

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turman<sup>09</sup>**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção à saúde das pessoas com hipertensão arterial sistêmica  
e/ou diabetes da UBS Neco Fonseca, Jerumenha/PI**

**Juan Sanchez Licea**

**Pelotas, 2016**

**Juan Sanchez Licea**

**Melhoria da atenção à saúde das pessoas com hipertensão arterial sistêmica  
e/ou diabetes da UBS Neco Fonseca, Jerumenha/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: Catiuscie Cabreira da Silva  
Co-orientadora: Maria Auxiliadora Santos Soares

Pelotas, 2016

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

L698m Lincea, Juan Sánchez

Melhoria da Atenção à Saúde das Pessoas com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes da UBS Neco Fonseca, Jerumenha/PI / Juan Sánchez Lincea; Catiuscie Cabreira da Silva, orientador(a); Maria Auxiliadora Santos Soares, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

87 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Silva, Catiuscie Cabreira da, orient. II. Soares, Maria Auxiliadora Santos, coorient. III. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Eu dedico este trabalho ao povo do Brasil, especialmente a população da UBS Neco Fonseca do Município Jerumenha do Estado do Piauí, por permitirem aplicar meus conhecimentos na “Atenção Primária á Saúde” como médico do programa de “Saúde da família” em melhoria de sua qualidade de vida.

## **Agradecimentos**

Agradeço aos presidentes de ambos países por permitir o desenvolvimento do programa “Mais médicos para o Brasil” levando mais e melhor qualidade de vida para a população mais necessitada do país.

## Resumo

LICEA, Juan Sanchez. **Melhoria da atenção à saúde das pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes da UBS Neco Fonseca, Jerumenha/PI** 2016. 86 fls. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus são apontados como os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, que por sua vez constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira, motivo pelo qual representam agravos à Saúde Pública. Este trabalho teve como objetivo melhorar a atenção aos Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS Neco Fonseca, Jerumenha, PI. A população alvo foi composta por todos os hipertensos e diabéticos maiores de 20 anos de idade, cadastrados na Unidade de saúde, pertencentes à área de abrangência da UBS. A intervenção ocorreu durante 11 semanas, nos meses de dezembro de 2015 a março de 2016. Trabalhou-se nos quatro eixos pedagógicos do curso: Monitoramento e avaliação, Organização e gestão do serviço, Engajamento público e Qualificação da prática clínica. Os dados foram coletados por meio da ficha-espelho ofertada pelo curso de Especialização em Saúde da Família, e consolidados na planilha de coleta de dados e os indicadores foram revisados semanalmente. A intervenção propiciou ampliar a cobertura de usuários Hipertensos para 42,1%, e dos diabéticos para 67,4%. Para hipertensão no primeiro mês, observa-se uma cobertura de 13,7% (51) dos usuários, passando no segundo mês para 24,1% (90) e no terceiro mês a cobertura alcançada foi de 42,1% (157). Para diabetes mellitus no primeiro mês, a cobertura foi de 25%, ou seja, 23 usuários com DM foram acompanhados. No segundo mês a cobertura passou para 38% (35) e no terceiro mês foi para 67,4% (62), onde toda a equipe trabalhou intensamente para melhorar este indicador. Dos acompanhados 100% dos usuários hipertensos e diabéticos tem prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada, 100% dos usuários Hipertensos e Diabéticos possui registro adequado na ficha de acompanhamento e 100% dos usuários receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, orientação sobre a prática de atividade física regular, sobre os riscos do tabagismo e higiene bucal. A intervenção tornou-se muito importante para a comunidade, já que atingimos nosso objetivo e assim será possível oferecer uma assistência com maior qualidade.

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

## Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico da cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na unidade de saúde Neco Fonseca.	61
Figura 2	Gráfico da cobertura do programa de Atenção à Diabetes Mellitus na unidade de saúde Neco Fonseca.	62
Figura 3	Gráfico da proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	64
Figura 4	Gráfico da proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	65

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

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária em saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
ESF	Estratégia da Saúde da Família
ESB	Equipe de Saúde Bucal
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doença Sexualmente Transmissível
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Vírus do papiloma Humano
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PSE	Programa de Saúde na Escola
RAS	Relatório da Análise Situacional
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
SIAB	Sistema de informação de atenção Básica



## Sumário

Apresentação .....	8
1 Análise Situacional .....	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	10
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	23
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.....	28
2.3.1 Detalhamento das ações .....	28
2.3.2 Indicadores .....	42
2.3.3 Logística.....	49
2.3.4 Cronograma.....	52
3 Relatório da Intervenção.....	53
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	53
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	55
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	55
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	55
4 Avaliação da intervenção.....	57
4.1 Resultados .....	57
4.2 Discussão.....	68
5. Relatório da intervenção para gestores .....	71
6. Relatório da Intervenção para a comunidade .....	73
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	75
Referências .....	76
Anexos .....	81

## **Apresentação**

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade à Distância promovida pela Universidade Federal de Pelotas. Este trabalho faz parte do "Programa Mais Médicos para o Brasil".

Este volume aborda uma análise das práticas em Estratégia Saúde da Família da comunidade Neco Fonseca, no município de Jerumenha/PI, o que por meio desta análise levou a escolha do foco de ação da intervenção “ hipertensão e diabetes ” para elaboração de um projeto de intervenção com a finalidade de melhorar os indicadores de cobertura e de qualidade nessa área.

Este volume apresenta, na primeira etapa, uma descrição da análise situacional realizada na unidade de saúde Neco Fonseca, assim como informações pertencentes ao município em geral, ao qual a unidade de saúde está inserida. Também são analisadas questões como estrutura física, processo de trabalho da equipe de saúde e população da área de abrangência da UBS.

Na segunda seção, está descrita a análise estratégica, e apresenta-se os objetivos, as metas, e a metodologia utilizada, as ações propostas para a intervenção, incluindo os indicadores, a logística e o cronograma.

Na terceira seção está apresentado o relatório de intervenção, demonstrando as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas e as que não foram desenvolvidas. São discutidas as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados e também é realizada uma análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.

A quarta seção apresenta uma avaliação da intervenção com análise e discussão de seus resultados. A quinta seção apresenta o relatório da intervenção

para os gestores. A sexta seção apresenta o relatório para a comunidade discutindo sobre a experiência da intervenção para os usuários do serviço e finalizamos com a sétima seção onde está apresentada uma reflexão crítica sobre o meu processo pessoal de aprendizagem.

## **1 Análise Situacional**

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

O município de Jerumenha-Pi, em que atuo, tem duas unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo uma equipe urbana e uma rural e uma Equipe de Saúde Bucal (ESB). O município tem cerca de 4.500 habitantes.

Minha unidade de saúde, Neco Fonseca, é responsável por uma população estimada em 2.450 por habitantes. No momento minha unidade básica está em reforma e os atendimentos, estão sendo realizados no hospital do município. A unidade esta sendo reformada para melhor atender o usuário que procura atendimento. Com a nova estrutura teremos uma sala de espera, consultórios médico/odontológicos, sala de curativos, sala de vacina, farmácia, sala de reunião, sala de exame ginecológico, cozinha, banheiros para usuários e todos os profissionais.

A ESF urbana na qual trabalho está composta por uma enfermeira, um médico, seis agentes comunitários de saúde, uma dentista e uma auxiliar de saúde bucal. Nossa população procura espontaneamente a UBS e outros têm consultas agendadas pelos agentes de saúde para alguns seguimentos. Fazemos visitas domiciliar também marcadas pelos Agentes Comunitários de Saúde e realizamos palestras com diferentes temas para focar determinadas doenças que afetam a população.

A jornada do trabalho é de segunda a sexta-feira nos dois turnos, onde atendemos cerca de 20 usuários por turno. São realizadas reuniões semanais com os funcionários onde se trocam experiências e são discutidos também os casos que são avaliados pelo Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e requerem avaliação médica. Também discutimos casos de risco que devem ser avaliados e visitados por cada um dos membros da equipe. A relação dos profissionais com a

comunidade é muito boa sempre trabalhando para elevar o nível de conhecimento da população e melhorar a saúde do município.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

O município de Jerumenha, localizado no Estado do Piauí (PI) tem cerca de 4.500 habitantes, com duas unidades de ESF, sendo uma equipe urbana e uma rural e ESB. O município conta com uma equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), composto por um fisioterapeuta, fonoaudióloga e uma educadora física que atuam na unidade por duas vezes na semana. Temos uma equipe de agentes de combate às endemias vinculada à nossa equipe, que trabalha em toda área de abrangência da nossa unidade realizando atividades de prevenção a doenças como a Dengue, Zika, Raiva, entre outras.

O município dispõe de um hospital municipalizado (Gestão Mista), onde se atende as emergências e se realiza a consulta especializada (ginecologia/obstétrica) uma vez na semana. Realizamos ainda alguns exames complementares, como ultrassonografia e coleta de exames laboratoriais, que são encaminhados ao município vizinho de Floriano para análise.

Minha Unidade Básica de Saúde (UBS), Neco Fonseca, é responsável por uma população estimada em 2.450 por habitantes. Minha equipe é formada por um médico de família, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um dentista, um auxiliar de saúde bucal e uma psicóloga.

No momento (agosto/2015) minha unidade básica está em reforma e os atendimentos, estão sendo realizados no hospital do município. A unidade está sendo reformada para melhor atender o usuário que procura atendimento. Com a nova estrutura teremos uma sala de espera (com acomodações para 30 pessoas e janelas), consultórios médico/odontológicos (com mesas de escritório e de exames clínicos), sala de curativos, sala de vacina, farmácia, sala de reunião, sala de exame ginecológico, cozinha, banheiros para usuários e todos os profissionais.

Na unidade havia realmente muitas dificuldades para portadores de deficiências. A ausência de rampas e falta de corrimões são algumas das dificuldades que o portador encontrava ao chegar na unidade. A Lei orgânica da saúde (BRASIL, 1999) afirma que é de competência da União, dos Estados, do

Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e da garantia do atendimento às pessoas portadoras de deficiências. Todavia ainda são muitos os problemas encontrados. Fazendo uma reflexão das prioridades e possibilidades das dificuldades e limitações observadas acredito que a estrutura da unidade poderia ter ainda sala de esterilização de material e banheiros com espaço suficientes para manobras de usuários de cadeiras de rodas, que parecem não terem sido priorizadas na nova estrutura.

Com essas limitações apresentadas nas unidades fica muito difícil o profissional fazer o seu trabalho de forma correta, assegurando o atendimento para todos que necessitam. A prioridade numa unidade é sempre o usuário e a União deve fiscalizar constantemente os estabelecimentos de saúde a fim de que os deveres do cidadão nunca deixem de serem cumpridos.

Com relação aos equipamentos, instrumentos e materiais de consumo de trabalho, podemos dizer que existem dificuldades, mas, em comparação com outras não temos grandes dificuldades. Todavia, não temos todos os equipamentos necessários, como negatoscópio e microscópio, bem como acesso a teste diagnósticos realizados na própria UBS como, por exemplo, teste rápido de gravidez, Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), sífilis e dengue e exames laboratoriais complementares. Com isso os usuários são encaminhados para outro município onde tem acesso a estes exames, o que acaba dificultando o trabalho do médico, pois atrasa os resultados dos exames e conseqüentemente o diagnóstico.

Vale ressaltar, que temos um sistema eficiente de manutenção e reposição de equipamentos, de forma que não ficamos muito tempo com o equipamento danificado.

No que se refere ao fornecimento de vacina temos todos os imunobiológicos para proteção de crianças, gestantes, idosos e adultos, bem como para mordidas de animais peçonhentos.

Toda equipe possui equipamentos básicos que garantem o exercício do seu trabalho e os ACS têm à disposição equipamentos e materiais, como, balança para medição das crianças, lápis, borracha e caderno, necessários para realizar suas atividades. Além disto, todos contam com bicicleta, o que facilita a locomoção destes profissionais. Caso seja necessário, a unidade tem a disposição carro e ambulância, desde que solicitado à Secretaria de Saúde.

Fazemos grandes esforços para não faltar medicamentos na farmácia, sempre controlando o estoque e solicitando aqueles que estão faltando, principalmente aqueles para o controle de doenças crônicas. Assim, temos todas as medicações na unidade para assistir às gestantes, crianças, hipertensos, diabéticos e idosos da nossa área.

Na unidade temos materiais bibliográficos que nos auxiliam nas atividades de educação permanente e alguns vídeos educativos, mas nos faltam macro modelos e manequins, essenciais para a exemplificação de algumas patologias para a comunidade. Para melhorar a assistência na nossa área adstrita, acredito que seria necessário ampliar a disponibilização destes materiais educativos.

Acredito que se tivéssemos um laboratório equipado com todos os recursos necessários teríamos maior rapidez nos atendimentos e diagnósticos. A deficiência de maior relevância, que enfrentamos, é em relação aos exames de laboratório que não são feitos com frequência nos municípios de referência e alguns que poderiam ser realizados na unidade, não o são. Sendo está uma necessidade da comunidade, a equipe irá sinalizar para a gestão a referida necessidade por meio de relatório.

Fazendo uma reflexão crítica sobre as atribuições dos profissionais de saúde da atenção básica, posso afirmar que a equipe em que atuo vem realizando o mapeamento e territorialização da área, o que auxilia na identificação de grupos de risco, como hipertensos, diabéticos, portadores de hanseníase e tuberculose. A nossa área está bem definida geograficamente, o que nos permite fazer busca ativa de faltosos, o que é realizado por todos os profissionais da equipe, seja médico, enfermeiro, agentes comunitários de saúde ou técnicos de enfermagem. Nos domicílios buscamos conhecer o motivo da ausência do usuário e aproveitamos pra convidá-los para atividades educativas, as quais são realizadas por todos os profissionais da unidade.

Na UBS não realizamos atendimentos de emergência e nem pequena cirurgia, pois estes procedimentos são realizados no hospital municipal. Entretanto, buscamos realizar visita domiciliar para os usuários acamados, oferecendo serviços como curativo, administração de medicamentos e vacinas e orientações sobre os cuidados de saúde. Além disto, tanto o médico quanto a enfermeira realizam a notificação compulsória de doenças e agravos, os outros profissionais de saúde, que não participam das notificações, são envolvidos na busca ativa em casos de surto de

doença transmissíveis. As reuniões da equipe de saúde são realizadas quinzenalmente para o planejamento de nossas atividades, discussão de casos, organização do processo de trabalho e construção de agenda de atendimento.

Vale ressaltar, que todo usuário que necessitar é encaminhado para outro nível de atenção, respeitando sempre o fluxo de referência e contra referência. Nós buscamos respeitar o protocolo para atendimentos nas especialidades e internações hospitalares.

Dentre as necessidades e limitações que observo na UBS, creio que a equipe poderia realizar alguns atendimentos de emergência e pequenas cirurgias que são procurados com frequências na unidade. Eu sei que esses procedimentos podem ser encontrados no hospital municipal, mas não deixam de ser procurados em nossa unidade, entretanto, nos faltam materiais, que podem ser solicitados à gestão por meio de comunicação interna e relatórios.

O número de equipes de trabalho em nosso município é suficiente, pois temos uma população aproximadamente de 4.500 habitantes e duas unidades ESF, sendo uma equipe urbana e outra rural e uma ESB. A nossa equipe urbana tem 2.450 habitantes na área de abrangência aproximadamente. Estes números são imprecisos, porque não há cadastro atualizado no município.

A distribuição da população por sexo e faixa etária do Caderno de Ações Programáticas (CAP) parece de acordo com a distribuição da população na área de abrangência de nossa UBS. Entretanto, há divergência em alguns valores, como por exemplo, o número de gestantes, puérperas, hipertensos e diabéticos presentes em nossa área. Segundo o Caderno de Ações Programáticas temos 27 gestantes, 40 puérperas, 539 hipertensos e 154 diabéticos, mas na área contabilizamos 18 gestantes, 15 puérperas, 219 hipertensos e 51 diabéticos. Acredito que esta diferença pode decorrer da desatualização do nosso mapeamento e nos demonstra a necessidade de busca ativa no território.

Ao que se refere ao acolhimento à demanda espontânea em nossa UBS, esta é feita corretamente, pois não existe um excesso de demanda espontânea e os usuários são acolhidos na recepção da UBS pela recepcionista, esta os encaminha para os auxiliares de enfermagem que realizam a avaliação inicial dos usuários, como: aferição de pressão arterial, temperatura, peso e glicemia, sendo que este último é realizado nos usuários portadores de diabetes ou com fator de risco. Depois de serem feitas estas verificações, os mesmos são encaminhados para consulta



com o médico, enfermeiro ou odontólogo. Os usuários são assistidos no mesmo dia em que buscam a unidade e neste atendimento buscamos dar resposta à sua demanda.

Temos uma demanda espontânea intensa, não em excesso de pessoas, mas em relação ao tipo de atendimento que realizamos, muitos dos nossos usuários que comparecem na demanda espontânea apresentam problemas agudos que precisam de atendimento imediato com o médico, enfermeiro ou odontólogo.

O acolhimento é realizado por toda a equipe e em todos os turnos para todas as pessoas que nos buscam. Tentamos orientar aqueles que não fazem parte da nossa área de abrangência e dar uma assistência integral à população adstrita. O desafio de organizar adequadamente o acolhimento em uma unidade de saúde, como a nossa, exige a agregação de sujeitos capazes de se envolver com a gestão do cuidado.

**Saúde da criança** é um tema de muita importância na Atenção Primária à saúde, visto que ao realizar um bom acompanhamento de nossas crianças ajudamos a melhorar os indicadores de saúde. Entretanto, para isso é preciso um trabalho em conjunto da equipe de saúde com o objetivo de reduzir a morbimortalidade infantil e proporcionar um desenvolvimento saudável para a criança, o que é realizado por meio das consultas realizadas de forma sistemática.

Em minha UBS nós realizamos as consultas de puericultura uma vez na semana, de acordo com o agendamento. Há problemas de falta às consultas programadas pela equipe, já que algumas mães não comparecem no dia agendado, mas já estamos trabalhando nessa questão, realizando busca ativa dessas famílias e orientando sobre a importância do acompanhamento por meio da consulta. A partir do preenchimento do CAP observa-se em relação às consultas de puericultura que 86% (31) das crianças menores de um ano estão com as consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde; 56% (20) estão com atraso de consultas agendada em mais de sete dias e 58%(21) realizaram a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida.

Das 40 crianças menores de um ano estimadas para nossa área, 36 (90%) estão sendo acompanhadas pela unidade. Destas, 67%(24) realizaram o teste do pezinho até sete dias; 61%(22) realizaram a triagem auditiva e avaliação de saúde bucal; 56% (20) estão com monitoramento do crescimento e desenvolvimento realizado na última consulta; 83% (30) estão com vacinas em dia e 86%(31) das

mães foram orientadas sobre o aleitamento materno exclusivo e prevenção de acidentes.

Acredito que para melhorar ainda mais estes indicadores, seria fundamental estabelecer um mecanismo em que o hospital, onde são realizados os partos, comunicassem aos postos de saúde do município a alta da mãe com filho. Com isso a equipe se programaria para realizar a visita domiciliar dessa família nos primeiros sete dias, momento em que seriam fornecidas orientações sobre os cuidados com o recém-nascido e a importância do aleitamento materno exclusivo, já que amamentação favorece a formação de vínculos entre mãe e filho.

É importante ressaltar que a família proporciona ambiente social e psicológico favorável ao desenvolvimento da criança e a promoção de saúde mental. Sendo necessário que identifiquemos nestas visitas domiciliares sinais de perigo a saúde da criança.

Durante as consultas busco sempre ressaltar a importância do teste do pezinho, já que algumas mães não comparecem à unidade entre os três e sete dias, como estabelece o programa. Eu penso que deve existir crianças que apresentam a doença e não foram diagnosticadas ainda, embora a equipe se proponha a tentar cumprir a meta de realizar o teste do pezinho entre o terceiro e quinto dia de vida.

Examinando o questionário e as reflexões geradas, acredito que poderia haver um aumento no agendamento de consultas na semana de puericultura para melhor atender a demanda e conseqüentemente avaliarmos com mais clareza as deficiências encontradas na área de abrangência.

Levando em consideração o preenchimento do questionário sobre o pré-natal e o CAP desta assistência, observamos que a nossa UBS tem uma preocupação bastante elevada em realizar as consultas de **pré-natal e puerpério** e a captação precoce das gestantes. A equipe tenta trabalhar com o objetivo de ver os resultados positivos se concretizarem para baixar no município os índices de mortalidade infantil e materna.

Meu registro permitiu o preenchimento da parte de pré-natal e puerpério do caderno. Temos uma cobertura de 67% pré-natal na área de abrangência, ou seja, são assistidas 18 das 27 gestantes previstas para a área, mas, acredito que poderíamos melhorar se aumentássemos a quantidade de dias na semana para atendimento ao pré-natal.

Das gestantes acompanhadas pela equipe, 78% (14) iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre; 33% (06) estão com as consultas em dias; 44% (08) tiveram seus exames solicitados na primeira consulta; 17% (03) estão com as vacinas antitetânica e hepatite B em dias; 56% (10) estão com prescrição de sulfato ferroso conforme protocolo; 28% (05) realizaram avaliação ginecológica e de saúde bucal e 100% (18) foram orientadas quanto ao aleitamento exclusivo.

Observa-se que a captação precoce da gestante não ocorre para todas as gestantes, havendo dificuldade em nossa unidade para atingir os 100%, o que demonstra necessidade de intensificarmos a busca de mulheres com suspeita de gravidez. Um dado que chama atenção é que algumas mulheres não tem suas consultas solicitadas já na primeira consulta, visto que algumas vezes o profissional opta por confirmar primeiro a gravidez, para somente depois solicitar os exames preconizados. Uma dificuldade que enfrentamos com a assistência às mulheres em período pré-concepcional, é que elas desconhecem a importância do sulfato ferroso e ácido fólico para profilaxia da anemia, por isso só fazem uso durante a gravidez mesmo.

O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável. Portanto a equipe precisa conhecer ao máximo a população adstrita de mulheres em idade fértil e trabalhar com as mulheres que tem risco para engravidar, a fim de que estas engravidem quando desejarem.

Com relação ao puerpério, a nossa unidade não tem uma cobertura adequada. Das 40 mulheres estimadas que pariram nos últimos 12 meses, apenas, 38% (15) realizaram a consulta de puerpério em nossa área de abrangência. Destas, 73% (11) consultaram antes dos 42 dias de pós-parto; tiveram a sua consulta puerperal registrada; receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido e sobre aleitamento materno exclusivo; tiveram as mamas e abdome examinados e realizaram exame ginecológico. 67% (10) receberam orientação sobre planejamento familiar e 60% (09) tiveram seu estado psíquico avaliado e também foram avaliadas quanto à intercorrências.

Estes dados nos permitem afirmar que a equipe precisa realizar a busca ativa das puérperas e incentivar, desde o pré-natal, que a puérpera busque a equipe para avaliação dela e criança, ainda nos primeiros dias pós-parto.

De forma geral para melhorar a cobertura e qualidade da atenção ao pré-natal e puerpério na minha UBS a equipe de saúde deve integrar em sua prática ações de caráter individual e coletivo que tenham um amplo espectro dentro do leque da promoção à saúde e prevenção de doenças e buscar articular instituições para nos apoiar na atenção às gestantes e puerpéras. A equipe deve organizar e sistematizar a atenção às gestantes e puérperas a fim de garantir uma assistência integral e de qualidade.

O **câncer de colo uterino e de mama** são as primeiras causas de morte das mulheres no mundo, por isso é muito importante a detecção precoce destas doenças, fato que pode acontecer com mais rapidez através de uma boa atenção primária de saúde (BRASIL, 2013). Em minha UBS é realizado a prevenção do câncer de colo uterino através da coleta do exame citopatológico uma vez por semana com agendamento através dos agentes comunitário de saúde, todos os achados são registrados nos prontuários, fonte de todos os dados utilizados para preenchimento do CAP. Além do prontuário, utilizamos as informações fornecidas pela enfermeira, tanto para os dados sobre a prevenção do câncer de colo de útero quanto de mama.

Das 649 mulheres de 25 e 64 anos estimadas para nossa área 586 (90%) são acompanhadas pela nossa unidade, destas, 82% (480) estão com os exames citopatológico em dia, receberam orientações sobre a prevenção de câncer de colo de útero e sobre as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST); e 77% (450) têm exames coletados com amostra satisfatória. Por outro lado, 31% (180) estão com atraso de mais de 6 meses; temos uma faixa de 30 (5%) mulheres com exames citopatológico alterados e cerca de apenas três (0,5%) com avaliação de risco para câncer de colo de útero. Infelizmente não temos na unidade dados sobre os exames coletados com células representativas da junção escamocolunar.

Acredito que para melhorar ainda mais estes indicadores, seria fundamental aumentar os dias de coleta de exames citopatológico na UBS e os exames que tivessem resultados alterados seriam entregues diretamente pelo médico para que a usuária já saísse medicada e com o retorno agendado. Temos buscado trabalhar com adolescente, já que este é um grupo de risco, e a incidência de câncer de colo uterino incrementa-se pelo início das relações sexuais precoce associada a infecção pelo Papilomavirus Humano (HPV) transmitido através de contato íntimo de pele na região genital durante a relação sexual.

Com relação ao controle do câncer de mama na minha UBS são realizadas ações de rastreamento por meio dos exames clínicos de mamas, solicitações e marcações, durante todo ano, de mamografias. É importante ressaltar também que são realizados mutirões de mamografias que pela Secretária de Saúde.

Das 201 mulheres entre 50 e 69 anos estimada para nossa área, 196 (98%) são acompanhadas na unidade. Destas, não temos nenhuma com índice de mamografias com mais de três meses de atraso e com avaliação de risco de câncer de mama realizada. Todas estão com a mamografia em dia e também são orientadas sobre prevenção a prevenção do câncer de mama.

Examinando a assistência prestada, acredito que o aspecto em relação ao processo de trabalho da equipe que poderia ser melhorado seria a realização de mais ações coletivas como, palestras e mutirões que abrangessem as áreas fora da cobertura adstrita e seria fundamental que a equipe realizasse o cadastro sistemático de todos os usuários de sua área, a fim de identificarmos todas as mulheres da faixa etária prioritária, bem como identificar aquelas que têm risco aumentado para determinada doença.

Acredito também que para termos um maior impacto sobre os múltiplos fatores que interferem nas ações de controle do câncer do colo uterino e de mama, é importante que a atenção as mulheres estejam pautada em uma equipe multiprofissional e com pratica interdisciplinar, envolvendo intervenções na promoção da saúde, na prevenção do câncer, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos.

Acredito realmente que a adoção de medidas preventivas é importante para evitar e tratar doenças crônicas, por isso na UBS em que atuo os atendimentos aos portadores deste tipo de doença são realizados por toda equipe de saúde, garantindo o olhar multiprofissional. Os ACS são os profissionais que realizam o primeiro contato com os usuários orientando e educando-os para a adoção de hábitos de vida saudável.

Todos os usuários com diagnóstico de **hipertensão e/ou diabetes** tem seus achados registrados nos portuários, fonte de todos os dados utilizados para o preenchimento do CAP. Além do prontuário, utilizamos para o preenchimento do Caderno, as informações fornecidas pela enfermeira.

A nossa realidade não está adequada com a estimativa do número de pessoas com hipertensão pelo CAP. Das 539 pessoas hipertensas com 20 anos ou

mais estimada para nossa área de abrangência só 219 (41%) são acompanhadas em nossa unidade, destas, 104 (47%) tem atraso das consultas agendadas em mais de sete dias; 98 (45%) tem exames complementares periódicos em dia; 196 (89%) receberam orientações sobre práticas de atividades física regular e nutricional para uma alimentação saudável; 81 (37%) tem a avaliação de saúde bucal em dia. Entretanto, infelizmente não temos na unidade dados suficientes para saber quantos usuários tiveram a estratificação de risco cardiovascular por critério clínico realizada.

Com relação à atenção aos portadores de diabetes, podemos observar que a nossa realidade não está adequada com a estimativa do número de pessoas com DM disponibilizada pelo CAP. Das 154 pessoas com DM com 20 anos ou mais estimadas para nossa área de abrangência, apenas 51 (33%) são acompanhadas em nossa unidade. Destas, 25 (49%) tem atraso das consultas agendadas em mais de sete dias; 28 (55%) estão com seus exames complementares periódicos em dia; seis (12%) tem exame físico e sensibilidade dos pés realizados nos últimos três meses e palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso também realizada nos últimos três meses e 88% (45) receberam orientações sobre práticas de atividades física regular e nutricional para uma alimentação saudável. Por outro lado apenas 16 (31%) usuários portadores de diabetes assistidos na unidade tem avaliação de saúde bucal em dia. Infelizmente não temos na unidade dados sobre realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico.

Com vistas aos dados obtidos com o CAP, podemos afirmar que as avaliações dos poucos indicadores de qualidade não são satisfatórias. Entretanto, na prática, buscamos atender os usuários com qualidade e no horário programado, tentando garantir a realização de exames complementares.

Acredito que para melhorar estes indicadores, seria fundamental aumentar a quantidade de visita domiciliar na semana e realizar mais ações educativas na área de abrangência da unidade. Examinando o questionário, penso que o aspecto em relação ao processo de trabalho da equipe que poderia ser melhorado seria a realização de mais ações coletivas com o objetivo de orientar a comunidade sobre os malefícios de alguns vícios e realizar mutirões que envolvessem toda a comunidade em geral.

Outro aspecto importante seria aumentar a quantidade de dias na semana para atendimento de um para, pelo menos, dois dias, assim teríamos capacidade de ampliar a cobertura da atenção aos portadores de hipertensão e/ou diabetes.

Alcançar a longevidade é uma vitória, por isso é muito importante chegar à velhice com boa qualidade de vida, na minha experiência tenho observado que a atenção primária à saúde desempenha um papel muito importante para garantir essa virtude. Na UBS em que atuo realizamos atendimentos aos **idosos** uma vez por semana nos dois turnos. Os ACS são os profissionais que fazem o primeiro contato com esse grupo orientando e educando-os para adoção de hábitos de vida saudável.

A fonte de todos os dados utilizados para o preenchimento do CAP foram os prontuários e as informações fornecidas pela enfermeira da equipe. A nossa realidade está bem semelhante com a estimativa de pessoas idosas prevista no CAP. Das 286 pessoas idosas com 60 anos ou mais estimada para nossa área de abrangência temos 264 (92%) acompanhadas pela UBS, desta, 190 (72%) tem a caderneta de saúde da pessoa idosa; 103 (39%) tem realizado avaliação multidimensional rápida; 176 (67%) tem o acompanhamento em dia. Por outro lado temos apenas 94 (36%) de idosos com hipertensão arterial sistêmica e 14, o que não chega nem a 1% com diabetes mellitus. Entretanto, temos 190 (72%) com avaliação de risco para morbimortalidade, investigação de indicadores de fragilização na velhice, orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e orientação para atividade física regular e 81 (31%) tem avaliação de saúde bucal em dia.

A partir destes dados podemos constatar que há uma boa cobertura para o atendimento dos idosos, alguns destes são hipertensos e diabéticos e são agendadas suas consultas no Programa Atenção ao Hipertenso e Diabético. Temos idosos acamados e suas consultas são realizadas nas visitas domiciliares realizadas semanalmente, mas, se precisarem de atendimento por alguma doença aguda a equipe vai visitar. Em todas as consultas os idosos são avaliados de maneira integral para identificar alterações próprias deste grupo de pacientes.

Examinando o questionário, penso que o aspecto em relação ao processo de trabalho da equipe que poderia ser melhorado seria em incrementar as atividades de prevenção e promoções de saúde, inclusive, em conjunto com a Secretaria de Assistência Social. Acredito também que seria necessário aumentar a quantidade de dias na semana para atendimento para ao idoso, de forma que passássemos de um para, pelo menos, dois dias, assim teríamos capacidade de ampliar a cobertura da atenção aos pacientes idosos para 100%.

O número de ESB na Estratégia de Saúde da Família vem crescendo muito no Brasil. A nossa equipe é composta por uma dentista e uma auxiliar que atendem dois dias na semana. Com relação às ações de prática clínica podemos dizer que temos uma boa estrutura, pois temos todos os equipamentos necessários para desenvolver o trabalho. Sobre as ações coletivas, acredito que poderíamos desenvolvê-las mais, o que proporcionaria maior vínculo entre equipe e população e melhores resultados para a saúde bucal da população adstrita.

Fazendo uma avaliação dos resultados alcançados a partir do preenchimento Caderno de Ações Programáticas, acredito que a média de procedimentos clínicos por habitantes/mês na UBS que atuo está de acordo com o parâmetro mínimo recomendado pelo Ministério da Saúde (0.4%), mas em relação a nossa capacidade instalada, acredito que se atendêssemos mais dias teríamos capacidade para suprir a demanda. No último mês foram realizados 90 procedimentos clínicos.

Com relação a atenção à primeira consulta odontológica programática em grupos populacionais prioritários (pré-escolares, escolares, gestantes e idosos) temos 11 (14%) para atendimentos de pré-escolares; 15 (3%) para escolares; 18 (1%) para outras pessoas exceto gestante; 5 para idosos e 7 (26%) para gestantes.

A relação das consultas programáticas e dos atendimentos não programados atinge valores altíssimos por grupo populacional, demonstrando necessidade de ampliar o acesso a população. Tivemos entre os pré-escolares uma proporção de 1,37; entre os escolares, 7,5; entre as gestantes, 1,75; entre os idosos, 2.5 e na população de 15 a 49 anos, exceto gestantes, tivemos a menor relação, porém ainda alta, de um para um.

De todos que iniciaram o tratamento na unidade já concluíram o mesmo: cinco pré-escolares (45%); sete escolares (47%); dois idosos (40%); três gestantes (43%) e 10 (56%) pessoas entre 15 e 59 anos, com exceção das gestantes. Todos os assistidos receberam orientações sobre higiene bucal e alimentação saudável

Examinando tais resultados e o questionário sobre as ações programáticas acredito que o aspecto que poderia ser melhorado em nossa UBS seriam as realizações das ações voltadas para os grupos populacionais prioritários, aumentando assim o acesso a primeira consulta e o número de procedimentos odontológicos individuais, além disto é preciso que implementar as ações do Programa Saúde na Escola (PSE).



Os maiores desafios que encontramos em nossa unidade são as dificuldades com os equipamentos, pois, não temos alguns necessários como negatoscópio e microscópio; a falta de acesso a teste rápido de diagnósticos realizados na própria unidade como, por exemplo, teste rápido de gravidez, HIV, sífilis e dengue e exames laboratoriais complementares. Por outro lado o melhor recurso que a unidade tem, eu acredito, é a equipe, que é bem integrada e participativa.

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

Fazendo uma comparação entre o texto inicial, elaborado no início do Curso de Especialização, e o RAS acredito que a análise situacional fez com que eu olhasse a UBS não só, a que atuo, mais todas, com mais clareza em todos os aspectos, de pessoal, estrutura e organização do processo de trabalho.

A falta de estrutura física e de pessoal atrapalha o andamento do atendimento e compromete a qualidade do mesmo, em qualquer unidade de saúde, não sendo diferente para nossa unidade. Acredito que devemos sempre buscar melhorias junto aos gestores e também com a equipe de saúde e o conhecimento/informação é muito importante para estarmos empoderados e buscarmos tais melhorias, respeitando sempre os nossos deveres e direitos. Com os novos conhecimentos adquiridos na construção da Análise Situacional pude colocar em prática algumas ideias que com certeza irá melhorar o atendimento do nosso posto de saúde.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) são apontados como os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, que por sua vez constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira, motivo pelo qual representam agravos à Saúde Pública. A partir disto, vale ressaltar que a maior parte das complicações destas doenças está em indivíduos que ainda não tinham sido diagnosticados como hipertensos ou diabéticos. Deste modo torna-se necessária a adoção de estratégias para o diagnóstico precoce, bem como, para a redução das consequências da pressão arterial elevada e da hiperglicemia (BRASIL, 2013). Antes de se iniciar qualquer tratamento medicamentoso, se recomenda alterações no estilo de vida, de modo a reduzir a pressão arterial e a hiperglicemia, por isso consideramos de vital importância realizar uma intervenção com foco nestas duas doenças.

A unidade de Saúde Neco Fonseca, é responsável por uma população estimada em 2450 habitantes e tem uma equipe formada por um médico de família, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, seis ACS, um dentista, um auxiliar de saúde bucal e uma psicóloga. No momento a unidade básica está em reforma para melhor atender o usuário da área adstrita e os atendimentos estão sendo realizados no hospital do município. Com a nova estrutura teremos uma sala de espera (com acomodações para 30 pessoas e janelas), consultórios médico/odontológicos (com mesas de escritório e de exames clínicos), sala de curativos, sala de vacina, farmácia, sala de reunião, sala de exame ginecológico, cozinha, banheiros para usuários e profissionais.

Nossa equipe realiza atendimento aos usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes uma vez por semana, entretanto acolhemos diariamente à demanda

espontânea. Observamos que o número de hipertensos e diabéticos cadastrados para tratamento na UBS é inferior ao esperado, pois segundo a Planilha de Coleta de Dados há uma estimativa, que será utilizada para a intervenção por se aproximar mais das características da nossa comunidade, de 373 pessoas com 20 anos ou mais portadoras de hipertensão e 92 pessoas com 20 anos ou mais portadoras de diabetes, sendo que são acompanhadas em nossa unidade 219 (59%) hipertensos e 51 (55%) diabéticos. Acredita-se que possa existir um número significativo de pessoas que apresentam estas patologias e desconhecem o diagnóstico ou não realizam tratamento e acompanhamento adequado, por isso nossa equipe desenvolve e necessita intensificar as ações de promoção de saúde e aumentar a pesquisa destas doenças. Neste momento, toda a equipe está envolvida com a intervenção.

Tendo conhecimento que existem dificuldades no cadastramento de 100% dos usuários hipertensos e diabéticos em nossa área de abrangência, ainda que existam limitações para a realização dos exames laboratoriais para diagnosticar a hipertensão e/ou o diabetes, se justifica a escolha do foco desta intervenção devido a alta prevalência destas patologias na população brasileira e ao baixo número de usuários acompanhados em nossa unidade. Levando em consideração o que foi descrito acima, ações como educação em saúde, avaliação dos riscos cardiovasculares e efetiva realização do tratamento devem melhorar a procura pelo serviço e gerar a melhoria do acompanhamento da nossa população.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde dos portadores de hipertensão e/ou diabetes na UBS Neco Fonseca, município Jerumenha/PI.

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

#### **Objetivo 01: Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas**

Meta 1.1. Cadastrar 80% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Meta 1.2. Cadastrar 80% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

**Objetivo 02: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos**

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

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

Meta 2.3. Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Meta 2.4. Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5. Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Meta 2.7. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

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

Meta 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

**Objetivo 03: Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes**

Meta 3.1. Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2. Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

**Objetivo 04: Melhorar o registro das informações.**

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

**Objetivo 05: Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes**

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

**Objetivo 06: Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes**

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

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

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

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

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

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

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

## 2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas e terá como público alvo todas as pessoas da área de abrangência acima de 20 anos portadoras de hipertensão e/ou diabetes.

Toda ação a ser executada seguirá os quatro eixos de atuação: monitoramento e avaliação, organização da gestão e do serviço, qualificação da prática clínica e engajamento público; a partir dos quais descreveremos as ações a serem executadas.

### 2.3.1 Detalhamento das ações

#### **Objetivo 1. Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas**

**Meta 1.1.** Cadastrar 80% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

**Meta 1.2.** Cadastrar 80% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

#### **EIXO: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

**Ação:** Monitorar o número de pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS

**Detalhamento:** O monitoramento ocorrerá através do registro dos dados dos usuários em um livro de ata, no prontuário e nos instrumentos de acompanhamento disponibilizado pelo curso de especialização, a ficha espelho (Anexo A) e a planilha de coleta de dados (Anexo B). Estes instrumentos conterão o registro dos atendimentos, bem como suas respectivas frequências e data de retorno para facilitar, inclusive, a busca de faltosos.

#### **EIXO: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

**Ação:** Garantir o registro de pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastradas no Programa.

**Detalhamento:** Toda consulta realizada pela equipe será registrada em prontuário e na ficha espelho, pelo profissional responsável pelo atendimento.

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

**Detalhamento:** Diariamente, no início do dia, as técnicas de enfermagem verificarão o funcionamento dos equipamentos utilizados para a aferição da pressão arterial e do hemoglicoteste. Ao se detectar defeito, a enfermeira solicitará a manutenção ou substituição do instrumento pela gestão.

**Ação:** Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM.

**Detalhamento:** Com o apoio dos ACS estamos realizando um levantamento de dados dos usuários portadores de hipertensão e diabetes residentes na área de cobertura da UBS e que ainda não estão cadastrados e sendo acompanhados pela equipe. O acolhimento dos usuários será realizado por todos os profissionais da equipe, especialmente as recepcionistas.

## **EIXO: ENGAJAMENTO PÚBLICO**

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

**Detalhamento:** Esclarecer a comunidade sobre o Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus na UBS; a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos e o rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, bem como os fatores de risco da hipertensão e diabetes: através de Folders, cartazes, atividades educativas e durante consultas realizadas pelos profissionais da UBS, visitas domiciliares e através do contato dos ACS com a comunidade.

## **EIXO: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

**Ação:** Capacitar os ACS para o cadastramento e atualização da população da área da UBS. Capacitar a equipe da UBS para verificação da Pressão Arterial

(PA) de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito. Capacitar a equipe da UBS para realização do Hemoglicoteste (HGT) em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

**Detalhamento:** A enfermeira realizará uma a capacitação com os ACS em forma de oficina para tirar as dúvidas sobre o preenchimento da ficha de cadastramento dos usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes da área. E em conjunto com a enfermeira, o médico realizará momentos de observação da aferição da Pressão Arterial (PA) e dos níveis de glicemia por parte da técnica de enfermagem e a partir dos pontos positivos e negativos realizarão uma oficina sobre a aferição correta da PA.

## **Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com hipertensão e/ou diabetes**

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

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

### **EIXO: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

**Ação:** Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas com hipertensão e ou diabetes.

**Detalhamento:** O monitoramento ocorrerá através dos dados registrados nos instrumentos de acompanhamento disponibilizado pelo curso de especialização, a ficha espelho e a planilha de coleta de dados. Estes instrumentos conterão o registro de todos os atendimentos realizados.

### **EIXO: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

**Ação:** Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com hipertensão e/ou diabetes e no exame dos pés das pessoas diabéticas. Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS. Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais. Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na UBS.

**Detalhamento:** Durante a reunião de equipe iremos definir o papel de cada profissional, bem como a periodicidade das capacitações da equipe para garantir uma atenção de qualidade ao usuário portador de hipertensão e/ou diabetes. A



enfermeira será a profissional responsável pela impressão de uma cópia do protocolo de atendimento do Ministério da Saúde junto à gestão.

### **EIXO: ENGAJAMENTO PÚBLICO**

**Ação:** Orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão.

**Detalhamento:** A equipe realizará atividade educativa na comunidade uma vez por mês falando sobre os riscos da hipertensão e diabetes.

### **EIXO: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

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

**Detalhamento:** A capacitação da equipe ocorrerá no horário da reunião de equipe e será de forma compartilhada, pois cada profissional ficará responsável por uma temática. Esta metodologia ajudará na integração da equipe e na atualização do profissional para o tratamento do usuário portador de diabetes e/ou hipertensão.

**Meta 2.3** Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada três meses (palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

### **EIXO: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

**Ação:** Monitorar a realização de exame dos pés das pessoas com diabetes.

**Detalhamento:** O monitoramento ocorrerá através dos dados registrados nos instrumentos de acompanhamento disponibilizado pelo curso de especialização, a ficha espelho e a planilha de coleta de dados. Estes instrumentos conterão o registro de todos os atendimentos realizados.

### **EIXO: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

**Ação:** Definir atribuições de cada membro da equipe no exame dos pés das pessoas diabéticas. Providenciar junto a gestão o monofilamento 10g para exame dos pés. Organizar a agenda para acolher as pessoas diabéticas provenientes das buscas domiciliares. Solicitar a referência e contra-referência (realizar a coordenação do cuidado) para pessoas com diabetes que necessitem de consulta especializada.

**Detalhamento:** Durante a reunião de equipe iremos definir o papel de cada profissional no exame físico do usuário portador de hipertensão e/ou diabetes. Entretanto, será a enfermeira que solicitará, na primeira semana de intervenção,

para a gestão a compra do monofilamento 10g para exame dos pés e o apoio para a referência do usuário ao serviço especializado, quando necessário.

Nossa agenda de atendimento sempre terá espaço para incluir os usuários provenientes de busca ativa e que busquem a unidade pela demanda espontânea.

### **EIXO: ENGAJAMENTO PÚBLICO**

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

**Detalhamento:** A equipe realizará atividade educativa na comunidade uma vez por mês falando sobre os riscos da hipertensão e diabetes e a importância do exame físico.

### **EIXO: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

**Ação:** Capacitar a equipe para a realização de exame apropriado dos pés

**Detalhamento:** A capacitação da equipe ocorrerá no horário da reunião de equipe e será de forma compartilhada, pois cada profissional ficará responsável por uma temática. Esta metodologia ajudará na integração da equipe e na atualização do profissional para o tratamento do usuário portador de diabetes e/ou hipertensão.

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

**Meta 2.5.** Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

### **EIXO: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

**Ação:** Monitorar o número de pessoas com hipertensão e/ou diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na UBS e com a periodicidade recomendada.

**Detalhamento:** O monitoramento ocorrerá através dos dados registrados nos instrumentos de acompanhamento disponibilizado pelo curso de especialização, a ficha espelho e a planilha de coleta de dados. Estes instrumentos conterão o registro de todos os atendimentos realizados.

## **EIXO: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

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

**Detalhamento:** Para garantir a solicitação dos exames, a enfermeira e o médico condicionarão a consulta à solicitação dos exames complementares, conforme a periodicidade recomendada pelo Ministério da Saúde.

A enfermeira e o médico realizarão um documento para o gestor municipal solicitando agilidade na realização dos exames complementares e estabelecimento de prioridade para usuários de alto risco.

## **EIXO: ENGAJAMENTO PÚBLICO**

**Ação:** Orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares e sua periodicidade.

**Detalhamento:** A equipe realizará atividade educativa na comunidade uma vez por mês falando sobre a necessidade de realização de exames complementares e sua periodicidade.

## **EIXO: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

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

**Detalhamento:** A capacitação da equipe ocorrerá no horário da reunião de equipe e será de forma compartilhada, pois cada profissional ficará responsável por uma temática. Esta metodologia ajudará na integração da equipe e na atualização do profissional para o tratamento do usuário portador de diabetes e/ou hipertensão.

**Meta 2.6.** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

**Meta 2.7.** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

## **EIXO: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

**Ação:** Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

**Detalhamento:** O monitoramento ocorrerá através dos dados registrados nos instrumentos de acompanhamento disponibilizado pelo curso de especialização, a ficha espelho e a planilha de coleta de dados. Estes instrumentos conterão o registro de todos os atendimentos realizados.

### **EIXO: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

**Ação:** Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. Manter um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastrados na UBS.

**Detalhamento:** Com o apoio de todos os trabalhadores da equipe se realizará um levantamento das necessidades de medicamentos das pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas na unidade. A equipe de enfermagem será responsável por controlar o estoque dos medicamentos.

### **EIXO: ENGAJAMENTO PÚBLICO**

**Ação:** Orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/HIPERDIA e possíveis alternativas para obter este acesso.

**Detalhamento:** A equipe realizará atividade educativa na comunidade uma vez por mês falando sobre o direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/HIPERDIA e as possíveis alternativas para obter este acesso.

### **EIXO: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

**Ação:** Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes e capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

**Detalhamento:** A capacitação da equipe ocorrerá no horário da reunião de equipe e será de forma compartilhada, pois cada profissional ficará responsável por uma temática. Esta metodologia ajudará na integração da equipe e na atualização do profissional para o tratamento do usuário portador de diabetes e/ou hipertensão.

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

**Meta 2.9.** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas diabéticas.

### **EIXO: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

**Ação:** Monitorar as pessoas hipertensas e/ou diabéticas que necessitam de atendimento odontológico.

**Detalhamento:** O monitoramento ocorrerá através dos dados registrados nos instrumentos de acompanhamento disponibilizado pelo curso de especialização, a ficha espelho e a planilha de coleta de dados. Estes instrumentos conterão o registro de todos os atendimentos realizados.

### **EIXO: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

**Ação:** Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e/ou diabetes. Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Detalhamento:** Toda a equipe realizará ações a fim de identificar os usuários que necessitam de atendimento odontológico, tais usuários serão encaminhados para o serviço odontológico da unidade de saúde.

### **EIXO: ENGAJAMENTO PÚBLICO**

**Ação:** Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente das pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes.

**Detalhamento:** A equipe realizará atividade educativa na comunidade uma vez por mês falando sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal entre as pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

### **EIXO: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

**Ação:** Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão.

**Detalhamento:** A capacitação da equipe ocorrerá no horário da reunião de equipe e será coordenada pela enfermeira e pelo médico.

### **Objetivo 3. Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes**

**Meta 3.1.** Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

**Meta 3.2.** Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

#### **EIXO: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

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

**Detalhamento:** O monitoramento ocorrerá através dos dados registrados nos instrumentos de acompanhamento disponibilizado pelo curso de especialização, a ficha espelho e a planilha de coleta de dados. Estes instrumentos conterão o registro de todos os atendimentos realizados, bem como suas respectivas frequências e data de retorno para facilitar, inclusive, a busca de faltosos.

#### **EIXO: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

**Ação:** Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos. Organizar a agenda para acolher as pessoas com hipertensão provenientes das buscas domiciliares.

**Detalhamento:** Com apoio dos ACS, a enfermeira e o médico organizarão as visitas aos usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes faltosos.

#### **EIXO: ENGAJAMENTO PÚBLICO**

**Ação:** Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas. Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas com hipertensão e/ou diabetes (se houver número excessivo de faltosos). Esclarecer as pessoas com hipertensão e/ou diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

**Detalhamento:** Informaremos a comunidade sobre a importância do acompanhamento regular das consultas através de folders, cartazes e orientações durante as consultas e visitas domiciliares. Nas atividades educativas deixaremos um tempo para escutarmos a opinião e sugestão da comunidade para garantirmos a qualidade da atenção na unidade, bem como estimularmos o controle social.

#### **EIXO: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

**Ação:** Capacitar os ACS para a orientação de pessoas com hipertensão e/ou diabetes quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

**Detalhamento:** Durante uma vez por mês na reunião de equipe, os ACS serão treinados pelo médico e enfermeira sobre quais informações devem ser dadas aos usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes a fim de garantir a realização da consulta por parte destes usuários.

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

**Meta 4.1.** Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

**Meta 4.2.** Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

#### **EIXO: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

**Ação:** Monitorar a qualidade dos registros de pessoas com hipertensão e/ou diabetes acompanhadas na UBS.

**Detalhamento:** O monitoramento ocorrerá através dos dados registrados nos instrumentos de acompanhamento disponibilizado pelo curso de especialização, a ficha espelho e a planilha de coleta de dados. Estes instrumentos conterão o registro de todos os atendimentos realizados.

#### **EIXO: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

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

**Detalhamento:** Toda consulta realizada será registrada em prontuário, na ficha espelho e nos impressos dos programas SIAB e E-SUS, a fim de que estes sejam devidamente atualizados. As informações serão monitoradas semanalmente pela enfermeira e pelo médico e discutida com a equipe durante a reunião.

Implantar ficha-espelho e a planilha de coleta de dados para controle de situações de alerta e reservar um local na recepção para armazenar as fichas de acompanhamento\espelho.

### **EIXO: ENGAJAMENTO PÚBLICO**

**Ação:** Orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

**Detalhamento:** A equipe realizará atividade educativa na comunidade uma vez por mês falando sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

### **EIXO: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

**Ação:** Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes. Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

**Detalhamento:** Durante a reunião de equipe, todos os profissionais serão treinados para o preenchimento adequado de todos os registros necessário ao acompanhamento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

### **Objetivo 5. Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes**

**Meta 5.1.** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

**Meta 5.2.** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

### **EIXO: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

**Ação:** Monitorar o número de pessoas com hipertensão e/ou diabetes com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

**Detalhamento:** O monitoramento ocorrerá através dos dados registrados nos instrumentos de acompanhamento disponibilizado pelo curso de especialização, a ficha espelho e a planilha de coleta de dados. Estes instrumentos conterão o registro de todos os atendimentos realizados.



## **EIXO: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

**Ação:** Priorizar o atendimento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes avaliadas como de alto risco. Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

**Detalhamento:** Nossa agenda de atendimento sempre terá espaço para incluir os usuários de alto risco e que busquem a unidade pela demanda espontânea.

## **EIXO: ENGAJAMENTO PÚBLICO**

**Ação:** Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular. Esclarecer as pessoas com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

**Detalhamento:** A equipe realizará atividade educativa na comunidade uma vez por mês falando sobre os níveis de risco dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, bem como todos os usuários serão esclarecidos durante a consulta sobre os seus riscos e a importância do controle adequado dos seus fatores de risco.

## **EIXO: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

**Ação:** Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo. Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação. Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

**Detalhamento:** Durante a reunião de equipe, todos os profissionais serão treinados para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e quais as estratégias para o controle destes fatores de risco.

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

**Meta 6.1.** Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

**Meta 6.2.** Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

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

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

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

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

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

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

### **EIXO: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

**Ação:** Monitorar a realização de orientação sobre hábitos saudáveis e higiene bucal para as pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

**Detalhamento:** O monitoramento ocorrerá através dos dados registrados nos instrumentos de acompanhamento disponibilizado pelo curso de especialização, a ficha espelho e a planilha de coleta de dados. Estes instrumentos conterão o registro de todos os atendimentos realizados e orientações fornecidas.

### **EIXO: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

**Ação:** Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável e para orientação de atividade física.

**Detalhamento:** Com o apoio de toda equipe de saúde organizaremos atividades educativas sobre a alimentação saudável para os usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes.

**Ação:** Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas e educadores físicos nesta atividade e a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde.

**Detalhamento:** A enfermeira e o médico solicitarão aos gestores o estabelecimento de parcerias institucionais para envolver nutricionista e educador físico nas atividades educativas organizadas pela equipe de saúde da família. Além disto, solicitaremos a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do

Ministério da Saúde, a fim de auxiliarmos os usuários tabagistas no controle do tabagismo.

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

**Detalhamento:** A organização do tempo médio de consultas será definido pelo médico e gestor da unidade, entretanto, levará em conta as necessidades dos usuários e deverá oportunizar as orientações em nível individual

### **EIXO: ENGAJAMENTO PÚBLICO**

**Ação:** Orientar pessoas com hipertensão e/ou diabetes e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, bem como a necessidade de uma dieta específica para o tratamento do diabetes. Orientar pessoas com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento da hipertensão e da diabetes. Orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. Orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

**Detalhamento:** Nas consultas e atividades educativas em grupo os usuários serão orientados pelo profissional responsável pela atividade quanto à importância da adoção de hábitos de vida saudável e da higiene bucal.

### **EIXO: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

**Ação:** Capacitar a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável e específica para pessoas com diabetes, sobre a promoção da prática de atividade física regular, para o tratamento de pessoas tabagistas e para oferecer orientações de higiene bucal. Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

**Detalhamento:** Durante a reunião de equipe, todos os profissionais serão treinados para orientar adequadamente os usuários sobre a importância da adoção de hábitos de vida saudáveis.

### 2.3.2 Indicadores

#### **Relativo ao objetivo 01: Ampliar a cobertura pessoas hipertensas e/ou diabéticas**

Meta 1.1: Cadastrar 80% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Indicador 1.1: Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS.

Meta 1.2. Cadastrar 80% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Indicador 1.2. Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Numerador: Número de pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da UBS.

#### **Objetivo 02: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos**

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

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

Numerador: Número total de pessoas com hipertensão com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

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

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

Numerador: Número total de pessoas com diabetes com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.3. Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Indicador 2.3. Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com exame dos pés em dia.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.4. Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

Numerador: Número total de pessoas com hipertensão com exames complementares em dia.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.5. Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.5. Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com diabetes com exames complementares em dia.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Indicador 2.6. Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.7. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Indicador 2.7. Proporção de pessoas com diabetes com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

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

Indicador 2.8. Proporção de pessoas hipertensas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 2.9. Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Objetivo 03: Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.**

Meta 3.1. Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

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

Numerador: Número de pessoas com hipertensão faltosas às consultas médicas na UBS com busca ativa

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 3.2. Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

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

Numerador: Número de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

**Objetivo 04: Melhorar o registro das informações.**

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

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

Numerador: Número de pessoas hipertensas com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de pessoas hipertensas cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

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

Numerador: Número de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

### **Objetivo 05: Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes**

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

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

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e às pessoas com diabetes Mellitus.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

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

Numerador: Número de pessoas com diabetes com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e às pessoas com diabetes Mellitus.

### **Objetivo 06: Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes**



Meta 6.1. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.1. Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação nutricional.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.2. Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre nutricional.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

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

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

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

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

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

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

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

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

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

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

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

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

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

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

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

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

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

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

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

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

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

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

### **2.3.3 Logística**

Para realizar a intervenção voltada à ação programática de atenção aos usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes (incluindo saúde bucal) vamos adotar como protocolo, norteador das nossas ações e capacitações, o Caderno de Atenção Básica número 36 e 37 - Estratégias Para o Cuidado da Pessoa com Doenças Crônicas – do Ministério da Saúde (2014).

Para garantir a assistência universal buscaremos realizar inicialmente o cadastro de todos os usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes da área de abrangência da equipe, para isto contaremos com o apoio dos ACS, que farão esta ação durante a visita domiciliar. À medida que estes usuários forem sendo identificados serão orientados a buscar a unidade de saúde para agendamento da consulta. Para aqueles que não buscarem a unidade ou faltarem à consulta agendada, a enfermeira ou o médico realizará a busca ativa em conjunto com o ACS. As consultas agendadas serão realizadas uma vez por semana nos dois turnos de trabalho, lembrando que o atendimento a demanda espontânea será realizado diariamente.

Toda consulta e assistência prestada aos usuários será registrada pelo profissional responsável pelo atendimento. O registro do atendimento será realizado, também, para viabilizar o monitoramento das ações, por isso utilizaremos a ficha-espelho e a planilha de coleta de dados, ambos instrumentos fornecidos pelo curso de especialização, e o livro de registro. Estes instrumentos conterão as principais informações sobre o acompanhamento do usuário: os dados coletados a partir da anamnese inicial e do exame físico geral (incluindo registro de pressão arterial), o registro do resultado dos exames, data de retorno, informações da consulta odontológica realizada, orientações fornecidas sobre o uso de medicações e cuidados que o usuário deve ter. Os dados coletados serão transferidos para a planilha de coleta de dados pela enfermeira e/ou médico, ao final de cada dia, e serão monitoradas semanalmente por estes profissionais.

Junto ao gestor, buscaremos garantir que o fluxo de informações entre os serviços de saúde seja realizado por meio do sistema de referência e contra

referência. Para tal, sempre que houver necessidade, estaremos sinalizando por meio de relatórios e verbalmente as falhas neste sistema de referência.

Mensalmente, a técnica de enfermagem fará o controle dos insumos presentes na unidade e a equipe de saúde bucal controlará o material odontológico que subsidiam o atendimento ao usuário portador de hipertensão e/ou diabetes. Detectando falhas no fornecimento e na prestação do serviço sinalizaremos ao gestor verbalmente e por meio de relatórios, solicitando que ajustes sejam realizados.

Para efeito de monitoramento da avaliação da necessidade de tratamento odontológico e da avaliação da realização da primeira consulta odontológica, o atendimento odontológico também será registrado no prontuário clínico e os dados de atendimento destes usuários serão repassados pela equipe de saúde bucal para a enfermeira que monitorará os registros.

No que tange ao atendimento em saúde bucal pretendemos implantar a “agenda compartilhada” com a Equipe de Saúde Bucal para que se viabilize a realização das consultas programáticas, em especial para aqueles que apresentam maior vulnerabilidade para as doenças bucais. Estas priorizações poderão ocorrer a partir dos atendimentos clínicos quando diante da anamnese e exame físico detectarmos problemas bucais. Com a agenda compartilhada encaminharemos o usuário para atendimento imediato com o cirurgião dentista.

Para garantirmos que a assistência prestada esteja em acordo com o que solicita o Ministério da Saúde, iremos capacitar a equipe, guiada pelo protocolo adotado, de forma que cada um dos membros entenda o seu papel e as suas atribuições profissionais. As capacitações ocorrerão durante a reunião de equipe, sob a coordenação do médico, da enfermeira e do dentista a cada quinze dias, durante os três meses da intervenção.

No que tange ao acolhimento à demanda espontânea, na sala de acolhimento de nossa UBS buscaremos capacitar a equipe para esta prática. Buscaremos realizar o acolhimento à demanda espontânea em um local “mais reservado” (sala do Acolhimento) para que a escuta não seja realizada na recepção e nos corredores. Terá prioridade no atendimento aqueles usuários com alto risco ou com níveis pressóricos/ou glicêmicos descompensados, assim estes usuários poderão ser assistidos pelo enfermeiro e/ou médico imediatamente, no mesmo dia e turno que buscar a unidade.

As consultas dos hipertensos e diabéticos serão organizadas de forma que possamos garantir acompanhamento periódico e contínuo em intervalos preestabelecidos.

Para as atividades educativas contaremos com a participação de toda a equipe e do NASF e utilizaremos materiais audiovisuais como apoio, todo material educativo e de informática será solicitado pela enfermeira, médico ou dentista à coordenação da atenção básica. Estas atividades serão realizadas uma vez por mês em algum espaço da comunidade, que será reservado pelos ACS com antecedência.

Toda orientação ao usuário ocorrerá por meio das atividades educativas ou durante a consulta ambulatorial e terá como objetivo estimular a adoção de hábitos de vida saudáveis.



### **3 Relatório da Intervenção**

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

Após 11 semanas de intervenção conseguimos realizar um trabalho de maneira tranquila, aumentado em cada semana o número de usuários com HAS e/ou DM cadastrados. Tentamos fazer todas as atividades como planejadas no cronograma. Infelizmente finalizamos a intervenção ainda utilizando o espaço físico do hospital, pois a reforma da nossa UBS ainda não ficou pronta.

No decorrer dessas onze semanas realizamos nas quartas-feiras, reunião com a equipe de saúde com todos os ACS para o monitoramento e avaliação de todas as atividades do projeto de intervenção desde seu cumprimento até a qualidade do preenchimento das fichas espelhos, assim como a atualização dos prontuários clínicos. Fizemos análise do comportamento dos indicadores de cobertura, qualidade, adesão, registro, avaliação de risco, e promoção da saúde, avaliando cada resultado alcançado que nos ofereceu a oportunidade de avaliar o cumprimento dos objetivos propostos e isto nos alertava sobre a necessidade de mudanças nas estratégias do trabalho diário.

Na primeira semana se realizou uma reunião com a equipe de saúde e a secretaria de saúde para apresentar a intervenção previamente conhecida na divulgação do projeto de intervenção, onde se solicitou o apoio para a logística da intervenção, definição do papel de todos os profissionais nas ações programáticas, organização para a impressão das fichas espelho necessárias e para o desenvolvimento do projeto. A gestão nos garantiu a disponibilização de materiais para a realização das atividades.

Realizamos ações de capacitação à equipe de saúde na primeira semana e estendeu se por duas semanas com a participação dos ACS, essa capacitação se realizou na UBS e foi feita pelo médico. Capacitamos os ACS para a busca de

peças com HAS ou DM faltosas às consultas ou com atrasos na realização de exame clínico ou laboratoriais. Ocorreu a capacitação do enfermeiro para a realização do exame clínico adequado de acordo com o protocolo, assim como avaliação do risco cardiovascular, assim como capacitação para indicação dos exames complementares. Realizamos capacitação a todos os profissionais sobre o acolhimento as pessoas alvo da intervenção e a verificar a pressão a todas as pessoas maiores de 18 anos que assistem a consulta por qualquer uma causa. Houve a capacitação da equipe de saúde da UBS sobre saúde bucal. Essas ações foram cumpridas integralmente como previsto.

Durante a intervenção não tivemos dificuldades com as visitas domiciliares porque estas são programadas todas as semanas para a procura das pessoas faltosas com HAS e/ou DM e agendamento das consultas na próxima semana, essa ação foi cumprida integralmente.

Na quarta semana de intervenção realizamos uma palestra com a comunidade sobre a importância do acompanhamento na UBS das pessoas com HAS e DM. Não compareceram muitos usuários como o esperado, pois choveu, o que acabou atrapalhando. Mas acredito que a palestra trouxe resultados positivos para a comunidade.

O atendimento agendado era realizado uma vez por semana nos dois turnos de atendimento e o atendimento a demanda espontânea era realizado diariamente. Para cada usuário alvo da intervenção que chegava no serviço foi realizado exame clínico apropriado de acordo com o protocolo, avaliação do risco cardiovascular, dos pés das pessoas com DM e indicamos exames complementares. Tivemos dificuldades com os exames complementares, pois nem todos os usuários conseguiam realizar esses exames. Havia demora na realização dos exames e na entrega desses resultados, que chegava a ser mais de 15 dias. Oferecemos ainda orientações sobre alimentação saudável, atividade física regular, tabagismo e saúde bucal. Essas orientações foram realizadas nas consultas individuais com os usuários. Atualizamos os prontuários clínicos e as fichas espelhos.

Durante os acompanhamentos conseguimos manter as prescrições dos medicamentos para o controle da hipertensão e diabetes da farmácia popular/hiperdia. Durante a intervenção houve atraso na entrega desses medicamentos na farmácia, mais isso não atrapalhou o acompanhamento das prescrições para os usuários.



Conseguimos realizar contato com líderes das comunidades, ressaltando a importância das consultas de acompanhamento na UBS, importância dos exames complementares em tempo, assim como a necessidade de avaliação periódica na consulta médica das pessoas com HAS e DM. Para a comunidade no total foram realizadas 2 palestras na quarta e oitava semanas de intervenção.

Oferecemos ainda durante toda a intervenção orientações sobre tabagismo. Essas orientações foram realizadas nas consultas individuais com os usuários e aproveitamos também as palestras na comunidade.

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

Tivemos dificuldade durante as onze semanas com atendimento odontológico, pois a dentista só atende duas vezes na semana e não cobre as necessidades de toda a demanda. Planejamos também três palestras mais, mais só conseguimos realizar duas, pois tivemos que antecipar o término da intervenção para defender em tempo com o fechamento da Turma 9 do curso de especialização. Uma das ações prevista no projeto era buscarmos contato com a prefeitura para disponibilizar material necessário, mas o município está passando por alguns problemas administrativo e não realizamos essa ação.

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

Na realidade na primeira semana tivemos dificuldade no preenchimento correto das fichas espelhos por falta de prática dos profissionais, problema que foi resolvido depois com a capacitação da equipe. Tive um pouco também de dificuldade no início com a planilha de coleta de dados, mas depois consegui entender a dinâmica da planilha e deu tudo certo. Acho a planilha bem elaborada.

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

A perspectiva da equipe é de incorporar o projeto na rotina de trabalho da equipe. Mas acredito que o projeto já está incorporado, pois já temos um cronograma de consultas realizadas, os usuários saem das consultas com a data da

próxima consulta agendada. As ações previstas no projeto todas estão vinculadas com a rotina da UBS porque aproveitamos os momentos das atividades diárias da equipe para adotar o que está previsto no projeto, por exemplo: Busca ativa de hipertensos e diabéticos faltosos às consultas, a procura ativa de hipertensos com a aferição da pressão de todas as pessoas maiores de 15 anos que procuram a UBS. A nossa equipe está empenhada em com as ações desenvolvidas durante a intervenção para continuar cumprindo com seus objetivos.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

Esta intervenção foi estruturada, visando melhorar atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes na UBS Neco Fonseca, a qual atende uma área de abrangência urbana no Município de Jerumenha, estado do Piauí.

#### **Resultados referentes aos hipertensos**

**Objetivo 1.** Ampliar a cobertura das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

**Meta 1.1:** Ampliar para 80% a cobertura dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

No primeiro mês, observa-se uma cobertura de 13,7% (51) dos usuários com hipertensão na unidade de saúde. No segundo mês, a cobertura foi de 24,1% (90) e no terceiro mês a cobertura alcançada foi de 42,1% (157). A equipe não conseguiu alcançar a meta de 80% apesar de todos os nossos esforços no período da intervenção, onde os ACS tiveram um papel essencial na realização deste objetivo, pois realizamos a busca dos faltosos, com as visitas domiciliares e o cadastro dos usuários no programa

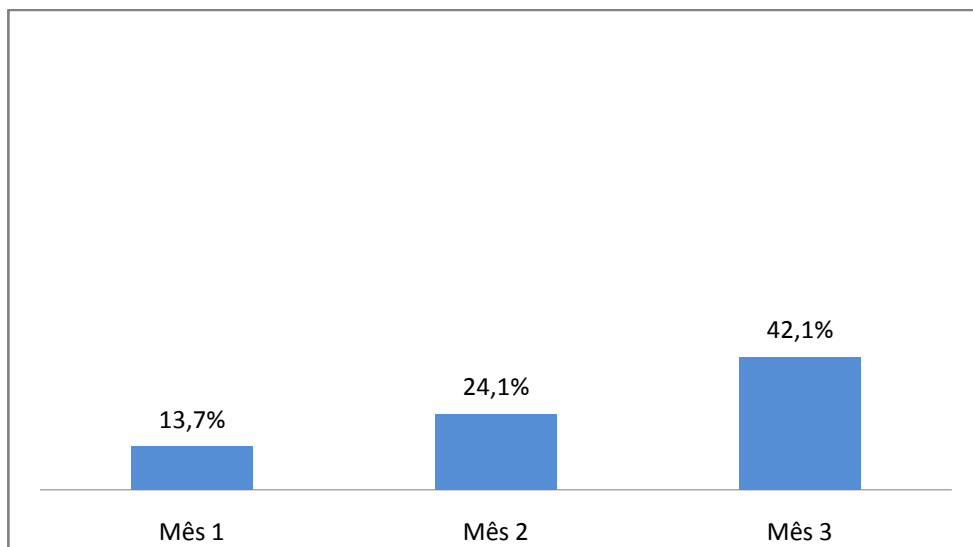


Figura 1. Gráfico da cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na unidade de saúde Neco Fonseca.

**Objetivo 1.** Ampliar a cobertura das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

**Meta 1.2:** Cadastrar 80% dos Diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Indicador 1:** Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

No primeiro mês, a cobertura foi de 25%, ou seja, 23 usuários com DM foram acompanhados. No segundo mês a cobertura passou para 38% (35) e no terceiro mês foi para 67,4% (62), onde toda a equipe trabalho intensamente para melhorar este indicador. A equipe não conseguiu alcançar a meta de 80%, pois tivemos que reduzir o período da intervenção. Os ACS tiveram um papel essencial na realização deste objetivo, pois realizarem a busca dos faltosos, com a realização das visitas domiciliares e o cadastro dos usuários no programa, incentivando os mesmos a comparecer na UBS para cadastramento.

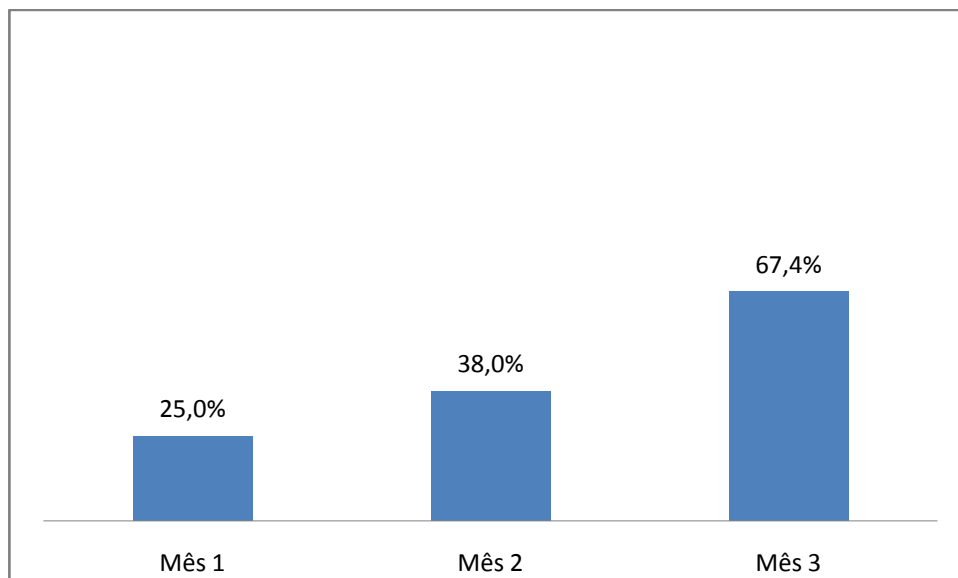


Figura 2. Gráfico da cobertura do programa de Atenção à Diabetes Mellitus na unidade de saúde Neco Fonseca.

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

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

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

Em todos os meses, atingimos 100% para os usuários hipertensos com exame clínico apropriado conforme o protocolo. Tentamos realizar o exame clínico em todos os usuários, isso, com a ajuda de toda a equipe da UBS.

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

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

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

Em todos os três meses, atingimos 100% para usuários com diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo. Conseguimos realizar nas consultas esses exames com muito sucesso.

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

**Meta 2.3:** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exame dos pés em dia.

**Indicador 2.3:** Proporção de diabéticos com exame dos pés em dia de acordo com o protocolo.

Em todos os meses, atingimos 100% para usuários diabéticos com exame dos pés em dia de acordo com o protocolo. Conseguimos realizar nas consultas esse exame com muito sucesso.

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

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

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

Ao final do primeiro mês de intervenção, 88,2% (45) dos usuários hipertensos cadastrados estavam com exames complementares em dia. No segundo mês, atingimos 90% (81) com os exames complementares em dia e no terceiro mês atingimos 94,3% (148) de usuários hipertensos com exames complementares em dia. Enfrentamos algumas dificuldades como o tempo de demora em realização destes exames por parte do município, devido à alta demanda de usuários, além disso, os exames são coletados no município mais são transportados para o município de Florianópolis. Estes resultados levam mais de 15 dias para ser liberados, o que dificulta a avaliação dos mesmos, o que repercutiu nos resultados da intervenção. A realização do eletrocardiograma, que somente é possível de ser realizada na rede privada. Entrou-se em contato com a gestão, solicitando agilidade na realização destes exames.

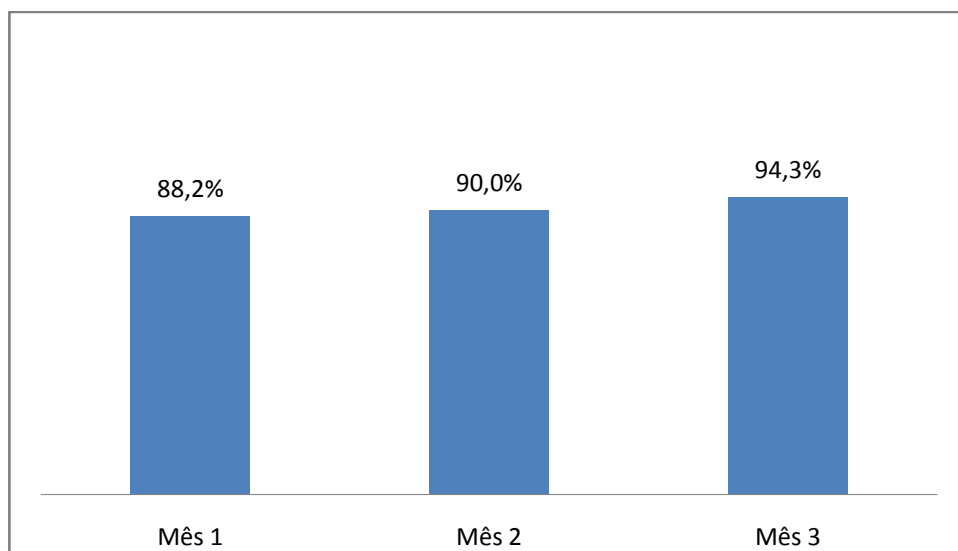


Figura 3. Gráfico da proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

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

**Meta 2.5:** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 2.5:** Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

No primeiro mês, 91,3% (21) dos usuários com diabetes estavam com exames complementares em dia. No segundo mês, 91,4% (32) dos usuários e no terceiro mês foi possível atingir 95,2% (59) de usuários diabéticos com exames complementares em dia. Assim como a justificativa anterior, enfrentamos dificuldades como o tempo de demora na realização destes exames por parte do município, o tempo de chegada destes exames levavam mais que 15 dias, dificultando a avaliação dos mesmos. Entramos em contato com a gestão, solicitando agilidade na realização destes exames.

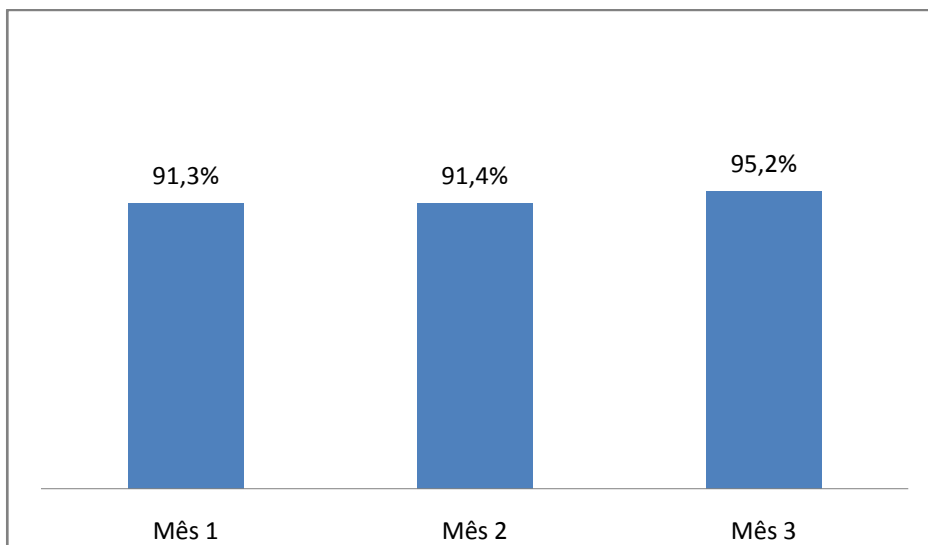


Figura 4. Gráfico da proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

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

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

**Indicador 2.6:** Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Em todos os meses, atingimos 100% para os usuários com hipertensão que tiveram prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Ressalta-se que teve usuários que foi preciso realizar mudanças propostas no seu tratamento. Buscamos divulgar para os usuários sobre os direitos dos usuários a ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

**Meta 2.7:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 2.7:** Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.



Em todos os meses, atingimos 100% de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. Não tivemos falta de medicamentos na farmácia popular.

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

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

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

Em todos os meses, atingimos 100% para os usuários hipertensos que foram avaliados com necessidade atendimento odontológico. A UBS consta com o serviço odontológico, mas não está presente na mesma UBS e sim no hospital do município. Contamos com uma dentista que trabalha dois dias na semana e foi difícil, mas conseguimos a participação da dentista na intervenção, realizando assim algumas avaliações dos usuários hipertensos. Falamos com o gestor para tomar estratégias para apresiar a avaliação odontológica dos usuários.

**Meta 2.9:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

**Indicador 2.9:** Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Em todos os meses, atingimos 100% de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. A justificava de como atingimos essa meta é a mesma da meta 2.8

**Objetivo 3:** Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa de Hiperdia do Ministério da Saúde (MS).

**Meta 3.1:** Realizar busca ativa de 100% dos usuários Hipertensos faltosos nas consultas.

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

Em todos os meses, atingimos 100% para os usuários hipertensos faltoso a consultas com busca ativa. A ação que mais auxiliou na realização deste objetivo foram as visitas domiciliares feitas pelos ACS, procurando cada um dos usuários faltosos, e insistindo na assistência dos mesmo as consultas. Nos casos mais difíceis, foi necessária a visita em casa, do médico ou enfermeira para realizar avaliação. No primeiro mês tivemos 32 faltosos, seguidos de 52 no segundo mês e 54 no último mês.

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

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

Em todos os meses, atingimos 100% de usuários diabéticos faltosos a consultas com busca ativa. Destaca-se que este indicador se manteve assim, devido ao importante trabalho dos ACS na busca ativa dos faltosos as consultas. Foram organizadas visitas domiciliares, buscando reagendar as consultas, realizando um melhor acolhimento. No primeiro mês tivemos 17 faltosos, seguidos de 24 no segundo mês e 26 no último mês.

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

**Meta 4.1:** Registrar 100 % dos usuários Hipertensos da área de abrangência na ficha de acompanhamento da unidade de saúde.

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

Em todos os meses, atingimos 100% para os usuários hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

A equipe foi capacitada para o preenchimento de todos os registros necessários para o adequado acompanhamento aos usuários hipertensos, além de realizar a entrega de cadernetas aos usuários com dados da consulta realizada e data da próxima consulta. Para cumprir com este objetivo foi necessário a ajuda da secretaria de saúde que proporcionou desde o primeiro momento, a impressão das fichas necessárias, para o preenchimento das consultas, o cadastramento e as fichas de avaliação de risco de cada um dos usuários.

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

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

**Indicador 4.2:** Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento. Em todos os meses, atingimos 100% de usuários diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento. A equipe foi capacitada no preenchimento de todos os registros necessários na ficha-espelho para o adequado acompanhamento ao usuário com DM.

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

**Meta 5.1:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos Hipertensos e Diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Para este resultado também conseguimos manter em todos os meses 100% para os usuários com hipertensos com estratificação de risco cardiovascular. Dificuldades como a realização e demora na chegada dos exames complementares que avaliam a estratificação de risco cardiovascular, foi um dos grandes desafios, mais no final deu tudo certo.

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

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

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

Em todos os meses, atingimos 100% de usuários diabéticos com estratificação de risco cardiovascular. Tivemos dificuldades como a realização e demora na chegada dos exames complementares que avaliam a estratificação de risco cardiovascular.

**Objetivo 6:** Realizar ações de promoção e prevenção da saúde.

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

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

Em todos os meses, atingimos 100% de usuários hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. A equipe trabalhou intensamente realizando oficinas programadas, como também aproveitando as salas de espera, no acolhimento trabalhando e divulgando estas informações. Realizaram-se práticas coletivas sobre alimentação saudável, além de parcerias com a nutricionista do NASF.

**Objetivo 6:** Realizar ações de promoção e prevenção da saúde.

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

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

Em todos os meses, atingimos 100% para orientação nutricional sobre alimentação saudável. Foi possível atingir este indicador, pois toda a equipe trabalhou realizando oficinas programadas, no acolhimento trabalhando e divulgando estas informações. Realizaram-se práticas coletivas sobre alimentação saudável, além de parcerias com a nutricionista do NASF. Essas orientações eram repassadas por toda a equipe.

**Objetivo 6:** Realizar ações de promoção e prevenção da saúde.

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

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

Em todos os meses, atingimos 100% para orientação sobre a prática de atividade física regular. Este indicador manteve-se em 100%, pois a equipe em parceria com NASF trabalhou intensamente orientando os usuários sobre a importância da prática regular de atividade física. Foram realizadas palestras e foi criado um grupo de hipertensos e diabéticos, que realizam caminhadas com a equipe de saúde com a ajuda da educadora física. Tentamos incorporar o maior número de usuários a estas ações.

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

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

Em todos os meses, atingimos 100% para orientação sobre a prática de atividade física regular. Este indicador manteve-se em 100%, essa foi atingida pelo empenho da equipe nas atividades de educação em saúde e grupo de caminhadas como descrito no indicador anterior.

**Objetivo 6:** Realizar ações de promoção e prevenção da saúde.

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

**Indicador 6.5:** Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo. Em todos os meses, atingimos 100% para orientação sobre os riscos do tabagismo. A equipe trabalhou intensamente, realizando palestras. Tivemos uma boa adesão dos usuários nessas ações e os que não participaram das palestras foram orientados nas consultas individuais.

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

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

Em todos os meses, atingimos 100% para orientação sobre os riscos do tabagismo. A equipe trabalhou intensamente, realizando palestras.

**Objetivo 6:** Realizar ações de promoção e prevenção da saúde.

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

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

Em todos os meses, atingimos 100% para usuários hipertensos sobre orientação de higiene bucal. Foi possível orientar usuários sobre higiene bucal nas consultas. Também trabalhamos o assunto nas jornadas do programa.

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

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

Em todos os meses, atingimos 100% para orientação sobre higiene bucal. Foi possível orientar os usuários sobre higiene bucal nas consultas individuais e durante outras atividades do programa.

## 4.2 Discussão

A intervenção na UBS Neco Fonseca propiciou uma melhora na atenção aos usuários com HAS e/ou DM, o serviço atende uma área de abrangência urbana e rural no Município de Jerumenha, estado do Piauí. Além dos cadastramentos realizamos o monitoramento das ações e avaliamos a qualidade da atenção destes usuários, mediante o exame físico em cada um deles, a realização de exames laboratoriais conforme o protocolo de saúde e a prescrição de medicamentos necessários, além da realização de estratificação de risco para hipertensos e diabéticos. Melhoramos os registros da unidade de saúde e a qualificação da atenção de ambos grupos. Foram feitas durante o período da intervenção palestras realizadas pela equipe incluindo a equipe do NASF sobre alimentação saudável, fatores de risco para o desenvolvimento das complicações em usuários diabéticos e hipertensos, importância da realização de atividades físicas, além de outros temas que por sua importância foi preciso realizar. Em todas as atividades realizadas, a participação dos usuários foi excelente.

Quanto a importância da intervenção para a equipe, a intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, promovendo o trabalho em equipe integrado, em que foi determinado as atribuições de cada um dos profissionais envolvidos na intervenção.

A intervenção foi importante para o serviço, pois antes da intervenção as atividades de atenção aos usuários Hipertensos e Diabéticos eram centradas no médico e com a intervenção esta realidade mudou. Os usuários procuravam a UBS

somente quando precisavam de alguma medicação. Após o início da intervenção, foi possível realizar uma revisão das atribuições de cada membro da equipe, viabilizando a atenção a um maior número de usuários, buscando melhorar o controle das consultas. O cadastramento e o agendamento dos Hipertensos e Diabéticos, viabilizou a agenda para a atenção a demanda espontânea. A realização da classificação de risco dos usuários alvo, tem sido de muita importância para priorizar o atendimento dos mesmos.

Sobre a importância da intervenção para a comunidade, o impacto da intervenção já foi percebido por uma boa parte dos usuários da área, nós sabemos que falta muito, mas os usuários com HAS e/ou DM demonstram satisfação com a prioridade do atendimento. Até agora se realizou uma ampliação da cobertura do programa, resgatando todos aqueles usuários que não assistiam a consulta. Os usuários estão entusiasmados com as ações de atividades que estão sendo realizadas com o grupo, como caminhadas, consultas e palestras o que chama muito a atenção da comunidade olhando de outra forma o desenvolvimento e comprometimento da equipe na área da saúde.

A intervenção poderia ter sido facilitada desde o início. Caso fosse realizar a intervenção neste momento acredito que teria que existir uma prioridade na realização de exames laboratoriais e sobre a chegada dos resultados em tempo para uma boa avaliação. Além disso, faltou articulação com a comunidade para explicar a priorização da atenção a estes usuários.

Agora que estamos no fim da execução do projeto percebo que a equipe está bem integrada, orientada, porém como vamos incorporar a intervenção a rotina do serviço, teremos que continuar com a mesma vontade de melhorar os indicadores e buscamos as melhores condições de superar as dificuldades encontradas.

A intervenção será incorporada a rotina do serviço. Para isto vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização de atendimento a atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco. Continuar com o processo de avaliação odontológica dos usuários, assim como a avaliação dos resultados dos exames laboratoriais, estabelecendo prioridades.

Contamos com uma ficha adequada para o registro dos usuários, o que nos ajuda no acompanhamento e monitoramento dos indicadores que tínhamos previsto

no projeto. Continuaremos com as consultas programadas seguindo o protocolo de ministério da saúde, além de continuar com a busca ativa de fatores de risco.

Como próximos passos para melhorar a atenção a saúde no serviço, realizaremos a busca de sinais e sintomas que orientam ao desencadeamento da hipertensão arterial e diabetes Mellitus, com o objetivo de realizar o cadastramento e incorporação no programa. Também continuaremos trabalhando na ampliação da cobertura dos hipertensos e diabéticos. Tomando este projeto como exemplo também pretendemos implementar um projeto de intervenção ao programa de prevenção de câncer de colo de útero na UBS.



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

Prezados gestores,

Realizamos na UBS Neco Fonseca uma intervenção que foi iniciada no mês de dezembro com o objetivo de melhorar atenção aos Hipertensos e/ou Diabéticos da área de abrangência. Essa intervenção faz parte das atividades acadêmicas do curso de Especialização em Saúde da Família, UNASUS/UFPEL. É relevante informar que a equipe de saúde, durante todo o processo de organização consultou suas opiniões e critérios em cada período do curso para o desenvolvimento da intervenção.

Conseguimos melhorar os indicadores de cobertura na atenção aos usuários Hipertensos e Diabéticos, com adoção de ações baseadas em protocolos do Ministério da Saúde. As ações foram baseadas em quatro eixos pedagógicos: qualificação da prática clínica, engajamento público, organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação.

Vale ressaltar ainda a melhoria de outros indicadores da qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos, o registro adequado na ficha de acompanhamento que anteriormente não apresentavam bons registros, a adesão dos usuários aos grupos de saúde, assim como as orientações sobre nutrição saudável, prática de exercícios físicos, tabagismo e saúde bucal.

Para hipertensão no primeiro mês acompanhamos 13,7% (51) dos usuários da área da unidade de saúde. No segundo mês, a cobertura foi de 24,1% (90) e no terceiro mês a cobertura alcançada foi de 42,1% (157). Para diabetes, no primeiro mês a cobertura foi de 25%, ou seja, 23 usuários com DM foram acompanhados; no

segundo mês a cobertura passou para 38% (35) e no terceiro mês foi para 67,4% (62).

A equipe está muito satisfeita com os resultados alcançados, contudo acredita que para ampliar o acesso integral da população faz-se necessário melhorar aspectos como o atendimento odontológico (aumentar os dias de atendimento na semana), agilizar a realização e os resultados dos exames complementares, são situações que podem melhorar os indicadores e a qualidade no atendimento para diversas ações programáticas ofertadas na UBS.

A equipe está muito satisfeita com o apoio recebido pelos gestores garantindo os materiais necessários para o desenvolvimento da intervenção, o que foi muito importante para os resultados finais onde alcançamos bons indicadores de cobertura do grupo de Hipertensos e Diabéticos.

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

Prezada comunidade,

Realizamos uma intervenção durante três meses na UBS Neco Fonseca, iniciamos o trabalho em dezembro de 2015 com o objetivo de melhorar atenção aos Hipertensos e/ou Diabéticos. Lembramos que em diferentes momentos a população que mora na área de abrangência foi consultada e, com participação e apoio, a equipe conseguiu resultados positivos nos indicadores de cobertura na atenção aos Hipertensos e Diabéticos.

Vale ressaltar que outros indicadores também foram melhorados como as consultas periódicas segundo o protocolo do Ministério da Saúde. A equipe conseguiu ofertar para os usuários o número de consultas programadas para o período, o que foi muito importante para prevenir riscos e/ou complicações, além de realizar uma avaliação de cada um dos usuários Hipertensos e Diabéticos.

Com a participação ativa dos membros da comunidade foi possível que usuários compreendessem a importância de comparecer frequentemente as consultas agendadas e que cumprissem as orientações sobre nutrição saudável, prática de exercícios físicos, tabagismo e saúde bucal dadas em cada atendimento. A equipe está satisfeita com a participação da comunidade pelas ações realizadas.

A população em geral ganhou um serviço mais organizado e com prioridade para o atendimento dos usuários, melhorando a relação e mantendo uma comunicação mais direta com a equipe da UBS possibilitando conhecer quais usuários precisam de maior atenção e também conhecer o que precisa ser melhorado na nossa área para melhor qualidade de vida na população.

Ao final da intervenção acompanhamos o total de 157 pessoas com hipertensão, o que representa uma cobertura de 42,1% dos usuários com esta doença da área. Para diabetes, acompanhamos 62 pessoas com esta doença,

representando uma cobertura de 67,4%. Contamos com o apoio da comunidade para continuar divulgando as ações de saúde que continuamos realizando em nosso serviço.

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

No início do curso eu tinha a expectativa de conhecer mais sobre a realidade da saúde do Brasil e da UBS onde trabalho, assim como ajudar com minha experiência em saúde da família, em prevenção e promoção de saúde, a melhorar a saúde da população mediante o trabalho em equipe e a interação com a comunidade. Atingi esses objetivos e superei minhas expectativas já que durante o curso alcancei um nível de conhecimento muito alto sobre a situação da saúde do Brasil e da minha área de abrangência.

Também foi muito importante para o conhecimento de protocolos e estratégias de trabalho na saúde o que favoreceu a prestação de serviço na comunidade da forma preconizada pelo MS. Uma coisa fundamental foi que consegui aplicar os conhecimentos que já tinha sobre Atenção Primária na Saúde. Também foi muito útil para incorporar novos conhecimentos e experiência pessoal como profissional da saúde e como pessoa ao conviver com culturas e costumes distintos ao meu.

A Intervenção fez com que toda a equipe na UBS se unisse ainda mais para conseguir alcançar o objetivo. Com isso acredito que essa interação vai continuar e a população só tem a ganhar.

## 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**. 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**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. CASA CIVIL. **Decreto Nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999**. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/d3298.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm). Desde: 21 de dezembro de 1999. Acesso em: 02 de agosto de 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.124 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13).

## APÊNDICES

## APÊNDICE A- Consulta e avaliação médica





**Apêndice B – Atendimento clínico na UBS**



**Apêndice C- Consulta clínica na UBS**



## **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

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

Prezada Pesquisadora;

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

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





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

Eu, Juan Sanchez Licea ,médico / RMS-PI 2200108 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.

Juan Sanchez Licea

\_\_\_\_\_  
Nome

Contato:

Telefone: ( 89) 999158070

Endereço Eletrônico:sanchezjuan3012@yahoo.es

Endereço físico da UBS: Praça Artur Passos, 338 CEP: 64830-000

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