

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma nº 7**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção à pessoa com HAS e/ou DM na UBS Baixa do  
Carpino, Luis Correa/PI.**

**Juan Miguel González Abreu**

**Pelotas, 2015**

**Juan Miguel González Abreu**

**Melhoria da Atenção à pessoa com HAS e/ou DM na UBS Baixa do  
Carpino, Luis Correa/PI.**

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

Orientador: Luciana Valadão Alves Kebian

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

A162m Abreu, Juan Miguel Gonzalez

Melhoria da Atenção à Pessoa com HAS e/ou DM na UBS Baixa do Carpino, Luis Correia/PI / Juan Miguel Gonzalez Abreu; Luciana Valadão Alves Kebian, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

81 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. Kebian, Luciana Valadão Alves, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A meus filhos Miguel Alejandro e Yaimet por ser o melhor presente de Deus.

A meus pais que desde o céu continuam direcionando meus passos.

## **Agradecimentos**

À gestão municipal de Saúde pelo apoio.

A equipe de profissionais da UBS de Baixa do Carpino.

A Tereza do Carmo por sua tenacidade.

À comunidade de Baixa do Carpino, aos usuários hipertensos e diabéticos, principal incentivo para a realização de nosso trabalho.

A orientadora Luciana Valadão Alves pela disponibilidade e as contribuições na realização deste trabalho.

A Elida pela ajuda, pela interminável motivação, por sua presença eterna.

A todos os que ajudaram de alguma forma a concretizar este trabalho.

## Resumo

GONZÁLEZ ABREU, Juan Miguel. **Melhoria da atenção à pessoa com HAS e/ou DM na UBS Baixa do Carpino, Luis Correia/PI.** 2015. 81f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O objetivo deste trabalho foi melhorar a atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes Mellitus (DM) na Unidade Básica de Saúde (UBS) Baixa do Carpino, Luis Correia/ Piauí (PI). Com o propósito de dar cobertura à população com hipertensão e/ou diabetes proporcionando o acompanhamento e a avaliação integral. A população alvo foi composta por todos os usuários com HAS e/ou DM maiores de 20 anos de idade, cadastrados na UBS e pertencentes à área de abrangência. A intervenção ocorreu durante 12 semanas, no período de 23 de fevereiro ao 14 de maio do ano 2015. Para o acompanhamento mensal da intervenção foram utilizados os dados coletados na ficha-espelho e planilha eletrônica, a intervenção contemplou ações nos quatro eixos pedagógicos: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, qualificação da prática clínica e engajamento público. Houve implementação e aperfeiçoamento de ações como: treinamento da equipe de profissionais utilizando o protocolo de HAS e DM do Ministério de Saúde (MS), 2013. Melhorou o planejamento das ações em saúde e a organização do processo de trabalho, aumentou a parceria com os líderes comunitários e a comunidade participou de forma ativa nas atividades de educação em saúde e conscientização do programa. Os resultados mostraram um aumento de ingresso dos usuários ao programa de atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos. Foi possível aumentar a cobertura dos usuários hipertensos com 159 (49,5%) e para usuários diabéticos com 45 (57,0%). A intervenção está fazendo parte da rotina do serviço obtendo qualificação da ação programática que melhorou e qualificou a assistência e a saúde da população.

**Palavras-chave:** Atenção primária à saúde; Saúde da família; Doença crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão Arterial.

## Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção ao usuário com HAS na UBS	52
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao usuário com DM na UBS	53
Figura 3	Proporção de usuários hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	55
Figura 4	Proporção de usuários diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	56
Figura 5	Proporção de usuários hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada.	57
Figura 6	Proporção de usuários hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.	59

## Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente (s) comunitário (s) de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialização Odontológico
DM	Diabetes Mellitus
DCNT	Doença(s) Crônica(s) não Transmissível(is)
EAD	Educação a Distância
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PI	Piauí
PMMB	Programa Mais Médicos para Brasil
SAMU	Serviço de atendimento móvel de urgência
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIS- PRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.
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 .....	8
1 Análise Situacional .....	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	9
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	22
2 Análise Estratégica.....	24
2.1 Justificativa .....	24
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 .....	28
2.3.2 Indicadores .....	36
2.3.3 Logística .....	41
2.3.4 Cronograma.....	46
3 Relatório da Intervenção.....	47
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	47
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	48
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	49
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	49
4 Avaliação da intervenção.....	50
4.1 Resultados .....	50
4.2 Discussão .....	63
5 Relatório da intervenção para gestores .....	67
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	70
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem .....	72
Referências.....	75
Anexos.....	77

## **Apresentação**

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso da especialização em Saúde da Família –modalidade de educação a distância (EAD) da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS)/Universidade Federal de Pelotas (UFPel). É o resultado das atividades que foram desenvolvidas durante as unidades de ensino que integram o Projeto Pedagógico do curso.

Sou médico participante do Programa Mais Médicos para Brasil (PMMB), que iniciou em julho de 2013, foi lançado pelo Governo com o objetivo de suprir a carência de médicos nos municípios do interior e nas periferias das grandes cidades do Brasil, melhorando o atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

O presente volume apresenta os resultados deste processo em sete seções, que foram realizadas na UBS Baixa do Carpino, localizada no município de Luis Correia/PI. O Análise Situacional que é a primeira Unidade de Ensino do Curso, a segunda pela Análise Estratégica –Projeto de Intervenção com seus respectivos objetivos: Ampliar a cobertura, melhorar a qualidade da atenção, a adesão ao programa, o registro das informações, mapear usuários de risco para doença cardiovascular e promover a saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, a terceira pelo Relatório da Intervenção, a quarta pela Avaliação dos Resultados da Intervenção, a quinta pelo Relatório da Intervenção para gestores, sexta pelo Relatório da Intervenção para a comunidade e a última parte pela Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

## **1 Análise Situacional**

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

A UBS onde atuo apresenta um espaço físico inadequado para uma Estratégia da Saúde da Família (ESF), encontra-se atualmente em processo de reforma. Situada na área rural do município Luis Correia do estado PI, na localidade da “Baixa do Carpino”, é uma área com sete microáreas e com muita vulnerabilidade social.

A agenda de trabalho é dividida em dias específicos para cada grupo populacional de usuários com hipertensão e/ou diabetes, saúde da criança, saúde da mulher, saúde do idoso e demanda livre e as vagas para demanda de urgência (que tem todos os dias). Realizamos atividades de Educação em Saúde, abrangendo diversos grupos e temas.

A UBS em que atuo abrange o total de 484 famílias cadastradas e uma população de 2 108 usuários, a maioria da população trabalha na agricultura para o sustento e apresentam muitas dificuldades de transporte e comunicação.

Composta por uma equipe de profissionais com uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, a área tem 100% de cobertura com quatro agentes comunitários de saúde (ACSs) e a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), formado por nutricionista, orientador esportivo, especialista em farmácia, psicólogo e fisioterapeuta. Nesta experiência é importante a discussão do processo de trabalho da equipe. Realizamos consultas compartilhadas e rodas de discussão com a equipe de UBS para avaliação do trabalho planejado.

Algumas microáreas tem estrutura inadequada onde programamos ações em localidades mais afastadas, nas escolas, igrejas e realizamos visitas domiciliares aos usuários acamados e portadores de agravos crônicos ou com alguma vulnerabilidade, discutida nas reuniões da equipe.

Existem aspectos relevantes sobre a atuação dos serviços e nossa interação básica tais como: dificuldade com transporte e comunicação, demora na marcação de consultas e exames. Contamos com serviços especializados de Ginecologia, Cirurgia geral, Urologista, Ortopedista e Cardiologista no município.

A equipe está inserida no PMAQ (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica) que é um programa que tem como principal objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de qualidade de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à atenção básica em saúde, portanto está ocorrendo uma mobilização para melhoria dos serviços prestados à população e da coleta e organização de dados na UBS.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

O município de Luis Correia conta com uma população de 26.900 habitantes, localiza-se no estado do PI, Mesorregião: Norte Piauiense faz fronteira, ao Sul: Bom Princípio do PI e Cocal, Leste: Cajueiro da Praia e estado do Ceará, Oeste: Parnaíba, (IBGE 2010).

O município possui 15 UBS com ESF, nove rurais e seis urbanas, dois equipes do NASF, um Centro de Especialização Odontológico (CEO), disponibilidade de atenção Especializada, um hospital geral e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um Serviços de Atendimento Móvel e Urgência (SAMU).

Contamos com disponibilidade para atenção de urgência e ingresso a quem assim o requeira e temos dificuldade com acesso e marcação dos exames, devido a sua demora e dificuldades para a realização porque é uma comunidade rural onde a adesão da comunidade tem como dificuldades a distância da mesma à UBS e ou a sede do município para a realização dos exames ou consultas com especialistas.

A UBS Baixa do Carpino, localizada na área rural do município Luis Correia do PI, abrange o total de 484 famílias cadastradas e uma população de 2108 usuários, a maioria da população trabalha com agricultura.

Foi realizado um remapeamento de nossa área de abrangência considerando que algumas das microáreas de nossa cobertura apresentam uma

distância de mais de 30 Km com relação à UBS, o que dificultava o acesso dessa população aos serviços de saúde, tendo em conta que outra equipe de saúde do município, com uma UBS nova fica mais próxima desta microárea. Entrou-se em contato com a secretária de saúde e foi realizada uma redistribuição desta população, aproximando mais assim os serviços de saúde à comunidade.

Com esse remanejamento e com a ampliação e remodelação da UBS, conseguiremos prestar uma melhor atenção à população, com agendamento mais preciso e um uso mais racional dos recursos, tanto humanos como materiais.

A UBS enfrenta grandes dificuldades com a estrutura física. É um local adaptado, não tem todas as salas necessárias para os diferentes trabalhadores, apresenta dificuldade de acesso para pessoas com deficiência. Possui uma sala de espera desconfortável e muito pequena, com pouca ventilação, dois consultórios, um deles foi climatizado recentemente com ar condicionado, não tem sala de vacinas, tem maca para exame clínico, não têm janelas ou ventilação, pouca iluminação natural.

Não tem sala para reuniões, nem sala para os ACSs, não possui um local para atividades educativas, porém estas são realizadas na sala de espera. Temos recepção com arquivos de prontuários, uma sala pequena para curativos e nebulização com poucos recursos, não tem copa e cozinha, além disso, só tem um banheiro que não tem porta de acesso para cadeirantes. É importante apontar que a UBS está em reforma neste momento mais conseguimos cumprir com o cronograma de atividades sem dificuldade.

Estamos realizando capacitações para repassar as atribuições de cada membro da equipe de muita importância para melhor orientação do trabalho, acredito que assim os serviços tornam-se mais acessível e confiável, existe uma organização institucional bem definida, onde cada profissional exerce papel fundamental para o bom funcionamento do trabalho proposto na UBS.

O trabalho da equipe é integrado proporcionando boas intervenções na atuação, com a finalidade de alcançar melhores resultados para a população. Estamos mudando ações para procurar um atendimento de qualidade, melhorando o processo de acolhimento, direcionamento e orientando os usuários seguindo os protocolos, mas referenciamos muitos usuários, o que poderia ser evitado caso disponibilizássemos de mais materiais para realização de procedimentos mínimos.

São disponibilizadas informações sobre a UBS como exemplo: horário de funcionamento, horário de todos os profissionais, nome do responsável pela UBS, dos profissionais, horário de atividades específicas (grupos, campanhas de vacina, etc.), número de pessoas da população da área de abrangência, número de pessoas de grupos prioritários, estratégias de agendamento para o atendimento da demanda espontânea dos usuários, para o atendimento da demanda das ações programáticas e para as consultas na atenção especializada.

Encaminhamos os usuários a outros níveis do sistema respeitando fluxos de referência e contra referência, utilizamos protocolos quando encaminhamos os usuários a outros níveis do sistema de saúde, acompanhamos o usuário em situações de internação domiciliar, realizamos a notificação compulsória de doenças e agravos notificáveis, busca ativa de doenças de notificação compulsória, promovemos a participação da comunidade no controle social, identificamos parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe.

Realizamos acolhimentos de vários tipos de demanda, aproveitando as experiências já existentes, lembrando que o acolhimento é um dispositivo de organização do processo de trabalho em equipe que provoca mudanças nos modos de organização, nas relações entre os trabalhadores e nos modos de cuidar.

Para acolher a demanda espontânea com equidade e qualidade, não basta distribuir senhas em números limitados, nossa equipe reflete sobre o conjunto de ofertas que temos apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população e a escuta qualificada da demanda de forma ampliada, reconhecendo os riscos e as vulnerabilidades e planejando intervenções.

A equipe discute e define o modo como os profissionais participaram do acolhimento. Está definido quem vai receber o usuário que chega como avaliar o risco e a vulnerabilidade desse usuário, o que fazer de imediato, quando encaminhar/agendar uma consulta médica, como organizar a agenda dos profissionais e outras ofertas de cuidado são necessárias.

Realizamos discussão de equipe, explicando que o acolhimento não se reduz a uma etapa nem a um lugar, assumimos efetivamente o acolhimento como um processo que demanda transformações intensas na maneira de funcionar a atenção básica.

Realizamos acolhimento coletivo: no primeiro momento do funcionamento da unidade, toda a equipe se reúne com os usuários que vieram à unidade de saúde, nesse espaço coletivo, fazem-se escutas e conversas com eles.

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 se realizam atividades de educação em saúde.

Na UBS a Puericultura é realizada uma vez por semana, ele acontece em um turno, com uma cobertura do 100% da população total que são residentes da área de abrangência. A estimativa de crianças entre zero e 72 meses residentes na área de abrangência é de 105 crianças pelo cadastramento do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

A equipe de profissionais participa do atendimento de puericultura e algumas consultas são compartilhadas com a equipe do NASF para identificar e captar precocemente as crianças, iniciando de forma oportuna a puericultura. Realizamos capacitação dos profissionais para qualificar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças, melhorando a confiança técnica dos profissionais e a satisfação dos usuários com essas ações e utilização os resultados para programar as ações e reorganizar os processos de trabalho com suficiência de equipamentos, vacinas, insumos e medicamentos e suplementos essenciais para a execução de forma resolutiva.

Após a consulta de puericultura, a criança sai da UBS com a próxima consulta programada agendada, existe demanda e oferta para atendimento das crianças com de problemas de saúde agudos e não existindo excesso desta demanda. Existe protocolo de atendimento de Puericultura do MS, 2012, insistimos na utilização por toda a equipe.

São desenvolvidas ações na UBS para o cuidado das crianças na puericultura como exemplo: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, de problemas de saúde bucal, promoção, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental, imunizações, prevenção de anemia, prevenção de violências, promoção do aleitamento materno, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção da saúde bucal e teste do Pezinho. Utilizamos a classificação para identificar crianças de alto risco e protocolos para regular o acesso das crianças a outros níveis do sistema de saúde.

Os protocolos utilizados são: encaminhamento para atendimento nas especialidades e para internação hospitalar, os atendimentos da puericultura são registrados em: prontuário clínico, formulário especial da puericultura, ficha de atendimento nutricional e ficha-espelho de vacinas.

Não existe um arquivo específico para registrar os atendimentos da puericultura, mas com os conhecimentos do curso de especialização já colocamos um registro sobre os parâmetros do caderno desta ação programática que vai ser revisado pela equipe com uma frequência mensal com a finalidade de: verificar crianças cadastradas, crianças faltosas e fazer visitas domiciliar, verificar completude de registros, identificar procedimentos em atraso (peso ou vacinas) e identificar crianças de risco, utilizando as fontes de dados para preencher as informações como: O prontuário médico, registros de vacinas , fichas de cadastro e fichas espelho.

A equipe solicita a caderneta da criança nos atendimentos e tem que estar disponível na consulta, sempre preenchemos as informações atuais da criança. Os responsáveis são informados sobre as dicas de alimentação saudável disponíveis na caderneta da criança e sobre o significado do posicionamento da criança na curva de crescimento. Capacitamos os profissionais para que reconheçam sinais de risco na curva de crescimento, podem acompanhar o desenvolvimento neuropsicomotor da criança, e são comunicados em consulta e visita domiciliar para a data da próxima vacina.

Existe o Programa Bolsa Família do MS. A equipe é responsável pelo cadastramento das crianças no programa e pelo envio dos cadastros à Secretaria Municipal de Saúde, o tema é analisado em reuniões da equipe.

Continuamos trabalhando para melhorar a qualidade das consultas e os indicadores de saúde nas crianças, evitando os atrasos da consulta programadas. Estamos realizando visitas nos domicílios, orientações para promover a importância da puericultura para prevenção de doenças.

A estimativa de gestantes no território é de 21 usuárias (VIGITEL, 2011). A cobertura é de 94% das gestantes, o programa tem efeitos positivos na saúde da mulher em nossa área de cobertura, lembrando que uma gestação com acompanhamento realizado de forma correta repercute na saúde da família de forma positiva. A equipe de saúde da unidade desenvolve a busca ativa das gestantes, por

meio de visitas domiciliares regulares, para cadastramento e início precoce do pré-natal.

Realizamos atendimento pré-natal, uma vez por semana, consultas muito organizadas todas as gestantes acompanhadas no pré-natal são da área de cobertura da UBS, realizamos atendimento pré-natal toda a equipe de conjunto com NASF, quando é preciso segundo protocolo de atendimento pré-natal, encaminhamos para consultas especializadas.

Após a consulta de pré-natal, a gestante sai da UBS com a próxima consulta agendada, além das consultas programadas, existe demanda e oferta para gestantes com problemas de saúde agudos qualquer dia da semana, são orientadas adequadamente quando precisam procurar outro serviço de saúde.

Não existe um serviço de maternidade em nosso município, mas temos coordenação com o município próximo. Temos a presença de um médico ginecologista-obstetra, profissional importante para atendimento das gestantes com problemas de saúde de alto risco que devem ser avaliados, isso acontece sem dificuldade.

São desenvolvidas ações no cuidado às gestantes como: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, de problemas de saúde mental, controle dos cânceres do colo de útero e mama, imunizações, planejamento familiar, promoção do aleitamento materno, de hábitos alimentares saudáveis, da atividade física, de saúde bucal e promoção da saúde mental.

Existe cobertura de acesso a referências especializadas para os casos de pré-natal de alto risco, realizamos a avaliação e classificação do risco gestacional utilizando os protocolos do MS, para regular o acesso das gestantes a outros níveis do sistema de saúde, tales como: Encaminhamento para atendimento nas especialidades e para internação hospitalar.

Os atendimentos às gestantes são registrados em: prontuário clínico, formulário especial do pré-natal, ficha de atendimento nutricional e ficha espelho das vacinas. Temos arquivo específico para os registros dos atendimentos às gestantes, que costumamos revisar finalizando cada semana com o intuito de verificar gestantes faltosas, completude de registros, identificar gestantes em data provável de parto, identificar gestantes com pré-natal de risco, avaliar a qualidade do programa.

Solicitamos sempre a carteira de pré-natal nos atendimentos, atualizando as informações das gestantes, conversamos com as usuárias sobre alimentação saudável, em consultas compartilhadas com NASF, explicamos o significado do posicionamento do peso na curva de ganho de peso do cartão de pré-natal.

Chamamos a atenção para a data da vacina e a importância desta, recomendamos que a gestante realize avaliação de saúde bucal na gestação, sobre as práticas de promoção do aleitamento materno, os cuidados com o recém-nascido, a promoção da atividade física, os riscos do tabagismo, do álcool e das drogas na gestação, sobre a anticoncepção no pós-parto, recomendando a importância de continuar fazendo atenção puerperal até os 42 dias de pós-parto.

Existe o Programa de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde (Sis-Prenatal), a equipe é responsável pelo cadastramento das gestantes no programa e pelo envio dos cadastros à secretaria municipal de saúde.

Toda a equipe deve participar das atividades de grupo com gestantes, estamos tentando que aconteça e temos melhora. Um dos desafios que a equipe apresenta é a gestação na adolescência, temos gestantes adolescentes.

Nesse contexto, o envolvimento e o vínculo do agente comunitário de saúde/equipe com a comunidade é fundamental. Continuamos realizando o trabalho na escola, reconhecendo que existem problemas com a gestação e o abandono do estudo, é um tema que temos que considerar.

Na área de abrangência existe pouca informação sobre a importância do pré-natal, puerpério e do aleitamento materno, portanto realizamos atividades grupais que informam e priorizam às usuárias, a família e a comunidade.

São 11(84.6%) as puérperas acompanhadas na UBS de 13 usuárias que tiveram filhos no período, não conseguindo o acompanhamento de 100 % delas, já essa dificuldade está identificada pela equipe de profissionais da unidade e temos estratégias planejadas como visitas domiciliares, uma vez que algumas, não buscam o serviço, portanto é um grande desafio que a equipe tem que superar.

O câncer do colo de útero e mamas ocupam ações programáticas importantes a ter em conta na atenção primária de saúde com a finalidade de realizar orientação à população quanto a necessidade dos exames e realizar busca ativa das mulheres do universo da população considerada para realização do exame citopatológico, exame clínico e diagnósticos conforme normas preconizadas pelo

Programa de Controle do Câncer de Colo de Útero. O médico e a enfermeira da unidade realizamos o exame clínico ginecológico e de mamas, assim como o exame citopatológico durante o processo da consulta.

A estimativa de mulheres de 25 a 64 anos de idade na área de abrangência é de 548 usuárias, segundo o SIAB. A cobertura de acompanhamento na unidade para prevenção do câncer de colo de útero ainda es baixo, conseguindo acompanhar o 487(89%) das mulheres nesta faixa etária pelo que temos que intensificar nosso trabalho em equipe.

Em nossa unidade não existem índices elevados destas doenças já que no tempo que temos de trabalho, somente recebemos dois estudos citopatológicos alterados com acompanhamento regular e especializado.

Quando solicitamos um estudo citopatológico, fica registrado no prontuário da usuária, algumas escolhem a realização do exame no setor privado pela rapidez do resultado, mas a equipe fica pendente para sua avaliação e acompanhamento.

Nos dias em que realizamos coleta de exame citopatológico, ela acontece em todos os turnos, para as mulheres da área de cobertura da UBS. Todos os profissionais são capacitados no tema em reunião da equipe e aproveitamos o contato com as mulheres para orientar e verificar a necessidade de realizar prevenção do câncer de colo uterino.

Realizamos estratégias para o trabalho da equipe de saúde tais como: busca ativa de usuárias faltosas, ações de educação para realização periódica do exame preventivo do câncer do colo uterino, realizamos a prevenção do câncer do colo uterino através da coleta de exame citopatológico os dias programados.

Existe protocolo de controle do câncer do colo do útero do Ministério de Saúde, 2013. Deve ser utilizado por todos os profissionais da unidade, estamos trabalhando para que isso aconteça, investigamos os fatores de risco para este agravo em todas as mulheres que realizam o exame citopatológico. Na UBS realizamos os atendimentos às mulheres com a coleta de exame citopatológico alterado e são acompanhadas de acordo com o protocolo.

Existe o arquivo específico para o registro dos resultados dos exames citopatológico coletados que costuma ser revisado periodicamente para: verificar mulheres com exame de rotina em atraso, com exame alterado, verificar completude de registros e avaliar a qualidade do programa.

A equipe de saúde da UBS realiza atividades com grupos de mulheres, no âmbito da UBS, nas escolas e nas comunidades, são realizados em média por mês dois encontros na UBS. Trabalhamos para que todos os profissionais participem das atividades grupais.

Na UBS alguns aspectos do processo de trabalho sobre o câncer de mama poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do controle dessa doença.

Temos algumas dificuldades com a monitorização e avaliação do programa tais como: No atendimento à mulher é realizado exame clínico de mama para detectar lesões palpáveis e se investigam fatores de risco para câncer de mama, sendo registrado no prontuário clínico. A solicitação da mamografia tem pouca disponibilidade no município, existe parceria para sua realização em outro município, mas os agendamentos são muito demorados.

Conhecemos a estimativa de 175 mulheres de 50 a 65 anos e são 112 (64%) usuárias da área de abrangência as que recebem acompanhamento. Existe na UBS a atualização do programa de rastreamento de câncer de mama, as ações educativas são desenvolvidas pela equipe de profissionais da unidade. O médico e enfermeira durante as consultas, realizam o exame clínico de mamas e solicitação da mamografia.

Os atendimentos são registrados no prontuário clínico e no formulário especial. Agora temos livro de registro e existe arquivo específico para o registro dos resultados. Na consulta em que se realiza exame citopatológico, inclui o exame preventivo das mamas e aproveitamos a solicitação de mamografia de rastreamento, conforme o caso.

Realizamos exames clínicos das mulheres maiores de 40 anos e as mulheres com idade inferior, dependendo dos fatores de risco, nossa equipe apoiada nos protocolos, também solicita ultrassonografia quando necessário.

Temos que melhorar na pesquisa ativa dos casos de câncer de mama, fazendo outras ações de saúde na comunidade, para elevar o conhecimento da equipe e da população sobre a importância da detecção precoce e negociar com a gestão sobre estratégias para agilizar o processo de marcação dos exames.

Como parte do programa, nós educamos as usuárias e seus familiares sobre o risco de desenvolver câncer de mama e apresentamos estratégias para a

detecção precoce e prevenção: o autoexame, exame clínico da mama, mamografia e ultrassom.

São realizadas ações com o universo das mulheres da área de cobertura por exemplo: O controle do peso corporal, estímulo à prática regular da atividade física, orientação sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool, ações de rastreamento (detecção) do câncer de mama (exame clínico de mamas e /ou solicitação de mamografia), educações da mulher para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama, o médico e enfermeira realizamos rastreamento do câncer de mama todos os dias da semana. Existe protocolo para o controle do câncer da mama do MS, 2013.

A estimativa de pessoas de 20 anos com hipertensão é de 321 usuários, (VIGITEL 2011). Sendo que o acompanhamento para os hipertensos da área de abrangência é de 131 usuários (40,8%), existe baixo cadastramento e acompanhamento destes usuários. Existe e utilizamos o protocolo de atendimento para usuários portadores de HAS do MS do ano 2013.

Realizamos atendimento de adultos portadores de HAS uma vez por semana, e visitas domiciliar para a busca ativa por falta de captação destes usuários, participando na consulta compartilhada com o apoio da equipe do NASF. Não existe equipe de odontologia para completar o tratamento daqueles que assim o requerem, são avaliadas as necessidades de atendimento da saúde bucal pela equipe de profissionais da unidade e encaminhados segundo as precisões.

Atualizamos recentemente um arquivo com os registros de cadastro nas fichas de acompanhamento da família atualizada pelos ACSs. Os atendimentos realizados pela enfermeira e o médico são preenchidos nos prontuários clínicos, ficha espelho dos usuários hipertensos e/ou diabéticos para: Verificar usuários faltosos, completude de registros, identificar procedimentos em atraso, adultos com risco e avaliar a qualidade do programa.

É importante destacar que contamos com uma prevalência de hipertensos, que não se aproxima da quantidade estimada segundo o total de população, o que nos indica que temos que continuar com uma pesquisa ativa em toda a população maior de 20 anos, para diagnosticar aqueles usuários que sofrem de hipertensão que ainda não sabem, pois o diagnóstico precoce é a base de uma vida prolongada.

Na UBS realizamos atendimentos de adultos portadores de DM, uma vez por semana. Após o atendimento o usuário sai da UBS com a próxima consulta

agendada. Existe demanda e oferta para atendimento dos usuários com problemas de saúde agudo devido a este agravo.

A estimativa de pessoas diabéticas com 20 anos ou mais (5,6%) na área de abrangência é de 79 usuários (VIGITEL, 2011), o acompanhamento para **usuários** com DM neste momento é de 33 usuários (41,7%). Existe baixa cobertura de atendimento, usuários faltosos às consultas e com escasso conhecimento da importância do programa.

Existe protocolo de atendimento para usuários portadores de DM do MS do ano 2013. É utilizado por todos os profissionais. Utilizamos a classificação para estratificar o risco cardiovascular dos adultos portadores de DM para regular o acesso a outros níveis do sistema de saúde. São desenvolvidas ações na UBS no cuidado aos usuários diabéticos como: imunizações, busca ativa por baixa captação, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, de saúde mental, alcoolismo, obesidade, sedentarismo e tabagismo.

Os atendimentos dos adultos com DM são registrados em: Prontuário clínico, ficha de atendimento nutricional, ficha-espelho, colocamos recentemente um arquivo para o registro dos atendimentos dos adultos com DM para ser revisado periodicamente com a finalidade de: Verificar usuários faltosos ao retorno programado, completude de registros, identificar procedimentos em atraso, usuários diabéticos de maior risco e avaliar a qualidade do programa.

Algumas especificidades do cuidado das pessoas com HAS e/ou DM são: Conhecer e realizar exames de laboratórios, monitorando dos mesmos, conhecer os principais medicamentos gratuitos para HAS e/ou DM, conhecer os critérios para acompanhamento em serviço de especialização, vacinação e medidas de rastreamento em pessoas saudáveis.

A estimativa de idosos na UBS é de 211 usuários maiores de 60 anos o mais segundo o SIAB. Realizamos atendimento de 202 (96%) de idosos residentes na área de cobertura da UBS, existe planejamentos dos atendimentos uma vez por semana, os dias em que realizamos atendimento de idosos, ele acontece em um turno.

Toda a equipe participa do atendimento dando cobertura de acompanhamento dos 17 usuários idosos acamados ou com dificuldade de locomoção junto à equipe do NASF. Após a consulta, o usuário idoso sai da UBS com a próxima consulta programada agendada, além das consultas programadas

existe oferta de atendimento de problemas de saúde agudos para os usuários idosos, não existe excesso desta demanda de problemas de saúde agudos.

Existe na UBS o protocolo para a atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento / MS do ano 2010, utilizado por todos os profissionais da equipe e são desenvolvidas ações para o cuidado aos usuários idosos, por exemplo: Imunizações, promoção da atividade física, promoção de hábitos alimentares saudáveis, da saúde bucal, saúde mental, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, de problemas de alcoolismo, obesidade, sedentarismo e tabagismo.

Os profissionais de saúde da UBS utilizamos protocolos para regular o acesso dos usuários idosos a outros níveis do SUS, os protocolos são utilizados para: Encaminhamento para o atendimento nas especialidades e para internação hospitalar.

Os atendimentos dos usuários idosos são registrados em: Prontuário clínico, formulário especial, ficha de atendimento nutricional e ficha-espelho. Não existia o arquivo específico para os registros do atendimento dos usuários idosos, agora colocamos o registro para fazer revisão com a finalidade de: Verificar usuários idosos faltosos ao retorno programado, completude de registros, identificar procedimentos em atraso, identificar usuários idosos de risco, avaliar a qualidade do atendimento.

Avaliamos a capacidade funcional global do usuário idoso por ocasião do exame clínico e explicamos aos usuários e/ou seus familiares como reconhecer sinais de risco relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência, tais como a HAS e/ou DM e Depressão.

Os profissionais de saúde da UBS solicitamos a caderneta de saúde da pessoa idosa nos atendimentos e quem não tem utilizamos prontuários, quando a caderneta de saúde está disponível na consulta e preenchemos as informações atuais do usuário idoso.

A equipe de saúde da UBS realiza atividades com grupos de pessoas idosas, as atividades de grupo são realizadas: No âmbito da UBS e outros espaços comunitários, temos dois grupos de idosos, são realizadas duas atividades em média por mês na UBS, não todos os idosos atendidos na UBS participam do grupo, estamos trabalhando em equipe para buscar maior participação.

Realizamos cuidado domiciliar destes usuários na UBS, existe levantamento dos idosos moradores da área de abrangência que necessitam receber cuidado domiciliar que é realizado pela equipe da UBS, do NASF e a equipe de atenção domiciliar.

As fontes de dados são utilizadas pelos profissionais para realizar avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos idosos são: SIAB, Programa de atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos do MS e os registros específicos dos atendimentos de usuários idosos: os prontuários e ficha espelho.

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

Este relatório nos permitiu comprovar que na UBS se oferecem os serviços básicos estabelecidos pelo MS. É importante destacar que nossa UBS está em projeto de ampliação e remodelação, que a curto prazo, será melhorada a estrutura física, possibilitando um maior aprimoramento dos serviços.

Quanto à área atendida por a equipe de profissionais, é importante destacar que nos próximos meses diminuirá, tendo em conta que atualmente atendemos 10 micros áreas, das quais três ficam mais perto de uma nova UBS inaugurada recentemente em nosso município, portanto as mesmas deixarão de pertencer a nossa UBS e isto implica em uma diminuição da quantidade de famílias e da população em geral.

A análise situacional nos permitiu ter uma melhor visão quanto à observação inicial que realizamos sobre a área, agora temos mais claro quais são as necessidades fundamentais da população e as ações que temos que realizar, assim como a ordem de prioridades das mesmas, para obter um melhor cumprimento de nosso objetivo, que consiste em melhorar a saúde da população.

Podemos observar melhoria quanto ao planejamento e realização de atividades em relação à saúde da população da área de abrangência, identificando

aspectos que precisam ser melhorados. Compreendemos que existem dificuldades, mas também existem fortalezas. Destaca-se que apesar dos problemas que enfrentamos de recursos, medicamentos e disponibilidade de exames, a disposição de nossa equipe é continuar trabalhando e oferecendo um serviço com qualidade.

Realizando uma autocrítica em relação ao processo de trabalho, percebo que antes da análise situacional a equipe não tinha conhecimento dos problemas e das necessidades sociais como: necessidade de saúde, educação, saneamento, segurança, transporte, habitação, bem como a organização dos serviços de saúde.

Portanto foi de suma importância para o levantamento dos problemas, que por sua vez fundamenta o planejamento estratégico situacional permitindo desenvolver ações de saúde mais focais e efetivas em relação aos problemas encontrados para a organização adequada das diversas interfaces que envolvem a UBS. Além disso, contribui para um ambiente favorável tanto para os usuários quanto para os profissionais, fortalecendo a qualidade dos serviços oferecidos e contribuindo para melhoria das condições de trabalho e de atendimento.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A HAS apresenta alta morbimortalidade, com perda importante da qualidade de vida, o que reforça a importância do diagnóstico precoce. O diagnóstico não requer tecnologia sofisticada, e a doença pode ser tratada e controlada com mudanças no estilo de vida, com medicamentos de baixo custo e de poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade na atenção básica (BRASIL 2013). A HAS e/ou DM são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no SUS. Portanto, fazer uma intervenção educativa sistematizada e permanente com os profissionais de saúde é um aspecto fundamental para mudar as práticas atuais em relação a esses problemas de saúde (BRASIL 2013).

A UBS Baixa de Carpino, enfrenta grandes dificuldades quando a estrutura física, apresenta qualidade inadequada porque é um local adaptado e não tem todas as salas necessárias para os diferentes atendimentos dos profissionais de saúde, felizmente já está em reformação. Composta por uma ESF com uma enfermeira (gerente da unidade), um médico, duas técnicas de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde, uma zeladora e uma recepcionista. Contamos com 484 famílias cadastradas e uma população da área adstrita de 2.108 habitantes.

A estimativa de usuários com 20 anos ou mais hipertensos é 321 e/ou 79 usuários diabéticos, (VIGITEL, 2011). A equipe de saúde da UBS, após realizar a análise da situação de saúde da população, compreende a necessidade de realizar uma intervenção com os usuários portadores de HAS e/ou DM pela importância do diagnóstico populacional, acompanhamento com qualidade para controle da HAS e/ou DM e aumento da cobertura. Sendo que o acompanhamento neste momento

para as pessoas com hipertensão é de 131 usuários (40,8%) e de 33 usuários (41,7%) para DM. Iniciamos com ações como o cadastramento de todas as pessoas com 20 anos ou mais hipertensos e/ou diabéticos para aumentar a cobertura de atendimento, a busca ativa de usuários faltosos às consultas e incrementar o conhecimento da importância do programa para a equipe de profissionais, os usuários, a família e a comunidade.

Com a intervenção esperamos melhorar a atenção à pessoa com HAS e/ou DM na UBS, bem como aperfeiçoar ações nos quatro eixos temáticos: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica, melhorar os indicadores de cobertura e de qualidade dessa população. Além de permitir o planejamento de ações para a organização dos processos de trabalho da equipe voltado ao controle desses agravos, na medida em que a equipe conhece os hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência, temos condições do acompanhamento adequado nesse grupo de risco.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM na UBS Baixa do Carpino, do município de Luis Correia/PI.

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

Objetivo 1: Ampliar a cobertura para usuários com HAS e/ou DM na UBS.

Meta 1.1. Cadastrar 60% dos usuários hipertensos no Programa de Atenção à HAS e/ou DM da UBS Baixa do Carpino.

Meta 1.2. Cadastrar 60% dos usuários diabéticos no Programa de Atenção à HAS e/ou DM da UBS Baixa do Carpino.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção para usuários com HAS e/ou DM.

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

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

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

Meta 2.4. Garantir a 100% dos usuários 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 usuários hipertensos cadastrados na UBS.

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

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

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

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

Meta 3.1. Buscar 100% dos usuários hipertensos faltosos às consultas conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2. Buscar 100% dos usuários diabéticos faltosos as consultas conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários hipertensos cadastrados na UBS.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários diabéticos cadastrados na UBS.

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

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários hipertensos cadastrados na UBS.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários diabéticos cadastrados na UBS.

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

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

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

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

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física dos 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 12 semanas na UBS Baixa do Carpino, na zona rural no Município de Luis Correia, PI.

Participarão da intervenção todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos maiores de 20 anos de idade, cadastrados na ação programática de HAS e/ou DM pertencentes à área de abrangência da UBS. O protocolo adotado será o Manual de HAS e DM do MS do ano 2013.

### 2.3.1 Detalhamento das ações

Meta 1.1. Cadastrar 60% dos usuários hipertensos da área de abrangência no Programa de atenção à HAS e/ou DM da UBS Baixa do Carpino.

Meta 1.2. Ampliar para 60% a cobertura dos usuários diabéticos no Programa de atenção à HAS e/ou DM da UBS Baixa do Carpino.

**Eixo de monitoramento e avaliação,** a enfermeira da unidade realizará monitoramento mensal dos usuários hipertensos e /ou diabéticos cadastrados no Programa de atenção à pessoa com HAS e/ou DM da UBS, com a utilização dos dados de cadastro dos ACSs, os atendimentos realizados por o médico e a enfermeira no registro de atividades, procedimentos e notificações que é consolidado no relatório de produção e de marcadores para avaliação do SIAB, com vista ao acompanhamento da evolução dos resultados, negociação de metas, definição de prioridades, assim como assessoramento à gestão.

**Eixo de Organização e Gestão do serviço:** A técnica de enfermagem e a equipe de profissionais da unidade serão responsáveis de garantir o registro dos usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no programa, melhorar o acolhimento, material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e para realização do hemoglicoteste.

**Eixo de engajamento público:** Na sala de acolhimento diariamente a equipe informará à comunidade de maneira permanente sobre a existência do Programa de Atenção à pessoa com HAS e/ou DM da UBS e sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, anualmente; sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de agravos como hipertensão e/ou diabetes.

**Eixo de Qualificação da prática clínica:** A enfermeira e o médico, na reunião mensal de análise da produção, na própria UBS, com execução de duas horas ao final do expediente, irão capacitar aos ACSs para o cadastramento de usuários hipertensos e/ou diabéticos de toda área de abrangência, a equipe para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do

manguito, a realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Capacitar para a busca ativa de pessoas com diabetes e/ou com fatores de risco para DM (obesidade, antecedentes familiares, sintomas sugestivos, etc), a realização de processos educativos, priorizando a promoção de hábitos de vida saudáveis, as autocuidados e a busca de casos suspeitos de padecer de hipertensão e/ou diabetes e cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros presentes.

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

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

**Eixo Monitoramento e avaliação:** A enfermeira e o médico irão realizar as consultas de acompanhamento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos segundo a programação mensal com o monitoramento da realização de exame clínico apropriado.

**Eixo Organização e gestão do Serviço:** Nas reuniões mensal de equipe a enfermeira e o médico serão responsáveis de repassar as atribuições de cada profissional relacionado com o exame clínico de usuários hipertensos e/ou diabéticos, organização das capacitações dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde, estabelecendo periodicidade para atualização dos profissionais e dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

**Eixo Engajamento público:** Nas atividades grupais dos usuários, duas vezes por mês, a equipe irá oferecer orientações aos usuários hipertensos e/ou diabéticos e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da HAS e/ou DM e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

**Eixo qualificação da Prática Clínica:** Uma vez por semana a enfermeira e o médico vão aproveitar uma hora após a finalização do turno de trabalho para capacitar a equipe sobre a realização de exame clínico apropriado de usuários hipertensos e/ou diabéticos, segundo o planejado nas reuniões da equipe.

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

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

**Eixo Monitoramento e avaliação:** A enfermeira e o médico durante os acompanhamentos mensais dos usuários hipertensos e/ou diabéticos serão encarregados do monitoramento do número de usuários com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde e de acordo com a periodicidade recomendada.

**Eixo Organização e gestão do Serviço:** A enfermeira da unidade e o médico irão garantir solicitação dos exames complementares desses usuários e negociar juntos ao gestor municipal estratégias para acesso e agilidade na realização dos exames usuários hipertensos e/ou diabéticos definidos no protocolo e estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

**Eixo Engajamento público:** A equipe de profissionais irão oferecer orientações constante aos usuários hipertensos e/ou diabéticos e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames laboratoriais e a periodicidade com que devem ser realizados os exames complementares.

**Eixo qualificação da Prática Clínica:** A enfermeira e o médico irão realizar capacitações a equipe de profissionais para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares dos usuários hipertensos e/ou diabéticos segundo o planejado no cronograma de atividades pela equipe.

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

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

**Eixo Monitoramento e avaliação:** A enfermeira e o médico irão monitorar a qualidade dos acompanhamentos e os registros de usuários hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na unidade de saúde com a finalidade de garantir o acesso aos medicamentos da farmácia popular.

**Eixo Organização e gestão do Serviço:** A enfermeira e a técnica de enfermagem mensalmente irão realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e manter um registro das necessidades de medicamentos dos usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Eixo Engajamento público:** A equipe irá orientar permanentemente os usuários hipertensos e/ou diabéticos e a comunidade quanto ao direito deles de ter acesso aos medicamentos farmácia popular e possíveis alternativas.

**Eixo qualificação da Prática Clínica:** A enfermeira e o médico vão realizar capacitações a equipe de profissionais para a atualização no tratamento da HAS e/ou DM e para orientar aos usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da farmácia popular.

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

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

**Eixo Monitoramento e avaliação:** A enfermeira e o médico serão responsabilizados pela realização mensal do monitoramento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos que necessitam de atendimento odontológico avaliados durante os acompanhamentos e organizar a agenda de saúde bucal.

**Eixo Organização e gestão do Serviço:** A enfermeira e o médico irão avaliar a necessidade de atendimento odontológico dos usuários hipertensos e/ou diabéticos e organizar a agenda de saúde bucal para a realização do atendimento e entrarão em contato com a gestão municipal, com o intuito de solicitar parceria com outra unidade, pois não contamos com o serviço de odontologia na UBS.

**Eixo Engajamento público:** A equipe de saúde, todos os dias na sala de acolhimento orientará à comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal especialmente dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, realizando ações educativas de prevenção e controle dos fatores e condições de risco, detecção precoce das lesões de mucosa e câncer de boca, atividades educativas para informar sistematicamente à população para o diagnóstico precoce de doenças bucais.

**Eixo qualificação da Prática Clínica:** A enfermeira e o médico capacitarão a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários hipertensos e/ou diabéticos com programação de ações coletivas voltadas para a prevenção em saúde bucal aproveitando as atividades grupais programadas duas vezes no mês, com intervenções centradas na promoção de hábitos de vida saudável.

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

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

**Eixo Monitoramento e avaliação:** A enfermeira da unidade monitorará mensalmente o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo dos usuários hipertensos e/ou diabéticos (consultas em dia).

**Eixo Organização e gestão do Serviço:** Na reunião mensal de análise da produção, a enfermeira junto à equipe de profissionais organizará visitas domiciliares para buscar dos usuários hipertensos e/ou diabéticos faltosos e a agenda para acolher os usuários provenientes das buscas domiciliares.

**Eixo Engajamento público:** Na sala de acolhimento de maneira permanente a equipe de profissionais da unidade informará a comunidade sobre a importância de realização das consultas dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão deles, esclarecer a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

**Eixo qualificação da Prática Clínica:** O médico e a enfermeira irão capacitar os ACSs para a orientação de usuários hipertensos e/ou diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

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

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

**Eixo Monitoramento e avaliação:** O médico e a enfermeira vão monitorar semanalmente a qualidade dos registros de usuários hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

**Eixo Organização e gestão do Serviço:** A equipe de profissionais irá manter as informações do SIAB atualizadas e os registros serão monitorados pela enfermeira com implantação da ficha espelho disponibilizada pelo curso, pactuando com a equipe o registro das informações, com 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 das pessoas com HAS e DM.

**Eixo Engajamento público:** A equipe irá orientar aos usuários hipertensos e/ou diabéticos e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

**Eixo qualificação da Prática Clínica:** A enfermeira da unidade capacitará a equipe no preenchimento de todos os registros necessário no acompanhamento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos e o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

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

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

**Eixo Monitoramento e avaliação:** O médico da unidade monitorará mensalmente o número de usuários hipertensos e/ou diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

**Eixo Organização e gestão do Serviço:** A enfermeira priorizará todos os meses, o atendimento aos usuários hipertensos e/ou diabéticos avaliados como de alto risco, organizando com a agenda para o atendimento desta demanda.

**Eixo Engajamento público:** A equipe de profissionais da unidade orientará diariamente, aos usuários hipertensos e/ou diabéticos e familiares quanto ao nível de risco e a importância do acompanhamento regular, esclarecer aos usuários e a comunidade quanto à seriedade do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

**Eixo qualificação da Prática Clínica:** O médico capacitará a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, para acolhimento humanizado, triagem, classificação de risco, atendimento resolutivo às urgências básicas e sobre a importância do registro desta avaliação e quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

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

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

**Eixo Monitoramento e avaliação:** A enfermeira e o médico irão monitorar mensalmente a realização de orientação nutricional dos usuários hipertensos e/ou

diabéticos planejadas para ser realizadas durante o acolhimento, nas consultas e nas atividades grupais.

**Eixo Organização e gestão do Serviço:** Nas reuniões mensais da equipe junto a equipe do NASF irão organizar práticas coletivas mensais para orientação sobre alimentação saudável dos usuários hipertensos e/ou diabéticos e para envolver a equipe do NASF nesta atividade.

**Eixo Engajamento público:** A equipe orientará de maneira permanente no acolhimento, nas atividades individuais, em grupos, nas escolas, nas igrejas aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, seus familiares e a comunidade sobre a importância da alimentação saudável.

**Eixo qualificação da Prática Clínica:** A enfermeira e o médico vão capacitar a equipe de profissionais da UBS sobre práticas de alimentação saudável e sobre metodologias de educação em saúde.

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

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

**Eixo Monitoramento e avaliação:** A enfermeira e o médico irão monitorar mensalmente a realização de orientação atividade física regular dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, planejadas para ser realizadas durante o acolhimento, nas consultas e as atividades grupais duas vezes por mês.

**Eixo Organização e gestão do Serviço:** Nas reuniões mensais da equipe junto a equipe do NASF irão organizar práticas coletivas mensais para orientação de atividade física dos usuários hipertensos e/ou diabéticos e para envolver educador físico do NASF nesta atividade.

**Eixo Engajamento público:** A equipe orientará de maneira permanente no acolhimento, nas atividades individuais, em grupos, nas escolas, nas igrejas aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, seus familiares e a comunidade sobre a importância da prática regular de atividade física.

**Eixo qualificação da Prática Clínica:** A enfermeira e o médico irão capacitar a equipe da UBS sobre a importância da orientação sobre a prática regular de atividade física e sobre metodologias de educação em saúde.

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.

**Eixo Monitoramento e avaliação:** A enfermeira e o médico irão monitorar mensalmente a realização de orientação aos usuários hipertensos e/ou diabéticos sobre os riscos do tabagismo, planejadas para ser feitas durante o acolhimento, nas consultas e nas atividades grupais duas vezes por mês.

**Eixo Organização e gestão do Serviço:** Nas reuniões mensal da equipe serão organizadas as práticas coletivas mensal para orientação sobre os riscos do tabagismo nos usuários hipertensos e/ou diabéticos, a família e a comunidade, envolvendo a equipe do NASF nesta atividade.

**Eixo Engajamento público:** A equipe orientará de maneira permanente no acolhimento, nas atividades individuais, em grupos, nas escolas, nas igrejas aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, seus familiares e a comunidade sobre os riscos do tabagismo.

**Eixo qualificação da Prática Clínica:** A enfermeira capacitará a equipe da UBS sobre os riscos do tabagismo nestes usuários e sobre metodologias de educação em saúde.

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.

**Eixo Monitoramento e avaliação:** A enfermeira irá monitorar mensalmente a realização de orientação sobre higiene bucal dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, planejadas para ser feitas durante o acolhimento, nas consultas e nas atividades grupais duas vezes por mês.

**Eixo Organização e gestão do Serviço:** Nas reuniões mensal da equipe vão organizar práticas coletivas mensal para orientação sobre higiene bucal, organizando tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

**Eixo Engajamento público:** A equipe orientará de maneira permanente no acolhimento, nas atividades individuais, em grupos, nas escolhas, nas igrejas sobre a necessidade de manter a higiene bucal dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, seus familiares e a comunidade.

**Eixo qualificação da Prática Clínica:** A enfermeira e o médico vão capacitar a equipe da UBS sobre a realização de orientação sobre a importância higiene bucal dos usuários hipertensos e/ou diabéticos e da população.

### 2.3.2 Indicadores

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

Meta 1.1: Cadastrar 60% dos usuários hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS Baixa do Carpino.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao usuário hipertenso. Numerador: Número de usuários hipertensos residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à HAS e DM.

Denominador: Número total de usuários hipertensos residentes na área de abrangência da UBS.

Meta 1.2. Cadastrar 60% dos usuários diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e DM da UBS Baixa do Carpino.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS.

Numerador: Número de usuários diabéticos residentes na área de abrangência cadastrados no Programa de Atenção à HAS e DM da UBS.

Denominador: Número total de usuários diabéticos residente na área de abrangência da UBS.

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

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

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

Numerador: Número de usuários hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de usuários hipertensos cadastrados na UBS.

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

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

Numerador: Número de usuários diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de usuários diabéticos cadastrados na UBS.

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

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

Numerador: Número total de usuários hipertensos com exames complementares em dia.

Denominador: Número total de usuários hipertensos cadastrados na UBS.

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

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

Numerador: Número total de usuários diabéticos com exames complementares em dia.

Denominador: Número total de usuários diabéticos cadastrados na UBS.

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

Indicador 2.5: Proporção de usuários hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada.

Numerador: Número de usuários hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular.

Denominador: Número de usuários hipertensos com prescrição de medicamentos.

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

Indicador 2.6: Proporção de usuários diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada.

Numerador: Número de usuários diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular.

Denominador: Número de usuários diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número total de usuários hipertensos cadastrados na UBS faltosos às consultas.

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

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

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

Denominador: Número total de usuários diabéticos cadastrados na UBS faltosos às consultas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários hipertensos cadastrados na UBS.

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

Numerador: Número de usuários hipertensos cadastrados na UBS com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de usuários hipertensos cadastrados na UBS.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários diabéticos cadastrados na UBS.

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

Numerador: Número de usuários diabéticos cadastrados na UBS com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de usuários diabéticos cadastrados na UBS.

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

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

Indicador 5.1: Proporção de usuários hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de usuários hipertensos cadastrados na UBS com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de usuários hipertensos cadastrados na UBS.

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

Indicador 5.2: Proporção de usuários diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de usuários diabéticos cadastrados na UBS com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de usuários diabéticos cadastrados na UBS.

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

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

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

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

Denominador: Número de usuários hipertensos cadastrados na UBS.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários diabéticos cadastrados na UBS.

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

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

Denominador: Número de usuários diabéticos cadastrados na UBS.

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

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

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

Denominador: Número de usuários hipertensos cadastrados na UBS.

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

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

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

Denominador: Número de usuários diabéticos cadastrados na UBS.

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

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

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

Denominador: Número de usuários hipertensos cadastrados na UBS.

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

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

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

Denominador: Número de usuários diabéticos cadastrados na UBS.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos cadastrados na UBS.

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

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

Denominador: Número de usuários hipertensos cadastrados na UBS.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos cadastrados na UBS.

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

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

Denominador: Número de usuários diabéticos cadastrados na UBS.

### **2.3.3 Logística**

Para realizar a intervenção no programa de HSA e/ou DM adotamos o Manual Técnico de HAS e DM do MS, do ano 2013 (36 e 37). Utilizaremos as fichas espelhos disponibilizada pelo curso de especialização (ANEXO B). Essa ficha

possibilita coleta de dados sobre acompanhamento para os usuários, assim, faremos monitoramento dos indicadores no período da intervenção, com intuito de cadastrar todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos maiores de 20 anos pertencentes à área de abrangência, faremos contato com o gestor municipal para dispor das 400 fichas espelho necessárias. O acompanhamento semanal da intervenção ocorrerá com alimentação da planilha eletrônica de coleta de dados (ANEXO C).

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro, identificando todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos que vieram ao serviço para consulta, nos últimos 3 meses. A profissional localizará os prontuários desses usuários e verificará todas as informações disponíveis na ficha espelho, ao mesmo tempo, será realizado primeiro monitoramento, anexando uma anotação sobre consultas em atraso, avaliação do risco, exames clínicos e laboratoriais e vacinas em atraso, medicação utilizada, com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, usuários faltosos, com orientação nutricional, os riscos do tabagismo e do uso de álcool e drogas e sobre higiene bucal.

Depois da discussão com a equipe da UBS, durante análise situacional e a definição das ações, começaremos a intervenção com a capacitação da equipe sobre o Manual Técnico de HAS e o Manual Técnico de DM do MS do ano 2013. Reiteramos a equipe utilizar essa referência na atenção dos hipertensos e/ou diabéticos.

As capacitações dos profissionais ocorrerão na própria UBS, são necessários materiais como computador, datashow e manuais impressos que serão disponibilizados pela secretaria municipal de saúde e outros pelo médico da UBS para possibilitar seu uso constante pelos profissionais da UBS.

Para o acolhimento a equipe de profissionais verificará a pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, realizará o exame clínico apropriado, precisando de que materiais como balança, esfigmomanômetro, estetoscópio, glicômetro e fitas de hemoglicoteste que existem na UBS.

Capacitaremos aos ACS na busca daqueles que não realizam consulta em nenhum serviço de saúde, deve-se fazer a convocação daqueles que faltarem às consultas do Programa de atenção de hipertensos e/ou diabéticos e orientar sobre a importância da realização da consulta e os horários disponíveis na UBS, além disso,

capacitar-se à equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares, realizando atualização dos profissionais de saúde no tratamento a usuários com hipertensão e/ou diabetes e na avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Capacitaremos a equipe no preenchimento de todos os registros necessários no acompanhamento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos e para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas, realizar estratificação de risco segundo o score de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e a importância do registro desta avaliação nos prontuários que existem na UBS utilizando as 400 fichas espelhos disponibilizada pelo curso e impressas na secretaria de saúde do município.

Temos claro o papel de cada membro da equipe nas questões de promoção a saúde, compartilhando orientações com os usuários hipertensos e/ou diabéticos durante as visitas domiciliares, na comunidade utilizando luars públicos como comércios, igrejas, escolas, realizaremos atividades educativas na própria UBS, em uma pequena sala com 16 cadeiras providenciada pela comunidade e a creche de nossa área de abrangência.

A equipe de profissionais irá discutir e avaliar periodicamente percentual de indicadores dos usuários hipertensos e diabéticos que foram orientados, a enfermeira da equipe vai fazer a avaliação e monitoramento, os ACSs são os responsáveis de buscar os materiais para auxiliar nas orientações como cinco cartazes para informações visuais nos luars públicos como escolas, igrejas e na própria UBS.

Definiremos atribuições de cada membro da equipe no exame clínico dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, organizamos as capacitações de acordo com os protocolos de HAS e DM, versão atualizada impressa pela secretaria de saúde e disponível na UBS, garantindo a solicitação dos exames complementares e estabelecendo periodicidade para atualização dos profissionais.

Organizaremos a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, nas visitas domiciliares organizadas para buscar aos faltosos, preparar a agenda para acolher os usuários hipertensos e/ou diabéticos provenientes das buscas domiciliares, manter as informações do SIAB atualizada.

Implementaremos a ficha de acompanhamento disponibilizada pela secretaria de saúde, pactuando com a equipe o registro das informações, a enfermeira é responsável pelo monitoramento dos registros, organizando um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, na realização de exame, priorizando o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

A enfermeira organizará a agenda para o atendimento desta demanda, as práticas coletivas sobre alimentação saudável, atividade física e tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual e grupais. As técnicas de enfermagem vão providenciar cinco folders para organizar os registros do programa.

Para sensibilizar a comunidade, faremos contato com as escolas, os representantes da comunidade, as igrejas da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo sobre a atenção prioritária dos usuários hipertensos e/ou diabéticos na UBS.

Informaremos à comunidade em reuniões na UBS sobre a existência do Programa de atenção da HAS e DM na UBS e a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, bem como a importância do seu rastreamento em usuários adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Utilizaremos 12 cartazes e três folders fornecidos o material pela coordenação da atenção básica no município.

Orientaremos a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e/ou diabetes, os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e/ou diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, sobre a necessidade de realização de exames complementares e a periodicidade com que devem ser realizados.

Orientaremos à comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, a importância de realização das consultas, ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes (se houver número excessivo de faltosos).

Esclareceremos aos portadores de hipertensão e/ou diabetes e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas e

sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Orientaremos os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular, do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação), a importância da alimentação saudável, da prática de atividade física regular e sobre a importância da higiene bucal.

Para monitoramento da ação programática ficou definida a enfermeira responsável pelo monitoramento semanal do cadastramento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, avaliando os registros, organização dos ficheiros, monitorar a realização de exame clínico e exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo e a periodicidade recomendada.

Os usuários hipertensos e/ou diabéticos que necessitam de atendimento odontológico, monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia), qualidade dos registros, a realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, monitorar a realização de orientação nutricional aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, a realização de orientação para atividade física regular e orientação sobre higiene bucal aos usuários hipertensos e/ou diabéticos.



### **3 Relatório da Intervenção**

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

A implementação das ações aconteceu na UBS Baixa do Carpino no período de 3 meses desde 23 de fevereiro até 14 de maio de 2015, conforme orientação da Coordenação pedagógica do curso, que reduziu de 16 para 12 semanas. Participaram na intervenção os usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados, da área de abrangência. Foi utilizado o Manual Técnico de HAS e DM do MS do ano 2013 para o SUS.

O monitoramento da cobertura dos usuários com HAS e/ou DM cadastrados no programa aconteceu durante o período da intervenção para melhor acompanhamento da implementação das ações, revisando a atualização sistemática do cadastro de usuários, a fim de garantir uma avaliação adequada e favorecer a continuidade dos cuidados através do cadastramento dos usuários no Programa de atenção de hipertensos e/ou diabéticos do MS, obtendo dados para o SIAB.

Em todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos foi realizado o exame clínico completo, buscando manter este importante indicador em dia, podendo diagnosticar fatores de risco e possíveis complicações precocemente, dando assim uma melhor atenção a esta população que precisa de um atendimento continuado e desta forma melhorar a adesão ao tratamento, fator indispensável para uma melhora na qualidade de vida.

Apesar de que não apresentar serviço odontológico na UBS, todos os usuários receberam avaliação da necessidade de atendimento odontológico e

aqueles que o precisavam, foram encaminhados ao CEO para acompanhamento adequado.

Todo os usuários tem um registro adequado na ficha de acompanhamento e demais registros disponibilizados para o caso, tais como ficha espelho, prontuário e registro no Programa de Atenção de HAS e DM da UBS, com a estratificação de risco cardiovascular por exame clínico e receberam orientações necessárias em relação à prática de exercício físico regular, orientação nutricional, alimentação saudável, risco de tabagismo e sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos tentando assim acrescentar os conhecimentos deles e dos familiares que também participaram nas atividades grupais aumentando a qualidade do cuidado.

Foram realizadas as capacitações planejadas para a qualificação da atenção aos profissionais da equipe, os usuários, a família e a comunidade sobre o programa de HAS e DM que foi fundamental, fortalecendo e qualificando o cuidado às pessoas com hipertensão e/ou diabetes na comunidade, garantindo a avaliação contínua e melhoria do cuidado através da construção de estratégias crescente de autonomia da população.

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

Todas as ações previstas para a intervenção foram desenvolvidas, no início exibimos dificuldades em algumas ações, mas a equipe conseguiu o cadastramento dos usuários com hipertensão e/ou diabetes, oferecendo assistência qualificada que foi verificado no período da intervenção pela responsabilidade e registro completo realizado nos prontuários e fichas espelho, isso foi possível pelo empenho da equipe de profissionais para aperfeiçoar nosso trabalho.

O maior problema que apresentamos durante a intervenção, foi a realização de exames complementares, devido ao afastamento de nossa área com relação à

sede municipal, assim como pelas dificuldades para deslocamento dos usuários pela situação de transporte e também existe demora na marcação dos exames e das consultas especializadas.

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

A revisão dos registros da intervenção foi um momento muito importante para a equipe, para analisar o andamento da mesma. No início da intervenção mostraram-se algumas dificuldades para preencher as planilhas de coletas de dados, mas as dúvidas foram esclarecidas com ajuda da orientadora e apoio pedagógico e foram realizados os ajustes necessários. Após o esclarecimento para preencher os dados, foi possível trabalhar com as planilhas de forma correta e clara, lembrando que estas dificuldades não atrasaram os indicadores.

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

Alcançar o cadastramento de todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos no programa foi uma ação de grande importância para garantir a qualidade da avaliação integral nos cuidados dos usuários portadores destas doenças, pois favorece a vinculação e melhor acompanhamento deles e garante o recebimento dos cuidados.

Considerando que a estratégia de educação em saúde é essencial para estimular hábitos saudáveis de vida, nossa obrigação é garantir maior participação dos usuários, a família e a comunidade, continuar ganhando maior engajamento público com o que foi possível o cumprimento de muitas ações. A intervenção foi incorporada no cotidiano do serviço.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

Esta intervenção foi estruturada, visando melhorar a qualidade na atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos na UBS Baixa do Carpino, a qual atende uma área de abrangência rural no Município Luis Correia, estado do PI.

Contamos com uma população de 2.108 habitantes, sendo que a cobertura da área de abrangência para HAS é de 131 usuários (40,8%) e para DM de 33 usuários (41,7%) antes do início da intervenção, (VIGITEL,2011).

Objetivo 1: Ampliar a cobertura para usuários com HAS e/ou DM na UBS.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura para usuários com HAS na UBS.

Meta 1.1: Cadastrar 60% dos usuários hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e/ou DM da UBS.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção aos usuários hipertensos.

No primeiro mês, observa-se uma cobertura de 52 (16,2%) usuários hipertensos. No segundo mês, 114 (35,5%) e no terceiro mês a cobertura alcançada foi de 159 (49,5%) usuários hipertensos.

As metas de cobertura não foram alcançadas pela diminuição do tempo planejado na intervenção, conforme orientação da coordenação do curso, que reduziu de 16 para 12 semanas, mas esse número vai aumentar porque está estabelecido como parte da rotina da equipe e os resultados obtidos do programa são o produto do comprometimento e dedicação de toda a equipe multidisciplinar envolvida na intervenção, além do treinamento constante, proporcionado através de capacitações e/ou reuniões de equipe.

A equipe de profissionais ampliou o conhecimento sobre a ação programática, como também realizou a captação de pessoas com HAS na população de 20 anos ou mais, com noção dos usuários hipertensos da área de

abrangência, o que facilitou a programação e organização dos processos de trabalho voltados ao controle deste agravo, agora com condições de acompanhamento adequado neste grupo de risco.

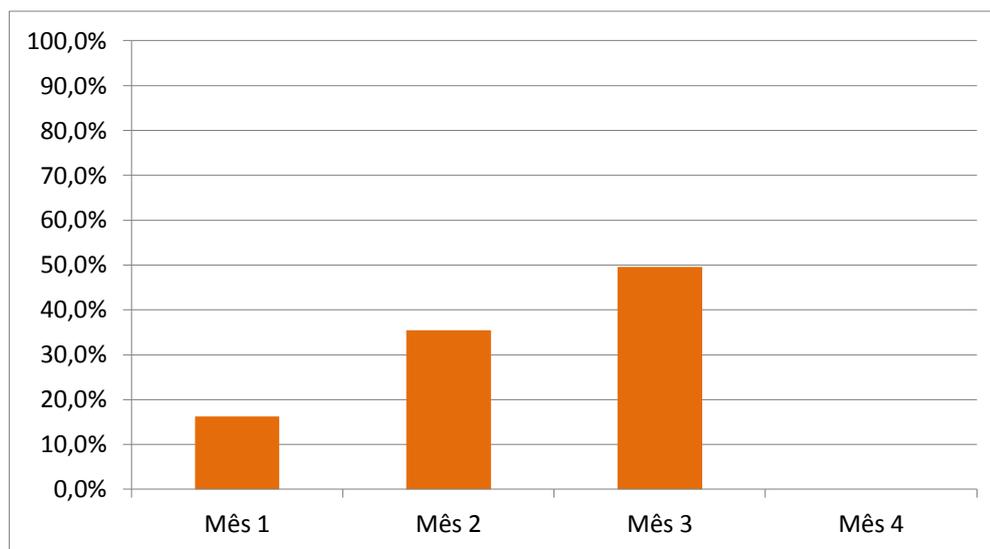


Figura 1: Cobertura do programa de atenção aos usuários hipertensos na UBS Baixa do Carpino, Luis Correa/PI.

Fonte: Planilha de coleta de dados UFPEL, 2015.

Objetivo 1. Ampliar cobertura de usuários diabéticos na UBS.

Meta 1.2: Ampliar para 60% a cobertura dos usuários diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e/ou DM da UBS.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção aos usuários diabéticos.

No primeiro mês, a cobertura foi de 16 (20,3%) usuários diabéticos, no segundo mês a cobertura passou para 35 (44,3%) e no terceiro mês foi para 45 (57,0%), onde toda a equipe trabalhou para melhorar este indicador.

Realizou-se a captação de pessoas com diabetes na população de 20 anos ou mais cadastrada na área de abrangência que possibilitou a análise das condições de saúde da população e a avaliação das ações preventivas e assistenciais relativas da equipe para o controle deste agravo que possibilitou condições de acompanhamento adequado.

No entanto, considerando que apenas 45 (57%) dos usuários diabéticos tem o diagnóstico médico, é imprescindível a busca ativa de novos casos. Ressalta-se que a equipe trabalhou unida e os ACSs foram essenciais, pois realizaram as visitas

domiciliares e cadastro dos usuários no programa de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos.

Considerando que a confirmação diagnóstica de DM é feita com base laboratorial (glicemia plasmática), apresentamos dificuldades de acesso aos serviços de apoio diagnóstico que pode determinar uma subestimativa da prevalência de DM na comunidade.

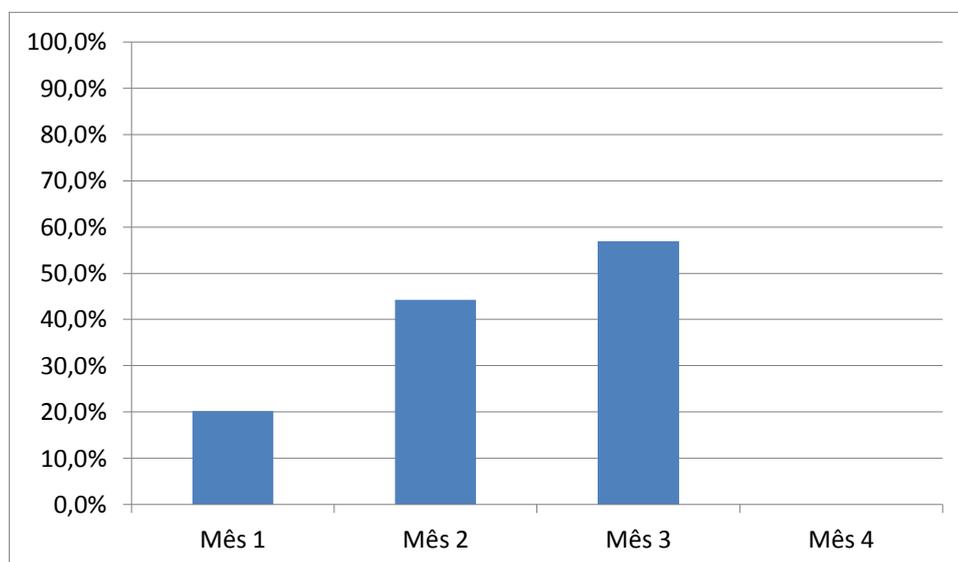


Figura 2: Cobertura do programa de atenção aos usuários diabéticos na UBS Baixa do Carpino, Luis Correa/PI.

Fonte: Planilha de coleta de dados UFPEL, 2015.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos na UBS.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção aos usuários hipertensos.

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

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

Conseguimos realizar o exame clínico apropriado em 100% dos usuários nos três meses, de acordo com o protocolo, no primeiro mês 52 usuários, no segundo mês 114 usuários e no terceiro mês 159 usuários hipertensos.

Isso foi possível pela presença de uma equipe envolvido e melhor qualificado pelas capacitações realizadas que auxiliaram no alcance desta meta,

promovendo o aumento da confiança da população com consultas planejadas adequadamente e horários flexíveis.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção aos usuários diabéticos.

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

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

Em todos os meses, atingimos 100% dos usuários diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo, no primeiro mês 16 usuários, no segundo mês 35 e no terceiro mês 45 usuários diabéticos.

Logrou-se com as capacitações e treinamento constante da equipe, a humanização do cuidado, promovendo o autocuidado dos usuários e alcançando a confiança deles e da população na equipe profissionais da unidade.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção aos usuários hipertensos.

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

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

No primeiro mês de intervenção, 15 (28,8%) dos usuários hipertensos cadastrados estavam com exames complementares em dia, no segundo mês, atingimos 56 (49,1%) e no terceiro mês atingimos 101(63,5%) de usuários hipertensos com exames complementares em dia.

A causa de ficar abaixo das metas planejadas para a realização dos exames complementares em dia foi principalmente que nossa área é rural e está muito afastada com relação à sede municipal. Existem grandes dificuldades para a deslocação dos usuários, os quais tem poucos recursos e o transporte é muito difícil, além disso, existe muita demora na marcação e o retorno com os resultados.

É interessante também sinalar que percebemos uma leve melhora da acessibilidade para a realização dos exames complementares solicitados já que foram estabelecidas estratégias pela gestão do município para a marcação priorizada dos usuários das áreas rurais.

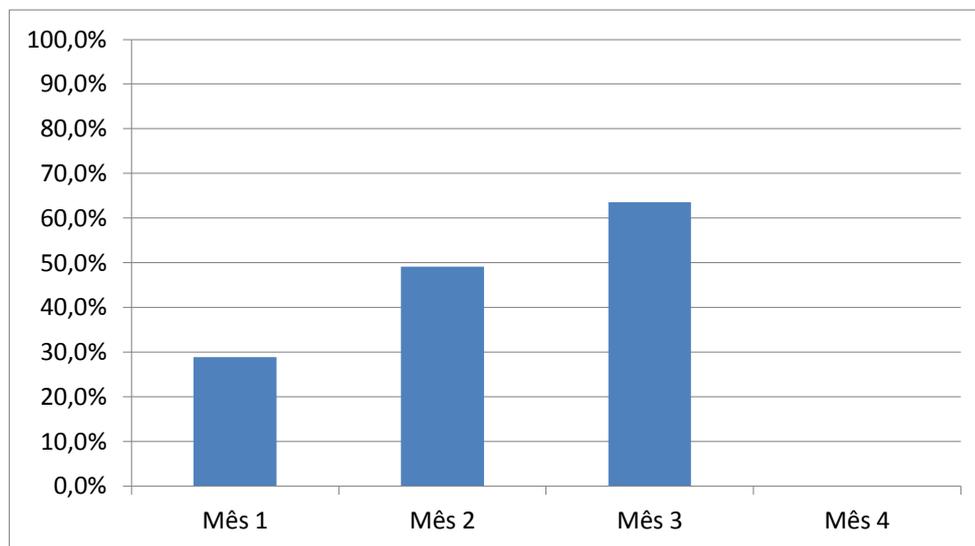


Figura 3: Proporção de usuários hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. UBS Baixa do Carpino, Luis Correa/PI.

Fonte: Planilha de coleta de dados UFPEL, 2015.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção aos usuários diabéticos.

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

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

No primeiro mês, 7 (43,8%) usuários diabéticos com exames complementares em dia. No segundo mês 20 (57,1%) e no terceiro mês foi possível atingir 31 (68,9%) usuários diabéticos com exames complementares em dia.

Existiu melhoria na disponibilização dos exames complementares definidos nos protocolos de controle da DM, assim como aos serviços de referência especializada, mas é importante lembrar que em nossa área existem grandes dificuldades para a deslocação dos usuários, eles apresentam poucos recursos e o custo de transporte é muito alto tendo demora na marcação dos exames e retorno resultados.

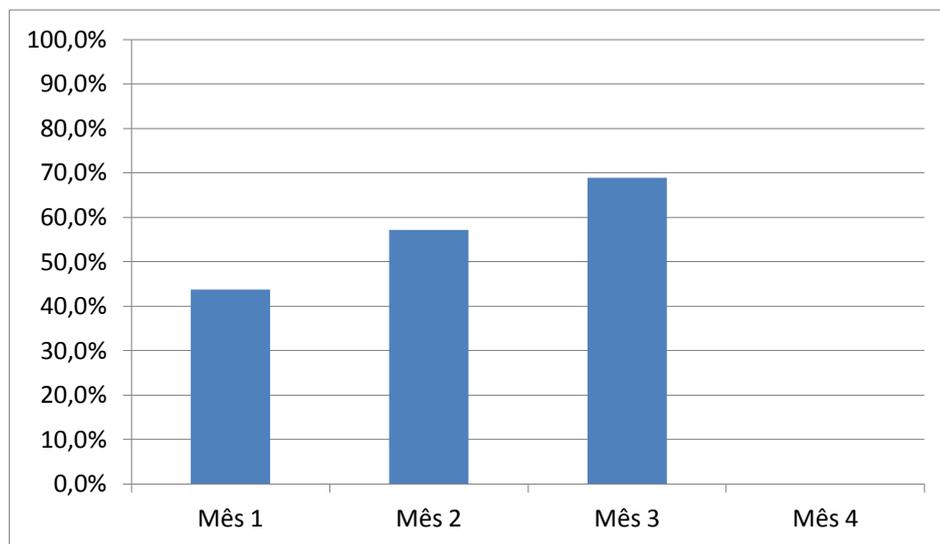


Figura 4: Proporção de usuários diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. UBS Baixa do Carpino, Luis Correa/PI.

Fonte: Planilha de coleta de dados UFPEL, 2015.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção aos usuários hipertensos.

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

Indicador 2.5: Proporção de usuários hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada.

No primeiro mês 49 (94,2%) dos usuários hipertensos tiveram prescrição de medicamentos da farmácia popular, no segundo mês 111(97,4%) dos usuários hipertensos e no terceiro mês o número de usuários hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular foi de 156 (98,1%).

Alguns usuários são acompanhados por outros profissionais da rede privada, portanto foram prescritos com medicações que não são disponibilizados na farmácia popular, tendo em conta que esses usuários estão controlados, continuamos orientando para o uso desses medicamentos e cuidados continuado segundo o caso.

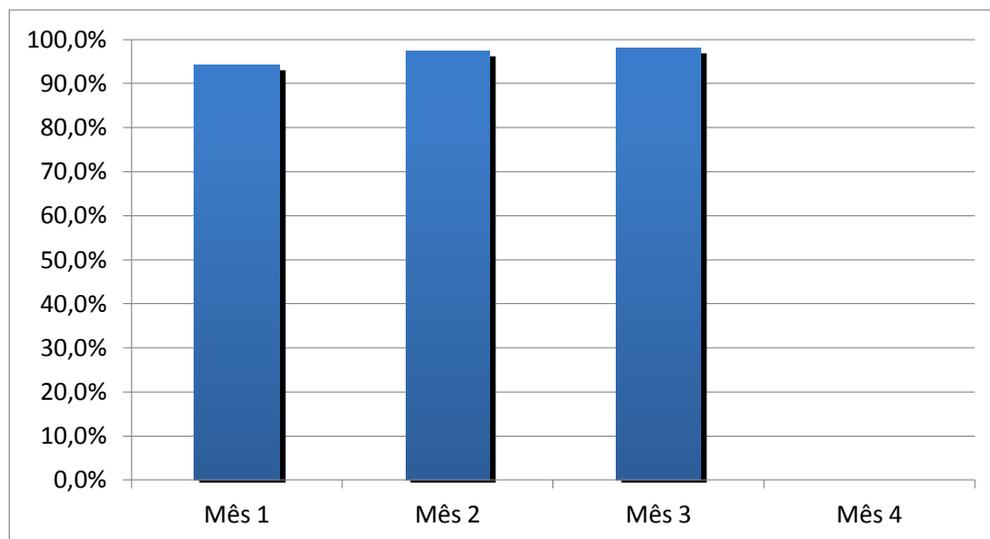


Figura 5: Proporção de usuários hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada.

Fonte: Planilha de coleta de dados UFPEL, 2015.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção aos usuários diabéticos.

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

Indicador 2.6: Proporção de usuários diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada.

Em todos os meses, atingimos 100% dos usuários diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular uma vez que foi garantida a oferta regular e suficiente de medicamentos definidos nos protocolos de controle da diabetes e pelo constante monitoramento dos dados de cobertura cadastral dos usuários para ter em conta a estimativa de demanda para o tratamento. Foram atendidos no primeiro mês, 16 usuários, no segundo mês 35 e no terceiro mês 45 usuários diabéticos.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção aos usuários hipertensos.

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

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

Nos três meses de intervenção, atingimos 100% dos usuários que tiveram examinadas a cavidade bucal durante o exame físico. Foram acompanhados no primeiro mês, 52 usuários, no segundo mês, 114 usuários e no terceiro mês 159 usuários hipertensos.

Foram realizadas atividades educativas de promoção de saúde por toda a equipe para usuários hipertensos, familiares e a comunidade, com o objetivo de estimular a saúde bucal. Não existe a equipe de odontologia na UBS pelo que são realizadas as atividades de promoção pela equipe de profissionais.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção aos usuários diabéticos.

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

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

Em todos os meses, atingimos 100% dos usuários diabéticos com observação da cavidade bucal, avaliando a necessidade de atendimento odontológico de 16 usuários no primeiro mês, no segundo mês 35 e no terceiro mês 45 usuários diabéticos. Realizou-se atividades educativas por toda a equipe da UBS para usuários e familiares, com o objetivo de estimular a saúde bucal.

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

Objetivo 3: Melhorar a adesão de usuários hipertensos.

Meta 3.1: Buscar 100% dos usuários hipertensos faltosos às consultas conforme a periodicidade recomendada.

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

No primeiro mês não tivemos usuários hipertensos faltosos a consultas agendadas. No segundo mês, 2 foram faltosos e realizadas busca ativa e no terceiro mês também não tivemos usuários faltosos às consultas, assim que atingimos 100% de busca ativa para os usuários hipertensos faltosos às consultas médicas.

A equipe de profissionais da unidade priorizou as famílias com usuários hipertensos nas visitas domiciliares com busca ativa de usuários com este agravo na comunidade, realizou-se o cadastro e o acompanhamento mensal no momento das visitas, identificando principais dificuldades do acompanhamento e a atualização do cadastramento de todos os usuários, a fim de favorecer ações de vigilância e busca de faltosos, visando à continuidade do cuidado.

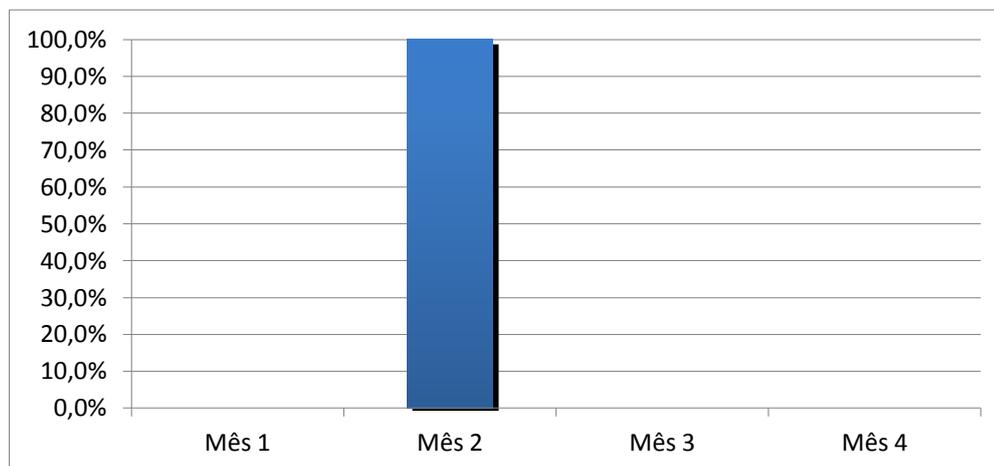


Figura 6: Proporção de usuários hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa. UBS Baixa do Carpino, Luis Correa/PI.

Fonte: Planilha de coleta de dados UFPEL, 2015.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de usuários diabéticos.

Meta 3.2: Buscar 100% dos usuários diabéticos faltosos às consultas conforme a periodicidade recomendada.

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

Em todos os meses, não apresentamos usuários diabéticos faltosos às consultas médicas. Alcançando a cobertura de 16 usuários no primeiro mês, 35 no segundo mês e 45 no terceiro mês.

Alcançou-se o estabelecimento de estratégias de acompanhamento pelos ACSs que lembravam a data da consulta de pessoas diabéticas que não costumam apresentar-se nas datas programadas, não estar em casa no horário das visitas domiciliares e trabalhou-se com os usuários, as famílias e a comunidade.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações de usuários hipertensos e/ou diabéticos do programa na UBS.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações de usuários hipertensos.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários hipertensos cadastrados na UBS.

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

Durante os três meses da intervenção os registros se mantiveram em 100%. No primeiro mês, 52 usuários, no segundo mês, 114 usuários e no terceiro mês 159 usuários hipertensos.

Ressalta-se a importância do treinamento constante dos profissionais para o preenchimento dos registros na ficha de acompanhamento, atualização dos registros na ficha espelho, a classificação do risco. Possibilitando a verificação dos prontuários com a constatação de registros desatualizados e posterior busca dos usuários em questão para consulta, mostrou-se ainda como um elemento importante no processo de acompanhamento e cuidado continuado desse grupo.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações dos usuários diabéticos.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários diabéticos cadastrados na UBS.

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

Em todos os meses, atingimos 100% dos usuários diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento de acordo com o protocolo, sendo acompanhados 16 usuários no primeiro mês, 35 e 45 no segundo e terceiro meses, respectivamente. Para a melhoria da qualidade dos registros foi importante o treinamento dos profissionais para o preenchimento destes.

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

Objetivo 5: Mapear usuários hipertensos de risco para doença cardiovascular.

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

Indicador 5.1: Proporção de usuários hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Foram acompanhados 52 usuários no primeiro mês, 114 no segundo mês e 159 usuários hipertensos no terceiro mês, conseguimos alcançar 100% de usuários hipertensos com estratificação de risco cardiovascular pela equipe de profissionais treinada e envolvida nos acompanhamentos destes usuários com prioridade nos agendamentos das consultas de controle necessárias e foram desenvolvidas estratégias para o controle e prevenção de complicações.

Objetivo 5: Mapear usuários diabéticos de risco para doença cardiovascular.

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

Indicador 5.2: Proporção de usuários diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Em todos os meses, atingimos 100% dos usuários diabéticos com estratificação de risco cardiovascular, sendo acompanhados 16 usuários no primeiro mês, 35 e 45 no segundo e terceiro meses respectivamente.

Foi identificado pela equipe a presença de fatores de risco e encaminhamento para investigação diagnóstica e atendimento na unidade diante da presença de sinais de complicações ou problemas no tratamento.

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

Objetivo 6: Promover a saúde de usuários hipertensos.

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

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

Durante os três meses de intervenção, conseguimos alcançar 100% de usuários hipertensos com orientação sobre alimentação saudável. Sendo acompanhados 52 usuários no primeiro mês, 114 no segundo mês e 159 usuários hipertensos no terceiro mês.

Foram realizadas atividades educativas de promoção à saúde para os usuários hipertensos, familiares e a comunidade, com o objetivo de estimular o autocuidado, a adesão ao tratamento e às recomendações em termos de mudança de estilo de vida (alimentação, atividade física, lazer).

Objetivo 6: Promover a saúde de usuários diabéticos.

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

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

Durante os três meses de intervenção, conseguimos alcançar 100% dos usuários diabéticos com orientação sobre alimentação saudável. Sendo acompanhados 16 usuários no primeiro mês, 35 e 45 no segundo e terceiro meses respectivamente.

Organizou-se atividades em grupos de ajuda mútua, como grupos de caminhada, trocas de receitas, técnicas de autocuidado, entre outros.

Objetivo 6: Promover a saúde de usuários hipertensos.

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

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

Durante os três meses de intervenção, conseguimos alcançar 100% de usuários hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física. Foram acompanhados 52 usuários no primeiro mês, 114 no segundo mês e 159 usuários hipertensos no terceiro mês.

Organizou-se dois grupos de usuários com HAS e/ou DM para o acompanhamento com atividades de promoção e prevenção de complicações, tais como orientação sobre prática regular de atividade física, estímulo à adesão ao tratamento medicamentoso (quando for o caso) e às orientações de dieta, evitando o consumo elevado de sal, cessação do hábito de ingerir bebidas alcoólicas, evitar o sobrepeso e obesidade.

Objetivo 6: Promover a saúde de usuários diabéticos.

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

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

Conseguimos alcançar 100% dos usuários diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física durante os três meses de intervenção, sendo acompanhados 16 usuários no primeiro mês, 35 e 45 no segundo e terceiro meses respectivamente.

A equipe ofereceu orientações em relação à prática regular de atividade física dos usuários diabéticos, sobre a dieta, atividades físicas que ajuda ao controle de estresse e de peso dos usuários.

Objetivo 6: Promover a saúde de usuários hipertensos.

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

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

Durante os três meses de intervenção, conseguimos alcançar 100% de usuários hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo. Foram

acompanhados 52 usuários no primeiro mês, 114 no segundo mês e 159 usuários hipertensos no terceiro mês.

A equipe ofereceu possibilidades de abandono do tabagismo como estratégia implementada no município com possibilidade de acesso da população tabagista de nossa área de abrangência.

Objetivo 6: Promover a saúde de usuários diabéticos.

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

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

Foram acompanhados 16 usuários no primeiro mês, 35 e 45 no segundo e terceiro meses respectivamente. Durante os três meses de intervenção, conseguimos alcançar 100% dos usuários diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo com a participação de toda a equipe de profissionais, lembrando que a DM está associada à exposição a fatores de risco, entre os quais se destaca o tabagismo.

Objetivo 6: Promover a saúde de usuários hipertensos.

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

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

Foram acompanhados 52 usuários no primeiro mês, 114 no segundo mês e 159 usuários hipertensos no terceiro mês. Em todos nos 3 meses de intervenção conseguimos alcançar 100% de usuários hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

As estratégias de prevenção da HAS estiveram baseadas primordialmente na mudança de hábitos de vida com diferentes intervenções para modificação da dieta, realização de atividade física, os cuidados da saúde bucal, o estímulo contínuo à adoção de hábitos de vida saudáveis é essencial para o controle.

Objetivo 6: Promover a saúde de usuários diabéticos.

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

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

Durante os três meses de intervenção, conseguimos alcançar 100% dos usuários diabéticos com orientação sobre higiene bucal. Sendo acompanhados 16 usuários no primeiro mês, 35 e 45 no segundo e terceiro meses respectivamente.

As ações educativas foram de abrangência para toda a comunidade, dirigidas a população em geral e não apenas aos usuários portadores de HAS e/ou DM. O trabalho em equipe foi essencial para a realização das ações educativas propostas na intervenção.

As orientações foram realizadas durante os atendimentos individuais e em grupos, como parte do tratamento que incluem hábitos alimentares saudáveis, atividades físicas, os riscos do uso de tabagismo e sobre a higiene bucal, além da necessidade da utilização dos medicamentos prescritos.

## **4.2 Discussão**

A intervenção propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos na UBS, a qualificação da atenção com ênfase para a realização do exame clínico apropriado dos usuários, a realização de exames complementares em dia, prescrição adequada de medicamentos, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, a melhora da adesão ao programa, a organização dos registros das informações, a estratificação do risco cardiovascular de ambos os grupos, com as ações de promoção e prevenção da saúde destes usuários, a família e a comunidade.

A melhoria do registro, o cadastramento e o acompanhamento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos permitiu a otimização da agenda para a atenção à demanda de atendimentos com qualidade. A classificação de risco dos usuários hipertensos e/ou diabéticos tem sido fundamental para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do MS relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da HAS e/ou DM, esta atividade promoveu o trabalho integrado do médico, da enfermeira, das técnicas de enfermagem e o recepcionista.

O trabalho em equipe foi essencial para a realização das ações propostas para melhorar os resultados dos indicadores, com a intervenção foi possível o trabalho integrado dos profissionais da UBS.

A equipe foi muito participativa, todos contribuíram com a participação nas reuniões, treinamentos e capacitações de modo ativo, os ACSs mobilizaram os usuários e familiares para a participação nos encontros mensais previstos.

A divisão de responsabilidade pelos profissionais da equipe foi muito importante e acabou tendo impacto na intervenção. Esse fato beneficiou o atendimento dos usuários, o que favorece a lógica de trabalho em grupo que a ESF propõe.

Não contamos com a equipe de odontologia, os procedimentos para avaliar a necessidade de atendimento e as orientações sobre saúde bucal foram realizadas nas consultas individualmente e nas atividades grupais, monitoradas pela enfermeira gerente da UBS.

Em todas as consultas a equipe realizou a pesquisa para o diagnóstico de HAS e/ou DM aos usuários maiores de 20 anos. Ressaltasse a melhora do cadastro e acompanhamento dos usuários com estas doenças, muito importante porque permitiu a estratificação do risco e detecção precoce de algumas complicações, tratadas precocemente, evitando os danos maiores à saúde.

O cadastramento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos foi feito pela busca nas visitas domiciliares, a marcação de consulta em aqueles usuários faltosos a consultas com agendamento pela equipe para retorno ao acompanhamento regular.

Foram realizadas atividades grupais com impacto no serviço, com a formação de grupos de usuários doentes e famílias, com a realização de ações educativas articuladas com a comunidade para prevenção e diagnóstico precoce, envolvendo atores do território, aproveitando para a avaliação da necessidade de atendimento odontológico com estratégias para o encaminhamento prioritário dos usuários com doença bucal aguda para consulta odontológica no CEO do município.

Existem usuários acamados acompanhados por meio de visitas domiciliares o que permite-nos avaliar possíveis dificuldades na realização das ações voltadas para a atenção de suas doenças. Aproveitamos para estimular hábitos de vida e condutas saudáveis e seguras.

São efetivadas estratégias de prevenção destas doenças crônicas baseadas na captação dos usuários hipertensos e/ou diabéticos na UBS pela realização de procedimentos simples e primordialmente na realização de rastreamento de fatores de risco, a mudança de hábitos de vida com orientações para modificação da dieta, realização de atividade física e as ações de prevenção e diagnóstico precoce, além de ações de educação, prevenção e abordagens educativas para estimular o autocuidado sobre a saúde bucal, a fim de reduzir o risco de complicações.

O impacto da intervenção é percebido pela comunidade, os usuários hipertensos e/ou diabéticos e as famílias confirmaram satisfação com a prioridade no atendimento e conseguiu-se que ocorresse insatisfação na sala de espera entre os outros membros da comunidade já que apreciam o motivo desta priorização. Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos usuários hipertensos e/ou diabéticos sem cobertura.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde o início, tivesse maior acesso dos usuários à realização de exames complementares, com disponibilidade regular de medicamentos padronizados e o recebimento da medicação em quantidades suficientes para todos usuários cadastrados no programa de atenção à HAS e/ou DM diabéticos do MS.

Também se alcançou maior articulação com a comunidade para explicitar os critérios de priorização da atenção aos usuários com HAS e/ou DM, além disso temos que continuar trabalhando para alcançar maior cobertura de atenção dos usuários ao programa. Com a conclusão da intervenção, percebeu-se que a equipe está comprometida, mais qualificada e unida e com domínio das atribuições.

A intervenção foi incorporada à rotina do serviço, existem condições de superar as dificuldades encontradas, portanto vamos a ampliar o trabalho com a gestão do município com a finalidade de conseguir a melhoria do acesso dos usuários à realização de exames complementares de acordo com o protocolo e a disponibilização de medicamentos, pois a falta do medicamento dificulta a adesão dos usuários ao tratamento e fragiliza a atenção como um todo.

Temos que continuar intensificando o trabalho para a conscientização dos usuários, a família e a comunidade para conseguir maior participação nas atividades educativas oferecidas pela equipe de profissionais.

Notamos que as presenças das informações em nossos registros acabaram auxiliando na coleta dos dados dos indicadores, os prontuários e a ficha-espelho dos

usuários hipertensos e/ou diabéticos estão adequados para poder coletar e monitorar todos os indicadores que tínhamos previsto na intervenção.

Os resultados alcançados nos indicadores do programa de HAS e/ou DM durante a intervenção são obtidos pelo envolvimento da equipe no trabalho e pela rotina de monitoramento de indicadores visando o acompanhamento das ações e avaliação dos resultados. A obtenção do engajamento público com a liderança local e a comunidade foi essencial, conseguindo o apoio esperado na intervenção, viabilizando sua inserção na rotina da UBS sem dificuldade.

Como a atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos não será finalizada com os três meses da intervenção, pretendemos ampliar a cobertura dos mesmos e a partir do momento em que esteja disponível uma estratégia para uma melhoria de acesso aos exames pelos usuários e disponibilidade regular de medicamentos ao programa, esperamos aumentar a qualidade da atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Seguindo esta intervenção como exemplo, também pretendemos implementar o programa de Pré-natal e Puerpério na UBS Baixa do Carpino para melhorar a qualidade de atendimento às gestantes e puérperas de nossa área de abrangência.

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

Prezados Gestores:

Como médico cubano participante do PMMB, tive a possibilidade da realização do curso de especialização em atenção básica à saúde, que foi promovido

UNASUS/UFPel. Este relatório apresenta como foi implementado o Projeto de Intervenção sobre o tema: Melhoria da atenção aos usuários com HAS e/ou DM na UBS Baixa do Carpino, Luis Correia/PI.

Após a análise situacional, ficou identificado que o baixo cadastramento e acompanhamento com qualidade dos usuários hipertensos e/ou diabéticos era um dos problemas enfrentados pela equipe, diante disso as ações foram planejadas e desenvolvidas de acordo com os eixos do Projeto Pedagógico do Curso de Especialização: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica.

A intervenção ocorreu entre os meses fevereiro e maio de 2015, na UBS Baixa do Carpino, participaram na intervenção os usuários hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência, foi utilizado o Manual Técnico de Atenção a HAS e/ou DM do ano 2013 para o SUS do MS.

A capacitação da equipe multidisciplinar da unidade, sobre o acompanhamento qualificado e abordagem domiciliar dos usuários hipertensos e/ou diabéticos foi aprimorada para toda equipe e especialmente para os ACSs, mostrou-

se importante para a melhoria do processo de trabalho dos profissionais na medida em que contribuiu para um maior conhecimento acerca do tema, permitindo reforçar o compromisso da equipe da unidade no acompanhamento desses usuários.

Na expectativa de melhorar a qualidade de atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos foram realizados encontros mensais com os usuários e familiares, o que possibilitou primeiramente formar os grupos de hipertensos e/ou diabéticos que a partir dessa data passou a acontecer mensalmente com a presença dos profissionais da unidade e do NASF.

Organização e gestão do serviço, ocorreram nas reuniões com a equipe de saúde com apresentação do Projeto de intervenção e organizou-se a capacitação e treinamento de todos os profissionais da equipe, o acolhimento é feito pela equipe capacitada em coletivo e individualmente, de todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência.

No início da intervenção a cobertura para HAS era de 131 usuários (40,8%) e para DM 33 usuários (41,7%). Ao final da intervenção a cobertura de usuários hipertensos foi de 49,5%, a dos usuários diabéticos, foi de 57 %, sendo que 29 usuários possuem as duas patologias.

Ressalta-se que não foi possível obter a meta de cobertura proposta de 60% para usuários com hipertensão e/ou diabetes, devido à redução do período da intervenção para 3 meses, mas esse número vai aumentar, porque está estabelecido como parte da rotina da equipe.

Também não alcançamos a meta de realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, a causa principal foi o afastamento de nossa área com relação à sede municipal, existindo grandes dificuldades para a deslocação dos usuários que na maior parte são idosos, além disso existe muita demora na marcação e o retorno com os resultados.

O número de usuários diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular foi de 100% e o número de hipertensos foi de 156 (98,1%).

Alguns usuários hipertensos são acompanhados por outros profissionais da rede privada, portanto foram prescritos com medicações que não estão disponibilizados na farmácia popular, esses usuários estão com sua doença controlada e continuam usando os mesmos medicamentos.

Existem outros indicadores de qualidade que atingimos 100% das metas, nos três meses, são os referentes a: o exame clínico apropriado de acordo com o

protocolo, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, registro adequado na ficha de acompanhamento, estratificação de risco cardiovascular, orientação nutricional sobre alimentação saudável, sobre prática regular de atividade física, os riscos do tabagismo e orientação sobre higiene bucal.

Foi importante o treinamento constante dos profissionais para o preenchimento dos registros na ficha de acompanhamento, atualização dos registros na ficha espelho, a classificação do risco, possibilitando a verificação dos prontuários com a constatação de registros desatualizados e posterior busca dos usuários em questão para consulta.

A estratégia de prevenção da HAS esteve baseada primordialmente na mudança de hábitos de vida com diferentes intervenções para modificação da dieta, realização de atividade física, os cuidados da saúde bucal, o estímulo contínuo à adoção de hábitos de vida saudáveis essenciais para o controle. As ações educativas foram de abrangência para toda a comunidade, dirigidas à população em geral e não apenas aos portadores de HAS e/ou DM.

A equipe trabalhou unida e os ACSs foram essenciais, pois realizaram as visitas domiciliares e o cadastro dos usuários hipertensos e/ou diabéticos. As tarefas em equipe foram essenciais, as orientações foram realizadas durante os atendimentos individuais e em grupos realizando ênfases da necessidade na utilização dos medicamentos prescritos. Foram realizadas 100% das ações de prevenção, diagnóstico e tratamento da HAS e/ou DM, visando a redução da prevalência destes agravos, assim como de suas complicações na população.

Representa uma importante questão de reflexão do apoio dos gestores no município para a colaboração na continuidade das ações, já que nossa intervenção possibilitou servir como uma fonte confiável dos números de usuários cadastrados no programa de HAS e/ou DM na área de abrangência, oferecendo maior qualidade dos acompanhamentos e para que outras ações semelhantes sejam realizadas, beneficiando o planejamento dos processos de trabalho por parte de profissionais e gestores.

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

Após a análise situacional de saúde da área de abrangência da unidade, foi escolhida ação programática HAS e/ou DM, identificou-se que um dos problemas enfrentados era a dificuldade com o cadastramento e acompanhamento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

No início da intervenção a cobertura para HAS era de 131 usuários (40,8 %) e para DM 33 usuários (41,7%). Ao final da intervenção a cobertura de usuários hipertensos foi de 49,5% e dos diabéticos, foi de 57 %.

Também não alcançamos a meta de realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, a causa principal foi o afastamento de nossa área com relação à sede municipal, existindo grandes dificuldades para a deslocação dos usuários que a maioria são idosos, além disso existe muita demora na marcação e o retorno com os resultados.

Existem outros indicadores de qualidade que atingimos 100% das metas, são os referentes a: o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, registro adequado na ficha de acompanhamento, estratificação de risco cardiovascular, orientação nutricional sobre alimentação saudável, orientação sobre prática regular de atividade física, orientação sobre os riscos do tabagismo e orientação sobre higiene bucal.

A equipe de profissionais da unidade recebeu as capacitações sobre o Manual Técnico de HAS e o Manual Técnico de DM do MS, 2013 (36 e 37), que foram planejadas e cumpridas de acordo ao cronograma e utilizado como referência na atenção integral dos hipertensos e/ou diabéticos.

Observasse o aprimoramento dos profissionais da equipe, oferecendo uma interação adequada e eficaz durante o acolhimento e o acompanhamento integral,

destaca-se que contamos com horários flexíveis para o atendimento dos usuários, para as intercorrências e situações agudas com clareza no sistema de encaminhamento.

Foram realizados encontros mensais com os usuários, familiares e a equipe de saúde, na UBS de Baixa do Carpino e na microárea Lagoa das Pedras com o apoio da equipe NASF, nestes encontros foram colocadas em prática ações para a melhoria dos cuidados dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, os encontros oportunizaram debates, considerações e esclarecimentos de dúvidas.

Mesmo que já finalizada a intervenção, a agenda de atendimento mensal continua incorporada à rotina da UBS com o que temos pensado completar em 100% das ações que não foram cumpridas durante a intervenção.

Os resultados demonstram que houve grande avanço na qualificação da atenção prestada pela UBS de Baixa do Carpino aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, pois o tema é muito importante para os usuários, a família, a população, assim como para a equipe de saúde.

Espera-se que os usuários, a família e a comunidade se apeguem da proposta e cooperem de forma a contribuir com sua aperfeiçoamento e continuidade, para que a atenção à saúde na unidade básica seja cada vez mais integral e com maior qualidade.

Os êxitos alcançados foram construídos coletivamente, com esforços, com responsabilidade e empenho e com resultados que serão continuados e melhorados a partir deste trabalho com o apoio da comunidade.

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

Experimento uma grande satisfação e honra ter participado do curso de Especialização em Saúde da Família. Achei que realizar a intervenção não seria tão difícil quanto foi, pois comecei muito tarde, não conseguia realizar o cadastro na especialização. Após conseguir realizar este cadastro, conheci o espaço Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) e minha orientadora Michele Barbosa naquele momento me ajudou muito.

Tive grandes problemas com acesso à internet e após algumas semanas conheci o AVA. Não conseguia participar dos fóruns, demorou um pouco até que fui entendendo a importância do curso e o grande valor dos materiais que oferecerem e fiquei muito interessado.

Ao entender o Projeto Pedagógico do curso, com muita dificuldade, foi possível adquirir maior experiência prática, ampliando meus conhecimentos para a inserção na unidade de atendimento do SUS e aperfeiçoando minha informação sobre a realidade da saúde do povo brasileiro.

Compartilhei práticas com a equipe multidisciplinar da UBS que trabalho, trouxe para fóruns considerações e experiências dos membros da equipe e o trabalho compartilhado com a equipe do NASF.

Aproveitamos e realizamos debate com outros profissionais do município aproveitando a vontade, capacidade e inigualável ajuda da supervisora do PMMB, professora Tereza Do Carmo, que constantemente compartilha conosco os

problemas que enfrentamos no dia a dia, em conjunto com os gestores de saúde do município.

Sempre levo motivação para minha equipe que no início apreciava seu desinteresse, incentivando a responsabilização pelo cuidado dos usuários, com muito diálogo e o apoio da enfermeira e de minha orientadora que já, neste momento da implementação da intervenção ocorreu uma troca, e trata-se agora da professora Zênia Monteiro, quem também é muito intensa nas orientações, sugestões e cobranças das atividades. Ao final da intervenção, ocorreu outra troca de orientadora, agora foi a professora Andrieli Zdanski quem me ajudou no dia a dia, com seus amplos conhecimentos, para levar adiante nossa intervenção e mais uma troca agora pela orientadora Luciana Valadão que realizou a revisão final do TCC colaborando muito e em pouco tempo com suas extraordinárias sugestões.

Contudo, considero satisfatória a realização da intervenção com os resultados alcançados, ainda que não abrangesse na totalidade dos mesmos, o que deixa-me com muito aprendizagem e entendo que se tivesse a possibilidade de iniciar agora os resultados seriam melhores.

O curso de Especialização em Saúde da Família de da UFPel significou para minha prática profissional o avanço na melhoria da linguagem, a possibilidade de adquirir novos conhecimento acerca da ESF do SUS, muito importante em nosso trabalho por ser médicos estrangeiros inseridos no SUS no Brasil, com oportunidade de maior aporte em meu currículo como profissional de saúde e a oportunidade de mudança no meu processo de trabalho e dos membros da equipe da UBS de Baixa do Carpino, podendo oferecer os atendimentos de maneira integral e com maior qualidade aos usuários que ingressaram no programa de atenção a HAS e/ou DM do MS, além da valorização como profissional.

Foi possível melhorar a organização do processo de trabalho dos membros da equipe com treinamento contínuo, o planejamento das ações em saúde, a organização da demanda na ESF, para proporcionar uma melhor resolubilidade das necessidades de saúde dos usuários e utilizar todos os materiais docentes para a intervenção e trabalho que disponibilizou o curso.

Como aprendizado mais relevante, trago que nossas ações em saúde devem ser programadas baseando-se em dados do relatório da análise da situação de saúde da área de abrangência, pois é onde melhor são apresentadas todas as necessidades da população assistida.

Em relação ao conceito e organização da demanda na UBS, aprendi que com uma equipe qualificada e comprometida e com agendamento adequado, de acordo com as atribuições de cada profissional da equipe, aprendidos durante o curso, a entrada dos usuários nos serviços de saúde é organizada, dando satisfação aos mesmos atendendo suas necessidades de saúde e seus direitos.

## Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 290 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em

Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010.

## **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 Srª Profa Ana Cláudia Gestal Fassa	
<i>Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde</i>	
Prezada Pesquisadora;	
Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e <b>APROVADO</b> por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.	
 Patricia Abrantes Duval Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL	



## Anexo C - Planilha de coleta de dados

2014\_06\_06 Coleta de dados HAS e DM [Modo de compatibilidad] - Excel

ARCHIVO INICIO INSERTAR DISEÑO DE PÁGINA FÓRMULAS DATOS REVISAR VISTA

A4

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1										
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	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 está avaliando a necessidade de atendimento?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	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
	1									
	2									
	3									
	4									
	5									
	6									
	7									
	8									
	9									
	10									
	11									
	12									
	13									
	14									

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

LISTO

7:26 PM 15/07/2015

## **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