

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



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção á Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica  
e/ou Diabetes Mellitus na USF Doutor Ricardo, Doutor Ricardo/RS**

**Mabel Marin Pazo**

**Pelotas, 2015**

**Mabel Marin Pazo**

**Melhoria da Atenção á Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica  
e/ou Diabetes Mellitus na USF Doutor Ricardo, Doutor Ricardo/RS**

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

Orientadora: Daniela Nunes Cruz

Pelotas, 2015

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

P348m Pazo, Mabel Marin

Melhoria da Atenção á Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na USF Doutor Ricardo, Doutor Ricardo/RS / Mabel Marin Pazo; Daniela Nunes Cruz, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

86 f. : il.

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

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

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico esse Trabalho a minha família pelo apoio incondicional que no dia a dia recebi para assim poder continuar trabalhando neste grande país, contribuindo para melhorar os índices de saúde e qualidade de vida da população.

## **Agradecimentos**

Agradeço à Secretária de Saúde do município de Doutor Ricardo pela ajuda na execução deste projeto de intervenção, à Coordenadora da Unidade de saúde da Família, à toda equipe de saúde, aos gestores. Em especial, a minha orientadora do curso, Daniela Nunes, pelo apoio incondicional oferecido neste período onde aprendi e compartilhei conhecimentos de grande importância para nossa profissão. Também agradeço aos trabalhadores da Unidade de Saúde da Família, que sem os quais teria sido impossível executar o projeto de intervenção na prática.

## Resumo

PAZO, Mabel Marin. **Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na USF Doutor Ricardo, Doutor Ricardo/RS.** 2015. 84fls. 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.

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira. Não há uma causa única para estas doenças, mas existem vários fatores de risco que aumentam a probabilidade de sua ocorrência. A Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus representam dois dos principais fatores de risco, contribuindo decisivamente para o agravamento deste cenário em nível nacional. O presente trabalho de conclusão de curso tem como objetivo apresentar uma intervenção típica em atenção primária à Saúde na UBS Doutor Ricardo RS, Brasil. A intervenção se desenvolveu em doze semanas, entre os meses de janeiro e maio de 2015 e teve como objetivo melhorar a atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus, sob orientações das proposições do Ministério da Saúde, apoiados nos Protocolos sobre HAS e DM, publicado no ano de 2013. Foram realizadas diversas ações dentro de quatro eixos pedagógicos: qualificação da prática clínica, engajamento público, monitoramento e avaliação e organização da gestão do serviço. Além dos atendimentos clínicos foram realizadas busca ativa de usuários faltosos, atividades de educação em saúde, visita domiciliar, grupo de hipertensos e diabéticos, capacitações e reuniões de equipe. No indicador de cobertura do programa de atenção aos usuários com hipertensão e diabetes alcançamos 225 hipertensos (64,3%) e 51 diabéticos (59,3%). Realizamos exame clínico para 224 hipertensos (99,6%) e 50 diabéticos (98%). Em relação aos exames complementares obtivemos a mesma proporção do indicador acima. Para a meta de prescrição de medicamentos da farmácia popular realizamos para 224 hipertensos (99,6%) e 51 diabéticos (100%). Realizamos busca ativa para todos os usuários hipertensos e diabéticos que faltaram a consulta com o médico. A estratificação de risco cardiovascular foi realizada para 224 hipertensos (99,6%) e 50 diabéticos (98%). As ações de orientação sobre atividade física regular, sobre riscos do tabagismo e sobre saúde bucal foram realizadas para todos os usuários hipertensos e diabéticos. Nas comunidades foram feitas atividades de promoção da saúde relacionadas com as doenças crônicas não-transmissíveis, como a HAS e DM, inclusive divulgadas pela rádio local. Os resultados mostraram que os usuários antes da intervenção tinham distanciamento sobre o conhecimento da sua doença de base, o que fragilizava o processo do auto cuidado. Com a intervenção, percebemos uma melhoria significativa, tanto no nível de conhecimento, como aplicação adequada na adoção de estilos de vida saudáveis, cumprimento regular e estável dos tratamentos prescritos, com conseqüente melhora da qualidade de vida e uma ótima preparação para evitar os riscos e as complicações destas doenças. Ressalta-se os ganhos para a equipe que foi capacitada sobre diversos temas que envolve o cuidado de usuários com hipertensão e diabetes para ofertar um atendimento de qualidade.

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

## Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Doutor Ricardo	55
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Doutor Ricardo	56
Figura 3	Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	57
Figura 4	Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo	57
Figura 5	Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo	58
Figura 6	Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo	59
Figura 7	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada	60
Figura 8	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	61
Figura 9	Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	62
Figura 10	Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa	63
Figura 11	Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa	63
Figura 12	Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento	64
Figura 13	Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento	65
Figura 14	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	66
Figura 15	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	66

Figura 16 Proporção de hipertensos como orientação nutricional sobre 67  
alimentação saudável

Figura 17 Proporção de diabéticos como orientação nutricional sobre 68  
alimentação saudável



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

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
DCNT	Doença Crônica Não-Transmissível
EAD	Educação à Distância
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIPERDIA	Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

## Sumário

Apresentação .....	9
1 Análise Situacional .....	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	11
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	22
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 .....	40
2.3.3 Logística.....	47
2.3.4 Cronograma.....	50
3 Relatório da Intervenção.....	51
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	51
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	53
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	53
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	53
4 Avaliação da intervenção.....	54
4.1 Resultados .....	54
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.....	77
Referências .....	79
Anexos .....	80

## **Apresentação**

O presente volume apresenta um trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EaD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel) em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS), relatando sobre uma intervenção voltada para melhoria da atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e diabetes Mellitus na UBS Doutor Ricardo, localizada no município de Doutor Ricardo, Rio Grande do Sul.

O texto está organizado em capítulos, dentro da sequência de trabalho proposta pelo curso de especialização, a partir das Unidades de aprendizagem conforme descrito abaixo.

No capítulo 1 consta a Análise Situacional que discorre de forma sistemática a situação de saúde do município e Unidade de saúde onde se desenvolveu o trabalho, relatando as características do sistema de saúde do município, às características da população, à estrutura da unidade, atribuições dos profissionais, atenção a demanda espontânea, características principais das ações programáticas desenvolvidas na UBS.

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

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

O quarto capítulo apresenta a Avaliação da Intervenção através dos resultados obtidos durante a intervenção de forma qualitativa e quantitativa, assim como, a discussão desses resultados.

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

O sétimo capítulo apresenta uma Reflexão Crítica sobre o meu processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Como elementos referenciais no volume final, há as referências e os anexos, ou seja, os instrumentos utilizados durante a realização do trabalho.

## **1 Análise Situacional**

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

A Unidade de Saúde da Família (USF) onde estou alocada fica em um município de mais ou menos 2.030 habitantes. Na unidade são atendidos usuários da área urbana e da área rural. A cidade conta apenas com esta Unidade de saúde para realização do atendimento da população. A infraestrutura é nova, tem sala para realização de reuniões, tem aparelho de Eletrocardiograma (ECG), sala para realização de medicações e verificação de pressão, Hemoglicoteste (HGT), sala para aplicação de vacinas. A grande maioria das salas tem ar condicionado instalada.

A USF conta com duas enfermeiras no momento, duas técnicas de enfermagem, cinco Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), uma recepcionista, uma auxiliar de limpeza, dois clínico geral, dois dentista, uma técnica em higiene bucal uma pediatra, uma ginecologista-obstetra, uma psicóloga, uma nutricionista, uma fonoaudióloga .Existe, até o momento, duas equipes de saúde da família completa. Na Unidade de saúde realizamos reuniões semanais e discutimos casos das visitas domiciliares da população descrita.

Conversando com a equipe foi informado que já existiu grupo de hipertensos, diabéticos, idosos e saúde mental na UBS. O acolhimento a população é realizado parcialmente. As atividades de educação em saúde são abordadas os seguintes temas: alimentação saudável, atividade física, estilo de vida saudável, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's), planejamento familiar, gestação e parto, cuidados com o recém-nascido e com os filhos, desenvolvimento infantil e cuidados com os idosos. Estão sendo realizadas reuniões de equipe até o momento na segunda terça-feira de cada mês.

Já tenho quatro meses de atuação neste município e estou aos poucos me adaptando e entendo a dinâmica da Unidade de saúde. Pelo pouco que percebi a população tem um bom vínculo com a equipe. Foi realizada pesquisa de satisfação com os usuários e tivemos uma resposta positiva em relação ao atendimento prestado na USF. Alguns usuários realizam consultas com médicos particulares e somente vêm consultar na USF para renovação de receitas, troca de pedidos de exames. Já tive oportunidade de realizar visitas domiciliares e conhecer a necessidade da população do interior para intervir nos fatores de risco os quais a comunidade esta exposta, realizando atividades de educação e promoção de saúde.

A USF tem suas limitações como a grande maioria possui, mas há um grande interesse da equipe em melhorar essas carências. Com boa vontade e empenho acredito que realizaremos um bom trabalho com a população.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

O município de Doutor Ricardo foi criado em 1997 e origina-se do município de Encantado e Anta Gorda. O número de habitantes, segundo dados do IBGE (2010), é de 2300 habitantes divididos em 1.337 habitantes residentes na área rural e 963 habitantes residentes na área urbana.

O município dispõe somente de uma USF em funcionamento, apresenta o modelo de atenção mista, ou seja, atende de forma tradicional e também como Estratégia de Saúde da Família (ESF) que é composta por uma equipe de profissionais de saúde completa. Na cidade não existe um Núcleo de Apoio à saúde da Família (NASF) e nem Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Na própria USF são feitos os atendimentos com especialistas em pediatria e ginecologia-obstetrícia. Quanto às demais especialidades, o município possui convênios com hospitais da região e também realiza encaminhamentos específicos para centros de saúde que atendem pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Geralmente a população é encaminhada com veículos do próprio município para as cidades próximas como: Encantado, Anta Gorda, Ilópolis, Lajeado, Estrela, Canoas e Porto Alegre. O direcionamento é realizado de acordo com a especialidade e a disponibilidade de consultas dos médicos. As situações de emergências que eventualmente ocorrem, em sua grande maioria, são encaminhadas para os hospitais conveniados dos municípios mais próximos.

Os exames complementares são pagos pela população, sendo que a secretaria de saúde ajuda em média com 20% a 50% do total do exame solicitado. A USF atende toda população da área rural e a população da área urbana, tem bom vínculo com o SUS e também tem bom relacionamento com as instituições de ensino que oferecem trabalhos direcionados a área da saúde pública. A USF está composta por dois médicos, duas enfermeira, duas técnicas de enfermagem e cinco ACS que atendem as famílias a domicílio, realizando diagnóstico e divulgando as ações de prevenção de saúde.

As condições estruturais da USF conta com um ambiente adequado para a recepção da população e guardar os arquivos de prontuários dos pacientes, tem uma sala de espera com capacidade para 30 pessoas, uma sala de reuniões menor usada pelas ACS, tem dois consultórios médicos, somente um tem sanitário, mas tem um sanitário para funcionários e mais dois para os usuários que tem necessidades especiais. Temos sala de vacinas, salas para curativos, um consultório odontológico, uma farmácia, ambiente específico para esterilização, uma cozinha, abrigo para resíduos sólidos e líquidos e depósito de lixo contaminado.

Na USF Doutor Ricardo todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde. É direito dos cidadãos terem atendimento com qualidade, em função da natureza do agravo, com garantia de continuidade da atenção, sempre que necessário, tendo garantidos: atendimento com presteza, tecnologia apropriada. É um dever dos gestores públicos gerenciar e executar os serviços públicos de saúde com qualidade. Toda equipe de trabalho da USF mantém bom acolhimento no encaminhamento do usuário do SUS, fornecendo informações claras ao usuário sobre os critérios de priorização do acesso na localidade. A prioridade é baseada em critérios de vulnerabilidade clínica e social, sem nenhum tipo de discriminação ou privilégio.

O atendimento desenvolvido pela nossa equipe é acolhedor, humanizada e livre de discriminação, é preservada a confidencialidade de toda informação pessoal. Os usuários podem participar das consultas com acompanhantes. As relações da equipe com os usuários encontram-se boa oferecendo serviço ótimo a nossa população. Na unidade não podemos dar os primeiros auxílios a situação de emergência porque não está equipada, e em caso de risco de vida deverá ser assegurada a remoção do paciente em condições seguras para um estabelecimento com capacidade para recebê-lo.

O encaminhamento à atenção especializada e hospitalar será estabelecido em função da necessidade de saúde e indicação clínica com ajuda do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) para o pronto atendimento que tem oferece atendimento de urgência e emergência no município de Encantado ou onde houver a necessidade..

Nossa unidade cumpre com os horários e agendas de trabalho aprovadas para oferecer serviços dentro e fora da unidade. Nossa comunidade é muito participativa em eventos de promoção a saúde. Minha equipe responde bem as demandas da população e a população é bem participativa e preocupada, corresponde a nós estabelecer um respeito contínuo pela manutenção desse serviço e exigir também o cumprimento de todas as normas estabelecidas para um bom desempenho de nosso trabalho.

As ações de educação em saúde na USF são baseadas na concepção de promoção e prevenção de saúde da família, Fazendo palestras em todas as comunidades acerca de diferentes temas de saúde o motor impulsor para nosso trabalho a comunidade. Neste momento ainda não dispomos de um conselho de saúde local, o que dificulta muito o trabalho, por isso, já começamos a incentivar os usuários para a participação do conselho de saúde local e a importância deste para que a retroalimentação entre nossa equipe e a comunidade seja ótima. Na USF realizamos todas as semanas e todos os turnos consultas para usuários hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças e já começamos a trabalhar também com o grupo de adolescentes, muito importante já que também é um grupo de risco. Estamos incentivando a nossa comunidade mediante estes grupos de risco nas visitas domiciliares, nas escolas, realizando palestras cujo objetivo é mudar hábitos de vida prejudiciais para a saúde, sendo: tabagismo, alcoolismo, sedentarismo, obesidade, droga dicção.

O Programa Nacional de Imunização funciona na USF de maneira satisfatória, já que são aplicadas todas as vacinas do calendário do Programa Nacional. Contudo não realizamos o seguinte exames teste rápido de gravidez, mas se realiza outros como: teste do Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV) e HBsAg. Temos acesso a todos os tipos de exames complementares para apoiar o diagnóstico, mas a depender do tipo de exame que são indicados, tem um período de espera que fica entre 30 dias ou mais. Também temos acesso ao atendimento especializado e retaguarda hospitalar, embora o período de espera, para cada



especialidade é de 30 dias ou mais, isso, também é outro fator negativo que influencia de forma direta ou indireta em nosso trabalho, pois o paciente fica insatisfeito com a qualidade do atendimento e pela demora na atenção especializada.

Sobre as atribuições dos profissionais, estas são bem desenvolvidas pela equipe de saúde já que cada um cumpre seu trabalho e existe muita união com a equipe. Todos os profissionais participam do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe. O cuidado em saúde da população da área de abrangência acontece não só dentro da Unidade de saúde, mas em outros locais como: domicílio, escolas, Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e outros. Todos os profissionais também realizam busca ativa de usuários faltosos as ações programáticas e/ou atividades que são realizadas na USF. Além disso, realizamos atividades no domicílio como: curativos, nebulização, aferição da pressão arterial, consultas médicas, consultas de enfermagem, entrega de medicamentos oral, injetável e outros.

Os usuários quando necessitam são encaminhados para outros níveis do sistema respeitando os fluxos de referência e contra referência. Toda a equipe de trabalho realiza busca ativa de doenças e agravos de notificação compulsória. Nós temos programado a realização de grupos de adolescentes e combate ao tabagismo, temas que são muito importantes, além dos programas de vacinas que são ofertados aos adolescentes para prevenir contra a Hepatite B e as campanhas incentivando o uso do preservativo para evitar DST's. Considero que terei que trabalhar mais com este grupo populacional, incentivando aos adolescentes para participar do grupo, nem que seja uma vez ao mês.

No caso do combate ao tabagismo, também é o tema que deverá ser iniciado nos grupos já que existem muitas pessoas que fumam na área de abrangência da USF. Planejaremos diminuir a quantidade de usuários fumantes através da organização de grupo para combater o tabagismo, fator predisponente para outras tantas doenças. As visitas domiciliares são agendadas pelos pacientes que precisam de visitas do médico, através das ACS, já que anteriormente agendávamos pelo telefone da UBS. No caso de pacientes acamados, as visitas também são realizadas pouco a pouco, onde as informações coletadas dos membros da família são anotadas pelos profissionais da equipe.

Sobre a atenção e a demanda espontânea do meu trabalho é importante saber que o acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos "encontros reais" entre trabalhadores de saúde e usuários, no ato de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas. Realizamos o modelo de acolhimento coletivo: no primeiro momento do funcionamento da unidade, toda a equipe se reúne com os usuários que vieram à unidade de saúde por demanda espontânea e, nesse espaço coletivo, realizamos escutas e conversas com eles (se necessário ou mais apropriado, essa escuta é feita num consultório). Além do acolhimento, aproveita-se a ocasião para explicar à população o modo de funcionamento da unidade e o processo de trabalho da equipe, bem como, realizamos atividades de educação em saúde.

Para que todos os profissionais da equipe possam estar no acolhimento coletivo e atender aos casos agudos identificados é necessário que o agendamento seja feito por hora marcada, não sendo agendados pacientes para o início do turno. Após o momento de acolhimento coletivo, para garantir acesso a usuários que cheguem durante o turno, segue-se o trabalho com outra modelagem de acolhimento associada. O acolhimento coletivo permite envolver toda a equipe na realização da primeira escuta, possibilita identificar usuários com risco e sofrimento mais evidentes e pode contribuir para o aumento da capacidade de auto-avaliação dos riscos pelos usuários.

É importante lembrar que demanda espontânea inclui toda demanda do usuário para atividade na UBS não agendada ou que não é específica de nenhum setor (exclui coleta de exame, vacinação, pegar remédios, inalação/nebulização, procedimentos na sala de enfermagem). É realizado todos os dias, e nos turnos de manhã e à tarde. Todos os usuários têm suas necessidades acolhidas (escutadas) e só tem que esperar mais ou menos de 5 a 10 minutos. A equipe conhece a avaliação e classificação de risco biológico e vulnerabilidade para definir o encaminhamento da demanda do usuário.

Na Unidade de saúde a enfermeira e o médico oferecem atendimentos aos usuários que solicitam consultas quando estão com problemas de saúde agudos que precisam ser atendidos no dia, mas que não se configuram como atendimento imediato/prioritário. Da mesma forma acontece com os usuários que solicitam consultas para o dentista quando estão com problemas de saúde agudos, estes aguardam na UBS para ser atendidos. Oferecemos serviços de prótese dentária,

mas não temos oferta de atendimento odontológico especializado, como por exemplo tratamento de canal, tratamento periodontal, cirurgias e lesões de mucosa.

Temos uma equipe de trabalho que se encontra adequada ao tamanho da população. Durante a análise situacional foram coletadas informações sobre as principais ações programáticas realizadas na Unidade de saúde que serão descritas abaixo.

Em relação ao atendimento do pré-natal este acontece uma vez por semana, nas sextas-feiras. Conforme a estimativa do Caderno de Ações Programáticas (CAP) disponibilizado pelo curso da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) foi identificada que na área de abrangência existem 34 gestantes, contudo, só identificamos 10 gestantes em acompanhamento em clínica privada o qual apresenta um indicador de cobertura de 29% do estimado. Não identificamos a existência de gestantes fora da área de cobertura da UBS em acompanhamento. O atendimento pré-natal é realizado por toda equipe: enfermeiro, médico ginecologista-obstetra, técnico de enfermagem. Após a consulta de pré-natal, a gestante sai com a próxima consulta agendada.

Em relação aos indicadores de qualidade os indicadores alcançaram 100% em várias ações, tais como, pré-natal iniciado no 1º Trimestre, consultas em dia de acordo com calendário do MS, solicitação na 1ª consulta dos exames laboratoriais preconizados, vacina antitetânica conforme protocolo, vacina, contra hepatite B conforme protocolo, exame ginecológico por trimestre e orientação para aleitamento exclusivo. A avaliação de saúde bucal foi realizada para 5 gestantes, (50%) e a prescrição de suplementação de sulfato ferroso conforme protocolo ocorreu para 8 gestantes (80%).

Na UBS existe um protocolo de atendimento pré-natal produzido pelo Ministério da Saúde (MS), publicado em 2012. Todas as ações mínimas são ofertadas as gestantes da nossa área, inclusive a realização de grupos de gestantes que acontece uma vez por mês às terças e quintas-feiras e 100% das gestantes participam destes grupos. As reuniões que os profissionais dedicam ao planejamento, gestão e coordenação do programa de pré-natal são realizadas semanalmente todas as quartas-feiras onde são debatidos todos os problemas e são planejadas ações para a próxima semana de trabalho.

No que se refere ao acompanhamento das puérperas na Unidade de saúde, atualmente, estamos acompanhando 25 puérperas de 28 estimadas pelo CAP, no

qual apresenta o indicador de cobertura de 89%. Em relação aos indicadores de qualidade todos encontram-se em 100%, ou seja todas as puérperas receberam as seguintes ações: consultaram antes dos 42 dias de pós-parto, tiveram a sua consulta puerperal registrada, receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido, sobre aleitamento materno exclusivo, planejamento familiar. Todas as puérperas tiveram as mamas e o abdome examinados, realizaram o exame ginecológico, tiveram seu estado psíquico avaliado e foram avaliadas quanto a intercorrências.

Quanto ao total de crianças menores de um ano residentes na área, identificamos o acompanhamento de 15 crianças, sendo que no CAP foi estimada 28 crianças menores de um ano, perfazendo um indicador de cobertura de 54%. Em relação aos indicadores de qualidade, os que atingiram 100% foram: consultas em dia de acordo com o protocolo do MS, teste do pezinho até sete dias, triagem auditiva, monitoramento do crescimento e desenvolvimento, vacinação em dia e orientações para aleitamento materno exclusivo e prevenção de acidentes.

A forma de registro que realizamos na UBS permitiu o preenchimento das informações solicitadas no CAP para calcular os indicadores. Realizamos atendimento de puericultura para todos os grupos etários de crianças de 0 a 72 meses. Este tipo de atendimento é agendado e programado, mas se uma criança é trazida à consulta por demanda espontânea atendemos em qualquer dia da semana e em qualquer turno. Desenvolvemos todos os tipos de ações no cuidado com as crianças na puericultura como: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, saúde mental, imunizações, prevenção de anemia, violência, promoção do aleitamento materno, teste do pezinho, entre outras. É também utilizada a classificação para identificar crianças de alto risco. Sempre é solicitada a caderneta da criança nos atendimentos e conversamos com a família sobre temas para um bom desenvolvimento da criança.

Realizamos atividades com grupos de mães das crianças no âmbito da UBS e o percentual de mães que participam do grupo é de 100%. Todos os profissionais participam deste grupo e fazemos reuniões com uma periodicidade semanal para o planejamento das ações. Na Unidade de saúde o pediatra oferece atendimento todas às quartas-feiras de manhã. Ofertamos o sulfato ferroso para todas

as crianças maiores de seis meses e o mesmo acontece com a distribuição de vitamina A.

Quanto ao câncer do colo de útero e câncer de mama, as ações de prevenção da saúde são estratégias fundamentais, não só para aumentar a frequência e adesão das mulheres aos exames, como para reforçar sinais e sintomas de alerta, que devem ser observados pelas usuárias. Além de abordagens para grupos específicos (por exemplo, gestantes, mães de crianças em puericultura, idosas), é fundamental que os processos educativos ocorram em todos os contatos da usuária com o serviço de saúde, estimulando-a a realizar os exames de acordo com a indicação. A realização do citopatológico ocorre na própria UBS, podendo ser realizado durante a consulta ou em agendamentos específicos para esse fim.

Na Unidade de saúde o total de mulheres entre 25 e 64 anos está com a cobertura em 100%, ou seja, 630 mulheres estão cadastradas e em acompanhamento. Em relação aos indicadores de qualidade encontramos que 510 mulheres nesta faixa etária encontra-se com exame cito patológico para câncer de colo de útero em dia (81%). Este mesmo percentual de mulheres receberam orientações sobre prevenção de câncer de colo de útero e sobre DST's, contudo somente 480 mulheres (76%) tiveram exames coletados com células representativas da junção escamo colunar, 23 mulheres (4%) encontram-se com exame citopatológico para câncer de colo de útero com mais de 6 meses de atraso e 4 mulheres (1%) tiveram exame citopatológico para câncer de colo de útero alterado.

Realizamos ações de educação e saúde para as mulheres, principalmente, orientando sobre a realização periódica do exame preventivo do câncer do colo uterino que ocorre duas vezes na semana, nas quartas e quintas-feiras em qualquer turno. Contudo, se alguma mulher precisar realizar este exame outro dia, a equipe realiza. A coleta de exame citopatológico geralmente é realizada por uma enfermeira da UBS, mas se for preciso pode ser feito pelo médico. Todos os profissionais da UBS aproveitam seu contato com as mulheres para verificar a necessidade de realizar a prevenção do câncer do colo uterino. O tipo de rastreamento do câncer do colo de útero que se utiliza é o organizado, já que as mulheres deste grupo de idade são organizadas para serem atendidas nestes dias da semana.

Quanto ao controle do câncer de mama, o total de mulheres entre 50 e 69 estimada pela CAP está em torno de 237 mulheres, contudo, identificamos o acompanhamento de 209 mulheres, perfazendo um indicador de cobertura de 88%.

Destas mulheres cadastradas, 198 encontra-se com a mamografia em dia (95%) e 17 mulheres estão com este exame em atraso (8%).

Realizamos ações de educação em saúde para as mulheres principalmente visando o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama. O rastreamento do câncer de mama ocorre através do exame clínico das mamas e/ou através da solicitação de mamografia, disponibilizado todos os dias da semana e em todos os turnos. Estas ações de rastreamento do câncer de mama são realizadas pelo médico e pelo enfermeiro. Contudo, todos os profissionais aproveitam seu contato com as pacientes para verificar a necessidade de realizar as ações de rastreamento do câncer de mama. O tipo de rastreamento do câncer de mama utilizado na UBS é organizado, mas também de forma oportunística. Nos últimos três anos não temos mulheres com mamografia alterada.

Quanto ao programa de atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) foi estimado pelo CAP a presença de 514 hipertensos, contudo estão cadastrados 447 hipertensos, totalizando um indicado de cobertura de 87%. Em relação aos diabéticos a estimativa foi de 147 diabéticos, contudo somente 48 estavam cadastrados, apresentando uma cobertura de 33%.

Os indicadores de qualidade para os usuários com HAS foram os seguintes: 100% dos usuários com HAS realizaram de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, receberam orientação sobre prática de atividade física regular, orientação nutricional para alimentação saudável e receberam avaliação de saúde bucal. Identificamos que 230 usuários com HAS encontram-se em atraso da consulta agendada em mais de 7 dias (51%) e 340 estão com os exames complementares periódicos em dia (76%).

Já os indicadores de qualidade para os usuários com DM encontram-se muito bem apresentados; 100% dos usuários cadastrados realizaram estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, realizaram exames complementares periódicos em dia, realizaram exame físico dos pés nos últimos 3 meses, tiveram a palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses, estão com a medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses e receberam orientações sobre prática de atividade física regular, orientação nutricional para alimentação saudável e avaliação de saúde bucal em dia.

Realizamos atendimento de adultos com HAS e /ou DM todos os dias da semana, nos dois turnos de atendimento sendo realizado por todos os integrantes de minha equipe de trabalho. Além dos atendimentos clínicos ofertamos as seguintes ações de saúde: imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal e mental, diagnóstico e tratamento do alcoolismo, da obesidade, do sedentarismo e do tabagismo. Os atendimentos são registrados em prontuário clínico.

A maioria dos usuários que comparecem a Unidade de saúde são idosos, estes são mais vulneráveis às doenças em função do processo de envelhecimento que ocasiona perdas funcionais como da visão, da capacidade de deambulação, que determinam também diminuição da autonomia. Por isso, o atendimento a esta população foca intensamente na preservação da funcionalidade, na preservação de sua autonomia, na inclusão social e em cuidados e tratamentos que visam melhorar a qualidade de vida. Realiza atendimento de idosos todos os dias da semana, nos dois turnos de atendimento. Toda a equipe participa do atendimento dos idosos, que já sai da UBS com a próxima consulta programada. Além das consultas programadas, existem idosos que vão buscar atendimento em função de problemas de saúde agudos e, desta forma, são atendidos com prioridade.

Segundo a estimativa do CAP, temos na área de abrangência 313 idosos, e todos eles estão sendo acompanhados, totalizando uma cobertura de 100%. Em relação aos indicadores de qualidade os resultados encontrados foram: 210 idosos possuem a caderneta de saúde da pessoa idosa (67%), 200 idosos realizaram Avaliação Multidimensional Rápida (64%), 240 idosos estão com HAS (77%), 20 idosos estão com DM (7%) e todos os idosos receberam avaliação de risco para morbimortalidade, foram Investigados para fragilização na velhice e receberam orientações nutricionais para hábitos alimentares saudáveis e para a atividade física regular (100%).

Além dos atendimentos clínicos ofertamos outras ações de cuidado aos idosos, são elas: imunizações, atendimento de saúde bucal, diagnóstico e tratamento do alcoolismo, da obesidade, do sedentarismo e do tabagismo. Os atendimentos dos idosos são registrados no prontuário clínico, no formulário especial, na ficha de atendimento odontológica, entre outros.

EM relação ao atendimento de saúde bucal, de modo geral, este serviço está bem estruturado na Unidade de saúde. Temos dois odontólogos e um técnico de

saúde bucal, que atua todos os dias da semana, nos dois turnos de atendimento. Uma vez ao mês, realizam-se ações programadas em escolas para garantir este tipo de atendimento aos escolares. Durante o atendimento odontológico realiza-se mais de um procedimento (aplicação de flúor, restauração, profilaxia ou extração), esta proposta de atendimento reduz o número de consultas necessárias para concluir os tratamentos. Desta forma, a média de procedimentos clínicos por habitante/mês está em torno de 192 procedimentos clínicos no mês.

Identificamos os seguintes resultados para os usuários que tiveram o tratamento concluído para saúde bucal: 51 pré-escolares (93%), 204 escolares (77%), 1175 usuários na faixa etária entre 15 a 59 anos (98%) exceto as gestantes por constituir um grupo populacional específico, 260 idosos (90%) e 9 gestantes (90%).

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

Comparando o texto que apresenta a situação da ESF/APS em meu serviço da segunda semana de ambientação do curso de especialização com o relatório da análise situacional, cheguei à conclusão que neste momento já tenho melhor conhecimento sobre a situação da UBS, sobre o processo de trabalho da equipe, sobre as demandas mais prevalentes de saúde dos usuários e melhor conhecimento acerca do funcionamento do sistema de saúde no município.

A análise situacional proporcionou uma reflexão de toda a equipe sobre a estrutura da unidade, sobre as práticas exercidas nas diversas ações programáticas realizadas na unidade, sobre o engajamento público e acolhimento dos usuários. É importante ressaltar que tenho outro olhar para o trabalho desenvolvido na UBS e que esta proposta de realizar uma análise situacional das questões de saúde da UBS onde atuo está sendo muito útil, pois nos fornece ferramentas para enfrentar os problemas identificados, para reorganizar o processo de trabalho e melhorar o nosso trabalho na comunidade.



## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira. Não há uma causa única para estas doenças, mas existem vários fatores de risco que aumentam a probabilidade de sua ocorrência. A HAS e DM representam dois dos principais fatores de risco, contribuindo decisivamente para o agravamento deste cenário em nível nacional. A hipertensão afeta de 11 a 20% da população adulta com mais de 20 anos. Cerca de 90% dos pacientes com acidente vascular encefálico (AVE) e 40% das vítimas de enfarto do miocárdio apresentam hipertensão associada. (BRASIL, 2013).

O diabetes atinge a mulher grávida e todas as faixas etárias, sem qualquer distinção de raça, sexo ou condição sócio econômica. Na população adulta sua prevalência é de 7,6%. Estas doenças levam com frequência à invalidez parcial ou total do indivíduo. (BRASIL, 2013)

A escolha da ação para o trabalho de intervenção por nossa equipe de saúde na UBS do município Doutor Ricardo deu-se porque são doenças que tem alta incidência e prevalência com crescimento nos últimos meses das complicações cerebrovasculares ,insuficiência renal aguda e fica dentro das primeiras causas de morte.

Em nossa UBS temos a equipe de trabalho completa. Realizamos visitas domiciliares, segunda-feira e terça-feira todo dia e quarta-feira pela manhã. Nessas visitas temos encontrado muitas pessoas com doenças crônicas não transmissíveis que não tinham conhecimento de suas doenças, muitas delas com hábitos dietéticos errados e sem conhecimento das possíveis consequências para sua saúde. A HAS e DM são doenças crônicas muito frequentes e quase sempre estão relacionadas.

A maioria das pessoas que sofrem de hipertensão tem o risco de sofrer diabetes (BRASIL, 2013a; 2013b). O controle exige alterações do comportamento em relação a dieta, ingestão de medicamentos e troca de estilo de vida, isto compromete sua qualidade de vida. As orientações adequadas que o médico oferece aos usuários contribui no tratamento e no reconhecimento da importância de descobrir a tempo as possíveis complicações, prevenindo precocemente as complicações de saúde.

A equipe de saúde é composta por dois médicos, uma enfermeira, uma psicóloga, dois técnicos em enfermagem, uma assistente social, dois dentistas, uma recepcionista e cinco ACS. Nosso município tem uma população total de 2.030 habitantes. Pretendemos atingir 95% de cobertura para a população que sofre de HAS e 50% para os usuários com DM. A partir da estimativa do CAP existem 514 usuários com HAS, contudo estão cadastrados 447, totalizando um indicado de cobertura de 87%. Em relação aos usuários com DM a estimativa foi de 147, contudo somente 48 estavam cadastrados, apresentando uma cobertura de 33%.

Não disponibilizamos atendimento de consultas agendadas para a população que sofre de doenças crônicas, contudo iremos tentar reorganizar essa agenda, programando consultas para a população com HAS e DM, além de realizar exames laboratoriais para conhecer o estado de saúde deles, realizar exame bucal e a pesquisa de sinais de complicações. Para conseguir a adesão da população, primeiro nos dedicaremos a educar a população através da oferta de ações de promoção e prevenção focadas em mostrar a importância do diagnóstico oportuno dessas doenças e suas complicações, durante as visitas domiciliares e nas reuniões com as comunidades, isso acontecerá em união com a equipe de saúde.

Acredito que uma das principais limitações para este projeto é a resistência de algumas pessoas que não estão interessados em mudar estilos de vida nem costumes prejudiciais para sua saúde, por isso, é importante nosso trabalho profilático e educativo. Temos o apoio da secretaria de saúde e de toda a equipe objetivando melhorar o estado de saúde da população do município, pois essas doenças são as principais envolvidas na morbimortalidade do município.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na USF Doutor Ricardo, Doutor Ricardo/RS.

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

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

Meta 1.1 Cadastrar 95% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Meta 1.2 Cadastra 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar registros das informações.

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

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

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

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade Básica de Saúde Doutor Ricardo, no município de Doutor Ricardo, estado do Rio Grande do Sul. Participarão da intervenção todos os usuários da área de abrangência da UBS maiores de 20 anos.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

Objetivos 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos na USB.

Meta 1: Cadastrar 95% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 2: Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Ação: Monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: Para realizar estas ações, iremos avaliar nas reuniões de equipe, com uma frequência mensal, o cadastramento dos usuários através das fichas espelho e prontuário em relação aos usuários com HAS e DM que foram cadastrados. Os responsáveis por essas ações será toda a equipe.

### Organização e Gestão do Serviço

Ação: Acolher todos os usuários com HAS e DM da área de abrangência.

Detalhamento: Para realizar estas ações realizaremos visitas domiciliares em toda a área de abrangência, assim como nos grupos nas comunidades, com uma frequência semanal. Teremos como responsáveis toda a equipe da saúde.

Ação: Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento: Para realizar esta ação levaremos em conta o cadastros feitos pelas ACS e toda a equipe de saúde que utiliza o prontuário e a ficha de espelho com uma frequência semanal.

Ação: Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e para a realização do hemoglicoteste, na unidade de saúde.

Detalhamento: Para pode realizar estas ações realizaremos mensalmente o pedido à farmácia da secretaria de saúde para garantir o material que precisamos conforme à quantidades de pacientes da área. Além de fazer o pedido para a enfermeira da UBS. Mensalmente faremos o controle para garantir os registros que for preciso.

### Engajamento Público

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Ação: Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Para realizar estas ações realizaremos palestras na comunidade para orientar sobre a importância de aferir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, assim como, os fatores de risco para o desenvolvimento dda HAS e DM com uma frequência quinzenal.

### Qualificação da Prática Clínica

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

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

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

Detalhamento: Para realizar estas ações organizarei palestras para capacitar a equipe sobre o cadastramento de usuários com HAS e DM, para verificação da pressão arterial e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Também realizaremos capacitação aos ACS para o cadastramento destes usuários em toda área de abrangência, com uma frequência de quinze dias.

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

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado a 100% dos usuários hipertensos cadastrados.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado a 100% dos usuários diabéticos cadastrados.

### Monitoramento e Avaliação

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

Detalhamento: Monitorar o agendamento de todos os usuários doentes de hipertensão e diabetes. Para isto se orientará a recepcionista da realização desta atividade, assim como a enfermeira e técnica de enfermagem do nosso Serviço. Acompanharemos os hipertensos e diabéticos, realizando exame clínico apropriado, com exames laboratoriais solicitados e monitoramento do acesso aos medicamentos da farmácia popular. Vamos também monitorar aqueles pacientes que precisem de atendimento odontológico por meio da revisão dos prontuários. Monitorar os resultados dos exames e informar aos pacientes nas consultas e nas visitas domiciliares. Realizar exames de laboratório aos usuários enfermos para avaliar o estado de saúde. Os usuários com resultados positivos nos exames e aos que

tenham diagnosticado alguma complicação, encaminhar para os especialistas dentro da necessidade.

#### Organização e gestão dos serviços

**Ações:** Definir atribuições individuais no exame clínico dos usuários hipertensos e diabéticos, capacitar os profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade e dispor de atualizações do protocolo impresso na unidade.

**Detalhamento:** Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e diabéticos, estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais. Disponibilizar de prontuários a todos os pacientes que cheguem na UBS para consultar com qualidade ótima. Responsabilizar os técnicos e enfermeiros na tomada de sinais vitais e realizar teste rápido de glicose aos diabéticos o suspeitos de sofrer da doença. Dialogar com a Secretaria de Saúde para ajudar na realização dos exames e nos casos que precisam avaliação especializada encaminhar com a finalidade de melhorar sua qualidade de vida. Realizar acolhimento dos pacientes com resultado de laboratório alterado. Realizar visitas domiciliares aos que não vão às consultas.

#### Engajamento público

**Ação:** Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e do diabetes sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

**Detalhamento:** Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas, ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabéticos (se houver número excessivo de faltosos), esclarecer aos portadores de hipertensão e diabéticos e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas, educamos nas consultas e nos grupos a este respeito. No início, iremos quantificar faltosos.

#### Qualificação da prática clínica

**Ação:** Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.



Detalhamento: Treinar mensalmente os integrantes da Equipe para orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

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

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

#### Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Detalhamento: Através dos ACS serão coletados os resultados dos exames dos usuários que o possui e os demais serão orientados a se dirigir a UBS para a médica solicitar os mesmos para ter uma avaliação mais precisa , isto ocorrerá mensalmente.

#### Organização e gestão do serviço

Ações: Garantir a solicitação dos exames complementares. Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Estabelecer sistemas de alerta dos exames complementares preconizados.

Detalhamento: Solicitar ao gestor Municipal a priorização dos exames realizados nos usuários escolhidos para a pesquisa do projeto garantindo assim a agilidade dos resultados.

#### Engajamento público

Ações: Orientar os usuários hipertensos e diabéticos a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares. Orientar os pacientes e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: Capacitar os ACS quanto a importância da realização dos exames complementares, sendo assim nas visitas domiciliares orientaram os usuários que tem a necessidade de realizar os mesmos.

#### Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Na reunião de equipe realizada mensalmente será orientados todos os integrantes das mesmas sobre a importância dos usuários realizarem os exames complementares. DETALHAR COMO REALIZARÀ ESTAS AÇÕES.

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

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

#### Monitoramento e avaliação.

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular.

Detalhamento: Através do controle feito pela farmacêutica da UBS é possível monitorar mensalmente todos os medicamentos retirados para o controle das doenças supra citadas.

#### Organização e gestão do serviço.

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

Detalhamento: Conforme o monitoramento feito pela farmacêutica é possível fazer o controle do estoque entrega e validade dos medicamentos usados pelos usuários.

#### Engajamento público

Ação: Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular e possível alternativa para obter este acesso.

Detalhamento: Criamos grupos nas comunidades para orientar os usuários dos direitos de receber os medicamentos de forma gratuita nas Farmácias Populares bem como os mesmos recebem a mesma orientação nas visitas feitas pelas ACS.

#### Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Nas reuniões mensais de equipe os médicos participarão de capacitação sobre como usar o protocolo padrão de conduta sobre o tratamento da hipertensão e diabetes, bem como o restante da equipe é capacitado para orientar os usuários sobre as alternativas de acesso aos medicamentos na farmácia popular.

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

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

#### Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar os usuários hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Nas consultas realizadas pelo médico é feito o exame físico geral onde é observado se existe ou não a necessidade de encaminhamento para o odontólogo, para prevenir doenças.

#### Organização e gestão do serviço

Ações: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos. Organizar parcerias com odontólogos para agendar (se possível) a realização do atendimento dos hipertensos e diabéticos avaliados com necessidade de atendimento.

Detalhamento: Com parceria do técnico de saúde bucal o paciente que tem a necessidade de atendimento odontológico já sai da consulta medica com a data agendada para a realização do mesmo.

#### Engajamento público

Ação: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Os odontólogos da UBS fazem palestras a comunidade bem como visitas domiciliares e as escolas do município mensalmente pra orientar sobre a importância da saúde bucal.

#### Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Nas reuniões realizadas mensalmente os odontólogos capacitam a equipe sobre a necessidade de atendimento odontológico nos usuários hipertensos e 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.

#### Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: Esta ação continuará sendo realizada através da avaliação dos prontuários clínicos individuais realizados pela médica e enfermeira, semanalmente.

#### Organização e Gestão do Serviço

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

Ação: Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Nas reuniões da equipe serão organizadas conjuntamente com os ACS as visitas domiciliares e consultas, semanalmente.

#### Engajamento Público

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos).

Ação: Esclarecer aos portadores de hipertensão, diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Tais ações continuarão sendo realizadas pela equipe de saúde, principalmente as ACS, sobre a importância de realização das consultas e sua periodicidade e a prevenção de complicações destas doenças, semanalmente.

#### Qualificação da Prática Clínica

Ação: Treinar integrantes da equipe para orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: Esta capacitação será realizada todos os meses durante a reunião com toda a equipe na qual serão discutidas todas estas ações e avaliaremos todas as questões referentes ao cadastramento e as orientações específicas a cerca da periodicidade das consultas dos pacientes. Estas orientações serão dadas pelo medico.

.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações dos pacientes hipertensos e diabéticos da área.

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, assim como registro adequado na ficha de acompanhamento.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde, assim como registro adequado na ficha de acompanhamento.

### Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e/ou diabéticos na UBS.

Detalhamento: O registro deverá ser feito com letra legível, contemplando sintomas, diagnóstico, solicitação de resultado e interpretação de exames, tratamentos, encaminhamentos, renovação de receita. O registro será monitorado pelo médico com uma frequência semanal.

### Organização e Gestão do Serviço

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Ação: Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença."

Detalhamento: Já dispomos de um livro de acompanhamento dos registros desses usuários, sendo a técnica de enfermagem responsável por esse preenchimento. Iremos dar continuidade na atualização de dados e colocaremos a data do agendamento da próxima consulta.

O sistema de alerta será realizado semanalmente através da revisão do prontuário e a ficha de espelho, e terá como responsável a enfermagem.

### Engajamento Público

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

Detalhamento: Esta ação será realizada através das visitas domiciliares, nos grupos nas comunidades e palestras com uma frequência quinzenal, tendo como responsável toda a equipe.

### Qualificação da Prática Clínica

Ação: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e/ou diabéticos e para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: Todas estas ações serão realizadas durante a reunião da equipe junto com o secretário, mensalmente.

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

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

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

#### Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Toda a equipe realizará este monitoramento. A estratificação de risco cardiovascular nos hipertensos e diabéticos ocorrerá em cada consulta médica e será registrado no prontuário médico, além do preenchimento nos registros específicos.

#### Organização e Gestão do Serviço

Ação: Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco

Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda

Detalhamento: Estas ações serão realizadas através de um monitoramento correto e uma boa aplicação de protocolo de atendimento com um adequado seguimento e controle de todos os exames indicados pelo médico daqueles pacientes de alto risco. O responsável será o médico.

#### Engajamento Público

Ação: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular

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

Detalhamento: As orientações serão desenvolvidas coletivamente, nas comunidades, e individualmente durante as consultas médicas desenvolvidas na UBS. Os responsáveis por essa ação será toda a equipe de saúde.

#### Qualificação da Prática Clínica

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

Ação: Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

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

Detalhamento: O controle dos fatores de risco serão abordados mediante a promoção de hábitos saudáveis, atividade física, investigação através de análise laboratorial e tratamento. Orientaremos sobre o nível de risco e a importância de acompanhamento sistemático e como modificar algum destes fatores de risco. Essa capacitação terá como responsável o médico.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos da área.

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 pacientes hipertensos.

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

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

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

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

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



### Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.

Ação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.

Ação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.

Ação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Todas essas orientações serão monitoradas durante as consultas, grupos e conversas com os pacientes cujo objetivo é promover saúde e prevenir complicações das mesmas. Estas ações ocorrerão com uma frequência quinzenal e terá como responsável toda a equipe.

### Organização e Gestão do Serviço

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

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

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Ação: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

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

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

Detalhamento: A organização de práticas coletivas sobre alimentação saudável será realizada através de palestras realizadas pela nutricionista. Também contamos com a presença da psicóloga e fisioterapeuta na qual falarão sobre o abandono do tabagismo e importância da realização de atividades físicas respectivamente. Toda a equipe ficará responsável para organizar e realizar estas ações, que ocorrerá mensalmente.

Solicitaremos do gestor a participação mais efetiva desses profissionais especialistas nas atividades coletivas. Agendaremos uma reunião mensalmente visando garantir essas solicitações para a UBS.

### Engajamento Público

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

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

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

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

Detalhamento: Realizaremos palestras com os grupos e a comunidades sobre as doenças crônicas, principalmente, sobre esses temas, além da alimentação saudável, prática de atividades físicas, riscos de tabagismo e saúde bucal. Estas atividades serão realizadas pela nutricionista, psicóloga, dentista juntos com a equipe de saúde com uma frequência mensal.

### Qualificação da prática clínica

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

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

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

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

Ação: Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas.

Ação: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: Todas estas ações serão realizadas na reunião na equipe mensalmente, tendo como responsável o médico.

## 2.3.2 Indicadores

Objetivo 1: Ampliar a cobertura da atenção dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência.

Meta 1.1 Cadastrar 95% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado aos 100 % dos hipertensos cadastrados.

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado aos 100% dos pacientes diabéticos cadastrados.

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

Numerador: Número de diabéticos com o exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 3.1 Proporção de hipertensos faltosos as consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

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

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

Indicador 3.2 Proporção de diabéticos faltosos as consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

Indicador 4.1 Proporção de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com ficha de acompanhamento.

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

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

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

Indicador 4.2 Proporção de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com ficha de acompanhamento.

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

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

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

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

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos cadastrados na unidade com estratificação do risco cardiovascular.

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

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

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

Indicador 5.2 Proporção de diabéticos cadastrados na unidade com estratificação do risco cardiovascular.

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Metas 6.3 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 6.3 Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Metas 6.4 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.4 Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 6.5 Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.6 Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 6.7 Proporção de hipertensos com orientação de prática regular de atividade física.



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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.8 Proporção de diabéticos com orientação de prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **2.3.3 Logística**

Para realizar a intervenção no programa de atenção aos usuários com HAS e DM vamos adotar os cadernos da atenção básica "Estratégias para os cuidados das pessoas com doenças crônicas: Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013 (número 36 e 37). Utilizaremos o prontuário clínico para registrar as informações, bem como utilizaremos a ficha espelho disponibilizada pelo curso.

Propomos-nos alcançar uma cobertura de 95% e 50% de cobertura para usuários com HAS e DM, respectivamente. A equipe fará contato com a associação do bairro e a comunidade onde informaremos sobre a existência do programa de atenção aos usuários com HAS e DM. Explicaremos a importância de aferir a pressão arterial a partir dos 18 anos pelo menos, anualmente, assim como o rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, além de orientarmos sobre os fatores de risco para o desenvolvimento destas doenças.

Para organizar o registro específico do programa, um membro da equipe capacitado revisará o livro de registro semanalmente disponibilizado na unidade, e os prontuários clínicos destes usuários, identificando todos os pacientes hipertensos e diabéticos que vieram ao serviço nos últimos três meses, e transcreverá todas as informações disponíveis para o livro criado pelo enfermeiro e o médico e que serão discutidas nas reuniões da equipe uma vez ao mês. Ao mesmo tempo realizaremos

o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas, vacinas, exames clínicos e laboratoriais em atraso.

Após discutir e definir o foco de intervenção com a equipe começaremos a intervenção com a capacitação de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde, para que a equipe utilize esta referência na atenção dos usuários portadores destas doenças em relação ao manejo e acompanhamento dos mesmos, verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, assim como a realização do hemoglicoteste, e como deve orientar ao usuário sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular\Hiperdia. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto será reservada uma hora ao final da reunião semanal da equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe.

Para aumentar o porcentual do cadastro e adesão a consulta dos usuários com hipertensão e diabetes realizaremos atividades de educação em saúde para a população e durante as visita domiciliares. Para isto contaremos com o apoio dos ACS os quais farão palestras em cada visita domiciliar orientando os usuários e seus familiares sobre a importância de uma alimentação saudável, assim como prática de exercícios físicos regular, sobre os malefícios do tabagismo e a existência de tratamentos para abandonar o mesmo, importância da higiene e avaliação frequente da cavidade bucal, além de a consulta de acompanhamento e realização frequente de exames complementares, sobre a existência do Programa de atenção a estes pacientes, além da frequência e horário das consultas de atendimento semanais ofertados na UBS.

O acolhimento destes usuários será realizado pela enfermeira ou ACS, priorizando sempre aqueles usuários com atrasos na consulta programada, os pacientes avaliados como de alto risco, com problemas agudos de saúde, e os que buscam agendamento para a consulta de acompanhamento. Os pacientes sairão da unidade com a próxima consulta agendada. As ações realizadas durante as consultas de acompanhamento serão as seguintes: exame físico, incluindo a verificação de pressão arterial, dados antropométricos (peso, altura e circunferência abdominal) para o cálculo do índice de Massa Corporal (IMC), a avaliação de risco cardiovascular e avaliação bucal.

Nas consultas que identificarmos a necessidade de atendimento odontológico, agendaremos o atendimento para a equipe de saúde bucal, pois apesar de termos disponíveis dois odontólogos, o tipo de atendimento odontológico que se oferece é por demanda espontânea. Para organizar a agenda de saúde bucal para a realização do atendimento dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico, a equipe de saúde bucal utilizará como estratégia disponibilizar atendimento a oito usuários HAS e quatro com DM, semanalmente, as quais serão agendadas previamente pela equipe de saúde.

Faremos contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade na igreja da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo primeiramente sobre a existência do programa na UBS, a importância da consulta de acompanhamento regular, e sobre a atenção prioritária a estes pacientes, assim como solicitaremos o apoio da comunidade para a identificação dos usuários em atraso na consulta programada. Durante todos os meses compartilharemos nas reuniões com a comunidade os indicadores de qualidade, os faltosos ao retorno programado e a situação do programa.

O enfermeiro e o médico capacitarão os ACS na avaliação de risco para ambas as doenças, a importância do registro desta avaliação, assim como, conhecimento das medidas de controle dos fatores de risco passíveis de modificação. Ocorrerão a cada 15 dias nas reuniões da equipe.

Através das ações de saúde planejadas nas reuniões semanais, vamos aumentar as atividades de promoção e educação em saúde sobre a não adesão ao uso de tabaco, álcool e drogas, a prática de atividade física regular, os hábitos alimentares saudáveis, sobre a existência de tratamentos para abandonar o tabagismo. Para isto utilizaremos pôster, videoconferência, apresentações em data show e distribuição de folders elaborados pelo enfermeiro e com apoio dos gestores da unidade para a disponibilidade de recursos como folhas, impressora e outros que se precisarem. Ao final de cada mês a equipe analisará os resultados da intervenção pelos dados do arquivo específico criado por nós e que uma das integrantes da equipe atualizará e informará para avaliar os resultados do programa.

### 2.3.4 Cronograma

AÇÕES	SEMANAS															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Capacitação dos ACS para a busca ativa dos pacientes faltosos as consultas.	x	x	X	x	x	X	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x
Realizar atendimento clínico	x	x	X	x	x	X	x	x	x	x	X	x	x	x	x	X
Cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	X
Palestras a população		x		x		x		x		x		x		x		X
Visita domiciliária	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	X
Encontros comunitários	x		X		x		x		x		X		x		x	
Educar e orientar sobre os principais sintomas de complicações (diminuição da acuidade visual, perda da sensibilidade nos pés)		x				x				x				x		
Monitorar a intervenção	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	X
Conversar com as lideranças locais	x			x				x				x				X

### **3 Relatório da Intervenção**

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

Para realizar a intervenção de melhoria do programa de atenção aos usuários com HAS e DM na UBS foram adotados os cadernos de atenção básica do MS (BRASIL, 2013a; 2013b). Imprimimos estes documentos e deixamos na UBS, onde estão todos os outros cadernos de atenção básica para que fossem utilizados por toda a equipe de saúde.

A qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde foi monitorada e avaliada, mantemos as informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) atualizadas, implantamos a ficha de acompanhamento, pactuada com a equipe de saúde sobre o registro das informações. Toda a equipe foi responsável pelo monitoramento dos registros dos usuários com HAS e DM. Foi criado um sistema de registro que viabilizou situações quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, na realização de exame complementar e a não realização de estratificação de risco cardiovascular.

Foram atualizados os prontuários eletrônicos e a ficha espelho disponibilizada para cada um dos usuários hipertensos e diabéticos, em cada reunião da equipe. A cada semana foi feito o monitoramento das ações realizadas e os dados contidos nas fichas foram digitados na planilha eletrônica de coleta de dados pela médica da equipe de saúde da UBS. Todo usuário com HAS e/ou DM que procurou a Unidade de saúde com queixa de quadro agudo foram atendidos no mesmo dia e disponibilizado vagas para esses atendimentos de forma programada.

Os usuários com HAS e/ou DM foram acolhidos na UBS pela recepcionista da UBS e encaminhados para o consultório da técnica de enfermagem que fez a aferição dos sinais vitais (pressão arterial, batimentos cardíacos, frequência respiratória, saturação de oxigênio), hemoglicoteste, peso corporal, altura de cada

paciente, e os dados foram registrados no prontuário eletrônico do usuário hipertenso ou diabético. Os dados da avaliação de risco cardiovascular, exame clínico, (exame físico completo, peso, altura, avaliação da cavidade oral, ausculta cardíaca e pulmonar, pele e pés), foram registrados pela médica nas consultas, o exame complementar foi solicitado e avaliado pelos médicos da UBS.

Os ACS identificaram os pacientes acamados que não conseguiam se deslocar até a UBS e informaram nas reuniões da equipe. As visitas foram realizadas nas segundas-feiras e foi feito um cronograma para que esses usuários pudessem ser avaliados nas visitas domiciliares pela enfermeira e pela médica da equipe de saúde em concordância com a coordenadora da UBS.

Nas comunidades foram realizadas atividades de promoção da saúde, relacionada com as doenças crônicas não transmissíveis e divulgadas pela rádio local.

Com o auxílio das ACS foram convidados todos os usuários hipertensos e diabéticos de cada comunidade do município para encontros que aconteceram conforme agenda previamente programada, foi seguido um padrão de encontro onde foram visitadas todas as comunidades, estas atividades foram feitas através de palestras e apresentação de vídeos sobre doenças crônicas não transmissíveis foram realizadas dinâmicas com balões onde foi demonstrado a importância da atividade física essas atividades foram realizadas mensalmente, houve uma aceitação muito boa onde praticamente 100% dos hipertensos e diabéticos de cada comunidade participaram dos grupos.

Foram realizadas capacitações sobre os temas principais da intervenção, HAS e DM durante as reuniões de trabalho da equipe e atualizações dos profissionais da equipe de saúde no cadastro dos usuários com HAS e DM e sobre os dados da intervenção em geral.

Através de vídeos e palestras foram explanados os assuntos acima citados onde houve uma boa aceitação dos integrantes da equipe foi realizado mensalmente na UBS, bem como com as ACS foram realizadas dezesseis reuniões, semanalmente, pois eram elas que traziam as informações sobre os usuários sendo assim trocando ideias para organização do projeto e facilitando a intervenção clínica.

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

Todas as ações previstas no projeto da intervenção foram desenvolvidas com sucesso, com o auxílio de toda a equipe de saúde da UBS.

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

As principais dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção foram usuários que não estavam cadastrados no registro da UBS e possuíam dados incompletos nos prontuários individuais. Mas realizamos com sucesso o fechamento das planilhas de coletas de dados, para o cálculo dos indicadores mensais.

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

A incorporação das ações previstas no projeto terá continuidade como rotina. Mesmo com a finalização do curso, continuaremos revisando os prontuários individuais dos usuários com HAS e DM de forma sistemática para avaliação clínica, conforme estabelece o protocolo do MS. Continuaremos solicitando os exames complementares a cada 6 meses destes usuários, manteremos a busca ativa de pacientes acamados para visita domiciliar, realizaremos a avaliação clínica em cada consulta e permaneceremos realizando atividades de promoção e orientação de saúde pela equipe nas comunidades aos usuários hipertensos e diabéticos.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A intervenção realizada para a melhoria da atenção à saúde dos usuários com HAS e DM ocorreu de forma satisfatória na UBS Doutor Ricardo/RS. A partir da coleta de dados durante a análise situacional foi estimado pelo CAP a presença de 514 hipertensos, contudo estavam cadastrados 447 usuários com HAS, totalizando um indicado de cobertura de 87%. Em relação aos usuários com DM a estimativa foi de 147, contudo somente 48 estavam cadastrados, apresentando uma cobertura de 33%.

Na planilha de coleta de dados utilizamos as estimativas produzidas através da Vigitel (Brasil, 2011), onde para a nossa área de abrangência com uma população de 2.300 moradores temos 350 hipertensos e 86 diabéticos. Com o início da intervenção decidimos recadastrar todos os usuários e iniciar do “zero” o número de cadastrados, ao fim chegamos ao equivalente a 64,3% de usuários com HAS e 59,3% de usuários com DN cadastrados no programa de atenção aos hipertensos e diabéticos.

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

Meta 1.1 Cadastrar 95% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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



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

Os resultados encontrados para a cobertura de usuários com HAS foram no primeiro mês 26 cadastrados (7,4%), no segundo mês foram 72 (20,6%), no terceiro mês foram cadastrados 137 hipertensos (39,1%) e no quarto mês 225 (64,3%), conforme figura 1.

Durante a intervenção não foi atingida a cobertura de 100% do programa de atenção ao hipertenso e não foram cadastrados todos os usuários hipertensos da área de abrangência da UBS devido a fragilidade na comunicação com a comunidade sobre a existência do programa de atenção à HAS e DM.

Apesar de não atingir a meta alcancei os 64,3%, com auxílio das ACS os usuários tiveram uma boa aceitação do projeto, procurando a UBS para a realização de exames e acompanhamento por diversas especialidades.

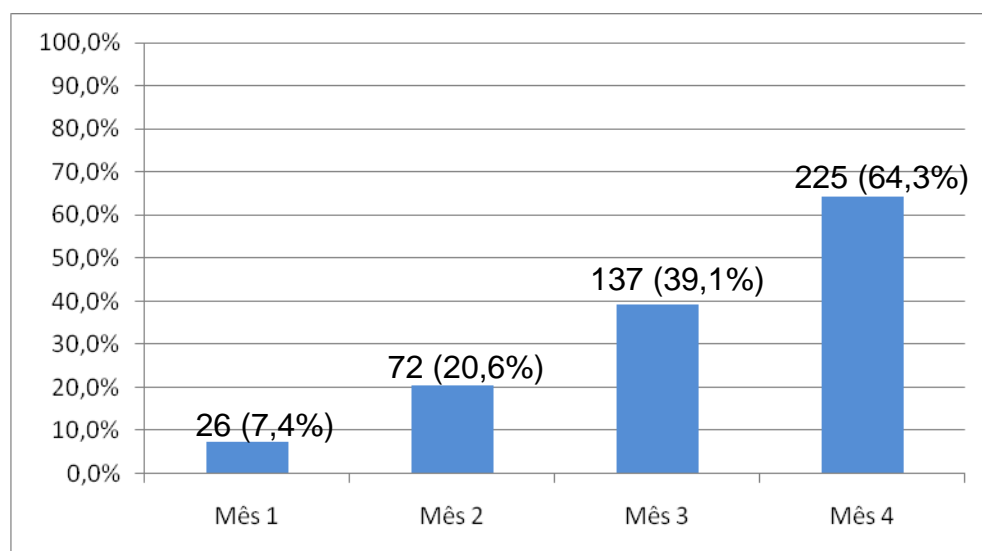


Figura 1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS

Em relação aos resultados encontrados para a cobertura do programa de atenção aos usuários com DM foram: no 1º mês cadastramos 18 (20,9%), no 2º mês 33 (38,4%) usuários, no 3º mês 39 (45,3%) e no 4º mês 51 (59,3%), conforme figura 2.

Tivemos muitos pontos positivos na intervenção do projeto, uma boa aceitação de toda a equipe e gestão municipal bem como de todos os usuários envolvidos, podemos visualizar dificuldade de acesso a UBS por existirem usuários

acamados e residentes no interior com dificuldade de acesso ao transporte para poder vir até a UBS sendo assim a meta não foi atingida.

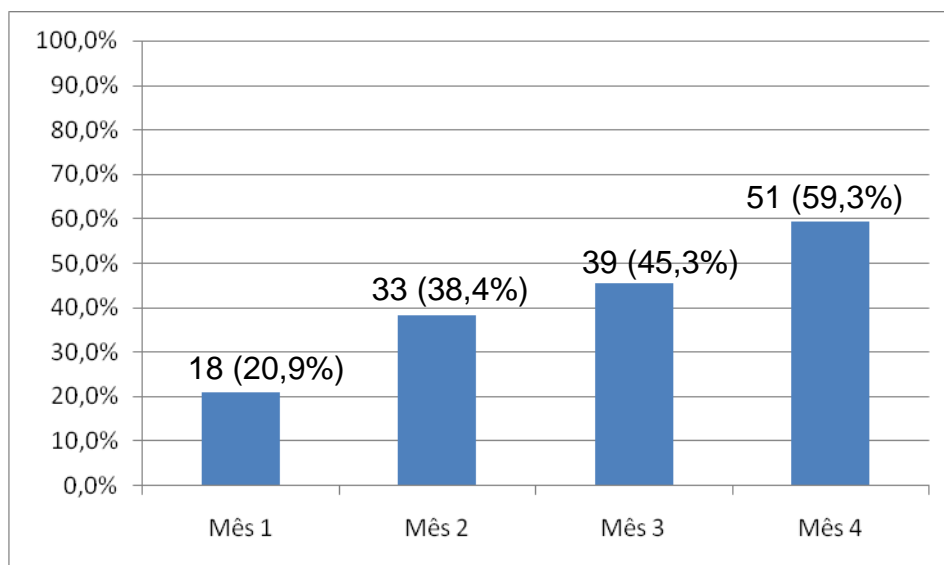


Figura 2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS

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

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

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

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

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

O total de usuários com HAS com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo estão apresentados da seguinte forma: no 1º mês obteve-se 25 (96,2%) usuários, no 2º mês 71 (98,6%) usuários, no 3º mês 136 (99,3%) usuários e no 4º mês 224 (99,6%), conforme ilustra a figura 3. Este resultado de 99,6% não teve dificuldade de alcançar, pois não dependia de uma terceira pessoa para a realização do exame clínico, sendo assim facilitou o alcance do bom resultado.

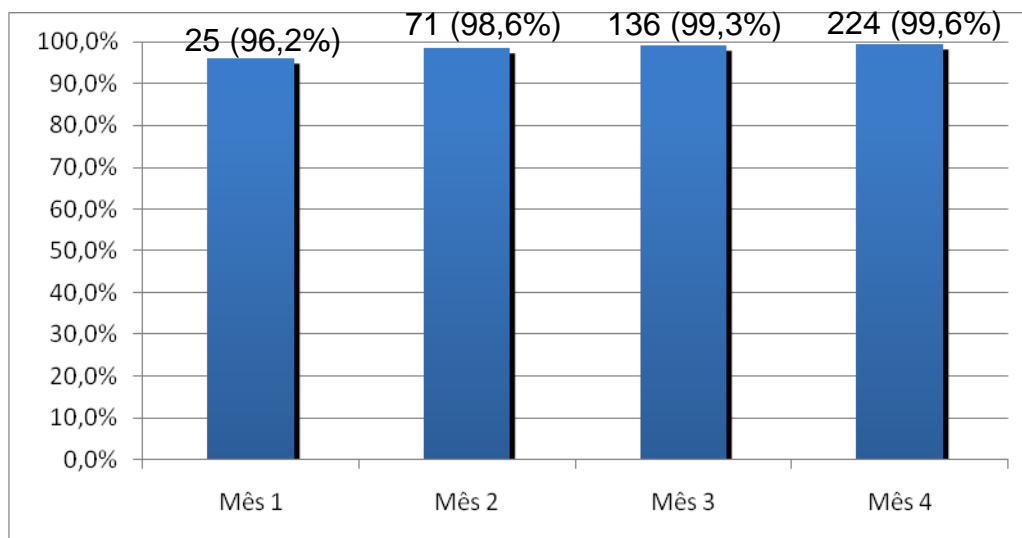


Figura 3. Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

Dentro do foco da mesma meta anterior, foram realizados exames clínico em dia de acordo com o protocolo para os usuários com DM tendo a seguinte proporção mensal: 17 (94,4%) diabéticos, no 2º mês 32 (97%) diabéticos, no 3º mês 38 (97,4%) e no 4º mês 50 (98%) diabéticos, conforme figura 4. Podemos perceber que o resultado alcançado está relacionado ao interesse dos usuários que compareceram aos atendimentos e foram avaliados clinicamente.

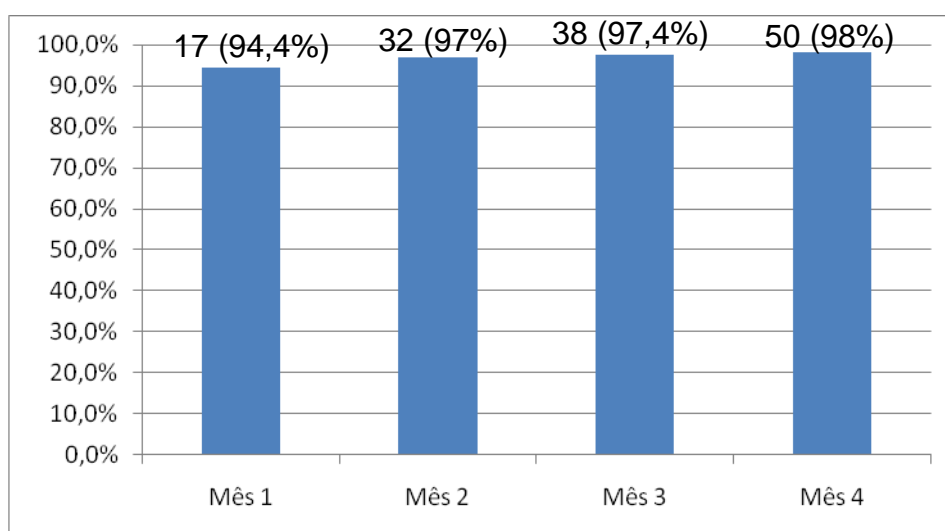


Figura 4. Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

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

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

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

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

Visando garantir a 100% dos usuários com HAS a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo obtivemos no primeiro mês 25 (96,2%) hipertensos, no 2º mês 71 (98,6%) hipertensos, no 3º mês 136 (99,3%) e no 4º mês 224 (99,6%)

hipertensos, conforme figura 5. Considero que obtivemos um excelente resultado, apesar de não ter atingido a meta de 100% desta ação. Não conseguimos monitorar em plenitude o número de usuários com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde apesar de ter disponível em nosso município de um laboratório para fazer coleta de exames, através da parceria com a prefeitura e secretaria de saúde. Realizamos visitas domiciliares e atividades educativas orientando sobre a importância da realização dos exames para manter o controle da doença.

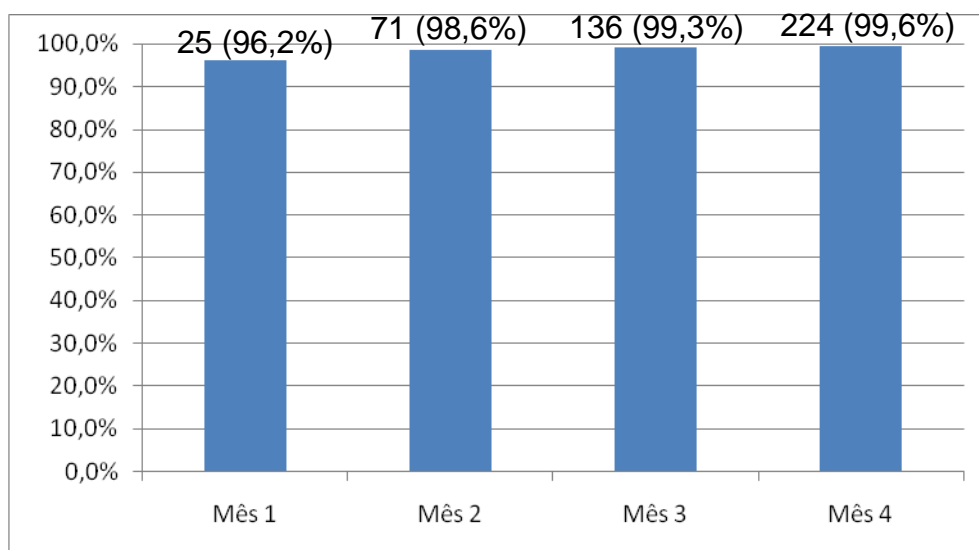


Figura 5. Proporção de hipertensos com exames complementares

em dia de acordo com o protocolo

Quanto à meta de garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, observamos os seguintes resultados: no 1º mês 17 (94,4%) diabéticos, no 2º mês 31 (93,9%) diabéticos, no 3º mês 37 (94,9%) e no 4º mês 49 (96,1%), conforme ilustra a figura 6. Não conseguimos atingir a totalidade deste indicador, contudo, tivemos o esforço de toda a equipe realizando visitas domiciliares e atividades educativas dando ênfase na importância da realização dos exames para manter o controle da doença e a disposição do pessoal do laboratório para fazer coleta dos exames destes usuários, prioritariamente.

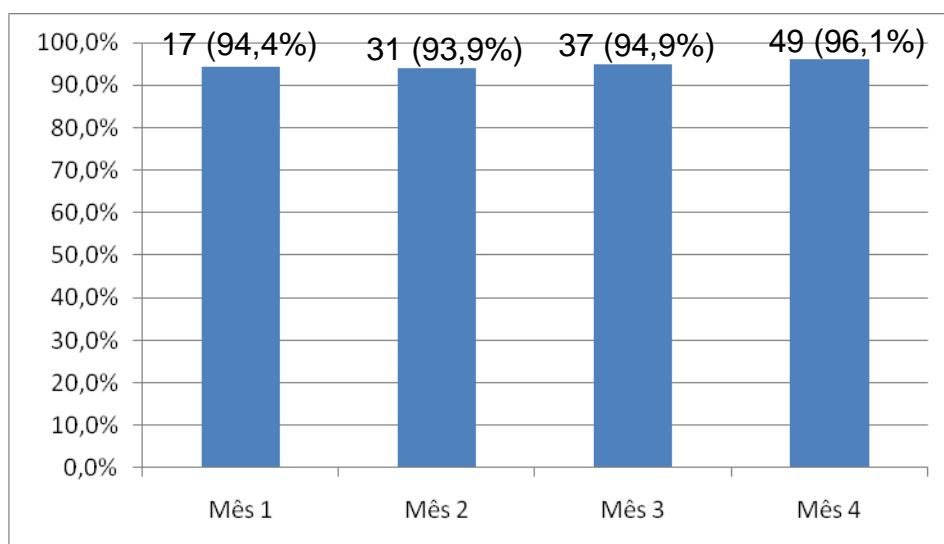


Figura 6 – Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo

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

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

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

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

Em relação a meta relacionada a priorização da prescrição de medicamentos da farmácia popular para os usuários com HAS obtivemos no 1º mês

25 (96,2%) usuários, no 2º mês 71 (98,6%) usuários, no 3º mês 136 (99,3%) e no 4º mês 224 (99,6%) hipertensos, conforme figura 7. A equipe da saúde em conjunto com as farmacêuticas faz um controle dos medicamentos de maior demanda pelos usuários, mensalmente, o que facilitou a entrega deles aos usuários.

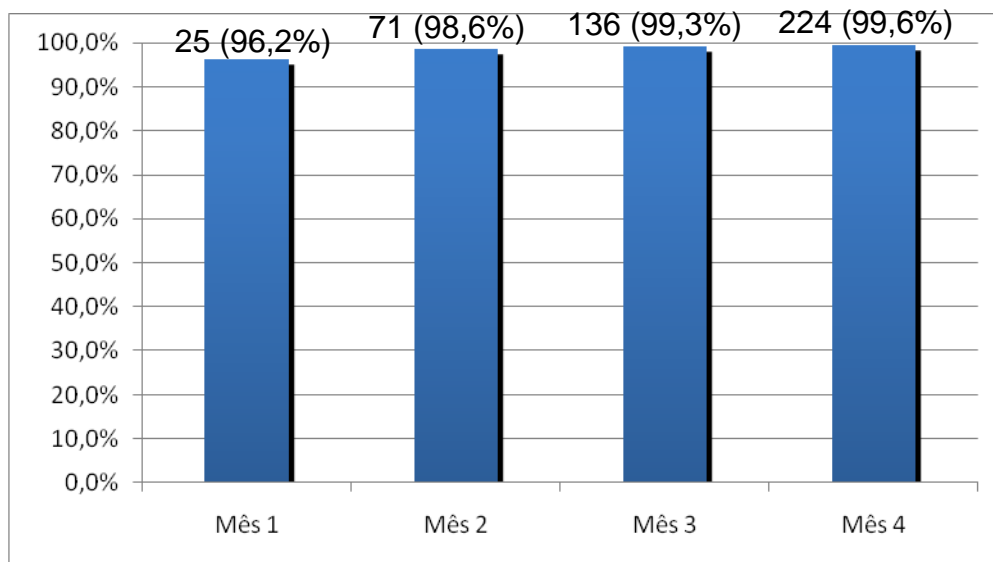


Figura 7. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Em relação aos usuários diabéticos, consolidou-se 100% ao longo de toda a intervenção. No 1º mês foram 18 (100%), no 2º mês 33 (100%), no 3º mês 39 (100%) e no 3º mês 51 (100%) de prescrições priorizadas da farmácia popular para os diabéticos. Atingimos o resultado esperado pois a farmácia da UBS bem como a farmácia popular do município tem um bom cadastramento onde é possível fazer um monitoramento adequado pra cada usuário com esta doença.

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

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

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

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

No que se refere a avaliação da necessidade de atendimento odontológico para os usuários com HAS, no 1º mês atingimos 25 (96,2%) hipertensos, no 2º mês 71 (98,6%) usuários, no 3º mês 136 (99,3%) e no 4º mês 223 (99,1%). Este indicador foi aumentando ao longo do acompanhamento dos usuários. Foi possível orientar sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal para os hipertensos nas reuniões da equipe, organizamos junto com os odontólogos da UBS o estabelecimento de prioridades para estes usuários que apresentam estas doenças e precisam ser avaliados.

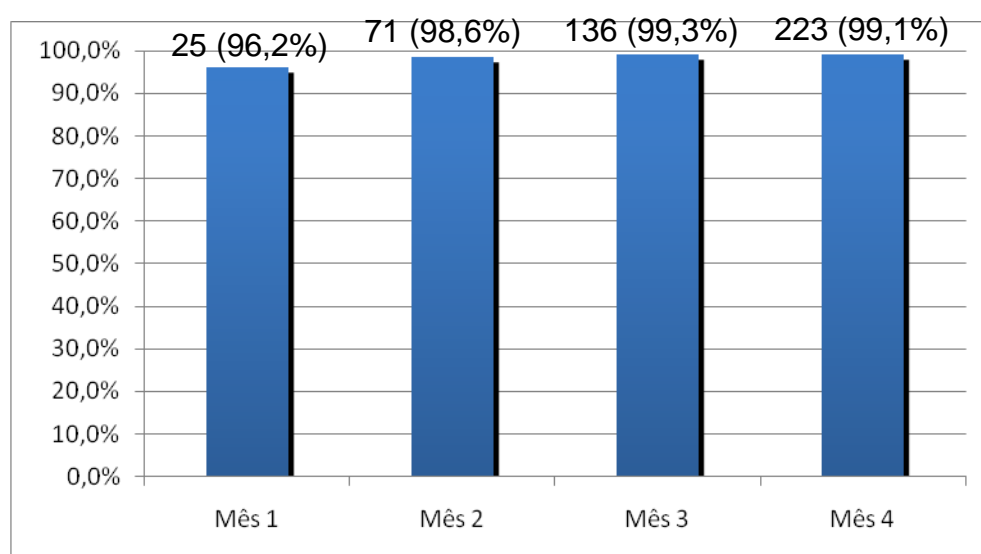


Figura 8. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

A meta que preconiza realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico para os usuário com DM consolidou-se no 1º mês em 16 (88,9%) diabéticos, no 2º mês 31 (93,9%), no 3º mês 37 (94,9%) e no 4º mês 49 (96,1%), conforme destaca a figura 9. O alcance desse resultado está relacionada as mesmas ações que nortearam as avaliações dos usuários com HAS.

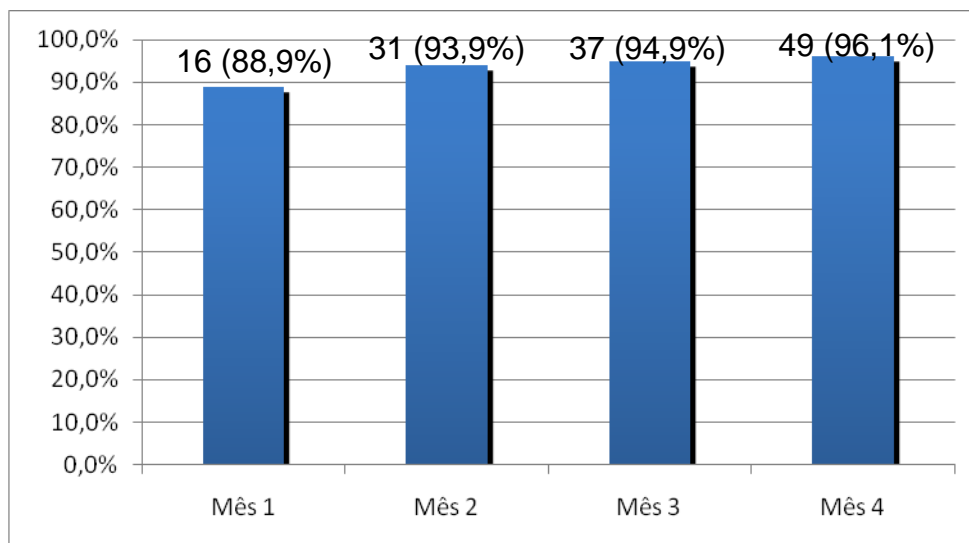


Figura 9. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

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

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

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

O indicador de proporção de usuários com HAS faltosos às consultas médicas com busca ativa, observou-se, como se apresenta na Figura 10, no 1º mês faltaram 12 usuários e todos receberam busca ativa (100%), no 2º mês não houve faltosos, no 3º mês tivemos um faltoso e esse foi buscado com sucesso (100%) e no 4º mês 4 faltosos e buscados (100%), conforme figura 10. Este objetivo foi alcançado com o esforço de toda a equipe, sendo componente principal a ajuda das ACS realizando visitas domiciliares aos usuários, orientando a importância da participação deles nos grupos onde são orientados sobre os fatores de riscos, complicações e possibilidades de tratamento para doenças crônicas.



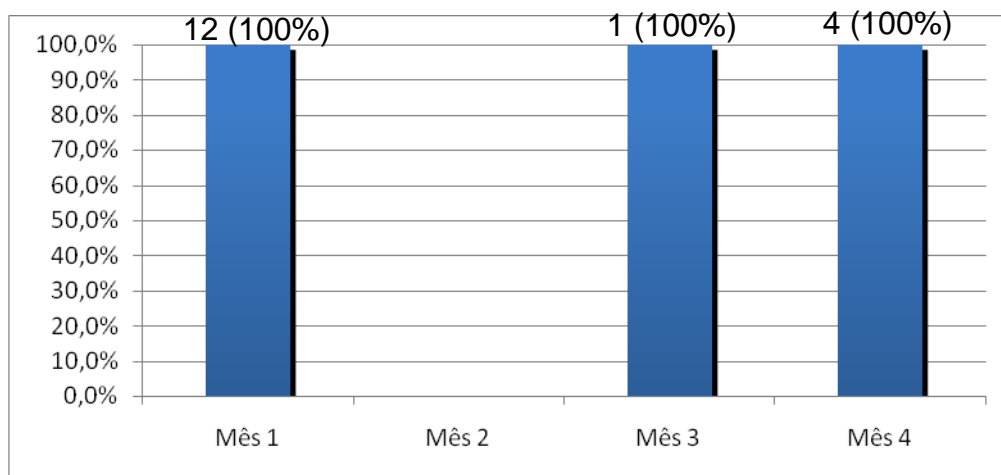


Figura 10. Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa

Em relação a meta de buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada, conseguimos alcançar 100% desses usuários faltosos. No 1º mês 6 (100%) faltosos com busca ativa, no 2º mês não houve faltosos, no 3º mês 1 (100%) faltoso e no 4º mês também 1 (100%) faltoso com busca ativa. A busca ativa permitiu organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos e organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes dessas visitas domiciliares.

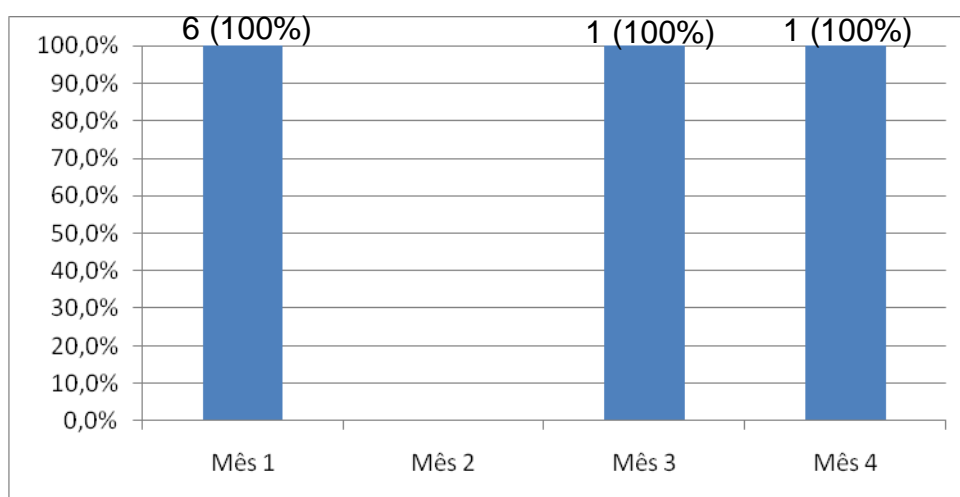


Figura 11. Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa

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

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

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

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

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

A meta proposta de manter ficha de acompanhamento aos hipertensos apresentou os seguintes resultados: no 1º mês obteve-se 25 (96,2%) usuários com ficha de acompanhamento preenchida corretamente, no 2º mês 71 (98,6%), no 3º mês 136 (99,3%) e no 4º mês 224 (99,6%), conforme figura 12. Apesar de não termos atingido a meta de 100% para este indicador, consideramos um resultado expressivo, pois muitos usuários com HAS possuem agora um registro específico e organizado sobre o acompanhamento das suas demandas de saúde na UBS.

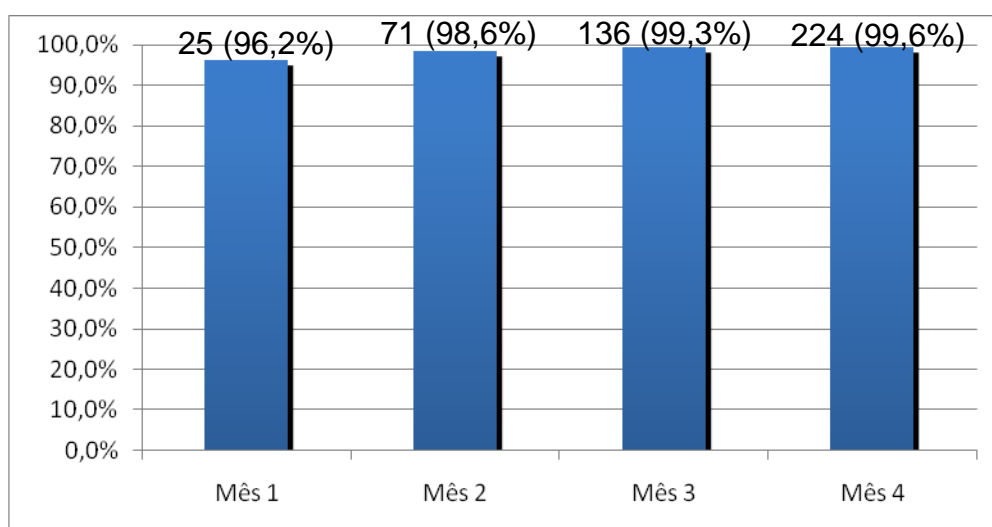


Figura 12. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento

A meta de manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com DM cadastrados na unidade de saúde conseguimos os seguintes resultados: no 1º mês 17 (94,4%), no 2º mês 32 (97%), no 3º mês 38 (97,4%) e no 4º mês 50 (91%),

conforme figura 13. Apesar de não termos atingido a meta proposta de 100%, consideramos que foi um indicador que melhorou a qualidade dos registros de usuários com DM acompanhados na unidade de saúde.

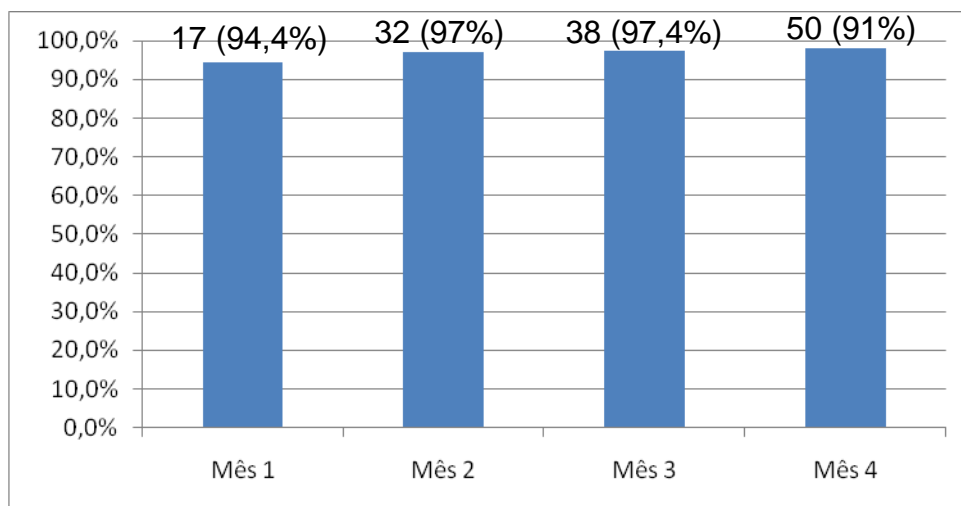


Figura 13. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento

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

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

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

Indicador 5.2 Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular

Em relação a meta sobre a estratificação de risco cardiovascular para os usuários com HAS os resultados encontrados foram: no 1º mês 25 (96,2%), no 2º mês 71 (98,6%), no 3º mês 136 (99,3%) e no 4º mês 224 (99,6%), conforme figura 14. O número de usuários com HAS com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano permite priorizar o atendimento dos cidadãos avaliados como de alto risco cardiovascular. Uma boa estratificação de risco necessita de um adequado acompanhamento, avaliação dos fatores de risco e realização de interconsultas alguns especialistas.

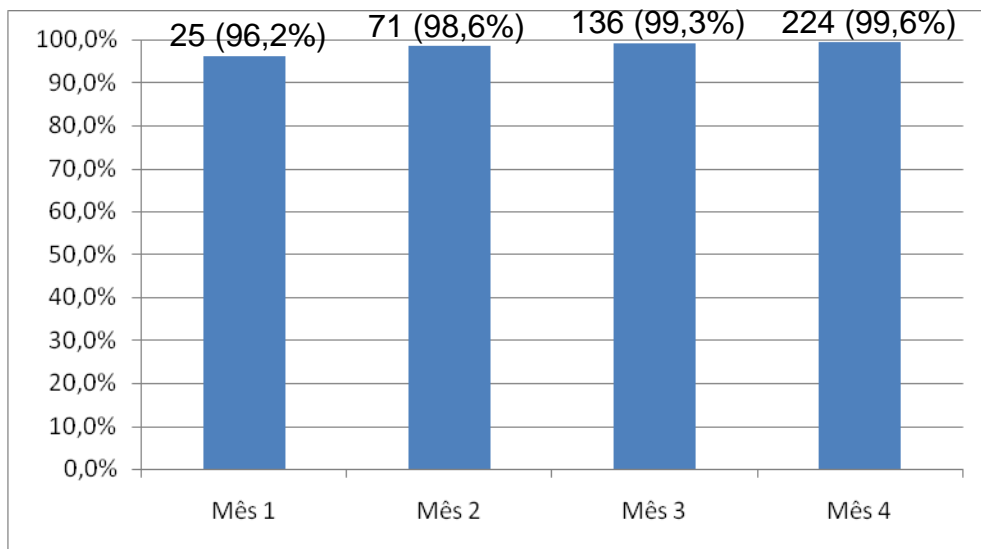


Figura 14. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

A meta de realizar estratificação do risco cardiovascular para os usuários com DM obtivemos os seguintes resultados: no 1º mês 17 (94,4%), no 2º mês 32 (97%), no 3º mês 38 (97,4%) e no 4º mês 50 (98%), conforme figura 15. O número de usuários diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano permite também priorizar o atendimento das pessoas avaliadas como de alto risco cardiovascular e esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis.

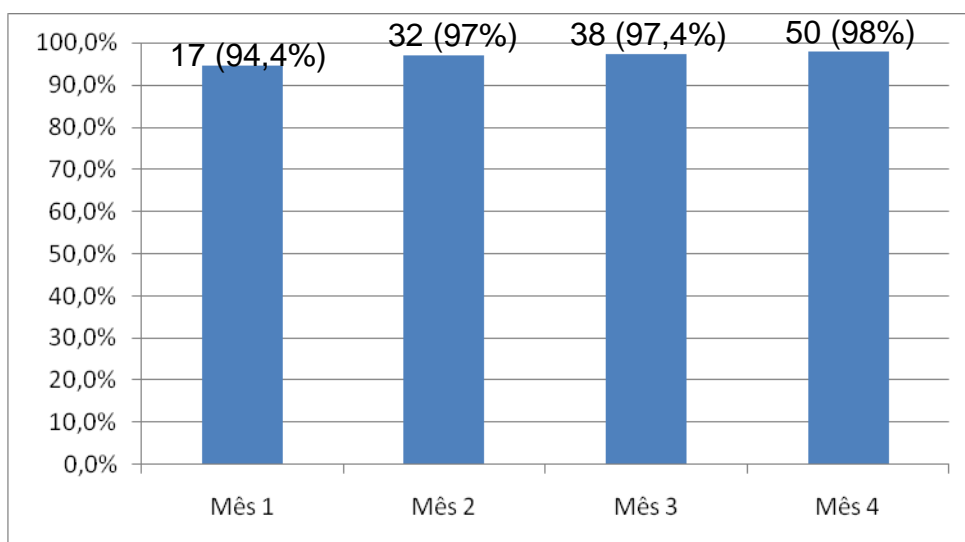


Figura 15. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

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

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

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

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

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

A meta de orientação nutricional sobre alimentação saudável para os usuários com HAS obteve-se no 1º mês 25 (96,2%), no 2º mês 71 (98,6%), no 3º mês 136 (99,3%) e no 4º mês 224 (99,6%), conforme figura 16. Apesar de não termos atingido 100% desta meta, este indicador ficou bem perto da meta proposta, permitindo orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

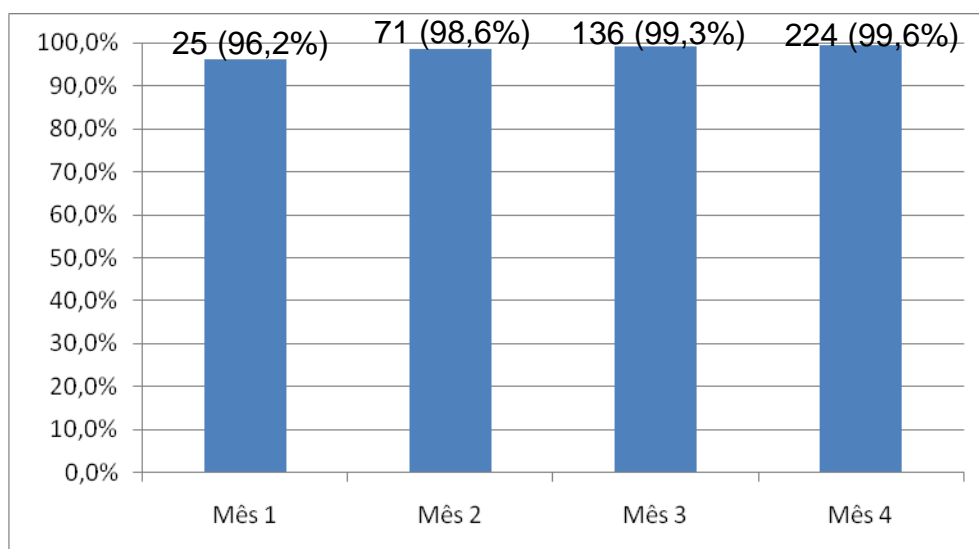


Figura 16. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

A proporção de usuários com DM que receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável foram; no 1º mês 17 (94,4%), no 2º mês 32 (97%), no 3º mês 38 (97,4%) e no 4º mês 50 (98%), conforme figura 17. Para o alcance desses resultados expressivos, realizamos palestras nos grupos da comunidade orientando

sobre a importância de uma alimentação adequada, também contamos com ajuda da nutricionista, a qual semanalmente realizou atividades de grupo para a perda de peso e ajuda a fazer mudanças no estilo de vida dos usuários.

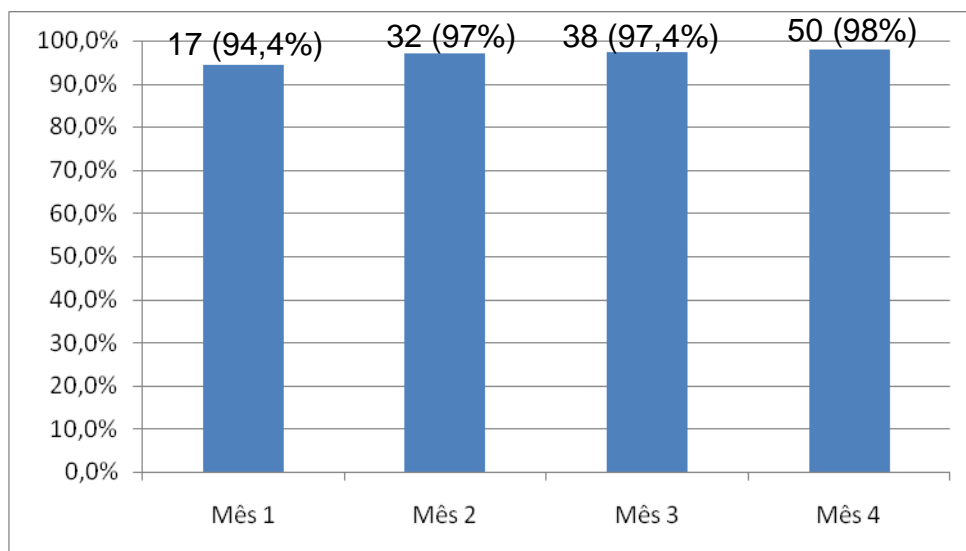


Figura 17. Proporção de diabéticos como orientação nutricional sobre alimentação saudável

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 6.7 Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Indicador 6.8 Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Nas ações de orientação sobre a prática de atividade física regular, orientação sobre os riscos do tabagismo e orientação sobre higiene bucal para os usuários com HAS e DM foram realizadas integralmente durante os quatro meses da intervenção, atingido 100% para todos os usuários que foram atendidos na Unidade de saúde. Nesse sentido, para os hipertensos os dados encontrados foram: no 1º mês 26 (100%), no 2º mês 72 (100%), no 3º mês 137 (100%) e no 4º mês 225 (100%) hipertensos orientados. Em relação aos diabéticos os dados encontrados foram: o 1º mês 18 (100%), no 2º mês 33 (100%), no 3º mês 39 (100%) e no 4º mês 51 (100%) diabéticos orientados.

Estas metas foram alcançadas da melhor forma possível, pois a equipe realizou nas comunidades fazendo palestras nas quais foram orientados sobre a importância de realizar exercícios físicos para assim evitar o sedentarismo, sobre os riscos do tabagismo e a importância da higiene bucal.

## **4.2 Discussão**

A partir da intervenção no programa de atenção aos usuários com HAS e DM, na UBS Doutor Ricardo, conseguimos aumentar a cobertura de hipertensos e diabéticos atendidos no serviço. Também observei que melhorou a qualidade da atenção dos usuários cadastrados através da realização do exame clínico completo, realizando os exames complementares e orientações de promoção a saúde.

Foi garantido que a maioria dos usuários utilizasse os remédios da farmácia da UBS e da farmácia popular. Foram garantidas as vagas para atendimento odontológico para todos os usuários que precisaram deles. As fichas de atendimento dos usuários com HAS e DM foram preenchidas de forma adequada, foi realizada a estratificação de risco cardiovascular e acompanhamento segundo seu estado de saúde. Foram feitas atividades de educação em saúde com o objetivo de promover

saúde dos usuários com orientação sobre nutrição adequada, prática regular de atividade física, orientação sobre riscos de tabagismo e orientação sobre higiene bucal.

Dos objetivos propostos em nosso trabalho desenvolvemos apoio para fomentar hábitos e estilos de vida saudáveis, incorporação da prática de exercício físico sistemático de hipertensos e diabéticos, colaborando para diminuir em alguns usuários e, em outros, eliminar os fatores de risco associados a essas doenças crônicas não transmissíveis, como hábitos de fumar e alcoolismo. Neste processo, observou-se o aumento da adesão deles ao programa de atenção aos usuários com HAS e DM com as atividades propostas no cronograma e das diferentes ações.

A importância da intervenção para a equipe de saúde foi o aumento do conhecimento sobre as doenças crônicas não transmissíveis, doenças muito comuns na comunidade. Conseguimos organizar melhor o trabalho de forma geral. Cada profissional reconheceu quais eram suas atribuições no trabalho com esses usuários, segundo o MS, e o que tinha que fazer com cada usuário cadastrado, posteriormente sobre seu seguimento, acompanhamento, tratamento a doença e suas complicações. Além disto, conseguimos saber quando estão controlados e quando não, saberemos se tem ou não uma doença cardiovascular ou pé diabético. Estes elementos permitirão interagir mais com a comunidade, as famílias, o indivíduo doente e oferecer uma melhor educação em saúde, promovendo saúde para todos. Também foi possível conhecer as preocupações, as necessidades mais sentidas da população nessas doenças e outras originadas pelas complicações delas como, insuficiência renal crônica, cardiopatias doenças cerebrais, entre outras.

De um modo geral, a intervenção melhorou a integração de toda a equipe no atendimento destes usuários da área da abrangência da UBS. Isto foi considerado um avanço na relação de trabalho em conjunto com a secretaria municipal de saúde e outros gestores da comunidade.

A comunidade, de forma geral, ainda não tem muito conhecimento sobre a intervenção, só aqueles familiares dos usuários com HAS e DM que foram visitados devido aos problemas de acessibilidade ao serviço. Mas, o principal líder da comunidade tem conhecimento da intervenção e colabora para ampliar a divulgação na região.

A intervenção não interferiu de forma negativa na rotina de atendimento dos demais usuários que frequentam a UBS. No momento das consultas os usuários



com HAS e DM foram agendados nas consultas de forma organizada, distribuídos nos três turnos de trabalho da UBS e tendo presente os horários de maior afluência de demanda espontânea.

Caso eu fosse realizar a intervenção neste momento faria diferente. Isto é, após ter realizado reuniões com a equipe e os gestores, seria feita uma reunião com toda a comunidade nos diferentes bairros da área de abrangência da UBS, assim, todos saberiam sobre a intervenção e contariam com ajuda deles e, assim, haveria mais incorporação de usuários nas atividades da intervenção.

Em relação a viabilidade de incorporar a intervenção na rotina do serviço, devo afirmar que o programa já estava sendo feito na UBS. Estamos aumentando gradativamente a quantidade de usuários com HAS e DM da área de abrangência da UBS. Por enquanto, continuamos com o trabalho e acompanhamento deles até alcançar 100% com atendimento na UBS e, assim, de forma concomitante, continuar ofertando qualidade nos atendimentos para que as mudanças no estilo de vida da população aconteça de forma positiva.

Os próximos passos para continuar melhorando a atenção à saúde no serviço será aumentar gradativamente a cobertura dos usuários com HAS e DM da área de abrangência, envolver toda a comunidade no programa de atenção a HAS e DM, realizar palestras e atividades com o grupo de usuários com HAS e DM, assim como, criar outros grupos com a finalidade de integrar mais os diferentes programas na prevenção e promoção de saúde.

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

Prezado Senhor Secretário Municipal,

Chamo-me Mabel Marin Pazo, sou médica e integrante do Programa do governo federal Mais Médicos para o Brasil. Em parceria com a Universidade Aberta do SUS e Universidade Federal de Pelotas estou concluindo uma especialização em saúde da família, que teve como ponto chave o desenvolvimento de uma intervenção na Unidade de saúde Doutor Ricardo.

Toda a equipe de saúde da UBS esteve envolvida na realização da intervenção cujo objetivo foi melhorar a atenção á saúde dos usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus, da UBS Doutor Ricardo. Para isso, foi adotado o Caderno de Atenção Básica do Ministério de Saúde, número 37 e número 36, que aborda sobre Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, respectivamente.

Foram desenvolvidas ações baseadas em quatro eixos pedagógicos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. No projeto de intervenção traçamos objetivos, metas, ações e indicadores para avaliação da cobertura de usuários com HAS e DM. As ações foram realizadas de acordo com o cronograma estabelecido.

A qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde foi monitorada, assim como avaliada no decorrer da intervenção. Toda a equipe foi responsável pelo monitoramento dos registros de usuários, foi criado um sistema de registro que viabilizou situações quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, na realização de exames complementares e na realização de estratificação de risco cardiovascular.

Foram atualizados os prontuários eletrônicos e as fichas espelho disponíveis para cada um dos usuários hipertensos e diabéticos. Em cada reunião da equipe da semana foi feito o monitoramento das ações realizadas e os dados contidos nas fichas foram sendo digitados na planilha eletrônica de coleta de dados pelo médico da equipe de saúde da UBS, cadastrando 225 usuários com hipertensão arterial e 51 usuários com diabetes mellitus, aumentando a cobertura para 64,3% e 59,3%, respectivamente.

Foi garantida a realização de exames clínicos para 224 usuários com HAS (99,6%) e 50 usuários com DM (98%). O mesmo resultado foi encontrado para a realização dos exames complementares, fundamentalmente, hemograma completo, colesterol total, triglicérides, uréia, creatina, ácido úrico, glicemia, exame quantitativo de urina, proteinúria de 24 horas. Aos pacientes hipertensos e diabéticos foram ofertados os seguintes exames complementares: hemograma, glicemia de jejum, HGT, hemoglobina glicosilada, uréia, creatina, ácido úrico, colesterol e triglicérides.

Os usuários cadastrados no programa receberam prescrição de medicamentos da farmácia popular, sendo 224 usuários com HAS (99,6%) e 51 usuários com DM (100%). Em relação à avaliação da necessidade de atendimento para saúde bucal 223 (99,1%) usuários com HAS e 49 usuários com DM (96,1%) receberam esta ação.

Os ACS identificaram os usuários acamados que não conseguiram se deslocar até a UBS e informaram nas reuniões da equipe feitas nas segundas-feiras para agendamento de visitas domiciliares. Em relação aos usuários faltosos foram realizadas busca ativa para esses usuários visando garantir o retorno desses faltosos ao atendimento na UBS. Para os usuários com HAS e DM realizamos estratificação do risco cardiovascular e estes foram classificados em baixo, moderado ou alto risco e aqueles que tinham risco maior foram priorizados os atendimentos, sendo que foram realizadas para 224 usuários com HAS (99,6%) e 50 usuários com DM (98%).

Foram realizadas capacitações e atualizações dos profissionais da equipe de saúde nos cadastros de usuários e sobre informações gerais da intervenção. Foram realizadas atividades de educação em saúde nas consultas, nas visitas domiciliares e atividades de grupos para os usuários com HAS e DM garantindo as atividades de orientação nutricional de alimentação saudável, assim como

importância sobre realização de atividades físicas, os danos do tabagismo e sobre uma saúde bucal adequada.

Através da intervenção foi possível interagir mais com a comunidade, com as famílias e com os usuários, oferecer orientações sobre promoção e educação em saúde, conhecer as preocupações, as necessidades mais sentidas da população com relação a essas doenças. Nota-se que com a intervenção já está sendo possível observar um aumento na adesão deles ao programa a partir das atividades propostas no cronograma e as diferentes ações.

A intervenção propiciou à equipe de saúde aumentar mais seus conhecimentos sobre estas doenças. Cada profissional já tem clareza sobre suas atribuições segundo os protocolos do Ministério de Saúde com relação ao cadastramento, acompanhamento, tratamento e suas complicações. De forma geral melhorou a integração de toda a equipe no atendimento dos usuários da área da abrangência da UBS.

Desejamos continuar contando com o apoio da secretaria de saúde na garantia da impressão dos documentos e outros materiais que precisamos para a realização das ações futuras em relação a continuidade do programa de atenção aos usuários com HAS e DM, assegurar o transporte para deslocar a equipe aos domicílios dos usuários que precisam da consulta clínica, e também garantir a realização de exames complementares para a avaliação dos usuários, assim como, a garantia dos atendimentos especializados como cardiologia, endocrinologia, entre outros.

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

Olá usuários da UBS Doutor Ricardo,

Durante os meses de janeiro fevereiro março e abril de 2015. A equipe de saúde da UBS Doutor Ricardo realizou uma intervenção direcionada aos usuários com hipertensão e diabetes da área de abrangência da UBS, cujo objetivo principal foi melhorar a atenção á saúde dos usuários com hipertensão e diabetes. Para isso, contamos com o apoio da gestão do município para garantir que algumas ações fossem realizadas.

Organizamos um cronograma de atividades durante 4 meses garantir melhorias na situação de saúde nos usuários hipertensos e diabéticos. Tivemos como objetivos específicos ampliar a cobertura dos usuários hipertensos e diabéticos, melhorar a qualidade da atenção, melhorar a adesão dos hipertensos e diabéticos, melhorar o registro das informações, mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular e promover a saúde dos hipertensos e diabéticos.

Ao longo da intervenção conseguimos cadastrar 225 usuários com hipertensão arterial e 51 usuários com diabetes mellitus, aumentando a cobertura para 64,3% e 59,3%, respectivamente. Realizamos exames clínicos para 224 usuários com hipertensão (99,6%) e 50 usuários com diabetes (98%). Os usuários cadastrados no programa receberam prescrição de medicamentos da farmácia popular, sendo 224 usuários com hipertensão (99,6%) e 51 usuários com diabetes (100%). Em relação a avaliação da necessidade de atendimento para saúde bucal 223 (99,1%) usuários com hipertensão e 49 usuários com diabetes (96,1%) receberam esta ação.

Realizamos atividades de educação em saúde, importância de realizar exercícios físicos, necessidade de participar das consultas na UBS para acompanhamento destas doenças, importância de participar das consultas com o

dentista para manter uma saúde bucal adequada, e os danos provocados por o tabagismo.

Os usuários e seus familiares receberam educação em saúde sobre a hipertensão arterial e diabetes, aqueles usuários que não conseguiam se deslocar até a UBS foram atendidos nas suas residências, onde foram agendadas visitas previamente com os agentes comunitários. Todos receberam atendimento clínico adequado, foram avaliados nas necessidades de atendimento odontológico, realizaram exames complementares pelo SUS, garantido pela secretaria de saúde do município. Os medicamentos que são utilizados nestas doenças foram oferecidos de graça na UBS e outros com prescrição médica foram comprados na farmácia popular do município.

Foi garantida a orientação nutricional dos usuários nas consultas e outras atividades de educação em saúde, assim como atendimento com o nutricionista da UBS. Também foi garantida a orientação sobre a prática regular de exercícios físicos, sobre o tabagismo e sobre higiene bucal.

A comunidade de forma geral ainda não tem muito conhecimento sobre a intervenção, mais os usuários e seus familiares já possuem o conhecimento sobre a dinâmica do programa de atenção aos hipertensos e diabéticos. Contudo, a intervenção não gerou problemas para os demais usuários da UBS, que continuaram sendo atendidos sem alterar o fluxo da demanda espontânea para os demais usuários do serviço. Embora a intervenção não tenha sido divulgada nas comunidades com êxito, os principais líderes da comunidade tiveram conhecimento dela e esperamos que eles possam divulgar para toda a comunidade essa nova proposta de atendimentos aos usuários com hipertensão e diabetes.

Por enquanto, a gestão tem dado todas as condições para a equipe de saúde continuar trabalhando no programa de hipertensão arterial e diabetes na UBS. Para isto temos que continuar incorporando ações educativas para toda a comunidade, realizando um maior número atividades educativas com o grupo de hipertensos e diabéticos. Contamos com o apoio de todos vocês na divulgação dessas ações para que possamos atingir cada vez mais um maior número de usuários com o diagnóstico de hipertensão e diabetes, bem como, melhorando a cada dia mais as ações ofertadas para este grupo populacional.

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

Ao longo do curso procurei me dedicar ao máximo para realizar as tarefas solicitadas e enviá-las dentro dos prazos solicitados, ler os materiais disponibilizados pelo curso e realizar aos casos clínicos. As expectativas que criei inicialmente muitas foram alcançadas como, o crescimento profissional e pessoal que a especialização me proporcionou.

O curso promoveu um excelente aprendizado com seus materiais oferecidos para realizar os estudos de prática clínica. A interação no fórum com os colegas e com os orientadores aprimorou nossas idéias e conhecimentos e também nos ajudou nas dúvidas do dia a dia. Apresentei algumas dificuldades relativas à equipe e dificuldade em organizar o projeto na UBS, pois a equipe ajudou pouco na intervenção. A grande maioria dos membros da equipe via como mais trabalho a ser realizado. Entretanto obtive ajuda significativa nas atividades do Outubro Rosa e vi a equipe com vontade de aprimorar seus conhecimentos para melhor atender a nossa população.

Os aprendizados mais relevantes para mim foram em relação ao atendimento de crianças e gestantes. Ao iniciar o curso tinha muito medo de atender estes dois grupos em especial, pois nosso dia a dia geralmente é atuar como clínico geral. Ao longo do curso estas inseguranças foram diminuindo. O medo de errar se tornou menor e quando percebi estava atendendo estes dois grupos de maneira mais tranqüila. O que me deixou bastante feliz.

Quantos encaminhamentos são evitados, quantos exames podem ser reduzidos quando se conhece os pacientes através do vínculo que este profissional desenvolve juntamente com sua equipe. Sei que os aprendizados deste ano

carregarei ao longo da minha vida profissional e pessoal bem como em relação a esses profissionais.



## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/censo2012/>>. Acesso em 14 de janeiro de 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 Gestal Fassa

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

Prezada Pesquisadora;

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

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

## Anexo B- Planilha de coleta de dados

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

Planilha de coleta de dados (Colunas A a F)

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

Planilha de coleta de dados (Colunas G a L)

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

Planilha de coleta de dados (Colunas M a S)



## **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