pois atingimos 93,8% (546) de hipertensos e 91,9% (193) de diabéticos com a realização destes exames de acordo com os protocolos.

Alcançamos um alto nível de satisfação dos nossos usuários, mas também apresentamos algumas dificuldades quanto à cobertura e ao atendimento odontológico, pois temos carências de Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), assim como carência de profissionais da atenção odontológica e materiais para garantir este serviço. Queremos aproveitar para agradecer o apoio incondicional do nosso gestor (diretor da UBS) durante a intervenção, pois forneceu todos os impressos utilizados na mesma, garantiu materiais de apoio (banners e cartazes) para a realização das nossas atividades de promoção de saúde, assim como ajudou muito na logística de uma das ações desenvolvidas durante a intervenção. Consideramos que poderíamos ter tido melhores resultados quanto à cobertura e a atenção odontológica se tivéssemos contado com o número suficiente de ACSs e de profissionais para a atenção odontológica, por isso solicitamos o apoio de vocês neste aspecto para na medida das suas possibilidades garantir a incorporação de novos profissionais de atenção odontológica e ACSs.

As atividades da intervenção já fazem parte da rotina dos nossos serviços e vamos continuar trabalhando com esforço dedicação e empenho como até agora. Pretendemos incorporar as mesmas atividades a outras ações programáticas como pré-natal, puerpério e atenção aos usuários idosos. Esperamos contar com o apoio e contribuição de vocês para continuar melhorando a qualidade de vida da nossa população e continuar realizando nosso trabalho com sucesso. Agradecemos mais uma vez o apoio do nosso gestor e pedimos a sua contribuição para continuar melhorando a qualidade do atendimento na nossa UBS.

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

Durante o período compreendido entre maio e agosto de 2015, realizamos uma série de atividades muito bem organizadas com os nossos usuários diabéticos e hipertensos para melhorar a qualidade do atendimento destas pessoas, neste projeto participaram as seis equipes de estratégia em saúde da família da nossa unidade básica de saúde São Pedro. Foram doze semanas de muito trabalho, desenvolvemos várias atividades grupais e oferecemos atendimento prioritário todos os dias da semana e nos dois horários de trabalho para estes usuários hipertensos e diabéticos.

Para conseguir desenvolver todas as atividades previstas neste período, tivemos que reorganizar a nossa agenda de trabalho para ter um melhor aproveitamento do tempo e conseguir atingir os nossos objetivos. Como bem muito de vocês já sabem, foram realizadas atividades grupais com hipertensos e diabéticos com uma periodicidade a cada três semanas, nas quais foram oferecidas palestras e conversas educativas sobre diferentes temas como alimentação saudável e prática de atividade física nos usuários diabéticos e hipertensos. Todos os dias realizamos atendimento destes usuários garantindo a realização do exame físico completo, também garantimos a solicitação dos exames complementares.

Todas as semanas procurávamos, nas suas casas, os usuários que tinham atraso na consulta para resgatar eles, fizemos contato com os nossos líderes comunitários e pedimos a sua ajuda para divulgar a importância do acompanhamento destas doenças e divulgar o trabalho que nós estávamos fazendo, aproveitamos para agradecer o maravilhoso trabalho e o apoio oferecido pelos nossos líderes comunitários que contribuíram para aumentar o nosso número de atendimentos e a diminuir o número de faltosos.

Para garantir o sucesso do nosso trabalho, realizamos atividades de capacitação com todos os membros das equipes. Foram doze semanas de muito trabalho, mas valeu a pena porque obtemos ótimos resultados, pois os nossos usuários ficaram muito satisfeitos com a qualidade do atendimento e conseguimos realizar num curto período de tempo um grande número de consultas que nós nunca tínhamos alcançado. A intervenção já finalizou, mas as atividades da mesma ficaram incorporadas à rotina dos nossos serviços e vamos continuar trabalhando como até agora. Também pretendemos implementar as ações da intervenção no atendimento de outros grupos populacionais prioritários como gestantes, puérperas e idosos.

Esperamos contar com o apoio de todos vocês para divulgar o nosso trabalho aqui na comunidade e para participar das novas atividades grupais que serão desenvolvidas para continuar aperfeiçoando o nosso trabalho e melhorar a qualidade de vida de todos vocês.

Temos planejado para o futuro a solicitação de novos ACSs para cobrir as áreas descobertas e vamos solicitar profissionais e materiais para melhorar o atendimento odontológico porque sabemos que esta é a nossa principal deficiência e queremos continuar contribuindo para a melhoria da qualidade de vida de toda a nossa população.

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

Desde o início da especialização, as minhas expectativas eram muito altas, comecei com a ideia que ia enriquecer e aprimorar os meus conhecimentos e tinha a certeza que o curso ia me ajudar no desenvolvimento do meu trabalho na atenção primária à saúde, hoje com a finalização da intervenção e do curso de especialização em saúde da família, posso dizer que sou uma profissional mais completa e muito melhor preparada para afrontar as dificuldades que possam acontecer no nosso trabalho, porque além de aprimorar os meus conhecimentos na prática clínica e sobre os protocolos de atuação no Brasil, comecei a ter uma maior compreensão da realidade com base nos problemas e necessidades da nossa população. Também mediante este curso, tivemos a oportunidade de melhorar nosso raciocínio clínico e nossa prática profissional, podendo interagir virtualmente com os colegas e orientadores, expondo cada uma das nossas experiências dentro das nossas comunidades, esta foi uma experiência inesquecível e verdadeiramente enriquecedora.

Graças à intervenção e através do desenvolvimento das ações da mesma, a minha equipe aprendeu a se organizar melhor e a trabalhar verdadeiramente unidos para alcançar um objetivo comum, pela primeira vez ficaram bem definidas as atribuições de cada membro da equipe e conseguimos envolver a população na resolutividade dos problemas de saúde.

Hoje observando a minha trajetória na especialização retrospectivamente, posso dizer que a mesma superou as minhas expectativas, pois as atividades desenvolvidas durante este período vieram a aprimorar o trabalho da minha equipe e melhorar a qualidade de vida dos nossos usuários, o moodle tornou-se parte da minha rotina e uma ferramenta importantíssima no desenvolvimento da intervenção, trabalhar na plataforma foi um dos meus aprendizados, pois foi a primeira vez que fiz

uma especialização a distância, mas com certeza o mais relevante de todos os meus aprendizados foi conseguir realizar um projeto científico aqui no Brasil em língua portuguesa e regido pelas normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), totalmente novas para mim.

Com a realização das atividades do curso desenvolvi as minhas habilidades na escrita da língua portuguesa e enriqueci o meu vocabulário, aprendendo a me expressar melhor com a população e com os meus colegas, o que veio facilitar muito a comunicação com os usuários e com a comunidade. Tudo o que aprendi de novo com o curso foi extremamente importante para mim, porque veio para melhorar meu desempenho como médica, assim como o trabalho da nossa equipe e a qualidade de vida da nossa população.

## Referências

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes 2013. **Diabetes Care**, 2013.

BAUCHNER, H, FONTANAROSA, PB, GOLUB, RM. Updated guidelines for the management of high blood pressure: recommendations, review, and responsibility. *JAMA*, 2014; disponível em <<http://jama.jamanetwork.com/journal>>, acessado em: 02 de dezembro de 2014.

BRASIL. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. (Cadernos de Atenção Básica; n. 35). Brasília – DF, 2013.

BRASIL. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Diabetes Mellitus. (Cadernos de Atenção Básica; n. 36). Brasília – DF, 2013.

BRASIL. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Hipertensão Arterial Sistêmica. (Cadernos de Atenção Básica; n. 37). Brasília – DF, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications. Report of a WHO consultation. Geneva: World Health Organization 1999.



## **Anexos**

# Anexo A – Planilha de Coleta de Dados

2014.11.06 Coleta de dados HAS e DM.xls [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel (Falha na Ativação do Produto)

Arquivo | Página Inicial | Inserir | Layout da Página | Fórmulas | Dados | Revisão | Exibição

Colar | Calibri | 11 | A | A | Quebras de Texto Automaticamente | Mesclar e Centralizar | Número | Formatação Condicional | Formatar como Tabela | Estilos de Célula | Inserir | Excluir | Formatar | Preencher | Limpar | Classificar e Filtrar | Localizar e Selecionar | Edição

Área de Trabalho

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1													
Ordem para Coleta	Idioma do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	Opção de hipertensão?	Opção de diabetes?	Opção de hipertensão e diabetes em conjunto?	Opção de hipertensão e diabetes em conjunto com tratamento?	Opção de hipertensão e diabetes em conjunto com tratamento e diagnóstico?	Tabela de medição da pressão arterial (diagnóstico de hipertensão e diabetes)?	Opção de hipertensão e diabetes em conjunto com diagnóstico de hipertensão e diabetes?	Opção de hipertensão e diabetes em conjunto com diagnóstico de hipertensão e diabetes e tratamento?	Opção de hipertensão e diabetes em conjunto com diagnóstico de hipertensão e diabetes e tratamento e diagnóstico?	Opção de hipertensão e diabetes em conjunto com diagnóstico de hipertensão e diabetes e tratamento e diagnóstico e tratamento?
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
24													
25													
26													
27													
28													
29													
30													
31													
32													
33													
34													
35													
36													
37													
38													
39													
40													
41													
42													
43													
44													
45													
46													
47													
48													
49													
50													
51													
52													
53													
54													
55													
56													
57													
58													
59													
60													
61													
62													
63													
64													
65													
66													
67													
68													
69													
70													
71													
72													
73													
74													
75													
76													
77													
78													
79													
80													
81													
82													
83													
84													
85													
86													
87													
88													
89													
90													
91													
92													
93													
94													
95													
96													
97													
98													
99													
100													

Pronto | Apresentação | Orientações | Dados da UBS | Mês 1 | Mês 2 | Mês 3 | Mês 4 | Indicadores

20:51 | 29/09/2015



## Anexo C – Documento Comitê de Ética



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

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

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

Prezada Pesquisadora;

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

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



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

Eu, Yadira Vaillant Calzado, medico clinico geral, e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

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

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

\_\_\_\_\_

Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador: mvohlbrecht@gmail.com

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

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

\_\_\_\_\_

Assinatura do declarante