

**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 das pessoas com hipertensão e/ou diabetes da  
UBS Dr. Ricardo Barbosa da Silva, Brasiléia/AC**

**Yaily Camacho González**

**Pelotas, 2015**

**Yaily Camacho González**

**Melhoria da atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes da  
UBS Dr. Ricardo Barbosa da Silva, Brasiléia/AC**

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

Orientador: Ana Paula Belini

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

G643m González, Yaily Camacho

Melhoria da Atenção à Saúde das Pessoas com Hipertensão e /  
ou Diabetes da UBS Dr. Ricardo Barbosa da Silva, Brasileia / Ac. /  
Yaily Camacho González; Ana Paula Belini, orientador(a). - Pelotas:  
UFPel, 2015.

89 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. Belini, Ana Paula, orient.  
II. Título

CDD : 362.14

Aos meus pais: com respeito e amor infinito, a quem tudo devo.

À minha orientadora: por sua paciência, abnegação, excelente assessoria e apoio incondicional.

À minha pátria Cuba que me formou como profissional da saúde.

Ao povo brasileiro que me acolheu com todo carinho.

## **Agradecimentos**

Agradeço à minha família por seu apoio e compreensão durante esta etapa de minha vida.

À todas aquelas pessoas que contribuíram a enriquecer meus conhecimentos para que este trabalho fosse possível.

À minha equipe de saúde pelo apoio e dedicação com o trabalho realizado.

Obrigada!

## Resumo

GONZÁLEZ, Yaily Camacho. **Melhoria da atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes da UBS Dr. Ricardo Barbosa da Silva, Brasiléia/AC.** 2015. 89f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão arterial sistêmica e o Diabetes mellitus, constituem-se nas doenças crônicas não transmissíveis mais frequentes no mundo. Em torno de 600 milhões de pessoas são portadores de hipertensão, segundo a Organização mundial da saúde. No caso do diabetes é uma das doenças crônicas que mais avança entre a população mundial, pois a Federação Internacional do Diabetes estima que são cerca de 250 milhões de pessoas com o problema em todo o mundo. Portanto, melhorar a qualidade da atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos na atenção primária de saúde é muito importante. Na unidade Dr. Ricardo Barbosa, do Município de Brasiléia, Acre, identificava-se uma baixa cobertura do programa, muitos usuários não estavam cadastrados, faltosos e sem controle por diferentes razões. Fatos estes que motivaram a realização de um trabalho de intervenção. A unidade conta com uma Equipe de Saúde da Família, localizada na área rural, com uma população de 2.359 usuários cadastrados. Desta forma, o principal objetivo desta intervenção foi a Melhoria da Atenção à saúde das pessoas com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. Para guiar o cuidado foi adotado o protocolo do Ministério da Saúde Atenção a Hipertensão e/ou Diabetes do Ministério da Saúde, Brasil, 2013. Para a coleta de dados foram utilizadas ficha espelho específica, bem como planilhas eletrônicas. A intervenção teve a duração de três meses com início em 24 de abril de 2015 e término em 23 de julho de 2015. Vale ressaltar que a unidade de saúde possui uma estimativa segundo o caderno de ações programáticas de 359 hipertensos e 89 diabéticos. Desta forma foi possível obter os seguintes resultados ao longo da intervenção: monitorar a situação de saúde de 275 hipertensos (76,6%) e 72 diabéticos (80,9%) cadastrados, bem como avaliar o risco em 100% deles, ampliação da cobertura de hipertensos e/ou diabéticos, melhoria na qualificação dos atendimentos com a realização de exames clínicos completos, a estratificação do risco para todos os usuários, fornecimento de orientações nutricionais para hábitos saudáveis e prática de atividade física, orientações sobre tabagismo e orientações de saúde bucal. Na organização dos registros e do serviço definimos cada ação a ser realizada o que viabilizou a otimização da agenda para demanda espontânea evitando insatisfação da população além de maior resolutividade. Realizamos através dos grupos de educação em saúde na comunidade a sensibilização da comunidade bem como dos familiares sobre a importância da equipe estar desenvolvendo este trabalho priorizando o cuidado aos portadores de hipertensão e/ou diabetes. A equipe de saúde recebeu uma ótima preparação para o desenvolvimento desta e de outras ações programáticas na unidade, melhorando a qualidade dos atendimentos à população além de incorporarmos a intervenção à rotina do serviço o que repercutiu de forma positiva nos indicadores de saúde da área.

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

## Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico da cobertura do programa de atenção à saúde da pessoa com hipertensão na UBS: Dr. Ricardo Barbosa da Silva, Brasília, AC, 2015..	59
Figura 2	Gráfico da cobertura do programa de atenção à saúde da pessoa com diabetes na UBS: Dr. Ricardo Barbosa da Silva, Brasília, AC, 2015.	60
Figura 3	Gráfico da proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular na UBS Dr. Ricardo Barbosa da Silva, Brasília, AC, 2015.	63
Figura 4	Fotografia do atendimento clínico à usuária Lucilene Felix do Nascimento na UBS Dr. Ricardo Barbosa da Silva, Brasília, AC, 2015.	83
Figura 5	Fotografia do atendimento clínico à usuária Rosineide Barreto na UBS Dr. Ricardo Barbosa da Silva, Brasília, AC, 2015.	83
Figura 6	Fotografia da primeira Capacitação dos profissionais de saúde da equipe. 27-04-2015 na UBS Dr. Ricardo Barbosa da Silva, Brasília, AC, 2015.	84
Figura 7	Fotografia da terceira Capacitação da equipe. 18-5-15 na UBS Dr. Ricardo Barbosa da Silva, Brasília, AC, 2015.	84

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

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
CNES	Cadastro nacional de estabelecimentos de saúde
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização mundial da saúde
SBH	Sociedade Brasileira de hipertensão
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde



## Sumário

Apresentação .....	8
1 Análise Situacional .....	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	10
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	13
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.....	43
2.3.3 Logística.....	49
2.3.4 Cronograma. ....	52
3 Relatório da Intervenção. ....	53
3.1 Ações previstas e desenvolvidas. ....	53
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas. ....	56
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados. ....	57
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	57
4 Avaliação da intervenção .....	58
4.1 Resultados .....	58
4.2 Discussão.....	69
5 Relatório da intervenção para gestores .....	72
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	75
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem .....	78
Referências.....	81
Apêndices .....	82
Anexos .....	85

## **Apresentação**

Este exemplar contempla o Trabalho de Conclusão de Curso exigido como requisito para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família, o qual descreve o processo de estruturação e qualificação do cuidado ofertado aos usuários hipertensos e/ou diabéticos pertencentes à área de abrangência da unidade básica de saúde Dr. Ricardo Barbosa da Silva Brasília/AC. Teve início das atividades em 24 de abril de 2015 e término em 23 de julho de 2015, a intervenção foi realizada em três meses.

Ele está estruturado em 7 capítulos, sendo que no primeiro capítulo descreve-se a Análise Situacional, onde apresentamos a situação da Estratégia de Saúde da Família, funcionamento, os profissionais que fazem parte da equipe, população adstrita.

No segundo capítulo está a Análise Estratégica – Projeto de Intervenção que contempla a justificativa, objetivos e metas, metodologia e o detalhamento das ações nos quatro eixos principais: (monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica), indicadores, logística e cronograma de intervenção.

No terceiro capítulo apresenta-se o Relatório da Intervenção contemplando as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente, as ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores, análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no

projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.

No quarto capítulo apresentamos a Avaliação da Intervenção que contempla os resultados e a discussão. No quinto capítulo, apresentamos o relatório para os gestores e no sexto capítulo o relatório para a comunidade seguida no sétimo capítulo pela Reflexão Crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem que contempla uma análise dos resultados para o crescimento profissional, proporção de satisfação, angústias e ansiedades avaliando o ensino aprendizagem.

Ainda, ao final consta a bibliografia utilizada para este trabalho bem como os anexos que serviram como orientação para o desenvolvimento desta ação.

## **1 Análise Situacional**

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

O Brasil é um país que atualmente está fazendo mudanças positivas em seu Sistema Único de Saúde (SUS), para obter um atendimento generalizado, incluso nos lugares mais recônditos do país, garantindo a saúde como um “Direito de Cidadania e um dever do Estado”, a toda a população brasileira, apoiados nos princípios do SUS a universalidade, equidade, integralidade, descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação social.

Sou médica cubana, especialista em Medicina Geral Integral, trabalho na Unidade Básica de Saúde (UBS) Dr. Ricardo Barbosa da Silva pertencente à área rural, localizada a 26 km da cidade de Brasiléia, estado do Acre. Foi fundada no dia 17 de maio de 2012. No município como no resto do estado Acre as fontes de economia principal são a agricultura e a pecuária, sendo disto que se sustenta a comunidade. São pessoas com baixa renda econômica, pois seus ganhos são produto dos frutos da terra e da criação de animais.

A UBS está composta por área de recepção, sala de pré-consulta, consultório médico, farmácia, sala de vacinação, sala de curativos, sala para fazer o preventivo citopatológico do colo do útero, sala de esterilização, consultório odontológico, neste se realizam diferentes procedimentos que vão da limpeza, obturação até a extração dentária, o que é de grande ajuda para a população já que não precisam ir à cidade para realizar este tipo de atendimento, além disso, contamos com sala de reuniões, sala de higienização, cozinha, banheiros femininos e masculinos para os usuários e funcionários, entre outros.

A equipe de saúde está composta por 1 médico, 1 enfermeira, 2 técnicos de enfermagem, 1 farmacêutica, 1 recepcionista, 1 dentista, 1 assistente de

odontologia, 1 faxineira, 1 motorista, e 17 agentes comunitários de saúde (ACS) que são uma parte importante do trabalho da equipe, pois na comunidade as casas das famílias são muito distantes e são eles que nos trazem a realidade e nos dizem sobre as necessidades mais específicas da comunidade, estão muito envolvidos em seu trabalho, levam em suas visitas orientações para a família e acompanham os tratamentos dos usuários. Estas condições estruturais e o material humano garantem a qualidade da atenção médica.

O atendimento na unidade é de segunda a sexta-feira no horário no turno da manhã das 07h00min às 13h00min horas, o atendimento é em seção corrida por diversas questões como: localização em zona rural onde se realizou uma pesquisa e a população como mora em zonas distantes não têm acesso ao transporte para assistir às consultas no horário da tarde, que a maioria deles utiliza o transporte da escola para chegar até o consultório, além disso, os profissionais de saúde não tem o almoço garantido na unidade, não obstante a essas situações na unidade contamos com uma ambulância que depois do atendimento fica na unidade para os casos de urgência sejam levados ao hospital, desta forma a população não fica desprotegida. Atendemos uma média de 20 usuários por dia em consultas não agendadas quer dizer trabalhamos, mas com a atenção à demanda espontânea, e, além disso, se atendem aos usuários de urgência e emergência. Às sextas-feiras são os dias de fazer as visitas domiciliares agendadas, que sempre constituem uma nova experiência, pois visitamos famílias que precisam de assistência médica, moram em lugares distantes e onde o acesso é muito difícil.

Atendemos 716 famílias compostas por um total de 2.359 pessoas, sendo 1.275 do sexo masculino e 1.084 do sexo feminino, fazemos o acompanhamento a 12 gestantes cadastradas e 36 crianças menores de um ano. Em situações de que as gestantes precisam de atendimento especializado contamos com uma consulta de ginecologia que é de referência no município para estes casos que funciona três vezes por semana, em relação às crianças em caso de que precisem deste tipo de atendimento por um especialista temos que encaminhá-los para a capital que é onde prestam este tipo de serviço. O município por situação de dependência com a capital conta com um hospital de referência, mas o qual nestes momentos não está cumprindo com sua função por questões estruturais

produto da inundação pelo Rio Acre que sofreu o município no ano 2012, ficou devastado, em seu lugar está sendo construído um novo hospital que deve cumprir com todos os requisitos, mas ainda está em construção e tem como data de culminação agosto deste ano.

Entre as doenças crônicas não transmissíveis mais comuns na comunidade estão a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), dentro dos principais problemas de saúde estão alta incidência de gravidez na adolescência, doenças transmissíveis como as infecções respiratórias agudas e Parasitoses. Desenvolvemos palestras sobre diversos temas que são de interesse para a população enquanto o atendimento médico é realizado, também durante as consultas individuais fazemos orientações relacionadas com a dieta, exercícios físicos, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, para assim fazer mudanças em estilos de vida dos indivíduos e famílias, melhorar a qualidade de vida da população e impedir o surgimento e evolução das diferentes doenças. Este trabalho de promoção e prevenção em algumas ocasiões têm dificuldades porque a população tem um baixo nível cultural e de dificuldade no atendimento.

Entre os principais problemas que se encontram para um melhor desenvolvimento da atenção básica, em muitas ocasiões a falta de medicamentos para tratar doenças crônicas, demora na realização de exames complementares aos usuários que precisam, a maioria destes não tem os recursos econômicos para fazê-los de forma particular, também é muito difícil o encaminhamento dos usuários para outras especialidades quando é feito demora demais. Na UBS trabalhamos para atenção integral a família, portanto melhorar os indicadores de saúde da comunidade e a qualidade de vida das pessoas. A equipe é muito eficiente, a cooperação é uma característica do trabalho, a um bom relacionamento de usuário e profissional, por isso estou feliz de fazer parte dela.

Concluí minha formação de Medicina no ano 2012, depois de terminar meus estudos na Universidade de Ciências Médicas Dr. José Assef Yara da Província de Ciego de Ávila, Cuba. Posteriormente nesse mesmo ano comecei a atuar no Município do Baraguà de dita província, e ao mesmo tempo iniciei os estudos na Especialidade de Medicina Geral Integral. No ano 2013 me foi solicitado para emprestar meus serviços na República da Venezuela onde trabalhei por sete meses, concluindo minha especialidade em fevereiro do ano

2014. Nesse mesmo ano fiquei a disposição para a colaboração como Programa Mais Médicos para o Brasil. Particpei de uma capacitação em idioma português em Cuba, e ao chegar a Brasília recebemos outro curso, nos quais enfrentamos a realização de exames. Fui lotada no Município Brasiléia do Estado de Acre, onde exerço minha profissão desde abril do ano 2014, especificamente na UBS: Ricardo Barbosa Da Silva mencionado anteriormente estou satisfeita com o trabalho realizado por toda a equipe de saúde, e o bom acolhimento que recebi ao chegar à unidade.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

Brasiléia é um município do Brasil que está localizado no sul do estado do Acre, a 237 km da capital Rio Branco, na fronteira com Cobija capital do departamento de Pando, Bolívia. Tem como municípios limítrofes Assis Brasil, Sena Madureira, Xapuri e Epitaciolândia, que juntos formam a região do Alto Acre. Originou-se de uma pequena faixa de terra, a partir de um antigo Seringal Carmen, em 03 de Julho de 1910, usando o nome de Brasília. Posteriormente, em 1943, o nome da cidade foi mudado, para não ser confundida com a nova capital federal. Recebeu uma nova denominação, derivada da união das palavras Brasil (Bras) e Hiléia (floresta), utilizada até hoje. Em 1992, a cidade teve sua área dividida, toda a área e população localizada na margem direita do Rio Acre, originou o município de Epitaciolândia.

Possui um clima equatorial, caracterizado por chuvas abundantes em boa parte do ano, principalmente entre os meses de novembro a março, e uma breve estação seca que se estende de junho a setembro. É banhada pelos Rios Acre e Xapuri. O município ocupa o sexto lugar em número de habitantes, com 23 378 habitantes, com uma extensão territorial de 3.916.507 km<sup>2</sup>, para uma densidade de 5.46 hab/km<sup>2</sup> (IBGE, 2013), na proporção de 64.22% urbana, 12.243 habitantes; e 35,78% rural, 6.822 habitantes. Sendo que destes, 1.060 são ribeirinhos, que habitam comunidades nas margens do rio Acre.

Conta com um Sistema de Saúde bem estruturado, existem no total 9 UBS com Equipes de Saúde da Família correspondentes (ESF), 7 encontram se localizadas na zona urbana e as 2 restantes na zona rural com modelo tradicional. Temos no município disponibilidade do Núcleo de Apoio a Saúde da Família

(NASF), e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Quanto à disponibilidade de Especialidades só contamos com Ortopedia, Ginecologia, Nutrição e Fisioterapia, as demais Especialidades em caso de que o usuário precise são remetidos para o FUNDACRE, na capital do Estado. O município por situação de dependência com a capital conta com um Hospital de referência Raimundo Chaar, onde se presta serviços de urgência e emergência com escassos recursos, e não tem boas condições estruturais, está sendo construído um novo hospital que deve cumprir com todos os requisitos, mas ainda está em construção.

Quanto à realização de exames complementares estes têm que ser agendados no Hospital e às vezes demoram mais de 15 dias, mais já houve uma melhoria quanto ao tempo que demoram na realização dos mesmos, o que favoreceu para obter um melhor acompanhamento dos usuários, é lucro positivo a favor do município para melhorar seu sistema de saúde, onde realizam os exames de rotina, e radiografias simples. Não contamos com os procedimentos de imagens como Endoscopia, Colposcopia, Colonoscopia, Tomografia computadorizada os quais têm que ser pagos ou ser agendados para sua realização na capital. Nestes momentos não se está oferecendo o serviço da Ultrassonografia, contamos com o equipamento, mas não se contratou ao pessoal capacitado para realizar o mesmo.

A UBS Dr. Ricardo Barbosa da Silva pertence à área rural da cidade, dispensa serviços há já dois anos, atende uma área geográfica de abrangência definida, atuando com áreas e micro áreas, está constituída por uma só ESF, cadastrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) 2001462, respondendo aos princípios do SUS. Conta com toda a equipe de saúde, a qual trabalha na prevenção e promoção em saúde, na identificação de grupos de riscos e de famílias expostas a riscos, mais ainda temos muito que fazer.

A estrutura física da UBS segue os princípios da Resolução da Diretoria Associada - RDC nº 50/ ANVISA/fevereiro/2002, a unidade conta com abrigo de resíduos, administração e gerência, banheiro para funcionários, banheiro para os usuários, consultórios médico e odontológico, copa/cozinha, depósito de limpeza, depósito de lixo, sala de espera, farmácia, sala de esterilização, sala de recepção, sala de pré-consulta, lavagem e descontaminação de material, sala de reuniões, sala de utilidades, sala de vacina, sala para fazer o preventivo citopatológico do



colo do útero, não contamos com sala de nebulização, almoxifado, escovário, sala de coleta de exames, nem sala para os ACS.

Estamos passando algumas dificuldades com respeito aos locais por não contar com os mesmos na unidade, por exemplo, a sala de curativos junto com a de procedimentos, a sala de administração e gerência é em conjunto com a sala de reuniões, uma farmácia onde se armazena e se dispensa o medicamento de uma vez. Na sala de espera da UBS se acomodam ao redor de 45 usuários para receber os diferentes serviços, é um espaço pequeno sem comodidades adequadas já que não temos móveis necessários para cobrir a demanda de boa qualidade é uma das queixas da população. Na sala de recepção, todavia não contamos com o uso de computadores, telefones, serviço de internet. Uma das dificuldades institucionais existentes em disposição de estruturas adequadas para os portadores de deficiências, pessoas idosas, ou outras, não contamos com cadeira de rodas para atender aos usuários em caso de necessidade.

Quanto à disponibilidade e suficiência de equipamentos e instrumentos de uso geral em condições satisfatórias na unidade estamos confrontando dificuldades, como é no caso do Oftalmoscópio e Otoscópio ambos existem, mas estão quebrados com imperfeição técnicos, contamos com o Negatoscópio em perfeito estado o qual estava sem colocar, mas já se solucionou o problema e está em uso há um mês. Mais assim com estas condições estruturais e o material humano tratamos de garantir a qualidade da atenção médica da população.

A equipe de trabalho participa do processo de territorialização e mapeamento dá área de atuação da equipe, mas não corresponde com o que diz o processo de trabalho das equipes na atenção básica, já que só os agentes de saúde e o enfermeiro são os que participam desse processo, e sendo essa uma das atribuições comum a todos os profissionais da equipe. Fazemos identificação de grupos expostos a riscos como famílias, indivíduos, e de agravos (HAS, DM, Tuberculose, Hanseníase, etc.). Realizamos o cuidado em saúde da população em outros lugares como nos domicílios, e nas escolas. É feita a busca ativa de usuários faltosos só que esta é pelos ACS, por exemplo, em caso de gestantes e crianças que faltem às consultas solicitamos aos mesmos que são os que estão em maior contato com estes usuários para que sejam procurados e venham às consultas.

No domicílio são desenvolvidas ações tais como: curativos, educação em saúde, acompanhamento de doenças, medição da pressão arterial, consulta médica, troca de sondas, revisão puerperal, mas não é possível a internação domiciliar, já que estes usuários necessitariam de uma avaliação diária depende do caso, e não temos os meios de transporte necessários para essas visitas.

Na UBS desenvolvemos atividades com os grupos de adolescentes, diabéticos, hipertensos, idosos, gestantes, prevenção do câncer ginecológico, puericultura, saúde da mulher, saúde bucal, devemos reforçar essas atividades realizadas, já que só realizamos de forma oportunista quando os usuários chegam à unidade, por situação de distância entre a UBS e suas casas é difícil aumentando a dificuldade de criação destes grupos. Na unidade não são feitas atividades para promover a participação da comunidade no controle social que seria de vital importância já que com o apoio da mesma, e a identificação de parceiros e recursos podemos potencializar ações intersetoriais com a equipe.

São realizadas as reuniões de equipe com uma frequência mensal onde dentro dos temas analisados estão: construção de agenda de trabalho, organização do processo de trabalho, planejamento das ações, na mesma participam todos os integrantes da equipe. Além disso, seria bom tratar temas também sobre discussão de casos clínicos e monitoramento e análise de indicadores e informações em saúde.

Em relação à população a UBS têm na área um total de 2359 habitantes, com predomínio sexo masculino e faixa etária entre 20-39 anos e uma população jovem. Na unidade o acolhimento do usuário é realizado na recepção, e o profissional que realiza o acolhimento é o recepcionista. Deve haver um espaço adequado para escuta, análise, definição de oferta de cuidado com base na necessidade de saúde e, em alguns casos, intervenções. Em boa parte dos serviços, esse espaço é uma sala de acolhimento, com o qual não contamos na unidade, mas todos os usuários que chegam à UBS têm suas necessidades acolhidas, escutadas. É importante que a demanda apresentada pelo usuário seja acolhida, escutada, problematizada, reconhecida como legítima. A equipe trata de dar respostas às demandas de todos os usuários, já que como a grande maioria reside em zonas distantes se faz todo o possível para que sejam atendidos no

dia, no caso de que por alguma situação não seja assim, se orienta a usuário a retornar ao outro dia, se o problema de saúde pode esperar.

Contamos com um total de 267 crianças compreendidas entre a faixa etária de 0-72 meses existem 36 crianças menores de 1 ano, para um indicador de cobertura da Puericultura de 77%, delas 27 têm as consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, e 9 com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias, problema encontrado foi a realização de consulta nos primeiros 7 dias a qual é baixa, que acontece muitas vezes que as gestantes depois que ganham o bebê não dão muita importância a essa consulta, e nestas situações temos que fazer o seguimento no domicílio, pelo qual devemos trabalhar mais nesse aspecto.

E realizado de todas as crianças teste do pezinho, triagem auditiva orientações sobre aleitamento materno e hábitos alimentares saudáveis. Temos 09 crianças com vacinas atrasadas, para um 75% de cobertura vacinal. Fazemos o atendimento de puericultura para o grupo etário de zero a 12 meses somente, todos os dias da semana porque apesar de agendar as consultas as mães levam às crianças quando têm melhor oportunidade de transporte por questão da distância com a unidade, este atendimento é realizado pelo enfermeiro, o médico e odontólogo, mais assim a avaliação da saúde bucal é baixa um 53%.

A equipe de saúde desenvolve diferentes ações de cuidado nas puericulturas como: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, de problemas de saúde bucal, imunizações, prevenção de anemia, promoção de aleitamento materno, e hábitos alimentares saudáveis. Realizamos a identificação de crianças de alto risco, problemas com um número elevado de crianças e filhos de mães adolescentes. Existe na unidade o Programa de Bolsa de Família, e crianças com saúde de ferro.

No Brasil o atendimento pré-natal é um dos principais programas do SUS, é por isso que requiere de muito esforço da equipe de saúde para garantir um bom atendimento, e alcançar a redução das taxas de mortalidade infantil e a mortalidade materna ainda é um problema de saúde pública. Temos 12 gestantes cadastradas residentes na área de abrangência e acompanhadas na UBS para um 34 % de indicador de cobertura, quanto aos indicadores de qualidade na atenção ao pré-natal dessas 12 grávidas se inicia a atenção pré-natal no 1

trimestre aos 67%, a equipe de saúde vai continuar trabalhando para a identificação de gestantes antes das 12 semanas de gestação para fazer um atendimento pré-natal de qualidade e cedo, seguindo o protocolo de atendimento para melhorar este indicador de cobertura, 83% tem as consultas em dia de acordo com calendário do Ministério da Saúde, 100% delas têm a solicitação na 1ª consulta dos exames laboratoriais preconizados, como também tema vacinação antitetânica, vacinação contra hepatite B, prescrição de suplementação de sulfato ferroso conforme protocolo.

São desenvolvidas diferentes ações para o cuidado das gestantes como: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, controle dos cânceres do colo de útero e mama, imunizações, planejamento familiar, promoção do aleitamento materno, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção da saúde bucal, conversam-se com elas sobre os cuidados com ou recém-nascido, sobre os riscos do tabagismo, do álcool e das drogas, sobre a anticoncepção pós-parto, recomendam-se que têm que realizar a revisão puerperal até os 07 dias de pós-parto realizar a revisão puerperal entre 30 e 42 dias pós-parto. O acompanhamento das gestantes está sendo dificultado por não haver serviço de ultrassom no município, só particular e muitas vezes as usuárias por ter baixos recursos econômicos, pode não bater um ultrassom em toda a gravidez. A enfermeira é a pessoa que se dedica ao planejamento, gestão e coordenação do Programa do Pré-Natal.

A cobertura de consulta de puerpério, neste momento é muito baixa em relação à estimativa do caderno de ações programáticas 19%. De 36 puérperas que deviam ter acompanhamento só o realizaram nove. O trabalho com as puérperas é mais complexo porque as gestantes quando ganham o bebê não dão importância às consultas agendadas até 42 dias e em muitas ocasiões têm que fazer o seguimento no domicílio, trabalho que devemos seguir melhorando.

Na UBS são realizadas atividades preventivas tanto no Controle de câncer do colo do útero como de mama, existindo um atendimento específico aos grupos e idades consideradas como de risco: para câncer de colo entre 25-64 anos e para câncer de mama entre 50-59 anos, com indicadores de cobertura na

área de 84% e 87% respectivamente, mas apesar de este trabalho estamos apresentando problemas.

Devemos pôr em dia à quantidade de exames cito patológicos já que este indicador está em 15%, uma das causas que esteja baixo é que uma grande quantidade de mulheres das quais não conhecemos não realizam seu exame na unidade. Outro problema encontrado foi um atraso das Mamografias em mais de três meses, só 08 usuárias na área estão em dia com o exame, já que no município não fazem mamografia e são encaminhadas à capital do estado.

Outro programa implementado pelo SUS na Atenção primária de saúde (APS) e que é levado na unidade é o acompanhamento às doenças crônicas não transmissíveis como a HAS e DM constituem os principais fatores de risco para as doenças do aparelho circulatório, deste modo a não serem tratadas adequadamente aumenta o risco de doença vascular arteriosclerótica (infarto do miocárdio, acidentes vasculares cerebrais e doenças dos membros inferiores).

A cobertura do Programa de atenção ao hipertenso e/ou diabético na área é baixa, já que os indicadores estão em 35% e 23% respectivamente. Em relação aos indicadores de qualidade da atenção à HAS avaliados podemos dizer que devemos melhorar a estratificação de risco cardiovascular por critério clínico indicador que está em 47%, se puderam realizar somente 68 consultas aos usuários hipertensos, durante as quais se avaliou a estratificação de risco cardiovascular, faltando ainda 77 usuários que não se puderam avaliar na UBS para 53%. Durante estas consultas a esses 68 usuários lhes indicaram os exames complementares periódicos, excetuando dosagem de potássio e eletrocardiograma com os quais não contamos no município, além disso, lhe dão orientações sobre a prática de exercícios físico regular e alimentação saudável. Segundo dados estatísticos do serviço de odontologia desde que comece a trabalhar na unidade, lhe realizaram consultas a 21 usuários hipertensos para um 14%.

Em relação aos indicadores de qualidade da atenção ao diabético temos que de 27 usuários cadastrados, somente 12 foram consultados, realizamos a estratificação de risco cardiovascular segundo critério clínico indicador que está em 44%, faltando ainda 15 usuários residentes da área com atraso da consulta agendada na UBS para 56%. Durante as consultas se lhe indicaram os exames

complementares periódicos, exceto a HbA1C que não temos disponibilidade de realização no município, 8 usuários com exame físico dos pés e a palpação de pulso tibial posterior e pedial nos últimos três meses que foram os que receberam consultas nesses meses. Devemos melhorar o exame de sensibilidade nos pés a estes usuários pelas diferentes complicações que se podem apresentar. Segundo o serviço de odontologia desde que comece a trabalhar na unidade, só foram feitas nove consultas a diabéticos para um 33%.

São desenvolvidas ações no cuidado dos usuários diagnosticados com estas doenças crônicas não transmissíveis como: imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, problemas de saúde bucal, da obesidade, e do tabagismo. Devemos trabalhar nas atividades com grupos de adultos hipertensos e/ou diabéticos, o que nos faz difícil já que os usuários moram distantes é complicado formar grupos e obter que participe, a estratégia que estamos tomando é reunir a estes usuários quando chegarem à unidade em busca de atendimento a enfermeira realiza ações de orientações quanto aos hábitos alimentares saudáveis, controle do peso corporal, à prática regular da atividade física, os malefícios sobre o consumo excessivo de álcool e tabagismo, assim como reconhecer sinais de complicação destas doenças. Ao lado da unidade se está construindo uma Academia para a prática de exercícios físicos, mas no momento está parada a construção por falta de recursos, a que uma vez terminada sua construção nos vai servir de ajuda para a estimulação sobre a realização desta atividade.

A atenção à saúde da pessoa idosa é um dos programas priorizados pela Atenção Básica no Brasil, já que segundo os dados da OMS o Brasil já pode ser considerado um país envelhecido. Por tanto temos que garantir a atenção integral à Saúde da população idosa, enfatizando o envelhecimento saudável e ativo e fortalecendo o protagonismo das pessoas idosas no Brasil, que é o principal objetivo da Política de Atenção Integral à Saúde do Idoso, estabelecida pela Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006.

O indicador de cobertura referente à Saúde da pessoa Idosa está em um 100%, de um estimado de 151 pessoas com 60 anos ou mais residentes na área, contamos na realidade segundo os dados estatísticos com um total de 239 pessoas de 60 anos ou mais acompanhados na UBS, dado este que não pode ser

maior que o estimado, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais é de um 10,1%. Encontramos problemas que devemos melhorar como não temos um controle da quantidade de idosos que têm caderneta de saúde da pessoa idosa, sabemos que um grande por cento deles tem, mas não podemos dizer com precisão o número.

Não temos um controle a quantos deles se realizam a avaliação multidimensional rápida, de risco para morbimortalidade, e investigação de indicadores de fragilização na velhice, já que estas avaliações são importantes no processo diagnóstico que serve para determinar as deficiências ou habilidades do idoso para executar determinadas tarefas diárias, do ponto de vista médico, funcional e social. Foram feitas 118 consultas a pessoas maiores de 60 anos para 78%. Temos 54 idosos hipertensos e 13 diabéticos para 36% e 6% respectivamente. Durante as consultas se lhes orienta sobre hábitos alimentares saudáveis, atividade física regular. Foram avaliados em quanto a saúde bucal 23 idosos para 15%.

Não contamos com protocolo de atendimento para o idoso, que é importante, já que é uma ferramenta fundamental para desenvolver um bom acolhimento e acompanhamento destes usuários. Devemos melhorar as atividades com grupos de idosos, o trabalho em grupos possibilita a ampliação do vínculo entre equipe e pessoa idosa, sendo um espaço complementar da consulta individual, de troca de informações, de oferecimento de orientação e de educação em saúde. Temos cadernetas de saúde da pessoa idosa, as quais são entregues aos ACS e eles são os encarregados de seu preenchimento. Devemos melhorar que durante os atendimentos temos que solicitar a caderneta, pelo que eles não estão adaptados a levá-la aos atendimentos, problema no qual começamos a trabalhar lhe dando as orientações que devem assistir a consulta com a mesma.

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

A partir das análises realizadas no presente relatório podemos dizer que um dos maiores desafios é nos focar mais na fomentação de grupos de adolescentes, gestantes, idosos, hipertensos e/ou diabéticos, com a comunidade, para desenvolver atividades educativas, e obter conscientizar a população sobre

realizar mudanças em seus estilos de vidas, e que para isso contamos com os melhores recursos necessários, a equipe de saúde com profissionais capacitados, com os maiores desejos de trabalhar e estar dispostos a enfrentar qualquer desafio enquanto o objetivo seja melhorar a qualidade de vida da população.

Em relação à segunda semana de ambientação, a situação da ESF/APS no serviço muitos aspetos já mudou tais como demo-nos conta que estávamos trabalhando mais com a atenção à demanda espontânea o que não é objetivo na Atenção primária, já pouco a pouco estamos conseguindo trabalhar com consultas agendadas sobre todo com crianças, gestantes, usuários com doenças crônicas, idosos, não podemos negar que nos resultou difícil pela situação de distância entre a UBS e os usuários. Houve uma melhoria quanto ao tempo que demoram a realização de exames complementares, o que favoreceu para obter um melhor acompanhamento, e é lucro positivo a favor do município para melhorar seu sistema de saúde. Ainda temos que mudar muitas coisas, como por exemplo, questões em termino de deficiências estruturais, em quanto ao planejamento, gestão, coordenação, avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos diversos grupos.



## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A HAS e a DM, constituem as duas doenças crônicas não transmissíveis mais frequentes no mundo e no Brasil a HAS é uma das doenças de maior prevalência na população. No mundo, são 600 milhões de hipertensos e segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a prevalência e baixas taxas de controle varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média). A Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) estimou que haveria em 2012 cerca de 30 milhões de hipertensos, o que é representado em torno de 30% da população adulta e entre as pessoas com mais de 60 anos a prevalência de hipertensão é de mais de 60%.

A DM é uma das doenças crônicas que mais avança entre a população mundial. A Federação Internacional de Diabetes estima que são cerca de 250 milhões de pessoas com o problema em todo o mundo, 4% delas (10 milhões) estão no Brasil. A Sociedade Brasileira de Diabetes estimou que no ano 2012 um 33% da população brasileira dos 60 aos 79 anos de idade têm diabetes ou alguma alteração relacionada à glicose. A partir dessa análise inicial a equipe de saúde decidiu que a ação programática típica da Atenção primária à saúde que será o foco do Projeto de intervenção e a HAS e a DM, todavia nos falta muito trabalho por fazer, cada dia a população alvo para essas doenças é ainda mais jovens, são diagnosticados novos casos, têm uma alta taxa de mortalidade e deixam deficiências físicas e limitações, para isso vamos utilizar o Protocolo do Ministério da Saúde de HAS e DM do ano 2013.

Na UBS realizamos o acompanhamento às doenças crônicas não transmissíveis como a HAS e a DM, após uma revisão do protocolo de atuação, questionários de análise situacional, e a aba do caderno de Ações Programáticas

relacionados com o foco de intervenção, demo-nos conta que os indicadores de cobertura deste Programa na área são baixos, estão em 35% e 23% respectivamente, existe uma grande diferença entre o valor estimado e o encontrado nos registros, devido ao sub-registro destes usuários.

Em relação ao caderno de ações programáticas de um estimado de 359 hipertensos residentes na área, na realidade são acompanhados 145 hipertensos para um 35%. De uma estimativa de 89 diabéticos, só temos 27, para um 23%. Até o momento se realizaram 68 consultas a hipertensos e 12 consultas a diabéticos, indicadores de qualidade devemos melhorar.

Desenvolvemos ações no cuidado dos usuários diagnosticados com estas doenças crônicas não transmissíveis como: imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, problemas de saúde bucal, dá obesidade, do tabagismo. Existe o Programa de atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus do Ministério da Saúde, mas não um arquivo específico para a população alvo, o que dificulta o monitoramento das ações de saúde.

A fim de obter os objetivos e metas do projeto temos a disposição da equipe com profissionais bem capacitados, comprometido com a tarefa, com os maiores desejos de trabalhar, assim como 100% de cobertura de ACS. Podemos enfrentar dificuldades como não ter nenhum arquivo específico para o registro dos atendimentos aos adultos com HAS e/ou DM, prontuário eletrônico, por o que o trabalho nos vai dificultar um pouco em relação à rapidez para obter os dados, meios de transporte necessários para realizar todas as visitas domiciliares que seriam precisas, não temos criados grupos de hipertensos e/ou diabéticos para as atividades educativas. Não existem profissionais que se dediquem ao planejamento, gestão, coordenação, avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos adultos com HAS e/ou DM, temos muito trabalho que fazer, e isso não são dificuldades que nos façam frear na realização do Projeto porque vamos dar o melhor de nós para obter um bom trabalho, e objetivar com a intervenção melhorar a qualidade da atenção à população com hipertensão e/ou diabetes, permitindo um controle, monitoramento de suas doenças, detectando os fatores de risco, diminuindo a ocorrência de complicações secundárias, o que vai diminuir a morbidade e mortalidade nesse grupo da população.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes na UBS Dr. Ricardo Barbosa da Silva, Brasília/AC.

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

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

Meta 1.1: Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus.

Meta 1.2: Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

Objetivo 5: Mapear o risco dos hipertensos e/ou diabéticos para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **2.3 Metodologia**

O projeto de intervenção Melhoria da Atenção à Saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes da UBS Dr. Ricardo Barbosa da Silva, Brasiléia/AC vai ser desenvolvido baseado no Protocolo do Ministério da Saúde de HAS e DM do ano 2013. Para a sua confecção tivemos em conta a análises situacionais da unidade de saúde, onde se observou a realidade da mesma.

Está estruturado para um período de 12 semanas. Serão convidados a participar os usuários hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência da UBS, que serão cadastrados no Programa de atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus. O trabalho será feito em equipe com o apoio de líderes comunitários. Realizaremos reuniões com os profissionais onde se discutiram as metas, ações e a distribuição do trabalho dos membros que farão parte.

As informações obtidas durante o desenvolvimento da intervenção serão recolhidas na planilha de monitoramento do curso, em formato Microsoft Excel, permitindo a organização de um registro mensal, com preenchimento dos dados semanais, totalizando 12 semanas.

#### **2.3.1 Detalhamento das ações**

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura do Programa de atenção à Hipertensão arterial sistêmica e a Diabetes mellitus na UBS Dr. Ricardo Barbosa da Silva, Brasiléia/AC.

**Meta 1.1 e 1.2:** Cadastrar 100 % dos hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência no Programa de atenção à Hipertensão arterial e a Diabetes mellitus na unidade de saúde.

#### **Monitoramento e avaliação.**

Ação:

Monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa de atenção à Hipertensão arterial e a Diabetes mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento:

Os profissionais da unidade como médico, enfermeira realizaram o monitoramento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na UBS, o que aconteceu uma vez por mês.

#### **Organização e gestão do serviço.**

Ação:

Garantir o registro dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa; melhorar o acolhimento, garantir material adequado para a medida da pressão arterial, esfigmomanômetro, manguitos, realização do hemoglicoteste, fita métrica.

Detalhamento:

O recepcionista da unidade tem como orientação realizar o registro dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa de atenção à Hipertensão arterial e à Diabetes mellitus. A coordenadora solicitará à Secretária de Saúde para que ofereçam uma capacitação para os profissionais em relação ao tema acolhimento, a qual deverá acontecer em momento de reunião da equipe. Além disso, em todos os meses manteremos uma reunião com os gestores da secretaria, onde será realizado o pedido dos recursos necessários para garantir o atendimento aos hipertensos e/ou diabéticos.

#### **Engajamento público.**

Ações:

Comunicar a comunidade sobre a existência do Programa de atenção à Hipertensão arterial e à Diabetes mellitus, orientar a população sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, sobre o rastreamento para Diabetes mellitus em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, e os fatores de risco para o desenvolvimento destas doenças crônicas não transmissíveis.

Detalhamento:

Na unidade vamos aproveitar a oportunidade quando chegam os usuários de forma oportunista para enquanto esperam pelo atendimento, a enfermeira vai

realizar palestras sobre o programa de hipertensão e/ou diabetes, para que tenham o conhecimento de que existe o mesmo, como é implantado, assim como serão oferecidas palestras de promoção e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis, as que acontecerão uma vez por semana todas quintas feiras.

#### **Qualificação da prática clínica.**

Ações:

Capacitar aos ACS para o cadastramento de hipertensos e/ou diabéticos de toda área de abrangência, à equipe para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento:

As capacitações dos ACS e da equipe terá lugar quando se realizarem as reuniões uma vez por mês, assim todos os meses oferecemos temas como o cadastramento, controle correto da pressão arterial, do hemoglicoteste, entre outros. Cada integrante vai ser avisado com antecedência sobre o tema a preparar-se para que exponha para os outros.

**Objetivo 2:** Melhorar os indicadores de qualidade do Programa de atenção à Hipertensão arterial sistêmica e a Diabetes mellitus na UBS Dr. Ricardo Barbosa da Silva, Brasília/AC.

**Meta 2.1 e 2.2:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

#### **Monitoramento e avaliação.**

Ações:

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

Detalhamento:

O médico e a enfermeira vão realizar o monitoramento e a avaliação dos prontuários clínicos dos hipertensos e/ou diabéticos uma vez por mês.

#### **Organização e gestão do serviço.**

Ações:

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico dos hipertensos e/ou diabéticos; organizar a capacitação dos profissionais de acordo

com os protocolos adotados, e dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento:

A técnica de enfermagem na sala de pré-consulta vai realizar a medida da pressão arterial a todos os usuários maiores de 18 anos, assim como pesar, medir a altura, circunferência abdominal dos hipertensos e/ou diabéticos, para o qual precisamos de esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica os quais estarão disponíveis na UBS. A capacitação dos profissionais vai ser pelos Protocolos do Ministério da saúde de 2013, os que adotamos na unidade, sendo solicitado à Secretária a impressão dos mesmos para tê-los disponibilizados, porque só temos em formato digital.

### **Engajamento Público.**

Ações:

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

Detalhamento:

Nas palestras que serão oferecidas pela enfermeira os usuários vão receber orientações sobre todos os cuidados que devem ter em relação a estas doenças crônicas não transmissíveis, além disso, em cada consulta o médico também irá dar orientação de forma individual.

### **Qualificação da Prática Clínica.**

Ações:

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento:

A equipe vai ser capacitada em quanto ao exame clínico dos hipertensos e/ou diabéticos, a qual vai ser realizada pelo médico da unidade, que depois vai supervisionar este exame, o que aconteceu nas primeiras semanas.

**Meta 2.3 e 2.4:** Garantir a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

### **Monitoramento e avaliação.**

Ações:



Monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado, e o número com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento:

O médico e a enfermeira vão monitorar e avaliar os prontuários clínicos dos hipertensos e/ou diabéticos uma vez por mês, para ter um controle de quantos usuários foram solicitados ou realizados os exames laboratoriais de acordo com o Protocolo e com a periodicidade recomendada.

#### **Organização e gestão do serviço.**

Ações:

Garantir a solicitação dos exames complementares; falar com o gestor municipal para acelerar a realização dos mesmos, e estabelecer sistemas de alerta dos exames complementares preconizados.

Detalhamento:

O médico solicitará os exames complementares aos hipertensos e/ou diabéticos de acordo com o protocolo e a periodicidade recomendada. No Hospital do município será garantida a realização dos mesmos, estavam demorando em obter os resultados, mas já houve uma melhora quanto à rapidez.

#### **Engajamento Público.**

Ações:

Orientar aos usuários, à comunidade quanto à importância de fazer os exames complementares e a periodicidade com que devem ser realizados estes.

Detalhamento:

Será dada à equipe e aos ACS uma capacitação para eles orientar à comunidade sobre a importância, e necessidade de realizar exames complementares. Nas palestras pela enfermeira, nas consultas do médico, assim como nas visitas domiciliar vamos orientar aos usuários sobre este tema, e a disponibilidade que tem o município para realizar os exames.

#### **Qualificação da Prática Clínica.**

Ações:

Capacitar aos profissionais para seguir o protocolo adotado, que aborda sobre solicitação de exames complementares.

Detalhamento:

Todos os membros serão capacitados em relação ao tema desolicitação de exames complementares segundo o protocolo, palestra será dada pelo médico nas capacitações programadas nas primeiras semanas da intervenção.

**Meta 2.5 e 2.6:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados.

**Monitoramento e avaliação.**

Ação:

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular.

Detalhamento:

No município ainda temos não Farmácia Popular, está sendo arrumando um local para a mesma, só contamos com os escassos medicamentos que chegam à UBS.

**Organização e gestão do serviço.**

Ação:

Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento:

O controle de estoque, as validades dos medicamentos serão feitos na farmácia da UBS pela farmacêutica com ajuda e supervisão da gerente, uma vez por semana.

Ação:

Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados.

Detalhamento:

A farmacêutica da unidade tem um registro com atualização mensal das necessidades dos hipertensos e/ou diabéticos.

**Engajamento público.**

Ação:

Orientar aos usuários, à comunidade quanto ao direito deles de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular, possíveis alternativas de acesso para obtê-los.

Detalhamento:

O médico junto com a equipe orientará aos usuários sobre o direito de ter acesso aos medicamentos da farmácia, possíveis alternativas de acesso para

obtê-los em outras farmácias de outras UBS já que ainda não temos Farmácia Popular.

#### **Qualificação da prática clínica.**

Ação:

Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento:

O médico fará uma capacitação na primeira semana para a equipe toda sobre o tratamento da hipertensão e/ou diabetes.

Ação:

Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular.

Detalhamento:

O médico fará uma capacitação na primeira semana com a equipe toda para poder orientar aos usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia da unidade ou procurar em outra vizinha.

**Meta 2.7 e 2.8:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

#### **Monitoramento e avaliação.**

Ações:

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

Detalhamento:

O médico e a enfermeira vão monitorar e avaliar os hipertensos e/ou diabéticos que necessitam de atendimento odontológico uma vez por mês, através das consultas programadas de acompanhamento, para obter isto contamos com o serviço de odontologia na unidade.

#### **Organização e gestão do serviço.**

Ações:

Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e/ou diabéticos; a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento destes usuários provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento:

Os hipertensos e/ou diabéticos que necessitem de atendimento odontológico serão encaminhados para o serviço de odontologia que se dispensa na unidade, onde a assistente de odontologia vai planejar as consultas dependendo da disponibilidade dos grupos de trabalho, e a avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

### **Engajamento Público.**

Ações:

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

Detalhamento:

A equipe de saúde, o odontólogo, e a sua assistente realizaram uma palestra educativa uma vez por mês, sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e/ou diabéticos, forneceram orientações sobre a higiene bucal. Solicitaremos à Secretária os materiais necessários como escovas, com os que não contamos na unidade, e a coordenadora será a responsável por garantir os mesmos.

### **Qualificação da Prática Clínica.**

Ações:

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

Detalhamento:

O médico junto com ajuda do dentista fará uma capacitação uma vez por mês sobre necessidade de atendimento odontológico dos usuários com estas doenças crônicas não transmissíveis.

**Objetivo No 3:** Melhorar a adesão dos usuários hipertensos e/ou diabéticos ao Programa de atenção à Hipertensão arterial sistêmica e a Diabetes mellitus.

**Meta 3.1e 3.2:** Buscar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

### **Monitoramento e avaliação.**

Ações:

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

Detalhamento:

O monitoramento e avaliação do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) será feito pela médica e pela enfermeira mensalmente, para ter um controle dos hipertensos e/ou diabéticos que estão pendentes a assistir a consulta programada.

#### **Organização e gestão do serviço.**

Ações:

Planejar visitas domiciliares para buscar os faltosos, organizar a agenda para acolher os hipertensos e/ou diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento:

A médica junto com a gerente planejarão as visitas domiciliares, que são feitas uma vez por semana (sexta feira) para buscar os faltosos com ajuda dos ACS, e posteriormente serão agendadas as consultas para estes usuários provenientes da busca ativa dos faltosos.

#### **Engajamento Público.**

Ações:

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas; ouvir sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e/ou diabetes (se houver número excessivo de faltosos), e esclarecer a ditos usuários e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento:

Através dos ACS, serão realizadas notas informativas, palestras feitas pelos profissionais, que vão informar à comunidade sobre a importância das consultas nestes usuários. A equipe terá que fazer uma vez por mês uma palestra com a população e debater o protocolo do Programa de atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus, o responsável será a coordenadora da unidade.

#### **Qualificação da Prática Clínica.**

Ações:

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

Detalhamento:

A capacitação dos ACS para a orientação dos usuários quanto à realização das consultas e sua periodicidade será feita pela médica uma vez por mês.

**Objetivo 4:** Melhorar o registro das informações do Programa de atenção à Hipertensão arterial sistêmica e a Diabetes mellitus.

**Meta 4.1e 4.2:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

#### **Monitoramento e avaliação.**

Ações:

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

Detalhamento:

A médica e a enfermeira farão monitoramento mensal dos registros dos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na UBS.

#### **Organização e gestão do serviço.**

Ações:

Manter as informações do SIAB atualizadas; implantar a ficha de acompanhamento; pactuar com a equipe o registro das informações; definir responsável pelo monitoramento dos registros, e organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, atraso na realização de exames complementares, não realização de estratificação de risco, não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento:

O recepcionista será capacitado para manter as informações do SIAB, sendo responsável por mantê-las atualizadas, com supervisão e monitoramento dos registros pelo médico e a enfermeira uma vez por mês, com a implementação e preenchimento das fichas individuais. Será adotado modelo de ficha-espelho para acompanhamento dos usuários fornecido pelo curso.

#### **Engajamento Público.**

**Ações:**

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

**Detalhamento:**

A médica e a equipe de saúde têm a obrigação de comunicar aos usuários sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, atividades que vão ser oferecidas por meio das palestras feitas pela enfermeira, e as consultas individuais.

**Qualificação da Prática Clínica.****Ações:**

Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos e/ou diabéticos, e sobre o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

**Detalhamento:**

A equipe será capacitada por funcionários da secretaria de saúde no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos e/ou diabéticos, e para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

**Objetivo 5:** Mapear os usuários hipertensos e/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular, no Programa de atenção à Hipertensão arterial sistêmica e a Diabetes mellitus.

**Meta 5.1 e 5.2:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Monitoramento e avaliação.****Ações:**

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

**Detalhamento:**

O médico e a enfermeira farão monitoramento mensal dos prontuários dos hipertensos e/ou diabéticos com realização de estratificação de risco, para ver quais deles, não foram avaliados.

**Organização e gestão do serviço.****Ações:**

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

Detalhamento:

A médica e a enfermeiras farão capacitação do recepcionista para o acolhimento dos usuários de alto risco e o agendamento do acompanhamento dos hipertensos e/ou diabéticos será feito priorizando aos de alto risco.

### **Engajamento Público.**

Ações:

Orientar aos usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular, esclarecer a estes e à comunidade sobre o adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento:

A equipe orientará os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular. Os ACS farão palestras uma vez por mês nas comunidades em relação à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como a alimentação).

### **Qualificação da Prática Clínica.**

Ações:

Capacitar a equipe sobre a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo; a importância do registro desta avaliação, e as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento:

A equipe de saúde será capacitada na estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, importância do registro desta avaliação e controle de fatores de risco modificáveis, mediante as capacitações que fará o médico quem vai ser o responsável.

**Objetivo 6:** Promover a saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos do Programa de atenção à Hipertensão arterial sistêmica e a Diabetes mellitus.

**Meta 6.1 e 6.2:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

### **Monitoramento e avaliação.**

Ações:



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

Detalhamento:

A avaliação e monitoramento mensal aos prontuários dos hipertensos e/ou diabéticos vão ser feita pelo médico e a enfermeira em todas as consultas para garantir que 100% dos usuários tenham orientação nutricional.

#### **Organização e gestão do serviço.**

Ações:

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

Detalhamento:

A gerente será a encarregada de agendar as consultas com a nutricionista uma vez por mês, e junto com ela vão planejar as palestras sobre alimentação saudável para estes usuários, a gerente será a responsável da coordenação com a nutricionista.

#### **Engajamento Público.**

Ações:

Orientar os hipertensos e/ou diabéticos, e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento:

Os ACS serão os encarregados de realizar as orientações educativas sobre a importância da alimentação saudável, quando fazem as visitas domiciliares a estes usuários.

#### **Qualificação da Prática Clínica.**

Ações:

Capacitar a equipe da unidade sobre práticas de alimentação saudável e metodologias de educação em saúde.

Detalhamento:

Organizar com a Secretaria de saúde uma capacitação geral de todos os funcionários por unidades básicas com a nutricionista para garantir uma boa preparação sobre metodologias de educação em saúde e práticas de alimentação saudável, a coordenadora da unidade será a responsável por organizar a mesma.

**Meta 6.3 e 6.4:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

**Monitoramento e avaliação.**

Ações:

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

Detalhamento:

O médico e a enfermeira farão avaliação e monitoramento mensal aos prontuários dos hipertensos e/ou diabéticos em todas as consultas para garantir que o 100% dos usuários tenham orientação sobre a prática regular de atividade física.

**Organização e gestão do serviço.**

Ações:

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

Detalhamento:

Os ACS junto com o médico farão uma palestra sobre a importância da prática de atividade física, uma vez por mês. Ainda não temos educadores físicos, mas a secretaria de saúde está trabalhando para contratar um, porque ainda a Academia que fica ao lado da unidade não está pronta.

**Engajamento Público.**

Ações:

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

Detalhamento:

Os encarregados de orientar aos hipertensos e/ou diabéticos, e a comunidade, sobre a importância da prática de atividade física regular em cada uma de suas visitas domiciliares serão os ACS, assim como o médico e a enfermeira em cada uma das consultas agendadas.

**Qualificação da Prática Clínica.**

Ações:

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

Detalhamento:

A equipe será capacitada sobre a promoção da prática de atividade física regular, e metodologia de educação em saúde, estas capacitações serão coordenadas, e feitas nas reuniões da equipe, o responsável vai ser o médico.

**Meta 6.5 e 6.6:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

#### **Monitoramento e avaliação.**

Ações:

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

Detalhamento:

Serão feitas pela médica e a enfermeira as avaliações e os monitoramentos mensalmente aos prontuários dos hipertensos e/ou diabéticos em todas as consultas para garantir que 100% dos usuários tenham orientação sobre os riscos do tabagismo.

#### **Organização e gestão do serviço.**

Ações:

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

Detalhamento:

A compra dos medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo" é uma ação centralizada na secretaria de saúde. Ainda na unidade não temos enfermeira capacitada para esse tratamento sendo que os usuários têm que ser encaminhados para outra.

#### **Engajamento Público.**

Ações:

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

Detalhamento:

O médico e a equipe orientaram aos hipertensos e/ou diabéticos tabagistas sobre a existência do programa de tratamento para abandonar o tabagismo nas consultas e palestras realizadas pela enfermeira.

#### **Qualificação da Prática Clínica.**

Ações:

Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas, e sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento:

Fazer capacitação da equipe de saúde no tratamento de usuários tabagistas, que vai ser solicitada pela coordenadora à Secretaria de saúde.

**Meta 6.7 e 6.8:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

#### **Monitoramento e avaliação.**

Ações:

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

Detalhamento:

O médico e a enfermeira farão avaliação e monitoramento mensal aos prontuários dos hipertensos e/ou diabéticos em todas as consultas para garantir que o 100% dos usuários tenham orientação sobre higiene bucal.

#### **Organização e gestão do serviço.**

Ações:

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

Detalhamento:

A médica, a enfermeira e o odontólogo farão um bom planejamento e agendamento dos hipertensos e/ou diabéticos com a finalidade de garantir orientações em nível individual, assim como nas palestras que serão feitas uma vez por mês por o dentista e sua assistente.

#### **Engajamento Público.**

Ações:

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

Detalhamento:

Os ACS serão os encarregados em cada uma de suas visitas de orientar os hipertensos e/ou diabéticos, e a comunidade sobre a importância da higiene bucal e o médico e a enfermeira em cada uma de as consultas agendadas.

#### **Qualificação da Prática Clínica.**

Ações:

Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento:

O dentista fará uma capacitação à equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

### **2.3.2 Indicadores**

**Objetivo 1**– Ampliar a cobertura ao usuário com hipertensão e/ou diabetes.

**Meta 1.1:** Cadastrar 100% dos usuários com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção ao usuário com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

**Indicador 1.1:** Cobertura do programa de atenção ao usuário com hipertensão na Unidade de Saúde.

**Numerador:** Número de usuários com hipertensão residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

**Denominador:** Número total de usuários com hipertensão residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde.

**Meta 1.2:** Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção ao usuário com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

**Indicador 1.2:** Cobertura do programa de atenção ao usuário com diabetes na Unidade de Saúde.

**Numerador:** Número de usuários com diabetes residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

**Denominador:** Número total de usuários com diabetes residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde.

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

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

**Indicador 2.1:** Proporção de usuários com hipertensão com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

**Numerador:** Número de usuários com hipertensão com exame clínico apropriado

**Denominador:** Número total de usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde.

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

**Indicador 2.2:** Proporção de usuários com diabetes com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

**Numerador:** Número de usuários com diabetes com exame clínico apropriado.

**Denominador:** Número total de usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde.

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

**Indicador 2.3:** Proporção de usuários com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Numerador:** Número total de usuários com hipertensão com exame complementar em dia.

**Denominador:** Número total de usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde.

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

**Indicador 2.4:** Proporção de usuários com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Numerador:** Número total de usuários com diabetes com exame complementar em dia.

**Denominador:** Número total de usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde.

**Meta 2.5:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde.

**Indicador 2.5:** Proporção de usuários com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

**Numerador:** Número de usuários com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

**Denominador:** Número de usuários com hipertensão e/ou diabetes com prescrição de medicamentos.

**Meta 2.6:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde.

**Indicador 2.6:** Proporção de usuários com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

**Numerador:** Número de usuários com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

**Denominador:** Número de usuários com diabetes com prescrição de medicamentos.

**Meta 2.7:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com hipertensão.

**Indicador 2.7:** Proporção de usuários com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

**Denominador:** Número total de usuários com hipertensão inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde.

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

**Indicador 2.8:** Proporção de usuários com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

**Denominador:** Número total de usuários com diabetes inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde.

**Objetivo 3** – Melhorar a adesão de usuários com hipertensão e/ou diabetes ao programa.

**Meta 3.1:** Buscar 100% dos usuários com hipertensão faltosos às consultas na Unidade de Saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.1:** Proporção de usuários com hipertensão faltosos às consultas médicas com busca ativa.

**Numerador:** Número de usuários com hipertensão faltosos às consultas médicas com busca ativa

**Denominador:** Número total de usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde faltosos às consultas.

**Meta 3.2:** Buscar 100% dos usuários com diabetes faltosos às consultas na Unidade de Saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3.2:** Proporção de usuários com diabetes faltosos às consultas médicas com busca ativa.

**Numerador:** Número de usuários com diabetes faltosos às consultas médicas com busca ativa.

**Denominador:** Número total de usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde faltosos às consultas.

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

**Meta 4.1:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde.

**Indicador 4.1:** Proporção de usuários com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

**Numerador:** Número de usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

**Denominador:** Número total de usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde.

**Meta 4.2:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde.



**Indicador 4.2:** Proporção de usuários com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

**Numerador:** Número de usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

**Denominador:** Número total de usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde.

**Objetivo 5 –** Mapear usuários com hipertensão e/ou diabetes de risco para doença cardiovascular.

**Meta 5.1:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde.

**Indicador 5.1:** Proporção de usuários com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

**Numerador:** Número de usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde com estratificação do risco cardiovascular.

**Denominador:** Número total de usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde.

**Meta 5.2:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde.

**Indicador 5.2:** Proporção de usuários com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

**Numerador:** Número de usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde com estratificação do risco cardiovascular.

**Denominador:** Número total de usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde.

**Objetivo 6 –** Promover a saúde de usuários com hipertensão e/ou diabetes.

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

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

**Numerador:** Número de usuários com hipertensão que receberam orientação sobre alimentação saudável.

**Denominador:** Número de usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde.

**Meta 6.2:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com diabetes.

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

**Numerador:** Número de usuários com diabetes que receberam orientação sobre alimentação saudável.

**Denominador:** Número de usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde.

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

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

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

**Denominador:** Número de usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde.

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

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

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

**Denominador:** Número de usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde.

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

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

**Numerador:** Número de usuários com hipertensão que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

**Denominador:** Número de usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde.

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

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

**Numerador:** Número de usuários com diabetes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

**Denominador:** Número de usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde.

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

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

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

**Denominador:** Número de usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde.

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

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

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

**Denominador:** Número de usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde.

### **2.3.3 Logística**

Para o Projeto de intervenção para a melhoria no Programa de atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde, vamos adotar o manual do Programa de atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus do Ministério de Saúde de 2013. Estaremos utilizando a ficha de hipertensão e/ou diabetes representada pela ficha-espelho

disponibilizadas pelo curso, que contém todas as informações necessárias para o monitoramento da ação programática, portanto não temos necessidade de usar uma ficha complementar.

Estimamos alcançar com a intervenção a 359 hipertensos e 89 diabéticos, que é o estimado pelo CAP, já que não contamos na unidade com um cadastro atualizado da população, estamos trabalhando com dados de outros anos, pelo que decidimos fazer o trabalho baseados nesta estimativa, tendo como meta alcançar 100% de cobertura. Faremos contato com o gestor municipal para dispor das 359 fichas-espelho necessárias para a estimativa de pessoas com hipertensão e as 89 para as pessoas estimadas com diabetes. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizado o computador com uma planilha fornecida pelo curso para a consolidação dos dados coletados.

Para o registro específico do Programa de atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus, a enfermeira responsável vai revisar o livro de registro identificando o número de hipertensos e/ou diabéticos que vieram ao serviço para acompanhamento de suas doenças crônicas não transmissíveis nos últimos três meses. A profissional procurará os prontuários das pessoas com hipertensão e/ou diabetes e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha-espelho facilitando no momento da consulta. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas, exames clínico, laboratoriais, e vacinas em atraso.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção neste caso sobre o Programa de atenção a Hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus na unidade de saúde, já foram analisadas entre todos os membros da equipe com anterioridade. Assim iremos iniciar a intervenção com a capacitação sobre os protocolos do Ministério de Saúde para o programa de atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus, para que toda a equipe utilize esta referência na atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes. O estabelecimento do papel de cada um profissional na ação será realizado na primeira reunião de equipe na semana anterior ao início da intervenção sendo reforçado na primeira semana da intervenção. A capacitação será realizada no horário utilizado para as reuniões da equipe, que ocorrerá na UBS uma vez por semana, durante as primeiras três semanas da intervenção, com a participação

de todos os profissionais, para isto serão reservados 2 horas ao final do expediente, cada membro da equipe estudará uma parte do manual e exporá para o restante da equipe.

A organização do acolhimento, dos usuários que buscarem o serviço na unidade será realizada pelo recepcionista. As consultas de acompanhamento serão agendadas ao sair do consultório médico e os usuários conhecerão a data de sua próxima consulta; os que acessarem a unidade precisando de pronto atendimento serão priorizados igualmente aqueles cadastrados pelos ACS nas visitas domiciliares.

Faremos contato com lideranças comunitárias, como representantes da comunidade nas igrejas da área de abrangência, para falar sobre a importância da ação programática de Hipertensão arterial e/ou Diabetes Mellitus apresentando o Projeto, solicitando apoio deles, para ampliar a captação de hipertensos e/ou diabéticos, e demais ações que serão planejadas. Esclareceremos a comunidade da necessidade de priorização do atendimento deste grupo, assim como a importância do controle dos fatores de risco destas doenças crônicas não transmissíveis, do acompanhamento dos mesmos, das periodicidades das consultas, os riscos do tabagismo e álcool, além disso, a participação comunitária nas modificações dos estilos de vida com a prática de atividade física regular. Estas atividades serão realizadas uma vez por semana, sendo que uma vez por mês realizaremos uma atividade de educação em saúde onde debateremos diferentes temas com a comunidade.

A médica e a enfermeira examinarão com uma frequência semanal as fichas-espelhos identificando aqueles que apresentam consultas, exames laboratoriais, atendimento à saúde bucal, ou vacinas atrasadas. Os ACS farão a busca ativa dos usuários faltosos, que vai acontecer durante toda a intervenção, ao fazer a busca se agendará as consultas. Ao final de cada semana, as informações coletadas na ficha-espelho serão preenchidas na planilha eletrônica disponibilizada pela UFPel.



### **3 Relatório da Intervenção.**

Neste item será descrito todo o processo da intervenção, as ações que foram desenvolvidas pela equipe e que contemplaram os quatro eixos temáticos propostos pelo curso, sendo eles a qualificação da prática clínica, o engajamento público, a organização e gestão do serviço e o monitoramento e avaliação. Também os aspectos que facilitaram o desenvolvimento das ações e os dificultadores. É válido ressaltar que a intervenção visava atender a integralidade do cuidado a saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes pertencentes à área de abrangência da UBS Dr. Ricardo Barbosa da Silva. Todo este processo contou com o apoio do gestor, de todos os membros da equipe, dos usuários, seus familiares e da comunidade.

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

Durante o desenvolvimento da intervenção tivemos que afrontar algumas dificuldades e mudanças de planos, foram alteradas várias vezes as datas planejadas de algumas ações programáticas, mas mesmo assim a maioria das que estavam previstas no projeto foram desenvolvidas integralmente. As chuvas atrapalharam muito o planejamento na realização de algumas atividades, por exemplo, dificultaram a chegada da equipe à comunidade, o trabalho dos ACS, e sobre tudo a chegada dos usuários hipertensos e/ou diabéticos até a unidade de saúde.

Apresentamos dificuldade por falta de transporte para chegar à comunidade para poder cumprir com as visitas domiciliares programadas. A escola que fica próxima da unidade, seus professores fizeram uma greve, e o transporte dos alunos não ocorreu por alguns dias, que é o mesmo transporte que a maioria dos usuários utiliza para chegar até a unidade de saúde. Assim como

por outras atividades municipais agendadas nas quais tivemos participação como a quarta Conferência Municipal de Saúde, e feriados nacionais, estaduais, e municipais, que foram dias nos quais não tivemos atendimentos clínicos e fizeram o nosso trabalho atrasar. Além disso, devemos considerar que a Intervenção era para ser realizada em 16 semanas, sendo que em decorrência das minhas férias foi reduzido para 12 devido ao atraso que isto ocasionou influenciou negativamente para a comunidade, já que tivemos menos tempo para desenvolver a mesma.

A pesar de tudo isso ter acontecido, a equipe de saúde, contando com o apoio dos gestores, da comunidade, sempre encontrou um jeito de dar cumprimento às atividades programadas, para obter resultados positivos com o trabalho, e oferecer aos nossos usuários um serviço de qualidade. Dentro das ações que cumprimos totalmente foi a da capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de Hipertensão arterial e/ou Diabetes mellitus estabelecido, estas ocorreram durante as primeiras três semanas, com as quais conseguimos uma boa capacitação para todos, sendo esclarecidas todas as dúvidas que apareceram durante os diferentes temas das mesmas.

Foram capacitados para a tomada de pressão arterial, realização de hemoglicotestes, de exame físico, medicamentos do Programa de atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus que são usados nestes através da farmácia popular. Foi estabelecido o papel de cada profissional no acolhimento e cuidado ofertado aos hipertensos e/ou diabéticos, bem aceito e desenvolvido com qualidade. Fizemos o contato com as lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática de saúde da Hipertensão arterial e/ou Diabetes mellitus, solicitando seu apoio, mas esta ação aconteceu parcialmente já que segundo o cronograma era para ter sido realizada todos os meses, é só fizemos o contato na semana 2 e 6, com os senhores Daiana e Luís, donos de comércios da Vila, os quais se dispuseram para ajudar. A demanda da unidade é muito alta, e por tanto, às vezes não temos o tempo suficiente para fazer o contato com estas lideranças.

Na unidade foram desenvolvidas várias atividades educativas, como as palestras fornecidas pelo odontólogo Dr. Weidson, na mesma ele destacou a importância da avaliação quanto à necessidade de atendimento odontológico não



apenas aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, que são o objetivo do trabalho, mas também para toda a população. Além disso, realizou orientações sobre a higiene bucal, o uso adequado da escova dental, e fez a demonstração com a ajuda da auxiliar.

Também a Nutricionista do NASF realizou uma palestra na qual abordou o tema da alimentação saudável para os usuários que apresentam doenças crônicas não transmissíveis como a hipertensão e/ou diabetes, referente à dieta que devem seguir para ter um maior controle das mesmas, sobre como manter o peso adequado e as consequências que a obesidade traz quando associada a estas doenças. Além disso, com a ajuda da Secretaria Municipal de saúde, oferecemos um café da manhã para os hipertensos e/ou diabéticos da área, o qual aconteceu na sétima semana da intervenção, onde a enfermeira Felícia fez uma palestra abordando temas sobre alimentação saudável, prática de exercícios físicos regularmente, assim como os riscos do tabagismo para a saúde. Os usuários ficaram muitos satisfeitos com estas atividades, já que isso os ajuda a ter um maior conhecimento sobre suas doenças crônicas, e como ter uma maior qualidade de vida.

Aconteceu diariamente o cadastramento e o atendimento clínico dos hipertensos e/ou diabéticos pertencentes à área de abrangência. Durante todas as semanas fizemos a busca ativa dos usuários que estavam faltosos às consultas, e outros que ainda não eram cadastrados na unidade, graças aos ACS, e ao planejamento das visitas domiciliares em conjunto com a gerente para buscar estes faltosos. Mas apesar do esforço não atingimos todas as metas, por situações como falávamos anteriormente de transporte, chuvas ocorridas no território, greve na escola próxima a unidade e um fator muito importante a mencionar e levar em conta a distância que temos entre a unidade de saúde e as casas dos usuários, assim como a distância entre uma casa de um usuário e outro, que às vezes temos que percorrer quilômetros para chegar até elas.

Mesmo assim conseguimos ampliar a cobertura do Programa de atenção à Hipertensão arterial sistêmica e ao Diabetes mellitus na unidade, prova disso é que dos indicadores de cobertura de 35% para a hipertensão arterial e 23% para o diabetes mellitus ao início da intervenção, aumentou para 76,6% e 80,9%, respectivamente. Cadastramos e acompanhados a 275 pessoas com hipertensão

e a 72 pessoas com diabetes da área de abrangência a partir de uma estimativa do território segundo a população total de 359 hipertensos e 89 diabéticos tendo registros em nossos cadastros de 145 hipertensos e 27 diabéticos ao início da intervenção.

Verificamos que nem todos os usuários apresentavam exames complementares em dia de acordo com o protocolo, mas foi solicitado a todos eles, tivemos um pouco de dificuldade já que é apenas um hospital pequeno para garantir a demanda de exames de toda população do município. Identificamos também que de um total de 256 hipertensos com prescrição de medicamentos destes 225 tem prescrição de medicamentos da Farmácia popular, o que representa um 87,9%, portanto 31 dos usuários não têm prescrição de medicamentos da lista do Programa de atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus ou farmácia popular, isso se deve na maioria dos casos ao fato de que muitos deles consultam com o Cardiologista na cidade vizinha Cobija que pertence à Bolívia, e consomem medicamentos das farmácias de lá. Em algumas ocasiões tivemos problemas no estoque de medicamentos da farmácia básica por falta dos mesmos, mas contamos com o apoio de uma Drogeria que oferecia gratuitamente aos hipertensos e/ou diabéticos os medicamentos da lista da Farmácia popular, e realizavam o cadastramento dos usuários com essas doenças crônicas.

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

Ficou pendente a inauguração da Academia, por motivos de força maior que não estavam em nossas mãos, foram realizadas ações de limpeza e saneamento pela Secretaria de Obras da Prefeitura com o objetivo da inauguração no dia 02-07-2015, e não aconteceu já que a placa que tinha que ser colocada não estava pronta, então mudou a data para dia 15-07-2015, e também não foi possível, portanto continuamos na espera. Assim, não conseguimos organizar as práticas coletivas com relação à atividade física, em parcerias com educadores físicos, com os quais também não conseguimos contar durante a intervenção.

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

Referente às dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores posso dizer que foi um pouco difícil já que no início não tinha muito conhecimento no momento de trabalho com a mesma, foi difícil entender como trabalhar com ela, uma novidade para a equipe toda, mas com o dia a dia, a rotina do trabalho e a experiência acumulada fez com que nos familiarizasse com as mesmas.

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

A Intervenção constituiu uma experiência de trabalho maravilhosa para toda equipe de saúde, todas as ações programáticas desenvolvidas hoje formam parte da rotina de trabalho do serviço, agora com mais conhecimentos, experiência com melhor acolhimento e planejamento do trabalho. Vamos continuar na busca ativa de usuários com essas doenças crônicas não transmissíveis, para um dia não muito distante atingir a meta de 100%. Com as consultas agendadas, realização do exame clínico a todos os usuários, classificação de risco cardiovascular e identificação de outros riscos para a saúde, orientações de saúde sobre diferentes temas e promover mudanças em seus estilos de vida, realizando avaliação odontológica, oferecendo orientações da importância da saúde bucal, orientações nutricionais, riscos do tabagismo, importância da prática de exercícios físicos, preenchimento de todos os registros e fichas de acompanhamento dos usuários de forma adequada, para assim oferecer uma atenção de qualidade e garantir a satisfação dos mesmos.

## **4 Avaliação da intervenção**

Este capítulo trata dos resultados obtidos na intervenção no período de 24 de abril de 2015 e término em 23 de julho de 2015, também descreve a discussão realizada acerca dos benefícios que trouxe para a equipe, a unidade e a comunidade, além do relatório escrito para o gestor e para a comunidade, e que contém tudo o que aconteceu na UBS, resultados alcançados, dificuldades e facilidades enfrentadas.

### **4.1 Resultados**

Neste item serão abordados os resultados obtidos ao longo destas 12 semanas para cada meta, de forma quantitativa inicialmente sendo descritas as metas e os indicadores e sua evolução no decorrer dos três meses. Será realizada uma análise conclusiva e de forma qualitativa analisaremos as ações, descrevendo o grau de implementação das mesmas. É válido ressaltar que durante a intervenção foram trabalhados seis objetivos com o intuito de qualificar o cuidado às pessoas com hipertensão e/ou diabetes. A UBS possui uma população total de 2.359 usuários e a estimativa de pessoas com 20 anos com hipertensão é de 359 pessoas e com diabetes é de 89 pessoas. A partir de agora serão descritos os resultados obtidos para cada objetivo e meta.

**Objetivo 1**– Ampliar a cobertura de atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

**Meta 1.1:** Cadastrar 100% das pessoas com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Indicador 1.1:** Cobertura do programa de atenção saúde das pessoas com hipertensão na unidade de saúde.

Obteve-se a seguinte evolução ao longo dos três meses de intervenção observado na **Figura 1**. No 1º mês de um total de 359 hipertensos, 110 foram cadastrados e acompanhados no programa, representado um percentual de 30,6%; no 2º e 3º mês, foram 187 e 275 hipertensos representando uma cobertura de 52,1% e 76,6% respectivamente no programa da unidade.

É válido destacar que a meta não foi atingida conforme pactuado, isto pelo fato de vários fatores como o curto período de tempo para realizar a intervenção reduzido a apenas 12 semanas em decorrência das minhas férias durante a intervenção que reduziu em quatro semanas a intervenção, alguns dias de feriados, além dos usuários que não conseguimos atender durante este período. No entanto, o indicador foi avaliado positivamente, pois permitiu um grande avanço no acompanhamento, e pretende-se ampliar esta cobertura gradativamente ao longo dos próximos meses.

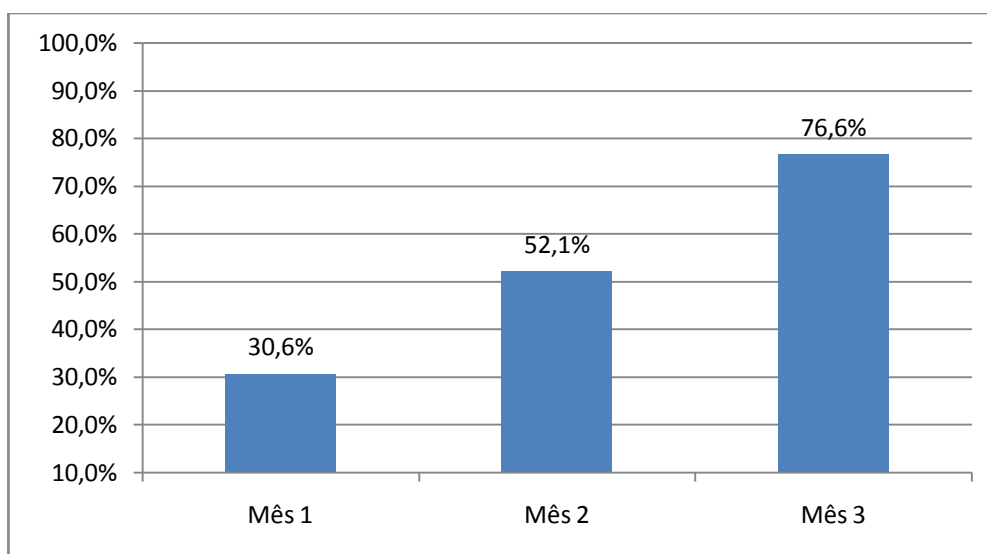


Figura 1 – Cobertura do programa de atenção à saúde da pessoa com ao hipertensão na UBS: Dr. Ricardo Barbosa da Silva, Brasília, AC, 2015.

**Meta 1.2:** Cadastrar 100% das pessoas com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Indicador 1.2:** Cobertura do programa de atenção à saúde das pessoas com diabetes na unidade de saúde.

Ao longo dos três meses de intervenção obtivemos a seguinte evolução que pode ser observado na **Figura 2**: no 1º mês de um total de 89 pessoas com diabetes, 24 foram cadastrados e acompanhados no programa, representado um percentual de 27,0%; no 2º e 3º mês, foram 51 e 72 pessoas com diabetes representando uma cobertura de 57,3% e 80,9%, respectivamente no programa da unidade.

A meta quase foi atingida conforme pactuado, se não fosse por vários fatores conforme apresentado anteriormente. No entanto, o indicador foi avaliado positivamente, pois permitiu um grande avanço no acompanhamento dos diabéticos no programa.

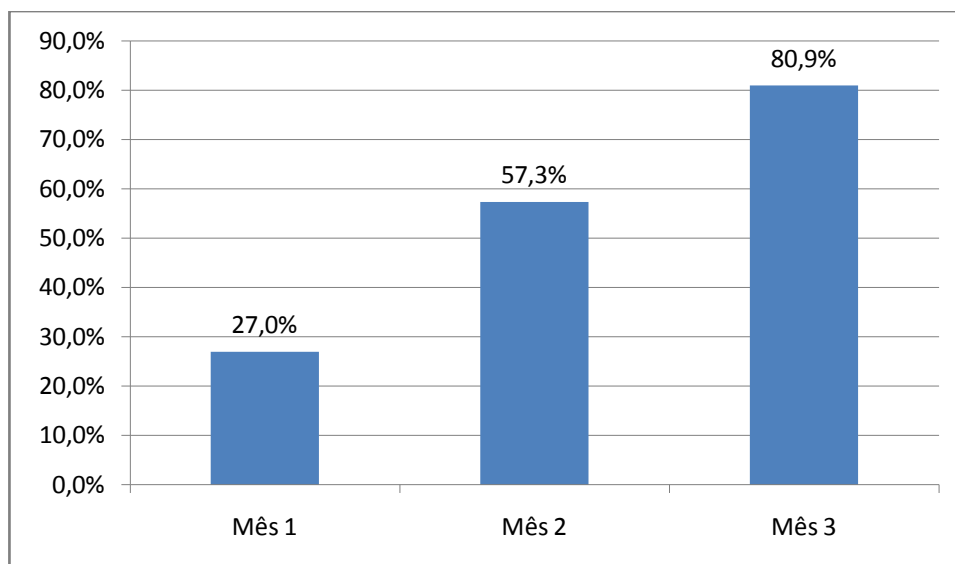


Figura 2 – Cobertura do programa de atenção à saúde da pessoa com diabetes na UBS: Dr. Ricardo Barbosa da Silva, Brasília, AC, 2015.

**Objetivo 2** – Melhorar a qualidade da atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

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

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

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

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

Ao longo da intervenção a proporção de usuários com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo foram 275 (100%) distribuídos ao longo da intervenção. Assim, no 1º mês de um total de 359 pessoas com hipertensão 110 foram cadastrados e acompanhados no programa, representado um percentual de 100%; no 2º e 3º mês, foram 187 e 275 pessoas com hipertensão representando uma cobertura de 100%, respectivamente no programa da unidade. Em relação às pessoas com diabetes obteve-se a seguinte evolução ao longo dos três meses: no 1º mês de um total de 89 pessoas com diabetes 24 foram cadastrados e acompanhados no programa, representado um percentual de 100%; no 2º e 3º mês, 51 e 72 pessoas com diabetes representando uma cobertura de 100%, respectivamente com exame clínico apropriado realizado. Indicadores cumpridos em 100% atingindo a meta pactuada.

**Meta 2.3:** Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 2.3:** Proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Meta 2.4:** Garantir a 100% das pessoas com diabetes a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 2.4:** Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Obteve-se a seguinte evolução durante a intervenção quanto a realização de exames complementares em dia: no 1º mês de um total de 359 pessoas com hipertensão 110 foram cadastrados e acompanhados no programa com realização de exames complementares, representado um percentual de 100%; no 2º e 3º mês, foram 187 e 275 pessoas com hipertensão representando uma cobertura de 100%, respectivamente. Em relação às pessoas com diabetes no 1º mês de um total de 89 pessoas com diabetes 24 foram cadastrados e acompanhados no programa sendo solicitados e realizados os exames complementares, representado um percentual de 100%; no 2º e 3º mês, foram 51 e 72 pessoas com diabetes representando uma cobertura 100%, respectivamente no programa da unidade.

**Meta 2.5:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

**Indicador 2.5:** Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

**Meta 2.6:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 2.6:** Proporção de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Durante a intervenção, conforme a **Figura 3**, a proporção de pessoas com hipertensão que receberam prescrição de medicamentos da Farmácia Popular, como observamos na **Figura 3** que no 1º mês de um total de 359 pessoas com hipertensão 100 receberam prescrição de medicamentos da Farmácia popular, representado um percentual de 94,3%, no 2º e 3º mês, foram 164 e 225 usuários que receberam prescrição de medicamentos da Farmácia popular, representando 92,1% e 87,9%, respectivamente.

Válido destacar que a meta não foi atingida conforme pactuado porque muitos hipertensos cadastrados consultam também com o Cardiologista na cidade vizinha de Cobija que pertence à Bolívia, e já faziam uso de um tratamento medicamentoso regular indicado pelos médicos de Cobija, adquiridos mediante compra nas drogarias de lá. No entanto, o indicador foi avaliado positivamente, pois permitiu um grande avanço no acompanhamento, além de que pretendemos ampliar esta cobertura gradativamente ao longo dos próximos meses.

Quanto ao Programa de atenção à saúde das pessoas com diabetes obteve-se a seguinte evolução: no 1º mês de um total de 89 pessoas com diabetes 24 tinham prescrição de medicamentos da Farmácia popular, representado um percentual de 100%, no 2º e 3º mês, foram 51 e 72 pessoas com diabetes cadastradas e avaliadas e todas também tinham prescrição de medicamentos da Farmácia popular, representando uma cobertura de 100%, respectivamente no programa da unidade, neste caso o indicador foi cumprido em 100% atingindo a meta pactuada.



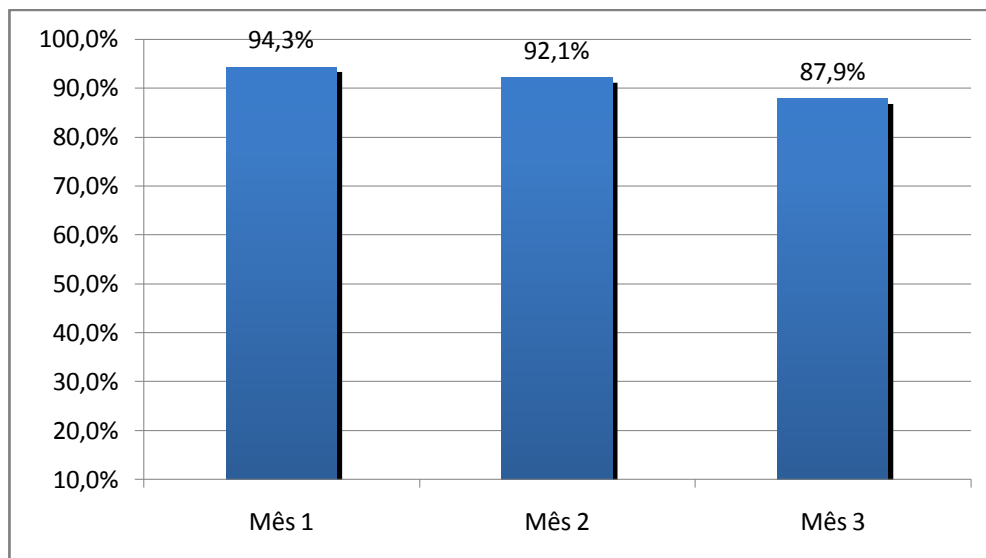


Figura 3 – Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular na UBS Dr. Ricardo Barbosa da Silva, Brasília, AC, 2015.

**Meta 2.7:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

**Indicador 2.7:** Proporção de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

**Indicador 2.8:** Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e/ou diabetes é sem dúvida uma parte da atenção integral que todo usuário deve receber, portanto alcançar 100% foi a meta proposta. Ao longo da intervenção a proporção de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico foi de 110 (100%) no primeiro mês; no 2º e 3º mês, foram 187 e 275 hipertensos representando uma cobertura de 100%, respectivamente no programa da unidade.

Da mesma forma ocorreu com a avaliação às pessoas com diabetes sendo que no 1º mês de um total de 89 pessoas com diabetes 24 foram cadastradas avaliadas quanto à necessidade de atendimento odontológico mantendo consultas de acompanhamento pelo odontólogo, representado um percentual de 100%; no 2º e 3º mês, foram 51 e 72 representando uma cobertura

de 100%, respectivamente no programa da unidade. Portanto, indicadores cumpridos em 100%.

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

**Meta 3.1:** Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

**Meta 3.2:** Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

Melhorar a adesão da atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes é um objetivo estratégico. Buscar 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes faltosas às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada foi nossa meta inicial. Obteve-se a seguinte evolução: no 1º mês de um total de 359 pessoas com hipertensão, 20 deles encontravam-se faltosas às consultas, mas foi realizada a busca ativa, representando um percentual de 100% de busca realizada; no 2º e 3º mês, foram 46 e 100 pessoas com hipertensão que se encontravam faltosas e também foi realizada a busca ativa à todos, representando uma cobertura de 100%, respectivamente no programa da unidade.

Em relação às pessoas com diabetes obteve-se a seguinte evolução: no 1º mês de um total de 89 pessoas com diabetes, somente uma se encontrava faltosa às consultas e foi realizada a busca ativa, representando um percentual de 100%; no 2º e 3º mês, foram 11 e 21 pessoas com diabetes, respectivamente que se encontravam faltosas às consultas e foi realizada a busca ativa, representando uma cobertura de 100%, respectivamente no programa da unidade.

Estes indicadores foram cumpridos em 100% atingindo a meta pactuada. Uma das coisas que mais ajudou para atingir 100% foi o trabalho realizado pelos ACS, que deram seu maior esforço para realizar a busca ativa daqueles usuários que estavam faltosos às consultas, e de muitos destes nem tínhamos registro na unidade.

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

**Meta 4.1:** Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

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

**Meta 4.2:** Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

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

Para garantir a qualidade das informações é necessário ter um controle adequado dos registros, e manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastradas na unidade foi uma das metas. Obtivemos ao longo dos três meses de intervenção o seguinte panorama: no 1º mês de um total de 359 pessoas com hipertensão 110 foram cadastradas, com acompanhamento na unidade e todos com registro adequado na ficha de acompanhamento, representando um percentual de 100%; no 2º e 3º mês foram 187 e 275 pessoas com hipertensão dos quais todos tinham o registro adequado na ficha de acompanhamento, representando uma cobertura de 100%, respectivamente.

A proporção de pessoas com diabetes com registrado adequado na ficha de acompanhamento foi de 24 (100%) no primeiro mês, 51 (100%) no segundo mês, e 72 (100%) no terceiro mês, representando uma cobertura de 100%, respectivamente no programa da unidade. Estes indicadores foram cumpridos em 100% com ajuda dos gestores que forneceram as fichas-espelho em número suficiente para todos os cadastros. O monitoramento e avaliação dos prontuários foi realizado pela enfermeira e pela gestora da unidade permitindo cumprir a meta.

**Objetivo 5** – Mapear pessoas com hipertensão e/ou diabetes de risco para doença cardiovascular.

**Meta 5.1:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

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

**Meta 5.2:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

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

A fim de oferecer atendimento de qualidade às pessoas com hipertensão e/ou diabetes a avaliação de risco é um elemento essencial. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastradas na unidade de saúde foi nossa meta inicial. No 1º mês de um total de 359 pessoas com hipertensão 110 foram cadastradas e acompanhadas e para todos foi realizada a estratificação de risco cardiovascular por exame clínico, representando um percentual de 100%; no 2º e 3º mês, foram 187 e 275 pessoas com hipertensão e também a todos foi realizada a estratificação de risco cardiovascular, representando uma cobertura de 100%, respectivamente. Quanto às pessoas com diabetes obteve-se a seguinte evolução ao longo dos três meses de intervenção: no 1º mês de um total de 89 pessoas com diabetes 24 foram cadastradas e acompanhadas no programa e a todos foi realizada a estratificação de risco cardiovascular por exame clínico, representando um percentual de 100%; no 2º e 3º mês foram 51 e 72 pessoas com diabetes e também a todos foi realizada a estratificação de risco cardiovascular, representando uma cobertura de 100%, respectivamente no programa da unidade.

Estes indicadores foram cumpridos em 100% pois a equipe de saúde foi capacitada pela médica coordenadora da intervenção na estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, importância do registro desta avaliação e controle de fatores de risco modificáveis o que atingiu a meta pactuada para este indicador de qualidade nas consultas durante a intervenção.

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

**Meta 6.1:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com hipertensão.

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

**Meta 6.2:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com diabetes.

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

Na atenção básica, a educação e a promoção de saúde são tarefas muito importantes. Incrementar as atividades de promoção à saúde é um objetivo primordial, portanto garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes foi umas de nossas metas. A proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional sobre alimentação saudável foram 110 (100%) no primeiro mês, 178 (100%), no segundo mês, e 275 (100%) no terceiro mês da intervenção, representando uma cobertura de 100% em todos os meses. Em relação às pessoas com diabetes obtivemos no 1º mês 24 (100%), no 2º e 3º mês, foram 51 e 72 pessoas com diabetes e também todos receberam orientações sobre alimentação saudável, representando uma cobertura de 100%, respectivamente no programa da unidade.

Portanto atingiu-se a meta pactuada para estes indicadores de qualidade. Foram oferecidas orientações em relação à alimentação saudável durante os atendimentos clínicos, nas palestras oferecidas pela enfermeira e pela nutricionista do NASF, que foi determinante para alcançar as metas.

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

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

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

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

Obteve-se a seguinte evolução ao longo dos três meses de intervenção: no 1º mês de um total de 359 pessoas com hipertensão 110 foram cadastradas e acompanhadas e todas receberam orientações sobre prática regular de atividade física, representado um percentual de 100%; no 2º e 3º mês, foram 187 e 275 pessoas com hipertensão e também todas receberam orientações sobre prática

regular de atividade física, representando uma cobertura de 100%, respectivamente.

A proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre a prática de atividade física regular foi de 24 (100%) no primeiro mês, 51 no segundo mês, e 72 no terceiro mês da intervenção, representando uma cobertura de 100%, respectivamente no programa da unidade. Atingimos estas metas pactuadas em 100% para estes indicadores de qualidade. Foram oferecidas orientações quanto à prática regular de atividade física através das palestras e consultas, apesar de não estar pronta a tempo a Academia nem de contar com a participação de educadores físicos, a meta foi atingida.

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

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

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

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

Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com hipertensão foi uma de nossas metas e obtivemos ao longo dos três meses de intervenção os seguintes resultados: no 1º mês de um total de 359 pessoas com hipertensão 110 foram cadastradas e acompanhadas e todas receberam orientações sobre os riscos do tabagismo, representado um percentual de 100%; também foi assim no 2º e 3º mês, foram cadastradas e acompanhadas 187 e 275 pessoas com hipertensão representando uma cobertura de 100%, respectivamente. Em relação às pessoas com diabetes obteve-se a seguinte evolução: no 1º mês de um total de 89 pessoas com diabetes 24 foram cadastradas e acompanhadas no programa e todas receberam orientações sobre os riscos do tabagismo, representado um percentual de 100%; no 2º foram 51(100%), e no 3º mês 72 (100%). Atingimos em 100% a meta pactuada para estes indicadores de qualidade durante a intervenção. Foram ofertadas orientações quanto aos riscos do tabagismo, durante as consultas e palestras.

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

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

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

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

Todos os usuários devem receber atenção integral. A saúde bucal e a atenção odontológica especialmente às pessoas com hipertensão e/ou diabetes são extremamente importantes. A Proporção de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal foi de 110 (100%) no primeiro mês, 187 (100%) no segundo mês e 275 (100%) no terceiro mês da intervenção. A Proporção de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal foram 24 (100%) no primeiro mês, 51 (100%) no segundo mês, 72 (100%) no terceiro mês da intervenção, representando uma cobertura de 100%, respectivamente no programa da unidade.

Foram realizadas orientações durante as consultas e foram realizadas palestras oferecidas pelo odontólogo da unidade a estes usuários. Devemos destacar o trabalho realizado pela equipe especialmente o trabalho do odontólogo e da assistente.

## 4.2 Discussão

A Intervenção “Melhoria da atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes” que foi implementada na unidade de saúde Dr. Ricardo Barbosa da Silva, mostrou ótimos resultados, pois propiciou a ampliação da cobertura da atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes alcançando 76,6% e 80,9%, respectivamente. Além disso, ampliamos muito o acolhimento e atendimento, permitindo um grande avanço no acompanhamento, tivemos melhoria nos registros de acompanhamento, todos os prontuários têm fichas-espelho adequadamente preenchidas assim como avaliação de risco. Todos os usuários começaram seu tratamento odontológico, receberam orientações quanto à alimentação saudável, prática regular de atividade física,

riscos do tabagismo, sempre com foco na melhoria da qualidade da atenção dos mesmos.

Para a equipe de saúde a intervenção teve um valor muito importante, pois exigiu que todos se capacitassem seguindo o protocolo de Hipertensão arterial e Diabetes mellitus estabelecido pelo Ministério da Saúde relativo ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento destas doenças crônicas não transmissíveis o que permitiu que os profissionais de saúde da UBS ficassem ainda mais preparados sobre o tema. Estas atividades promoveram o trabalho integrado de toda a equipe incluindo a médica, a enfermeira, técnica de enfermagem, o odontólogo, assistente de odontologia, a gestora da unidade, a recepção, os ACS e o motorista. Cada profissional teve e afirmou seu papel na ação programática.

Com a intervenção o serviço da UBS ampliou e melhorou em qualidade, assim como o acolhimento e atendimento às pessoas com hipertensão e/ou diabetes da área, por parte de todos os profissionais, com um ótimo e adequado papel de cada um na ação programática, já que antes da intervenção as atividades de atenção a Hipertensão e/ou Diabetes eram concentradas na médica. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas. A melhoria do registro e o agendamento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. A classificação de risco das pessoas com hipertensão e/ou diabetes contribuiu para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

A comunidade foi muito beneficiada com intervenção, pois as pessoas com hipertensão e/ou diabetes da área demonstram satisfação com a prioridade no atendimento. Graças ao trabalho dos ACS, a maior parte da comunidade foi educada sobre o tema. Muitos usuários entenderam a importância do programa de Hipertensão arterial e/ou Diabetes mellitus, assim como percebemos seu apoio para ampliar a captação e educação em saúde dos mesmos. Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos muitas pessoas com hipertensão e/ou diabetes sem cobertura, portanto ainda temos muito trabalho por fazer, porque pretendemos ampliar essa cobertura gradativamente ao longo dos próximos meses.



Caso fosse realizar a intervenção neste momento, esta poderia ter sido facilitada se tivéssemos feito mais reuniões para avaliar o desenvolvimento das atividades realizadas ao longo da intervenção.

As ações previstas no projeto foram incorporadas adequadamente à rotina do serviço e estão sendo mantidas após a finalização do período da intervenção necessária ao Curso de Especialização em saúde da família. Para garantir essa continuidade vamos fazer melhorias na ação programática, como novamente restabelecer o papel de cada profissional, assim como aprimorar ainda mais o acolhimento por parte da UBS à todas as pessoas com hipertensão e/ou diabetes. Vamos continuar comunicando à comunidade, por meio de palestras, sobre a importância do programa de Hipertensão arterial e/ou Diabetes Mellitus.

Um dos próximos passos para melhorar a atenção à saúde no serviço será continuar ampliando a cobertura gradativamente ao longo dos próximos meses, além disso, pretendemos implementar outros programas como o programa de atenção ao pré-natal e puerpério na UBS.

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

Prezado Gestor,

Durante estas últimas 12 semanas, na UBS Dr. Ricardo Barbosa da Silva, foi realizada a Intervenção “Melhoria da Atenção à Saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes”, com a qual melhoramos a atenção dos usuários portadores destas doenças crônicas não transmissíveis pertencentes à área de abrangência, que foi o objetivo geral do nosso trabalho. As atividades tiveram início em 24 de abril de 2015 com término em 23 de julho de 2015. De acordo com os protocolos de saúde, a intervenção mostrou ótimos resultados, resultados esses que podem ser atingidos em todo o município com a ampliação da intervenção.

No início da intervenção nem todas as pessoas com hipertensão e/ou diabetes da área da abrangência eram atendidas ou cadastradas na UBS. Ao longo da intervenção foram cadastrados 275 pessoas com hipertensão e 72 pessoas com diabetes no programa de atenção à Hipertensão arterial e/ou Diabetes mellitus, aumentando a cobertura de 35% para 76,6% para a hipertensão arterial e 23% para 80,9% para o diabetes mellitus se comparada ao início da intervenção. Apesar do esforço não atingimos todas as metas pactuadas, por situações desfavoráveis, mas mesmo assim conseguimos ampliar a cobertura do Programa na unidade de saúde.

Apresentamos dificuldade pela falta de transporte para chegar à comunidade para poder cumprir com as visitas domiciliares programadas, por problemas técnicos da moto e ambulância, e demora na manutenção dos mesmos, e isso afetou o trabalho. Apresentamos problemas também, pois não foi possível inaugurar a Academia, por motivos de força maior que não estavam em

nossas mãos, e ainda estamos na espera, e isso prejudicou a organização das práticas coletivas com relação à atividade física, além de parcerias com educadores físicos, com os quais também não conseguimos contar. Se essas dificuldades não tivessem acontecido, poderíamos ter tido condições mais favoráveis para o trabalho.

O acolhimento, cadastramento, e atendimento clínico das pessoas com hipertensão e/ou diabetes da UBS, seja de forma agendada ou por demanda espontânea foi realizado diariamente na nossa unidade. Toda a equipe de saúde foi capacitada utilizando os protocolos de saúde especificamente na atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus e isso fez que se elevasse ainda mais o conhecimento de nossos profissionais de saúde no atendimento destas doenças crônicas não transmissíveis. Todos exerceram seu papel na ação programática. A busca ativa de usuários faltosos foi realizada pelos ACS garantindo ótimos resultados, foram detectados novos casos, usuários dos quais não se tinha registro na unidade, portanto o papel deles foi fundamental.

Ampliamos muito o atendimento às pessoas com hipertensão e/ou diabetes na UBS, sempre com foco na melhoria da qualidade da atenção. Sendo assim alcançamos que todos os usuários tivessem exames complementares em dia, avaliação de risco cardiovascular, orientação com respeito à alimentação saudável, higiene bucal, consciência da importância da prática adequada de exercícios físicos, riscos e malefícios do tabagismo e sua correspondente ficha-espelho preenchida. Todas as 275 pessoas com hipertensão e as 72 pessoas com diabetes cadastradas tiveram o exame clínico apropriado realizado, o que representou uma cobertura de 100% no programa da unidade dos acompanhados durante a intervenção. Foram realizados os exames complementares em dia de acordo com o protocolo também para 100%. Em relação à prescrição de medicamentos da farmácia popular 225 pessoas com hipertensão receberam a prescrição desses medicamentos representando 87,9% e 72 pessoas com diabetes também passaram a fazer uso da medicação disponibilizada pela Farmácia popular, representando 100%. Todos receberam avaliação da necessidade de atendimento odontológico representando 100%.

A comunidade foi muito beneficiada, graças ao empenho da equipe e fundamentalmente dos ACS, pois a comunidade foi educada sobre o tema. Muitos

usuários entenderam a importância do programa, assim como percebemos seu apoio para ampliar a captação e educação em saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Finalizando é muito importante agradecer por toda a colaboração recebida por parte da gestão municipal à Secretaria municipal de saúde, e afirmar que as ações previstas no projeto se tornaram realidade e foram incorporadas adequadamente à rotina do serviço e já estão sendo continuadas após a finalização do período da intervenção necessária ao curso. Desta forma, solicitamos apoio para que a equipe possa estar pensando na incorporação de outras áreas programáticas como atenção ao pré-natal e puerpério, saúde do idoso, saúde da criança, saúde da mulher.

Atenciosamente,

Equipe de Saúde UBS Dr. Ricardo Barbosa da Silva, Brasília, AC

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

Prezados usuários da UBS Dr. Ricardo Barbosa da Silva,

Gostaria de falar para vocês sobre os resultados alcançados com a Intervenção: “Melhoria da atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes” que implementamos na unidade de saúde e que aconteceu conforme o planejado, durante estes três meses que realizamos a intervenção com início das atividades em 24 de abril de 2015 e término em 23 de julho de 2015. O objetivo geral da intervenção foi melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes pertencentes à unidade, pois a cobertura do programa de Hipertensão arterial e/ou Diabetes mellitus na mesma estavam muito baixas (35% e 23%, respectivamente) ao início da intervenção, poucos usuários com hipertensão e/ou diabetes eram acompanhados. Desde já toda a equipe de saúde fica muito agradecida pela participação de todos vocês neste processo.

Durante todas as semanas da intervenção aconteciam diariamente o cadastramento e atendimento clínico às pessoas com hipertensão e/ou diabetes, por consultas programadas ou por demanda espontânea. Fizemos a busca ativa das pessoas com hipertensão e/ou diabetes que estavam faltosos às consultas. Com a ajuda da comunidade e dos ACS, conseguimos fazer o cadastro na UBS de 275 pessoas com hipertensão e 72 pessoas com diabetes da área de abrangência e com isso aumentamos a cobertura do programa Hipertensão arterial e Diabetes mellitus na unidade, atingindo 76,6% e 80,9%, respectivamente, tendo assim um controle maior e um acompanhamento mais efetivo destes usuários. Todos os participantes entenderam a importância do programa de Hipertensão arterial e/ou Diabetes Mellitus, o que é de importância

para a comunidade, pois eleva seus conhecimentos sobre estas doenças crônicas não transmissíveis, e assim ajuda a prevenir a aparição das mesmas mediante o controle dos fatores de riscos dos quais a maioria são modificáveis através da educação em saúde.

Com a Intervenção conseguimos uma melhor capacitação dos profissionais de saúde da equipe sobre os protocolos de saúde, especificamente na atenção à Hipertensão arterial e/ou Diabetes mellitus. Foram esclarecidas todas as dúvidas que apareceram durante os diferentes temas das capacitações. Todos foram capacitados para a tomada de pressão arterial, realização de hemoglicotestes, realização de exame físico, medicamentos do Programa de atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus que são usados pelos usuários através da farmácia popular. Foi estabelecido o papel de cada profissional no acolhimento e cuidado ofertado aos usuários com hipertensão e/ou diabetes. Como resultado foi ampliada e melhorada a qualidade, do acolhimento e atendimento à todos os usuários por parte de todos os funcionários da unidade.

Os usuários gostaram muito do atendimento, receberam uma ótima educação em saúde nas consultas, nos grupos, ou pelos funcionários de diferentes formas, através de palestras fornecidas pelo odontólogo que destacou a importância da avaliação e da necessidade de atendimento odontológico e que ofereceu orientações sobre a higiene bucal, assim como a palestra com a Nutricionista do NASF, que abordou o tema da alimentação saudável e a dieta que devem cumprir para ter um maior controle destas doenças, além disso, também falou sobre a importância de manter o peso adequado. Também a enfermeira Felícia realizou palestras abordando os temas da alimentação saudável, prática de exercícios físicos regularmente, assim como os riscos do tabagismo para a saúde. Ficaram muitos satisfeitos com estas atividades, já que os ajuda a ter um maior conhecimento sobre suas doenças crônicas, e assim saber como ter melhoria na qualidade de vida.

Finalizando quero falar e ao mesmo tempo agradecer a todos pela colaboração e participação nas atividades realizadas e pela nossa maior conquista que foi aumentar os indicadores de cobertura do Programa de atenção a Hipertensão arterial e a Diabetes Mellitus na unidade, o que é uma grande

conquista para a comunidade, pois cada ação desenvolvida na intervenção para o curso já é parte da rotina diária do nosso trabalho.

Atenciosamente,

Equipe de Saúde UBS Dr. Ricardo Barbosa da Silva, Brasília, AC

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

O processo de aprendizagem pessoal que eu tenho deste curso de Especialização em saúde da família é que foi a minha primeira experiência de aprendizagem na modalidade à distância em ambiente virtual, isso se constituiu em um desafio, pois tive que reforçar meus conhecimentos em informática. É uma experiência inesquecível, fomos muitos motivados com casos interativos fora da rotina de estudo, com a possibilidade do intercâmbio de ideais, opiniões com outros colegas e orientadores. Foi de grande ajuda para melhorar muito a gramática do idioma português, para o qual tive o apoio da minha orientadora sempre disposta a me ajudar, e que teve e ainda tem um papel muito importante em todo este processo de aprendizagem.

Foi de muita ajuda conhecer a cultura brasileira, seu idioma, costumes e tradições, assim como problemas sócios econômicos e demográficos, muito importantes para assim poder ter o conhecimento e ajudar a contribuir na melhoria da atenção primária de saúde. Ajudou a conhecer e entender como pode ser organizado um bom trabalho de equipe para alcançar melhores indicadores de saúde na área.

O curso favoreceu muito a incrementar minha preparação como profissional da saúde, aumentou minha autonomia para desenvolver e enfrentar os problemas com maior preparação científica. Teve boas experiências nas intervenções e sobretudo na prática diária. Com a realização das práticas clínicas garanti uma maior preparação científica e incrementei os conhecimentos sobre temas muito importantes próprios do Brasil, dos quais não tinha muito domínio como os princípios e diretrizes do SUS, comportamento de algumas doenças no processo de transição epidemiológica, vigilância em saúde.



Olhando o comportamento das doenças crônicas não transmissíveis e sua incidência na área de saúde na qual atuo, percebi a importância de ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à saúde dos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da população, pois seus indicadores de cobertura estavam muito baixos, e assim foi como escolhi o foco da intervenção. Com a experiência de trabalho na atenção primária e a existência de programas de controle das doenças crônicas, com o Programa de atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus percebi que poderia ser o campo de desenvolvimento da intervenção, não seria tarefa fácil, mas com o trabalho de toda a equipe, as capacitações e a vontade de todos de aprender coisas novas iria adiante. Os resultados alcançados com a intervenção “Melhoria da atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes da UBS Dr. Ricardo Barbosa da Silva, Brasília/AC.”, que teve início das atividades em 24 de abril de 2015 e término em 23 de julho de 2015, realizada ao longo de três meses, foi além do objetivo principal, pois foi muito educativa, não somente para toda a equipe de saúde, mas também para a comunidade.

A intervenção ajudou à formação da equipe com mais capacidade técnica e científica, efetivos em relação ao planejamento e desenvolvimento na gestão e melhoria do vínculo com a população assistida. A integração com toda a equipe de saúde foi muito positiva, providenciamos protocolos de atendimento de diferentes doenças que poderiam apresentar-se na unidade, uso de alguns casos clínicos na reunião da equipe como método de capacitação, portanto isso favoreceu a uma ótima capacitação da nossa equipe. Alcançamos com a intervenção melhoria da qualidade da atenção médica, promovendo maior satisfação dos usuários e impactando na saúde da comunidade, aprendi a promover e realizar junto com a equipe um adequado engajamento público, realizando promoção e educação em saúde através de grupos específicos e outras ferramentas junto ao restante da equipe, melhorando o acolhimento da atenção aos usuários com demanda espontânea, já que dela depende a adesão da comunidade.

Por último e não menos importante, fomos educados quanto aos protocolos de saúde de acordo com o preconizado pelo Ministério de Saúde. Não tínhamos conhecimento adequado, agora conseguimos desenvolver uma atenção

primária de forma protocolizada. A medicina é universal, mas os protocolos permitem aplicar a medicina, fazendo a promoção e prevenção a fim de garantir a aplicação da atenção médica primária a todos os níveis e esferas sociais sem excluir, de acordo com as características e necessidades de cada país. Esta foi a maior aprendizagem!

## Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: **hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: **diabetes mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Serie A. Normas e Manuais Técnicos. **Manual de estrutura física das Unidades Básicas de Saúde da Família**. Segunda edição. Brasília/DF. 2008. Resolução da Diretoria Associada - RDC nº 50/ANVISA/fevereiro/2002.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese das Informações**. Brasília, AC. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm> Acesso em 02 novembro de 2014.

Sociedade Brasileira de Diabetes. **Algoritmo para o Tratamento do Diabetes Tipo 2**. Atualização 2011. Posicionamento Oficial Sociedade Brasileira de Diabetes nº3 – 2011. Julho de 2011.

## **Apêndices**

## Apêndice A – Atendimentos individuais



Figura 4 – Fotografia do atendimento clínico à usuária Lucilene Felix do Nascimento na UBS Dr. Ricardo Barbosa da Silva, Brasília, AC, 2015.



Figura 5 – Fotografia do atendimento clínico à usuária Rosineide Barreto na UBS Dr. Ricardo Barbosa da Silva, Brasília, AC, 2015.

## Apêndice B – Capacitação da equipe



Figura 6 – Fotografia da primeira capacitação dos profissionais de saúde da equipe em 27-04-2015 na UBS Dr. Ricardo Barbosa da Silva, Brasília, AC, 2015.



Figura 7 – Fotografia da terceira Capacitação da equipe em 18-5-15 na UBS Dr. Ricardo Barbosa da Silva, Brasília, AC, 2015.

## **Anexos**

**Anexo A – Documento do comitê de ética****UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>Prof<sup>a</sup> Ana Cláudia Gastal Fassa*Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde*

Prezada Pesquisadora;

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

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







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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

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

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do declarante