

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**

**Especialização em Saúde da Família**

**Modalidade a Distância**

**Turma 5**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção aos usuários com HAS e/ou DM na UBS Nova Brasília,  
Amapá/AP**

**Celia Victoria Reyes Morejón**

**Pelotas, 2015**

**Celia Victoria Reyes Morejón**

**Melhoria da atenção aos usuários com HAS e/ou DM na UBS Nova Brasília,  
Amapá/AP**

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

Orientadora: Marta Caires de Sousa

Pelotas, 2015

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

M838m Morejon, Celia Victoria Reyes

Melhoria da atenção aos usuários com HAS e/ou DM na UBS Nova Brasília, Amapá/AP / Celia Victoria Reyes Morejon; Marta Caires De Sousa, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

87 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Sousa, Marta Caires De, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Aos meus grandes amores:

A minha mãe pela sua presença sempre, meu pai exemplo a seguir,  
a minha filha fonte de força infinita.

## **Agradecimentos**

Agradeço ao Programa Mais Médicos pela oportunidade desta experiência profissional, a minha equipe de saúde pelo apoio, a minha técnica de enfermagem pela incondicionalidade e a minha orientadora pela sua dedicação e ajuda.

## Resumo

MOREJÓN, Celia Victoria Reyes. **Melhoria da atenção aos usuários com HAS e/ou DM na UBS Nova Brasília, Amapá/AP**. 2015. 87f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus são doenças crônicas que causam grandes morbimortalidades. No Brasil, apresentam-se com alta prevalência, em especial, nas regiões mais carentes e constituem-se como graves problemas de saúde pública. É certo que um adequado acompanhamento clínico e ações de prevenção contribuem fortemente para evitar agravos e complicações, e colaboram para uma melhor qualidade de vida dos usuários com estas doenças. Nestas perspectivas, a atenção primária à saúde configura-se como um nível de atenção que permite desenvolver ações voltadas à prevenção, rastreamento, diagnóstico precoce, controle e tratamento da hipertensão e do diabetes. O presente trabalho constitui-se no resultado de um processo de diagnóstico e de intervenção junto aos usuários com diabetes e/ou hipertensão acompanhados na Unidade Básica de Saúde Nova Brasília no município do Amapá/AP. O objetivo foi melhorar a atenção a estes usuários tanto na cobertura da atenção, como na qualidade das ações ofertadas. Antes da intervenção não tinha um acompanhamento correto dos usuários e a cobertura estava apenas em 28% (143) para as pessoas com hipertensão e 36% (45) para aquelas com diabetes. A intervenção contou com a participação de todos os membros da equipe e teve como resultados um aumento da cobertura alcançando 70,2% (363) pessoas com hipertensão e 82,0% (105) pessoas com diabetes, além de melhorar a qualidade dos serviços direcionados para a população alvo. Houve maior participação da comunidade nas questões relativas à unidade de saúde, assim como melhor relação profissional-usuário. Após o final da intervenção, a organização do serviço e a qualidade das ações já fazem parte da rotina da unidade, contribuindo para que permaneça a boa atenção aos usuários com hipertensão e diabetes, como também a possibilidade de estender uma atenção mais organizada às demais ações programáticas existentes na unidade.

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

## Lista de Figuras

Figura 1	Equipe em visita domiciliar.....	48
Figura 2	Consulta durante visita domiciliar.....	48
Figura 3	Gráfico da evolução mensal do indicador cobertura do programa de atenção ao hipertenso.....	52
Figura 4	Gráfico da evolução mensal do indicador cobertura do programa de atenção ao diabético.....	52
Figura 5	Gráfico da evolução mensal do indicador proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.....	53
Figura 6	Gráfico da evolução mensal do indicador proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.....	54
Figura 7	Gráfico da evolução mensal do indicador proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.....	55
Figura 8	Gráfico da evolução mensal do indicador proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.....	55
Figura 9	Gráfico da evolução mensal do indicador proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.....	56
Figura 10	Gráfico da evolução mensal do indicador proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.....	56
Figura 11	Gráfico da evolução mensal do indicador proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.....	58
Figura 12	Gráfico da evolução mensal do indicador proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.....	58
Figura 13	Gráfico da evolução mensal do indicador proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.....	59
Figura 14	Gráfico da evolução mensal do indicador proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.....	59

Figura 15	Gráfico da evolução mensal do indicador: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento	60
Figura 16	Gráfico da evolução mensal do indicador proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.....	61
Figura 17	Gráfico da evolução mensal do indicador proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.....	62
Figura 18	Gráfico da evolução mensal do indicador proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.....	62
Figura 19	Gráfico da evolução mensal do indicador proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.....	64
Figura 20	Gráfico da evolução mensal do indicador proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.....	64
Figura 21	Gráfico da evolução mensal do indicador proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.....	65
Figura 22	Gráfico da evolução mensal do indicador proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.....	65
Figura 243	Gráfico da evolução mensal do indicador proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.....	66
Figura 24	Gráfico da evolução mensal do indicador proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.....	66
Figura 25	Gráfico da evolução mensal do indicador proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.....	67
Figura 26	Gráfico da evolução mensal do indicador proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.....	67



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

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IMC	Índice de Massa Corporal
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMIA	Objetivos, Metas, Indicadores e Ações
PA	Pressão Arterial
PCCU	Preventivo de Câncer do Colo do Útero
PSF	Programa Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
UBS	Unidade Básica de Saúde

## Sumário

Apresentação .....	10
1 Análise Situacional .....	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	10
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	18
2 Análise Estratégica .....	19
2.1 Justificativa .....	19
2.2 Objetivos e metas .....	20
2.2.1 Objetivo geral .....	20
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	21
2.3 Metodologia .....	23
2.3.1 Detalhamento das ações .....	23
2.3.2 Indicadores .....	34
2.3.3 Logística .....	41
2.3.4 Cronograma.....	44
3 Relatório da Intervenção.....	46
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	46
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	49
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	49
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	49
4 Avaliação da intervenção.....	51
4.1 Resultados.....	51
4.2 Discussão .....	67
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
Apêndices.....	77
Anexos. ....	81

## **Apresentação**

Este projeto trabalho trata-se do resultado de uma intervenção, realizada na unidade básica de saúde Nova Brasília, no município Amapá/AP e buscou melhorar a atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus residentes área de abrangência.

O presente trabalho está dividido em sete capítulos: O primeiro é dedicado a **Análise situacional** que teve como objetivo identificar os aspectos relacionados com a Estratégia Saúde da Família e a Atenção Primária no município, além de determinar as deficiências em cada uma das ações programáticas. O segundo capítulo destina-se à **Análise estratégica** que buscou contemplar a ação programática de atenção a hipertensos e diabéticos para a melhoria do atendimento destes usuários, através da proposição de objetivos, metas e ações. O terceiro capítulo constitui o **Relatório da intervenção** que relata as ações que foram desenvolvidas, os avanços e os tropeços obtidos durante a intervenção. O quarto capítulo é a **Avaliação da intervenção** que discute os resultados, relacionando-os com cada objetivo e meta traçada, mostrando também em gráficos a evolução de cada meta, e a discussão. O quinto e o sexto capítulos correspondem ao **Relatório aos gestores e a comunidade**, respectivamente. O sétimo capítulo apresenta uma **Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem** durante o desenvolvimento do curso. Por fim, apresentam ainda as **Referências**, seguido dos **Apêndices** e dos **Anexos**.

## **1 Análise Situacional**

Ao iniciar o curso de especialização foram identificados os aspectos relacionados com a Atenção Primária à Saúde (APS), a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o desenvolvimento das ações programáticas na Unidade Básica de Saúde (UBS) Nova Brasília no município de Amapá/AP.

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

O município onde estou trabalhando localiza-se no interior do Estado do Amapá, e tem o mesmo nome do Estado, este município fica aproximadamente três horas e meia da capital Amapá e possui uma população de cerca de 8 mil habitantes.

A APS é organizada por três equipes da ESF, destas, uma atende na zona rural e duas atendem na zona urbana. Conta com apoio da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que é integrado por uma psicóloga, uma assistente social e uma fisioterapeuta, além destes, há outros profissionais como nutricionista, laboratorista (só para pesquisa de malária e leishmaniose). A UBS em que atuo é nova, com boa estrutura, possuindo quatro locais para consultas médicas e de enfermagem, uma sala de consulta odontológica, um auditório, uma sala de vacinação, uma sala de curativos, e uma farmácia.

Eu integro uma das equipes da zona urbana, a qual é composta por: oito agentes comunitários de saúde (ACS), uma enfermeira, uma médica, uma técnica de enfermagem, e uma técnica em saúde bucal. A população estimada da área adscrita é de 3.400 habitantes aproximadamente.

Dentre as ações que realizamos encontramos as consultas na UBS, com dias destinados à atenção ao pré-natal, à saúde das crianças, doenças crônicas, além da demanda espontânea, temos visitas domiciliares duas vezes por semana, priorizando

grupos de maior vulnerabilidade. Realizamos palestras educativas a grupos específicos, tanto em consulta, como nas visitas domiciliares e em conjunto com o NASF, realizamos intercâmbios, palestras educativas a grupos de idosos, a pacientes com doenças crônicas (com alta incidência em nosso município), às gestantes, às crianças e idosos. As atividades educativas são realizadas no auditório da UBS, pois possui boas condições para realizar as mesmas.

A equipe tem potencial para trabalhar com qualidade a medicina familiar, e estamos planejando tudo para que assim aconteça, contudo, é um processo que precisa de tempo, de permanência, de estabilidade da equipe de superação constante de todos os integrantes, de comprometimento e entrega, e isso é o que queremos alcançar no dia-a-dia do trabalho e em nossas reuniões em que há trocas, orientações e planejamentos. Estamos planejando ações para alcançar um melhor atendimento, avaliar e levar ações de promoção e prevenção de saúde a maior parte da população e mudar os indicadores negativos de saúde do município.

As duas equipes urbanas atendem na UBS, e a equipe rural atende nas unidades que existem em cada uma das comunidades rurais. É válido destacar que as demais equipes apresentam instabilidade com o profissional médico e não tem a quantidade de ACS que precisam, tudo isso trouxe como consequências fragilidades na atenção a população, e que muitas vezes fica a cargo da minha equipe.

Na UBS contamos com uma farmácia que nem sempre tem os medicamentos que precisamos para os usuários crônicos, carecemos de recursos para procedimentos clínicos simples, e entre outras carências temos também a falta de preparação suficiente dos agentes comunitários de saúde (ACS), que além do mais, não contam com material necessário para a sua atuação e assim poder cumprir com seus reais objetivos, por isso, essa é umas de nossas grandes tarefas; fazer a capacitação dos ACS, ter maior organização e dispor de equipamentos técnicos adequados e já estamos contando com apoio da secretaria de saúde para alcançar estes anseios.

O município conta também com uma unidade mista, com muitas carências de recurso tanto materiais e de profissionais. Todavia, em meio a todas as adversidades, nossa equipe tem a fortaleza de estar completa, de ter integrantes comprometidos e com vontade de fazer mudanças e marcar a diferença no trabalho e esse vai ser nosso empenho.

## 1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Amapá localiza-se no interior do Estado do Amapá, tem uma população de aproximadamente 8.000 habitantes, distribuídos na área rural e urbana, com uma maior concentração nesta última (6.900 habitantes). O sistema de saúde se organiza através de duas UBS (uma rural e uma urbana), seis unidades satélites, situados em áreas rurais muito distantes, onde só permanece a maior parte do tempo atendimento realizado pelos técnicos de enfermagem, possui uma unidade mista que atende urgências, possui sala de parto, mas suas condições são precárias, faltam equipamentos e profissionais, muitas vezes fica sem médicos, os serviços são precários, mas realizam-se exames laboratoriais de rotina, apesar da falta de alguns que são básicos e essenciais para o atendimento das urgências. Não contamos com um Centro de Apoio Psicossocial, nem de Especialidades Odontológicas, motivos pelos quais, os usuários são encaminhados à capital do estado quando necessitam destes tipos de atendimentos especializados. No entanto, existe a equipe do NASF.

O município conta com três equipes da ESF desde o ano de 2008, e com esse número de equipes apresenta uma cobertura que na teoria é mais de 100% da população atendida, mas é sabido que ainda possui uma população que se encontra ainda descoberta. As equipes estão compostas por enfermeiro, médico técnico de enfermagem, odontólogo, técnico de saúde bucal, assim como, os agentes comunitários de saúde, mas que ainda não abrange toda a população do território.

Na UBS onde trabalho, localiza-se na zona urbana e sua estrutura física boa. A unidade contempla um consultório de enfermagem, um consultório médico, um consultório odontológico, uma recepção, sala de vacina e de curativos, sala de nebulização, um auditório e uma farmácia. Não existe sala disponível para os agentes comunitários de saúde. Está sendo ampliada para conseguir a estrutura necessária para a ESF.

A organização das consultas clínicas muitas vezes é compartilhada pelos profissionais médicos e de enfermagem. Há oferta de consulta odontológica. O acesso para pessoas com necessidades especiais é limitado pela presença de corredores com pouca largura e ausência de corrimãos, mas estas situações não oferecem obstáculos para o atendimento destes usuários.

Minha equipe tem todos os seus integrantes, mas, ainda não se tem uma correta integração e planejamento das ações, nem todos os ACS têm domínio de sua população, inclusive a população exposta a maiores riscos não está cadastrada com a qualidade esperada, e isto interfere no planejamento e nas ações de toda a equipe. Atualmente, esta é uma das tarefas de maior prioridade da equipe, por constituir a base das atividades que precisam se desenvolver melhor.

Na UBS existe a oferta de atendimentos aos grupos prioritários, tais como gestantes, crianças e pessoas com doenças crônicas, nos quais existem dias definidos para atendê-los, além da demanda espontânea que também se oferta em todos os turnos de trabalho. Os habitantes da área adstrita estão em torno dos três mil e quatrocentos habitantes, estando dentro do limite preconizado pelo Ministério da Saúde para cada equipe de saúde da família. Contudo, ainda não temos o dado correto. Há o predomínio de pessoas do sexo masculino.

No acolhimento à demanda espontânea participam a recepcionista, o enfermeiro e a técnica de enfermagem, porém, ainda não é feita de forma correta, e nem sempre conta com a participação de todos estes profissionais, ocasionando que muitas vezes a recepcionista fica sozinha, não sendo possível realizar uma adequada conduta, além da existência de certa instabilidade dos membros das equipes, o que acaba colaborando para maiores dificuldades e descontinuidade da atenção prestada. O desafio está em atender todas as demandas sem sobrecarregar os profissionais. A fim de garantir que sejam efetivas as ações de saúde, precisa mudar e organizar-se melhor, de forma diferente, onde seja estabelecida como padrão uma modelagem do acolhimento que abranja todas as equipes e profissionais, com vistas à ampliação da resolutividade e da capacidade de cuidado da equipe.

Em relação à saúde da criança a estimativa desta população em menores de um ano é de 73 crianças, segundo o caderno de ações programáticas (CAP), temos cadastrados 43 (58%) das crianças. A equipe realiza atividades de educação e promoção da saúde para garantir o acompanhamento nas puericulturas, começando pela captação em relação ao recém-nascido nos primeiros sete dias de vida, e o posterior agendamento das demais consultas, seguindo os protocolos de atenção à saúde da criança, mas, a forma de registro ainda é inadequada, assim como a cobertura não é ampliada, influenciando também que a maioria das mães só trazem as crianças quando estão doentes, apesar de terem as informações das consultas planejadas. As consultas realizadas não têm a qualidade e a abordagem integral que

necessitam, e nem todos os profissionais participam da ação do seguimento da criança, existindo também a falta de um programa de monitoramento da puericultura o que contribui para a falta de uma organização certa deste atendimento.

Em relação à atenção ao pré-natal, está sendo realizada e esta ação tem uma cobertura que alcança os 100% (53 gestantes). Existe um registro específico das grávidas que permite manter um acompanhamento e seguimento correto, além de permitir também a identificação das faltosas e expostas aos maiores riscos. As gestantes são atendidas de forma programada, participam, fundamentalmente, os enfermeiros e o médico em seu acompanhamento. Elas são também avaliadas por outros profissionais como a psicóloga e a nutricionista, no entanto, esses atendimentos não ocorrem com a sistematicidade necessária, pelo que constitui uma deficiência de nosso pré-natal. Há oferta de palestras educativas muito bem acolhidas pelas grávidas e suas famílias. Estamos tentando mudar de forma paulatina o acompanhamento feito até o momento, para que seja realmente integral. Além dos dias pré-estabelecidos, as gestantes podem comparecer outros dias também, tendo prioridade em seu atendimento. Em atenção às puérperas temos o registro de 63 acompanhadas nos últimos dez meses, sendo previsto no CAP 73 puérperas.

Os agentes comunitários participam na busca ativa das grávidas na comunidade e nas puérperas, assim como daquelas faltosas, sendo responsabilidade de toda equipe a visita das mesmas. As dificuldades que encontramos atualmente para desenvolver um bom atendimento estão na falta de alguns exames complementares protocolizados no manual. Não contamos com transporte adequado em muitas oportunidades para garantir o traslado da grávida quando é preciso. Os suplementos vitamínicos não estão sempre disponíveis, além de implementos para realizar o exame físico ginecológico, como por exemplo, o espéculo vaginal.

Na atenção à saúde da mulher destacam-se as ações relacionadas ao controle dos cânceres do colo de útero e da mama, considerados os mais comuns entre as mulheres. Na UBS, faltam ainda o planejamento adequado e a organização necessária. Assim como, os recursos para implementar este importante programa de prevenção e diagnóstico precoce do câncer de colo de útero e de mama, neste momento só é possível proporcionar atividades educativas, realização de exame clínico e exame físico pelo profissionais, além de insistimos na necessidade de realização do exame de prevenção de câncer de colo de útero (PCCU) e da mamografia, mas estes, não são exames disponibilizados em nosso município, o



PCCU apenas é realizado na rede privada, com um preço que a maior parte das mulheres não podem pagar .

Para realizar a mamografia é preciso marcar a consulta na capital do estado. Para viajar no dia correspondente às consultas, as mulheres precisam custear o transporte e os demais gastos, e nem sempre todas as mulheres possuem condições financeiras de realizar. As carências econômicas desta população são altas.

Os gestores de saúde do município têm planejado começar a realização do PCCU, mas ainda sem data certa. A nossa equipe está já está trabalhando em ações educativas, registro da população feminina da faixa etária de 25 a 64 anos, sendo a estimativa de 729 mulheres, e muitas destas estamos tentando resgatar com os ACS para planejar ações e dar o devido acompanhamento. Temos a preocupação de avaliar os resultados dos exames e oferecemos as dicas para a prevenção em cada consulta e em momento apropriado. A ausência de registro neste momento não permite avaliar os indicadores deste programa neste município.

Na atenção das doenças crônicas na UBS é realizado o atendimento aos usuários apenas uma vez por semana, mas o registro não é o mais apropriado, pois carece de elementos importantes. Acreditamos que existe um escasso registro das morbidades (HAS E DM), temos o registro de 143 usuários hipertensos e 45 diabéticos apenas, ficando a atual cobertura estimada da atenção aos diabéticos em torno de 36% e dos hipertensos 28%. Segundo a estimativa do CAP na área existem 517 pessoas com hipertensão e 128 pessoas com diabetes. Os indicadores de qualidade estão ainda insuficientes, não existe um protocolo de atendimento estabelecido, o que impossibilita a realização de ações mais estruturadas, sendo evidente que existe uma baixa cobertura. Ter um adequado conhecimento da quantidade de usuários, assim como do controle de suas patologias permitiria planejar ações dirigidas a resolver as dificuldades, e, trabalhar neste sentido é um propósito da equipe.

Estamos tentando mudar e organizar melhor este atendimento, começando pela busca ativa dos usuários afetados, onde os agentes comunitários de saúde estão desenvolvendo um rol de atividades fundamentais. Nas visitas domiciliares a equipe está fazendo pesquisa dos doentes que ainda não comparecem às consultas ou simplesmente não tem diagnóstico. Estamos realizando quinzenalmente palestras educativas na UBS, que tem como objetivo nutrir de conhecimento as pessoas para

que possa contribuir no cuidado de sua saúde de forma responsável, e desse jeito evitar as complicações que são próprias do descontrole destas doenças crônicas.

Em relação ao programa de atenção à saúde do idoso, é ainda uma meta por alcançar, pois o atendimento aos idosos acontece no mesmo dia que é feito a consulta das pessoas com hipertensão e/ou diabetes, o qual limita a cobertura da atenção. A estimativa do CAP é de 170 idosos, temos o registro de 123 (70%). Também, no atendimento feito não existe uma abordagem integral, pois nem todos os profissionais estão envolvidos neste atendimento. Existem os protocolos, mas não são utilizados de forma correta, não existe arquivo específico para os registros do atendimento dos idosos, impedindo desta forma, conhecer a qualidade do atendimento, os riscos de cada um, os faltosos às consultas, entre outras. O que não permite a possibilidade de obter os dados que avaliem a qualidade da atenção.

A pouca informação que existe desta faixa etária é ainda incompleta e insuficiente, o prontuário não tem uma qualidade adequada, não mostram os indicadores de avaliação da pessoa idosa, além disso, existe uma cobertura de atenção que é também insuficiente, porque os idosos atendidos não correspondem com a estimativa oferecida. Por tudo que foi exposto, consideramos que a cobertura e qualidade devem ser aperfeiçoadas, tendo em conta os parâmetros que precisam da atenção, e necessita-se da organização do trabalho de toda a equipe. É necessário resgatar e registrar os idosos de toda a comunidade de cada bairro, tendo aí um papel muito importante o agente comunitário de saúde, levar mais ações educativas aos bairros, fazer mais divulgação das atividades feitas na UBS, melhorar o atendimento realizado e a qualidade do mesmo por cada profissional envolvido e fazer capacitação dos profissionais aproveitando os encontros quinzenais.

Dentre as ações que a nossa equipe já realiza, estão as visitas domiciliares, fundamentalmente, aqueles que demandam um cuidado diferenciado e trabalhamos no registro destes usuários, em conjunto, oferecemos orientações as famílias sobre os cuidados, além de atividades educativas que se dão no âmbito da UBS de forma quinzenal em parceria com o NASF e o dia de atendimento de casos de hipertensos e/ou diabéticos. Tudo isso é só o início do caminho longo que se precisa para lograr um atendimento de qualidade, mas, acreditamos que pode melhorar e ser alcançado com a vontade de todas as equipes e dos gestores da saúde, e logrando a organização da ESF que está se levando a cabo na UBS, atualmente.

A saúde bucal é parte importante do atendimento na AP, igual aos demais atendimentos, precisa de organização, planejamento que abrange a toda a população, tendo em conta a prioridade aos grupos de riscos. Na UBS contamos com serviço odontológico e a equipe tem sua odontóloga e técnica de saúde bucal. Contudo, não mantém a carga horária que relata o manual. A equipe de saúde bucal trabalha com nossa equipe duas semanas no mês, ou seja, a capacidade instalada para prática clínica é insuficiente. Ao ter pouco tempo de atendimento, a demanda fica alta e fica desatendida ou com poucas atividades para as ações coletivas, as quais são muito necessárias para a população.

O registro do atendimento existe, mas deve ser também melhorado, porém, permitiu preencher alguns dados do caderno. A média de procedimentos clínicos por habitante mês está abaixo do mínimo preconizado pelo Ministério da Saúde (MS), mas temos que levar em conta que seus dias úteis são apenas 11 e não 22, e em relação a atenção aos grupos prioritários ainda é insuficiente, mas avaliamos que no último mês predominaram as consultas programadas nestes grupos. Para a melhoria dos parâmetros e indicadores da saúde bucal, precisa-se de maior permanência da equipe de saúde bucal e, desse jeito planejar de forma certa todas as atividades inerentes ao programa da saúde bucal, acrescentando as ações educativas coletivas, e atendimentos programados, que ao final resultem em menos casos de urgências e mais saúde bucal e geral.

Dentre os desafios que existem na UBS estão alcançar uma implantação adequada da ESF, que na atualidade não está sendo executada de forma correta, falta de coordenação, integração dos profissionais e também comprometimento e até mesmo conhecimento da estratégia. Nossas fortalezas estão em contar com uma UBS reformada, com recursos básicos, com uma equipe completa que tem que integrar-se planejar, estudar, coordenar ações para fazer os registros específicos dos doentes crônicos, crianças, idosos, grávidas, tec., que facilitem o conhecimento o acompanhamento destes grupos priorizados, onde fiquem registradas as ações feitas ou realizadas nas consultas em concordância com os protocolos existentes. Neste momento em minha UBS procurar prontuários com essas informações não é possível, pelo que constitui um grande desafio a superar.

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

Fazendo uma comparação com a tarefa da segunda semana é perceptível que tem havido discretos avanços, mas, ainda o caminho é longo para ver a verdadeira atenção à saúde da família, porque as mudanças são ainda insuficientes. Agora pude compreender melhor o funcionamento da UBS, o processo de trabalho da equipe e a relação estabelecida entre equipe e comunidade.

No momento consigo ter uma visão maior de como está organizada a UBS e as dificuldades que se apresentam em cada ação programática, ampliou o meu conhecimento sobre a comunidade e como se organiza a AP no Brasil.

Entre os avanços alcançados entre o texto inicial e esse relatório está o agendamento das consultas não realizadas antes, assim como a melhora do acompanhamento e cadastro das grávidas, puérperas e recém-nascidos. Todas as equipes têm médico, o que melhora a organização do trabalho e a qualidade do atendimento. Além disso, está melhorando a estabilidade dos medicamentos na farmácia, o que resulta em melhor acompanhamento dos usuários. São só pequenos avanços dos grandes desafios que temos pela frente. Uma vez identificados as principais dificuldades nas diversas ações programáticas avaliadas, decidimos como foco da intervenção o programa de atenção aos hipertensos e diabéticos que se mostra em debilidade, justificando na análise estratégica que segue.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (BRASIL, 2013). Além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Por sua vez, o Diabetes Mellitus (DM) lidera como causa de cegueira, doença renal e amputação e expõe a um aumento de mortalidade principalmente por eventos cardiovasculares (BRASIL, 2013).

O DM refere-se a um transtorno metabólico de etiologia heterogênea, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (WHO, 1999). O DM vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência e habitualmente está associado à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial. Trata-se de um problema de saúde pública, e considerada condição sensível à atenção primária.

No Brasil, há dados de que a prevalência de diabetes auto-referida na população acima de 18 anos aumentou de 5,3% para 5,6%, entre 2006 e 2011, sendo que as mulheres apresentam uma maior proporção da doença e as ocorrências são mais comuns em pessoas com baixa escolaridade (BRASIL, 2013). Os fatores de risco relacionados aos hábitos alimentares e estilo de vida da população potencializam para a ocorrência cada vez maior de DM e HAS.

A equipe em que atuo tem todos os integrantes e abrange uma população de aproximadamente 3.400 habitantes. Os usuários com hipertensão e com diabetes do território adscrito, da equipe, segundo as estimativas do CAP, a cobertura para HAS é de 28% 36% para DM. E, a qualidade do atendimento a estas pessoas não está satisfatória. Na avaliação destes durante as consultas, está acrescentando o fator qualidade, tendo em conta a avaliação do risco cardiovascular, solicitação de exames complementares e utilização dos medicamentos da farmácia popular, porém, nem sempre é possível a oferta de medicamentos pela instabilidade de medicamentos na farmácia, o que obriga aos usuários a adquiri-los a partir de recursos próprios. Percebe-se que nem todos possuem as condições econômicas para realizar a compra de todos os medicamentos necessários e muitas vezes, ficam sem o devido tratamento, conseqüentemente, sem compensação das doenças.

Com a realização deste foco de intervenção temos o objetivo de dar uma melhor atenção e acompanhamento aos usuários desta importante ação programática, e desde já, a equipe trabalha no recadastro dos usuários e no agendamento para consultas. Dentre as dificuldades, encontram-se a ausência de alguns medicamentos e não contamos com a disponibilidade para realizar todos os exames complementares. Temos muitas consultas de demanda espontânea de outras áreas que ficam sem médicos, o que faz com que nossa UBS fique quase o tempo todo lotada. Contudo, trabalhamos na educação da população para comparecer às consultas de forma periódica explicando a importância do acompanhamento, e desse jeito garantir adesão ao programa. Já elegemos alguns resultados, o principal deles é alcançar a adesão, educar, fazer promoção da saúde e prevenção de complicações dessas doenças na nossa comunidade. Com esta intervenção pretendemos, precisamente, melhorar o atendimento destes usuários elevando a cobertura, a adesão e a qualidade da atenção prestada.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção aos usuários com HAS e/ou DM na UBS Nova Brasília, Amapá/AP.

## 2.2.2 Objetivos específicos e metas

**Objetivo 1** (cobertura) - Ampliar a cobertura de atendimento aos hipertensos e/ou diabéticos na UBS.

**Meta 1.1** - Cadastrar 70% dos usuários com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Meta 1.2**- Cadastrar 60% dos usuários com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

**Objetivo 3** (adesão)- Melhorar a adesão das pessoas com hipertensão e/ou diabetes ao programa.

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

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

**Objetivo 4** (registro) - Melhorar o registro das informações

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

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

**Objetivo 5** (avaliação de risco) - Mapear das pessoas com hipertensão e/ou diabetes com risco para doença cardiovascular

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

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

**Objetivo 6** (promoção da saúde) Promover a saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

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

**Meta 6.2.** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável 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 setembro de 2014 a janeiro de 2015, será por 16 semanas na UBS Nova Brasília no Município de Amapá/AP. Participarão da intervenção cerca de 517 usuários com hipertensão e 128 usuários com diabetes, que são os dados estimados da área. A atual cobertura da atenção às pessoas com diabetes é de 36% (45) e com hipertensão é de 28% (143).

Utilizaremos como instrumentos a ficha espelho (anexo B) e a planilha de coleta de dados (anexo C) disponibilizados pelo curso. A ficha espelho será utilizada para o controle das ações realizadas individualmente para o controle da DM e HAS, anotando todas as informações necessárias, além de constante monitoramento das informações contidas. A planilha de coleta de dados será utilizada para a coleta sistemática dos dados de todos os usuários participantes e acompanhados no período da intervenção. Ao final de cada semana, se fará a consolidação dos dados de todos os usuários, monitorando cada item do projeto. Para auxílio na obtenção das informações necessárias utilizará o prontuário da família. Além de informações coletadas pelos ACS e por outros profissionais.

### 2.3.1 Detalhamento das ações

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

**Meta 1.1** - Cadastrar 70% dos usuários com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Meta 1.2**- Cadastrar 60% dos usuários com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar o cadastro das pessoas com hipertensão quinzenalmente, nas reuniões da equipe.

Monitorar o cadastro das pessoas com diabetes quinzenalmente, nas reuniões da equipe.

**Detalhamento:** Realizará o monitoramento quinzenal dos usuários cadastrados e pendentes de iniciar acompanhamento, ficando responsabilizada a técnica de enfermagem em parceria com os ACS, definindo-se nas reuniões as estratégias de busca ativa e agendamento das consultas.

### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Fazer busca ativa dos mesmos nas comunidades, nas consultas realizadas, assim como nas visitas domiciliares.

Verificar a pressão arterial a todo paciente maior de 18 anos que comparece a UBS, por qualquer causa.

Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa, responsabilizando para ele um integrante da equipe.

Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa, responsabilizando para ele um integrante da equipe.

Realizar hemoglicoteste na unidade de saúde aos adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

**Detalhamento:** Estabelecerá na sala de triagem, nas visitas domiciliares e nas ações de saúde nas comunidades o rastreamento de hipertensos a todo usuário maior de 18 anos, se há alterações nas cifras de PA será encaminhado a consulta de enfermagem. Realizar-se-á exame de hemoglicoteste a usuários com riscos definidos e se houver alterações será encaminhada a consulta de enfermagem ou médica. A técnica de enfermagem realizará o registro de forma periódica.

Estabelecido o diagnóstico se realizara registro e cadastro pela técnica de enfermagem

### ENGAJAMENTO PÚBLICO

Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, utilizando para isso a rádio local e os carros de sons da comunidade, além de outros espaços públicos.

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

**Detalhamento:** Para estas ações será utilizado para elo a rádio local e os carros de sons da comunidade, além de outros espaços públicos. Realizará reuniões na

comunidade para informar sobre as formas de detecção e prevenção da HAS e DM. Orientar a comunidade através de palestras e informativos sobre a HAS e DM.

### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

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

Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

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

**Detalhamento:** Manter atualizado todos os cadastros de todos os usuários com HAS e /ou DM cadastrados na UBS; os ACS reforçarão o cadastro dos hipertensos e/ou diabéticos nas visitas domiciliares e em todos os usuários que comparecer à UBS será medida a sua PA e para aqueles que se apresentam fatores de riscos medirá a glicemia; todos se empenharão no resgate dos usuários com HAS e/ou DM conhecidos que ficaram afastados dos atendimentos; Será feito o rastreamento das doenças nas ações de saúde realizadas, seja individual, seja coletiva; terá atividades na comunidade e informativos na UBS. Serão revisados os prontuários daqueles já cadastrados.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos.

Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes diabéticos.

Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde.

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

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular.

**Detalhamento:** Para esta ação se realizará revisão dos registros e prontuários de forma quinzenal pelos ACS e técnica de enfermagem ficando sinalizados os usuários com exame clínico e laboratoriais pendentes, para sua solicitude e realização. Assim como será monitorada o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos.

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes diabéticos.

Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde, utilizando as reuniões da equipe.

Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Disponibilizar versão atualizada dos protocolos impressa na unidade de saúde.

Garantir com o gestor municipal as vagas diárias para a realização dos exames complementares no hospital do município tendo em conta os protocolos

Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Manter um registro das necessidades de medicamentos dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Detalhamento:** Para estas ações se definirá a atribuição de cada um dos profissionais, essas definições se darão nos momentos das reuniões da equipe, preferencialmente nas duas primeiras semanas da intervenção. As reuniões de equipe serão semanalmente. Responsáveis serão o médico e enfermeira. Será solicitado ao gestor e ao coordenador da atenção básica a disponibilidade de vagas para realizar os exames complementares na unidade mista. E será mantido o registro das necessidades de medicamentos para os usuários hipertensos e diabéticos cadastrados no programa. A médica e a enfermeira serão as responsáveis diretas para essa organização.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

**Detalhamento:** Organizar encontros na UBS ou em outros locais para informar a comunidade sobre aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e a diabetes, sobre a periodicidade da realização dos exames, sobre o direito do acesso aos medicamentos da farmácia popular e sobre os medicamentos ofertados na farmácia da UBS. A orientação se dará na própria UBS, seja durante o acolhimento, nas consultas, informativos no mural da unidade, bem como atividades que se realizarão na comunidade.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

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

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

**Detalhamento:** Haverá capacitação de toda a equipe e para isso será utilizado o protocolos de atenção à DM e HAS proposto pelo MS, será monitorado todos os

cadastros quinzenalmente. Será solicitado ao gestor a garantia de disponibilização dos instrumentos de medição da PA e da glicose capilar informando ao gestor das necessidades deste; realizar agendamento programado para aqueles que apresentam alto risco; realizar atividades de educação em saúde nos bairros envolvendo a comunidade e nos espaços da UBS, realização de reuniões de planejamento e de educação permanente pela equipe.

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

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

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

### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

**Detalhamento:** Realizará quinzenalmente, o monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas segundo o protocolo, revisando os registros e prontuários sendo responsável desta os ACS e técnica de enfermagem.

### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos nas reuniões da equipe

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

Organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

**Detalhamento:** Os ACS, a médica e a enfermeira farão a identificação dos usuários faltosos, a busca ativa dos faltosos será realizada prioritariamente pelos ACS. Será organizado protocolos de acolhimento, assim como a definição do profissional responsável pelo acolhimento (semanalmente).

### ENGAJAMENTO PÚBLICO

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (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:** Informar os usuários com HAS e/ou DM sobre o período mínimo de realização das consultas na UBS, informar através de palestras, folders e nas consultas sobre a prevenção e o tratamento destas doenças. Informar os usuários sobre a atenção aos hipertensos e/ou diabéticos ofertados na UBS, afixar informativos no mural da UB, serão realizadas ações de informações nas escolas, igrejas e associação de moradores; contatar líderes comunitários para falar sobre a intervenção;

## QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Treinar os ACS para a orientação das pessoas com hipertensão e/ou diabetes quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

**Detalhamento:** Realizará capacitação da equipe, em especial os ACS, realizar atividades de educação em saúde na UBS e fora dela; realizar busca ativa dos faltosos; realizar visitas domiciliares realizar capacitação da equipe, em especial, os ACS.

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

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

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

## MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar a qualidade dos registros das pessoas com hipertensão e/ou diabetes acompanhados na unidade de saúde.

Monitorar a qualidade dos registros das pessoas com hipertensão e/ou diabetes acompanhados na unidade de saúde.

**Detalhamento:** Revisarão todos os prontuários, haverá capacitação da equipe para aprimorar os registros, serão estabelecidos instrumentos de registro e

acompanhamento tais como livro de registro, ficha espelho, planilha de coleta de dados e prontuário. A enfermeira e a médica serão as responsáveis.

### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Manter as informações do SIAB atualizadas

Implantar planilha/registro específico de acompanhamento para duas doenças.

Pactuar com a equipe o registro das informações.

Definir responsável pelo monitoramento 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:** Será estabelecido responsável pelo monitoramento dos registros, este monitoramento será quinzenal. Sendo a médica e a enfermeira que farão o monitoramento final. Utilizará uma planilha para o acompanhamento dos hipertensos e/ou diabéticos. Todas as informações serão registradas.

### ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

**Detalhamento:** Realizarão ações de orientações individual e coletiva, informando os usuários sobre a intervenção e as possibilidades de maior participação destes nas ações da UBS.

### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

**Detalhamento:** Serão realizadas capacitações de toda a equipe para realizar o registro adequado das informações em todas as fichas/planilhas adotadas. A Enfermeira e a médica serão as responsáveis pelas capacitações.



## **Objetivo 5: Mapear hipertensos e/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular**

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

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

### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar o número de usuários hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Monitorar o número de usuários diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

**Detalhamento:** Serão realizados os exames clínicos com a estratificação de risco para doença cardiovascular, realizará a solicitação de exames complementares; serão monitorados os resultados dos exames.

### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco

Organizar a agenda para o atendimento desta demanda

**Detalhamento:** Serão identificados e priorizados os atendimentos aos usuários considerados de alto risco. Para estes colocará uma tarjeta amarela em suas fichas como sinal de alerta.

### ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

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

**Detalhamento:** Informará aos usuários e a comunidade sobre a importância do controle da HAS e DM, essa informação se dará com informativos fixados no mural da unidade e nas atividades que serão realizadas nos diferentes espaços da comunidade. Realizarão atividades educação em saúde, elaborar e distribuir informativos. Os responsáveis serão todos os membros da equipe.

## QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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:** Realizará o acolhimento dos usuários e elegerá semanalmente o profissional responsável pelo acolhimento; mediar a P.A dos usuários nas ações de acolhimento, realizar capacitação da equipe. Responsáveis pelo acolhimento serão rotativos, elegendo um membro da equipe em cada semana. Nas capacitações a medica e a enfermeira serão as responsáveis.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar a realização de consultas periódicas anuais das pessoas com hipertensão e/ou diabetes com o dentista.

Monitorar a realização de orientação nutricional às pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Monitorar a realização de orientação para atividade física regular às pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo às pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

**Detalhamento:** Realizará o monitoramento com periodicidade quinzenal, será estabelecido o profissional responsável. Mas o monitoramento final será de responsabilidade da médica e da enfermeira. Serão ofertadas orientações sobre a importância da atividade física regular, riscos do tabagismo e de uma alimentação inadequada.

### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.

Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

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

**Detalhamento:** Será organizada a agenda do dentista para priorizar os usuários que apresentarem maiores riscos, estabelecerá um dia da semana para atendimento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes. Organizará junto aos gestores ações de combate ao tabagismo. Responsáveis: todos os membros da equipe.

### ENGAJAMENTO PÚBLICO

Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.

Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista

Orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

**Detalhamento:** Dar-se-á orientação as pessoas com hipertensão e/ou diabetes, de forma individual nas consultas clínicas e nas visitas domiciliares, ou de forma coletiva nas atividades de educação em saúde sobre as condutas adequadas para prevenir e conviver com a HAS e DM, distribuirá material informativo e educativo;

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

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

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

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

Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

**Detalhamento:** Utilizaremos os indicadores contidos na planilha OMIA expressados com numerador e denominador correspondentes que permitirá o monitoramento correto de cada meta proposta; realizaremos ações de prevenção e promoção da saúde de forma periódica, realizará capacitação da equipe. O odontólogo, a enfermeira e a médica serão os responsáveis pelas capacitações.

### 2.3.2 Indicadores

**Objetivo 1** (cobertura) - Ampliar a cobertura de atendimento às pessoas com hipertensão e/ou diabetes na UBS.

**Meta 1.1** Cadastrar 70% dos usuários com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e à DM da unidade de saúde.

Indicador 1.1 Cobertura do programa de atenção à pessoa com hipertensão na unidade de saúde.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à HAS e à DM da unidade de saúde.

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

**Meta 1.2** Cadastrar 60% dos usuários com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e à DM da unidade de saúde.

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

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

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

**Objetivo 2** (qualidade) - Melhorar a qualidade da atenção a pessoa com hipertensão e/ou diabetes.

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

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

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

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde

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

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

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

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

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

Indicador 2.5: Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da farmácia popular.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da farmácia popular.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos.

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

Indicador 2.6 Proporção de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da farmácia popular.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da farmácia popular.

Denominador: Número de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos.

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

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

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

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número total de pessoas com diabetes inscritas no programa e pertencentes a área de abrangência da unidade de saúde.

**Objetivo 3** (adesão) - Melhorar a adesão das pessoas com hipertensão e/ou diabetes ao programa.

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

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

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

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

Indicador 3.2 Proporção de diabéticos faltosos 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 na unidade de saúde faltosas às consultas.

**Objetivo 4** (registro) - Melhorar o registro das informações

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

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

Numerador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

**Objetivo 5** (avaliação de risco) - Mapear as pessoas com hipertensão e/ou diabetes de risco para doença cardiovascular

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

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

Numerador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.



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

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

Numerador: Número de pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

**Objetivo 6** (promoção da saúde) - Promover a saúde das pessoas com hipertensão e/u diabetes.

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

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

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

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

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

**Meta 6.4** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% de 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 de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.5** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% de 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 de pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

**Meta 6.6** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% de 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.

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

**Meta 6.7** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% de 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 de pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

**Meta 6.8** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% de 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 de pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

### 2.3.3 Logística

Para a realização da intervenção na atenção aos portadores de diabetes e/ou hipertensão arterial, adotaremos os manuais técnicas estratégicas para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. MS, 2013. Para viabilizar todas as ações, adotaremos a ficha espelho e a planilha de coleta de dados. Como auxiliar, utilizaremos também uma ficha para coletas de dados não previsto na ficha espelho, sendo a ficha espelho complementar (apêndice A), que inclui data da última consulta e que incorporaremos a avaliação odontológica e nutricional. Utilizaremos ainda, as fichas de cadastro do hipertenso e/ou diabético (anexo D) e a ficha de acompanhamento ofertada pelo MS para acompanhamento destas doenças (anexo E). Solicitaremos ao gestor municipal a impressão de todos os instrumentos que serão utilizados e em quantidades suficientes para a intervenção que será por um período de quatro meses.

Para organizar o registro específico, a técnica de enfermagem e a enfermeira localizarão os prontuários dos usuários atendidos, iniciará o registro dos mesmos e preencherá as fichas de acompanhamento e de cadastro, e ao mesmo tempo, efetuarão o primeiro monitoramento, anexando-se consultas atrasadas, falta de

exames clínicos e complementares, avaliação de risco, entre outras. Para melhorar o acolhimento e o diagnóstico precoce dos usuários, pretendemos desenvolver algumas estratégias: Todo usuário maior de 18 anos que compareça à UBS, independente do motivo, mediremos a sua pressão arterial na sala de triagem. Esta atividade será realizada pela técnica de enfermagem, que notificará a enfermeira se existir alguma alteração ou sinais de alerta.

A enfermeira realizará as indicações pertinentes, avaliará o risco cardiovascular, solicitará exames e agendará a consulta para o médico, ficará reservada na agenda vagas disponíveis para estes usuários, se forem avaliados como risco cardiovascular alto será agendado para uma data inferior a 72 horas. No caso de usuários com risco definido para diabetes, será realizado hemoglicoteste, se estiver acima de 220mg será avaliado no mesmo momento. O atendimento poderá ser feito qualquer dia da semana, mas ficará estabelecido um dia específico de semana para acompanhamento de hipertensos e diabéticos. Neste dia avaliará o IMC, medirá a circunferência abdominal e a glicemia capilar (tudo isso será realizado pela técnica de enfermagem na sala de triagem). Por fim, receberá atendimento pela enfermeira ou médico, cumprindo os protocolos do atendimento.

Para garantir adesão dos usuários ao programa semanalmente se atualizará o registro do acompanhamento que foi realizado pela técnica de enfermagem e quinzenalmente serão monitorados no registro os faltosos, assim como viabilizar situações de alerta, o qual será realizado em conjunto pelos ACS e pela técnica de enfermagem. Na reunião da equipe serão organizadas as visitas domiciliares a estes usuários, os que tiveram ausências repetitivas, e com risco cardiovascular elevado serão a prioridade para o médico e enfermagem. Serão agendadas as consultas para estes de forma organizada nos dias de atendimento e de forma prioritária para aqueles com alto risco cardiovascular e/ou descompensados.

Para promover a saúde de hipertensos e diabéticos realizar-se-á avaliação odontológica, ao menos uma vez ao ano, e o dentista definirá o acompanhamento, tendo em conta as peculiaridades individuais de cada usuário. Estará disponibilizada a consulta duas vezes no mês em duas sessões de trabalho da odontologia, poderá ser agendada a consulta por ACS ou outros membros da equipe, além de que, o próprio usuário pode agendar sua consulta direito com a equipe de saúde bucal. O atendimento ficará registrado no prontuário e serão monitorados junto aos demais indicadores de forma quinzenal.

Realizar-se-á palestras educativas de forma quinzenal com apoio do NASF, e da nutricionista antes do começo da consulta, incluirá os temas relacionados com a alimentação saudável, importância da atividade física, e sobre os danos causados pelo hábito de fumar e beber excessivamente. Nas consultas médicas e de enfermagem e nas visitas domiciliares feitas pelos integrantes da equipe promoverá estas orientações, também ficando registrada nos prontuários de cada usuário.

Para garantir o engajamento público nestas ações será realizada a divulgação das ações dará a conhecer o atendimento realizado na UBS para estes usuários, fatores de risco da doença, forma de acompanhamento destes, detecção precoce, importância das consultas, sua periodicidade, etc. Para desenvolver estas ações, nos apoiaremos na rádio local do município, além dos carros de som, o que será coordenado pelo gestor de saúde do município e coordenador da atenção básica.

Realizaremos murais com a divulgação de dicas de prevenção destas doenças, materiais informativos, além de outras informações relacionadas com o tema. Os materiais serão fornecidos pela secretaria de saúde. Para viabilizar a ação de capacitação da equipe começaremos a intervenção com a capacitação sobre o manual, o protocolo de atendimento do diabético e hipertenso, a mesma ocorrerá na própria UBS, utilizando uma hora da reunião da equipe. Semanalmente um membro da equipe estudará um eixo dos compreendidos no protocolo e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe, e facilitará também o intercambio e trocas de experiências, se precisarem do auditório e computador serão disponibilizados em nossa UBS. O caderno de estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, neste momento está disponível só em versão digital.





### **3 Relatório da Intervenção**

A intervenção aconteceu entre os meses de setembro de 2014 a janeiro de 2015. No final da intervenção, após a décima sexta semana, fizemos um resumo das ações desenvolvidas, tendo em conta o cronograma de atividades que foi estabelecido. Concluímos que aconteceram tropeços, houve muitos êxitos e avanços, e a maior parte das ações foi cumprida, apesar de muitas delas de não terem ocorrido na data programada, devido aos imprevistos e dificuldades de organização e planejamento no início da intervenção, mas depois conseguimos resolver com maturação os impedimentos existentes.

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

O início da intervenção foi bom, pois começou segundo o planejado - com a capacitação dos agentes comunitários de saúde e da equipe em geral, além da organização do projeto e da definição das tarefas e das atividades fundamentais que caberiam a cada membro da equipe. Tudo isso aconteceu segundo o planejado. A realização das ações nas comunidades, a recuperação de faltosos (busca ativa) e as visitas domiciliares constituíram um pilar fundamental de aproximação dos usuários com a equipe.

As atividades comunitárias planejadas foram cumpridas em sua totalidade, iniciamos com dificuldades na organização e planejamento das ações, o que ocasionou falta de participação dos usuários, mas logo tendo a experiência, as ações foram recuperadas no segundo período, sendo as mesmas um grande sucesso e resultados adequados e positivos para o desenvolvimento da intervenção. O atendimento dos usuários que é o mais importante teve a qualidade e supriu as expectativas.

Os atendimentos em consultas clínicas e em visitas aos faltosos foram cumpridas em todas as semanas, e foi melhorando-se a forma de avaliar os faltosos e



definir a prioridade de visitas dos mesmos. Nas atividades semanais dos ACS, de forma devagar, se conseguiu diminuir o número de faltosos, contribuindo também para o agendamento correto das consultas, e, isto ficou de forma rotineira em nossa UBS. Atualmente, se realiza a triagem adequada com todas as mensurações que estão no protocolo. A realização de hemoglicoteste aos diabéticos para seu controle e aqueles com fatores de risco, determinação do risco cardiovascular, e de oferecer prioridade do atendimento aqueles com risco cardiovascular alto também foram realizadas de modo satisfatório, mas o alcance foi parcial.

Os gestores contribuíram para o desenvolvimento das ações, não do jeito que precisamos, mas, conseguiram-se algumas mudanças com relação ao abastecimento de medicamentos destas doenças crônicas, além de facilitar e prover as condições para realizar as ações nas comunidades e de facilitar a impressão de documentos, como por exemplo, as fichas espelho e os cartazes.

As atividades educativas foram realizadas de semana em semana em todos os cenários e por todos os profissionais. Isso garantiu que as atividades de prevenção de saúde tivessem 100% de alcance. Houve participação ativa da comunidade e esta se mostrou uma parceira da equipe para a realização das atividades. As atividades de capacitação dos profissionais que aconteceram nas primeiras semanas, além das realizada nas reuniões da equipe, aconteceram também nas visitas e em demais espaços e permitiram alcançar bons resultados finais.

As visitas domiciliares tiveram muito sucesso, pois além de avaliar os usuários e oferecer atividades de educação e promoção de saúde, os usuários ficaram contentes e motivados pelos seus cuidados, além de agradecer a presença das equipes nas suas casas. Em muitas ocasiões foram a primeira vez que receberam um médico em suas casas, além disso, preocupados pela sua saúde, pelo que agradeceram muito mais, e contribuíram inclusive com a equipe na busca de vizinhos que sofrem destas doenças. Utilizamos cartazes, realizamos palestras, incluindo aquelas propiciadas em cada visita domiciliar e cada consulta realizada se fazia todas as orientações e esclarecia dúvidas. Os próprios usuários ajudaram no processo de divulgação da intervenção.

No que se refere ao planejamento da atenção da saúde bucal, também foi insuficiente em nosso projeto pela falta de dentistas no primeiro mês, e apesar de sua incorporação depois e de introduzir algumas atividades, permitiram avançar na avaliação dos pacientes em relação à sua saúde bucal. O atraso em contratar o odontólogo era considerável, e a instabilidade deste profissional ficou de alguma

maneira comprometida na intervenção. Iniciou-se a avaliação oferecendo prioridades aos mais necessitados, alcançando melhoras deste indicador, mas, não foi possível um resultado mais favorável, neste momento, mas manteremos o atendimento e provocaremos a melhora da saúde bucal dos usuários.

Em relação ao monitoramento dos registros, os mesmos se realizaram segundo o estabelecido, mas, ao final da intervenção, não foi possível alcançar os 100% dos registros adequados de acompanhamento dos usuários, devido as irregularidades nas ultimas semana com a coleta das informações, gerado também pelo maior fluxo de usuários atendidos nesta última etapa, e ocasionou que alguns dos dados ficaram pendentes, e estes interferiram nos resultados obtidos em indicadores como avaliação odontológica e a realização do exames. As cifras não foram significativas, mas modificou os indicadores de qualidade em certa medida.

Com relação aos exames complementares, existem dificuldades com alguns que são estabelecidos no protocolo, além de dificuldades para conseguir agendar vaga para a realização dos mesmos, ficando retardado avaliá-los na data programada da consulta. Esta deficiência se manteve durante toda a intervenção, fator este, que levou o indicador não ser cumprido como se esperava.

Ao mesmo tempo, se manteve o déficit de papel calibrado para o exame de EKG, e outros exames que nos oferecem o diagnóstico de lesão de órgãos alvos para estas doenças, e só um pequeno percentual de usuários conseguiu realizar consultas fora do município, o que trouxe como resultados dificuldades na avaliação integral destes doentes. Os resultados menos favoráveis ficaram naqueles indicadores que diante a intervenção mantiveram problemas: atendimento odontológico, realização dos exames complementares.



Figura 1. Equipe em visita domiciliar



Figura 2. Consulta durante visita domiciliar

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

Todas as ações previstas foram realizadas. As dificuldades iniciais foram a pouca atenção dos gestores ao projeto, o que também levou a não contar com a plena divulgação que queríamos da intervenção através da rádio e dos carros de som, este último, não foi possível no processo da intervenção pelo custo que teria, no entanto, buscamos alternativas que permitiram a divulgação.

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

A coleta de dados no início foi um pouco difícil e a estratégia para preenchê-la não foi inicialmente certa e deu mais trabalho, pois só envolvia poucos membros da equipe na coleta dos dados, o que derivou atraso no preenchimento, ficando sobrecarregada a técnica de enfermagem, mas se conseguiu que toda equipe participasse na coleta de dados e vários participaram no preenchimento dos registros e monitoramento dos mesmos. Não houve outras dificuldades para finalizar a planilha, nem no cálculo dos indicadores.

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

Os resultados finais dos indicadores avaliados neste projeto nos dão a medida de quais aspectos teremos que aperfeiçoar, e procurar resolver para garantir que esta ação programática cumpra direto com o seu propósito que é um correto acompanhamento e atenção de qualidade a esta população alvo, além de fazer educação e promoção de saúde para evitar a doença, realizar diagnóstico precoce e evitar complicações da mesma.

As atividades desenvolvidas nas comunidades já estão incorporadas na rotina da UBS, conjuntamente com as visitas domiciliares que foram muito bem aceitas pela população, o que permitiu uma maior aproximação entre equipe e comunidade. Alcançou um melhor vínculo da equipe com sua população de abrangência, melhor conhecimento desta, de seus costumes, jeito de vida, entre outras, o que favorece a tomada de decisão e elaboração de estratégias para desenvolver o desempenho da equipe com mais eficiência.

A qualidade das consultas feitas pela enfermagem e pelo médico tem um padrão que permite avaliar de forma integral o usuário e definir seus riscos. A sistematicidade da consulta já está incorporada na rotina da UBS, além de continuar com a capacitação de forma periódica a toda a equipe, sendo um jeito, também, de manter a qualidade do atendimento. No entanto, ainda falta muito que fazer em matéria de educação em saúde e em promoção de saúde nas comunidades. Já se iniciou, e, de forma devagar alcançaremos resultados, precisamos manter a sistematicidade destas ações. A comunidade agradece e também fica mais perto da equipe, pois já expressa suas inquietudes, sugere, solicita atendimento quando precisa, e tudo isso, são ganhos desta intervenção e devemos mantê-los.

A pesquisa de hipertensão arterial, a conduta a definir no caso de está elevada, assim como aqueles diabéticos descompensados, dar prioridade de atendimento médico, foram outras das rotinas incorporadas com a intervenção, o que já facilita muito e melhora o trabalho da equipe. Fica pendente providenciar as possibilidades de realização de exames complementares vitais para os acompanhamentos dos usuários, manterem estabilidades do abastecimento de remédios, assim como garantir a cobertura correta e efetiva da avaliação com especialistas como cardiologista, endocrinologistas e isto ainda não é ainda possível. A continuidade da utilização da ficha espelho e seu arquivamento e preenchimento correto também é umas das rotinas do serviço neste momento, que ainda precisa-se aperfeiçoar, mas já é parte do trabalho diário, o que facilita a busca ativa dos faltosos pela equipe e agiliza o desempenho dos ACS.

Após finalizar a intervenção, realizou um resumo dos resultados obtidos, tendo em consideração os objetivos e metas inicialmente propostos, além de avaliar e definir os aspectos que devem melhorar ou incorporar-se para alcançar a cobertura certa e a qualidade do atendimento do programa. Demonstrou que terá continuação.

## **4 Avaliação da intervenção**

A intervenção iniciou no mês setembro de 2014 finalizou no mês de janeiro de 2015, e ocorreu em 16 semanas. A intervenção teve entre seus objetivos melhorar e ampliar o atendimento aos usuários hipertensos e/ou diabéticos da população da área adstrita. A população da área da UBS que a equipe é responsável é composta por um total de 3.400 pessoas e a estimativa de usuários na faixa etária acima dos 20 anos compreende um total de 2.278 pessoas, para um valor estimado de 517 (22,7%) hipertensos e 128 (5,6%) diabéticos. A porcentagem de atendimentos destes antes da intervenção usuários ficava apenas em 28% (143) para hipertensos e de 36% (45) para diabéticos, segundo os dados estimados pelo CAP. Participaram da intervenção 363 pessoas com hipertensão e 105 pessoas com diabetes.

A seguir serão descritos os resultados alcançados com a intervenção.

### **4.1 Resultados**

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

**Meta 1.1:** Cadastrar 70% das pessoas com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

**Meta 1.2:** Cadastrar 60% das pessoas com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Realizamos o cadastro e recadastro dos usuários e de forma gradual, a cada mês de intervenção a cobertura foi crescente. No mês 1 só atingiu um percentual de 11,6% (60) de usuários hipertensos e 19,5% (25) de usuários com diabetes. De forma paulatina em cada um dos meses seguintes houve aumento da cobertura, sendo a mais significativa no mês 4 para os hipertensos, em que alcançou a meta estabelecida

que era de 70% chegando a um percentual de 70,2% (363) atendidos e acompanhados. Em relação aos diabéticos, manteve um incremento importante, e no mês 3 já alcançara a meta pactuada, e, no mês 4 ultrapassou a meta chegando a 82% (105) (Figuras 1 e 2).

As ações que mais contribuíram para o alcance destas metas foram as visitas domiciliares, as buscas ativa dos usuários cadastrados, a pesquisa ou rastreamento realizados na população com riscos durante as consultas realizadas na UBS, assim como as atividades na comunidade e por fim, a participação ativa de toda a equipe.

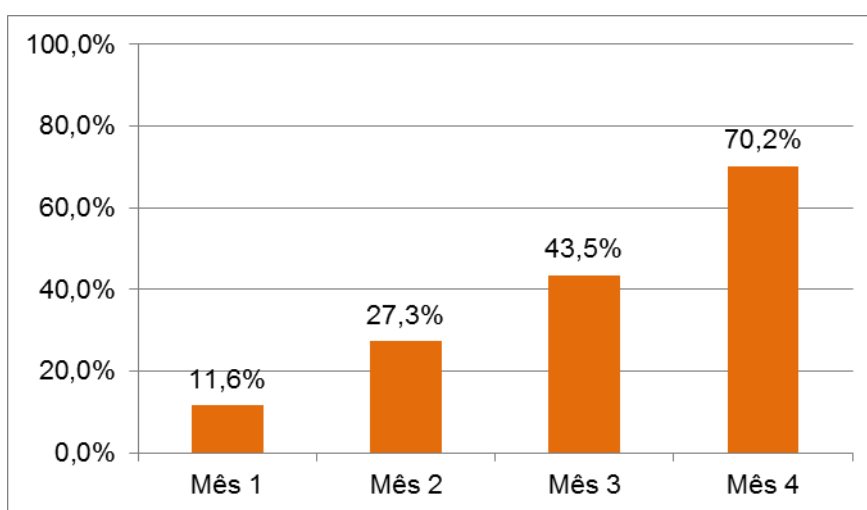


Figura 3. Gráfico da evolução mensal do indicador cobertura do programa de atenção às pessoas com hipertensão na unidade de saúde Nova Brasília, Amapá/AP, 2014.

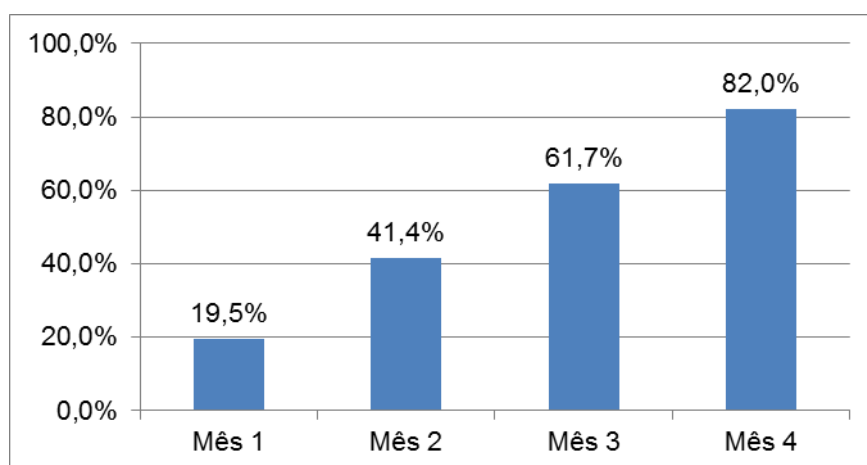


Figura 4 Gráfico da evolução mensal do indicador cobertura do programa de atenção às pessoas com diabetes na unidade de saúde Nova Brasília, Amapá/AP, 2014.

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

**Metas 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.

Ao iniciar a intervenção, sabíamos que o exame clínico que era realizado não tinha um padrão que permitia identificar e avaliar de forma integral os usuários, assim como definir os riscos destes. De forma gradual, se incrementou o número de usuários com o exame clínico adequado, no primeiro mês com 66,7% (40) hipertensos, e 72% (18) diabéticos, aumentando-se progressivamente a cada mês, e no mês quatro atinge os 100% (363 HSA) e (105 DM). A definição das atribuições de cada membro da equipe no exame clínico, além da capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde, utilizando as reuniões da equipe para as capacitações foram às ações que permitiram alcançar estes resultados. Finalizando a intervenção com a totalidade dos usuários com exame clínico adequado segundo protocolo. A meta atingiu o 100%, tanto para hipertensos como para diabéticos (figuras 5 e 6).

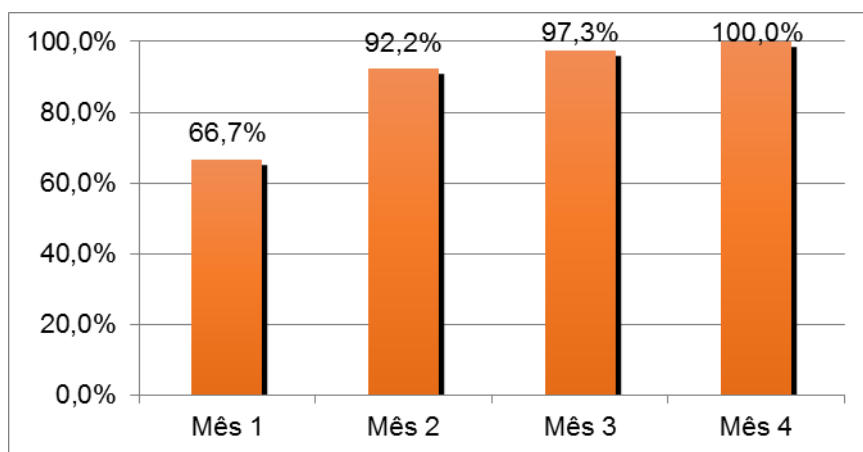


Figura 5. Gráfico da evolução mensal do indicador proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Nova Brasília, Amapá/AP, 2014.

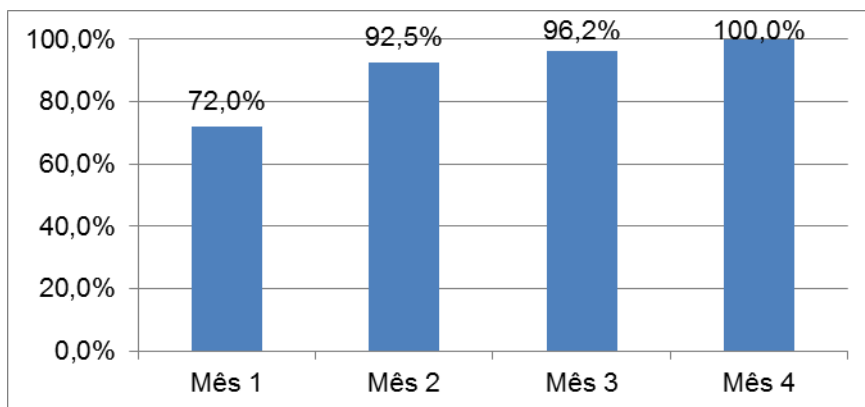


Figura 6. Gráfico da evolução mensal do indicador proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Nova Brasília, Amapá/AP, 2014.

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

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

Em relação ao comportamento destas metas, diante da intervenção, mantivemos dificuldades com a disponibilidade de exames complementares, segundo o protocolo. No município só contamos com a oferta de alguns deles e outros que se realizam de forma particular, o que não permitiu que todos os usuários tivessem as possibilidades de sua realização. Tivemos dificuldades para conseguir agendar vaga para a realização dos exames disponibilizados no município pelo SUS, ficando retardado avaliar estes na data programada de consulta.

Diante das deficiências, alcançou-se o percentual de 70,5% (256) de hipertensos e um percentual de 75,2% (79) de diabéticos com exames complementares em dia (Figuras 7 e 8), no entanto, durante os quatro meses, este indicador evoluiu de forma ascendente. Não foi possível conseguir dar prioridade de vagas a estes usuários pela falta de infraestrutura e recursos no município, mas a persistência, labor educativa da equipe, divulgando a necessidade da realização dos exames nas atividades junto à comunidade e em consultas, e palestras, houve sensibilização da população sobre a importância de fazer os exames e isto contribuiu para o alcance destes resultados.

Contudo, ficou um total de 107 hipertensos e 26 diabéticos pendentes, mas estes se mantêm em acompanhamento e insistiremos na realização destes exames pelo significado deles no correto seguimento.



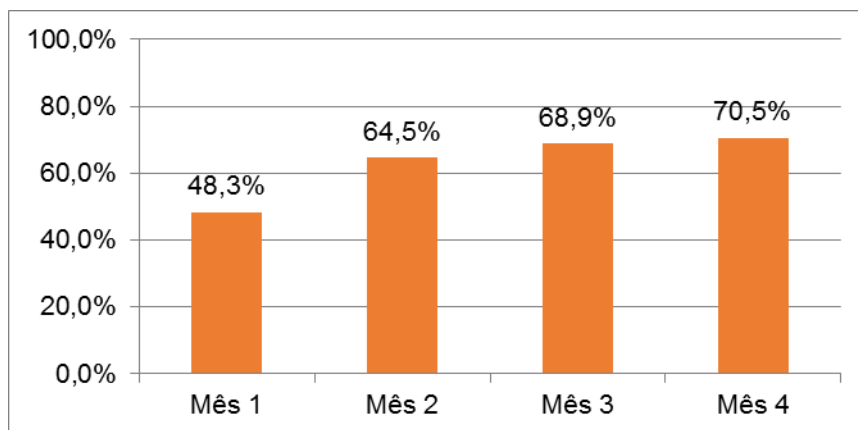


Figura 7. Gráfico - Evolução mensal do indicador proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Nova Brasília, Amapá/AP, 2014.

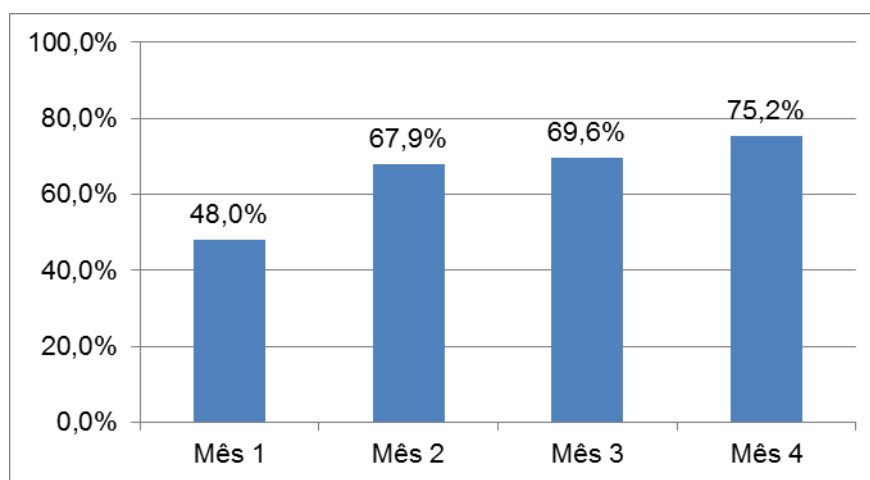


Figura 8. Gráfico - Evolução mensal do indicador proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Nova Brasília, Amapá/AP, 2014.

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

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

Com relação às metas acima, se alcançou os 100% nos usuários diabéticos ao finalizar o quarto mês da intervenção, não sendo assim nos usuários hipertensos, estes ficaram em 98,1% (356). O não alcance de 100% foi representado por sete usuários que utilizam remédios manipulados e mantém seu controle deste jeito, e, se respeitou

essa indicação que mantém a muito tempo, de modo igual, ficaram orientados e aconselhados em consultas sobre a disponibilidade de medicamentos.

Na avaliação sistemática dos usuários, foi incorporando ou indicando os medicamentos disponibilizados na farmácia popular, não foi difícil conseguir a meta, pois a maioria dos usuários desde o início tinha estes medicamentos indicados, como se demonstram nas Figuras 09 e 10. Desde o primeiro mês, dos usuários avaliados, mais de 95% em ambas as doenças tinham indicação dos remédios da farmácia popular, no entanto, também tivemos baixa disponibilidade de alguns medicamentos durante o transcurso da intervenção, fundamentalmente, hipoglicemiante, que com o monitoramento houve melhoria do estoque e mantida o registro das necessidades de medicamentos como um todo. Contamos com a colaboração dos gestores, para lograr sua estabilidade, se conseguiu disponibilizar e indicar a todos os usuários necessitados, alcançando 100% ao finalizar a intervenção.

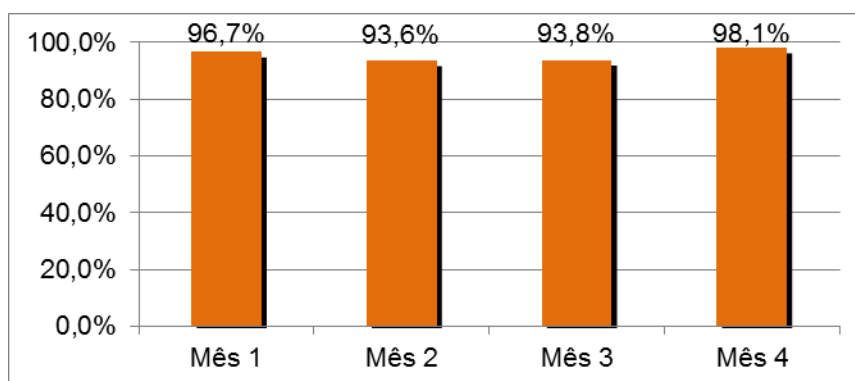


Figura 9. Gráfico – Evolução mensal do indicador proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na unidade de saúde Nova Brasília, Amapá/AP, 2014.

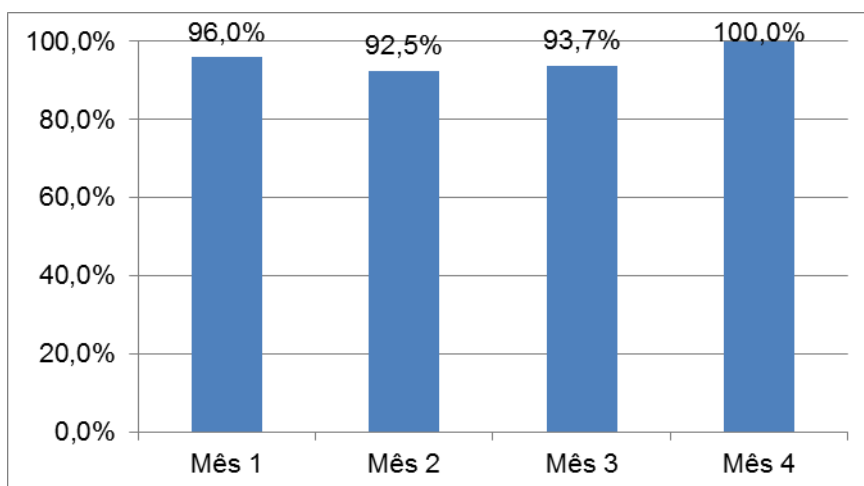


Figura 10. Gráfico da evolução mensal do indicador proporção de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na unidade de saúde Nova Brasília, Amapá/ Ap, 2014.

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

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

Em relação a estas metas na intervenção, tiveram um pior comportamento, ou seja, que alcançou as porcentagens mais baixas, tanto nos usuários diabéticos como nos hipertensos, gerados pela falta de odontólogo em nossa equipe, e a carência de estratégias eficazes fizeram com que no início fossem avaliados poucos usuários, com porcentagem que só alcançaram no primeiro mês 13,3% (8) nos hipertensos e 8% (2) nos diabéticos. No final de segundo mês, foi que se definiram as estratégias para o atendimento, oferecendo-se prioridades aqueles mais necessitados, e se chegou a obter melhores resultados, no mês três com porcentagem de 37,3% (84) e 32,9% (26) em pacientes hipertensos e diabéticos. O indicador evoluiu mais favoravelmente no último mês, pois as estratégias já se tornaram mais certas, além do apoio do odontólogo de outra equipe que também ficava mais estável, conseguindo-se avaliar mais usuários, chegando aos 59,2% (215) das pessoas com hipertensão e 57,1% (60) em pessoas com diabetes ao terminar o quarto mês (Figuras 11 e 12).

Já indicamos na análise situacional o problema com a atenção a saúde bucal na UBS, a equipe de saúde bucal tem grande demanda por consultas e tratamentos, mas só atende na equipe quinzenalmente. As atividades de promoção de saúde bucal e à organização da agenda da atenção à saúde bucal de forma eficaz possibilitaram acrescentar o atendimento a esta população, alvo de nossa intervenção.

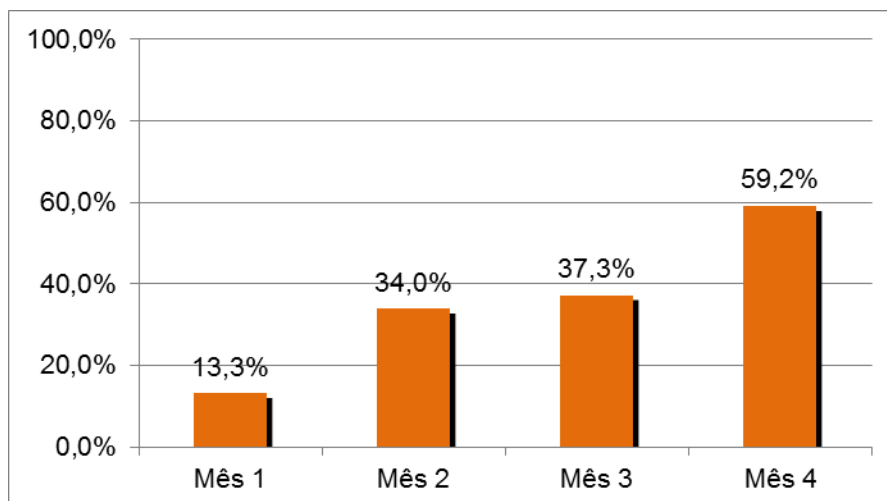


Figura 11. Gráfico da evolução mensal do indicador proporção de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde Nova Brasília, Amapá/AP, 2014.

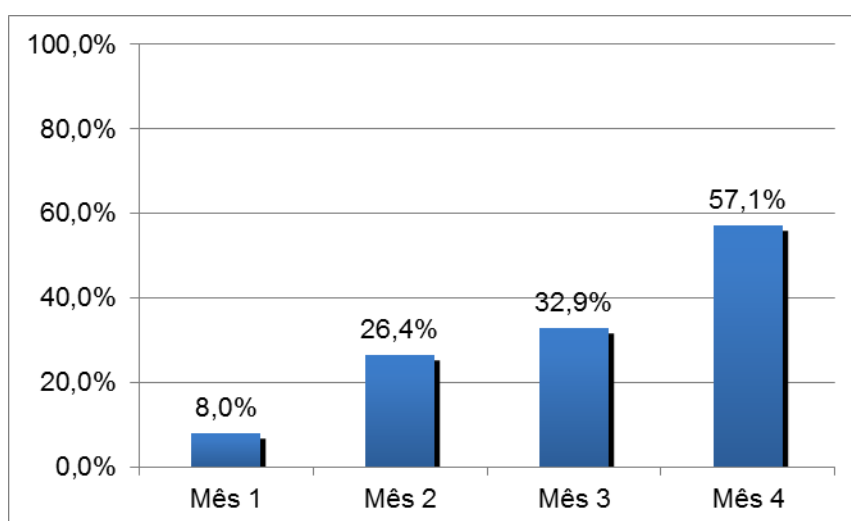


Figura 12. Gráfico da evolução mensal do indicador proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde Nova Brasília, Amapá/AP, 2014.

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

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

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

Em nossa intervenção, em relação às buscas ativas, apresentou um comportamento e evolução muito favorável, desde o primeiro mês terminou com

porcentagem de 90,5% (19) para das pessoas com hipertensão e 87,5% (7) para os das pessoas com dabetes, se levarmos em conta as quantidades de usuários, acreditamos que o percentual de faltosos foi baixo, pelos hipertensos dois usuários ficaram pendentes de busca ativa no primeiro mês e pelos diabéticos apenas um.

No primeiro mês, além de acontecer alguns contratemplos como a falta de tempo da equipe, devido realizar outras ações sociais, também foi influenciado pela falta de maturação da nossa intervenção. Logo após um correto planejamento de cada uma das ações e atividades, foram-se executando cada uma das buscas ativas eficazmente, alcançando a totalidade, ou seja, os 100% ao final de cada um dos meses seguintes, os resultados estão apresentados nas figuras 13 e 14.

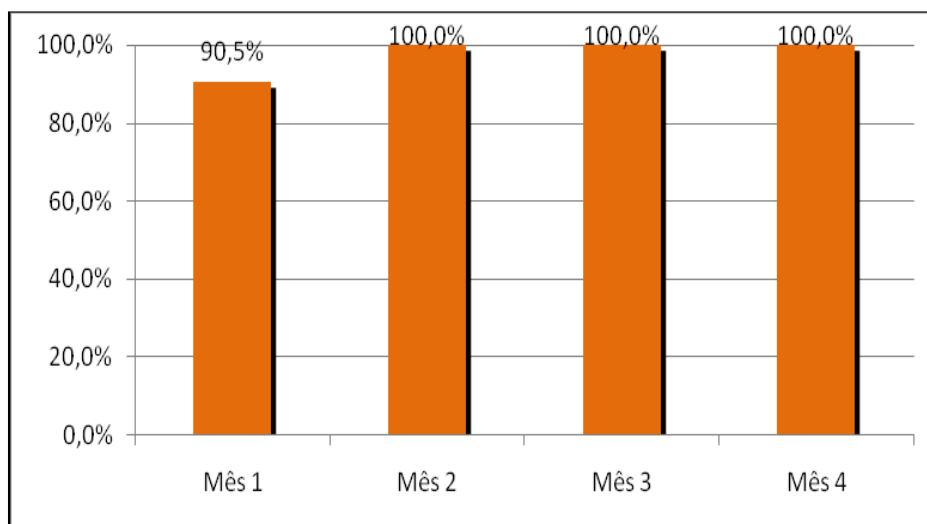


Figura 13. Gráfico da evolução mensal do indicador proporção de pessoas com hipertensão faltosas às consultas médicas com busca ativa na unidade de saúde Nova Brasília, Amapá/AP, 2014.

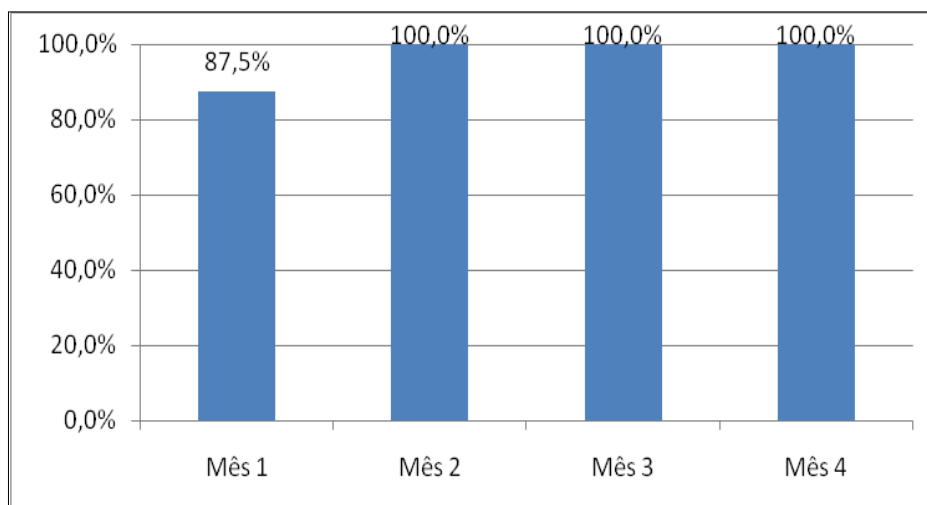


Figura 14. Gráfico da evolução mensal do indicador proporção de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa na unidade de saúde Nova Brasília, Amapá/AP, 2014.

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

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

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

O registro das fichas de acompanhamento fechou no primeiro mês com uma porcentagem de 65% (39) das pessoas com hipertensão e 76% (19) em pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento, como demonstrados nas figuras 13 e 14. A coleta de dados no início foi um pouco difícil, pois a estratégia marcada inicialmente não foi acertada, só envolvia poucos membros da equipe, o que derivou atraso nos preenchimentos, ficando sobrecarregada a técnica de enfermagem. Logo com os avanços da intervenção, com a capacitação sistemática da equipe nas reuniões foi se aperfeiçoando, e se incrementando o registro adequado, no entanto, ao final não se atingiu a meta, ficando 10 usuários hipertensos e 4 diabéticos sem o registro adequado, o que afetou o resultado final do indicador, finalizando com 97,2% (353) e 96,2% (101), respectivamente, em cada doença.

As últimas semanas da intervenção foram de trabalho intenso nas duas sessões para avaliar os usuários recuperados nas visitas e alcançar uma maior cobertura, o qual motivo estabilidade e controle correto dos registros, mas são situações avaliadas e aperfeiçoadas para sua incorporação certa na rotina dos atendimentos.

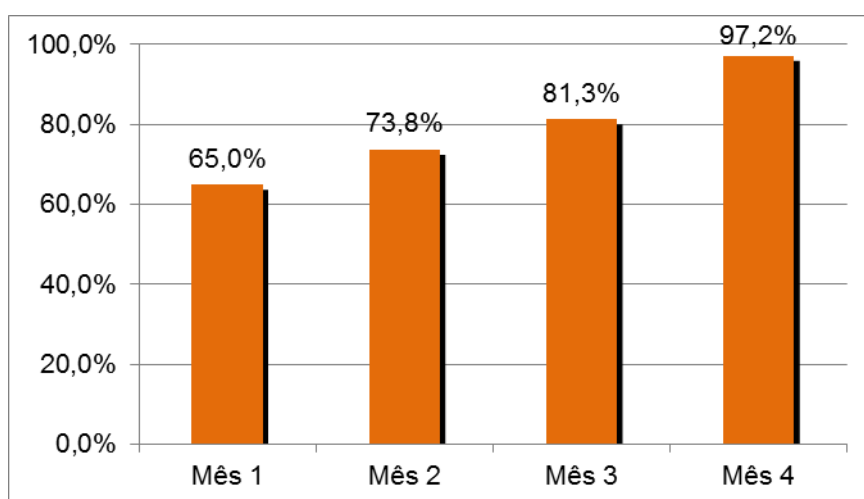


Figura 15. Gráfico da evolução mensal do indicador proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento na unidade de saúde Nova Brasília, Amapá/AP, 2014.

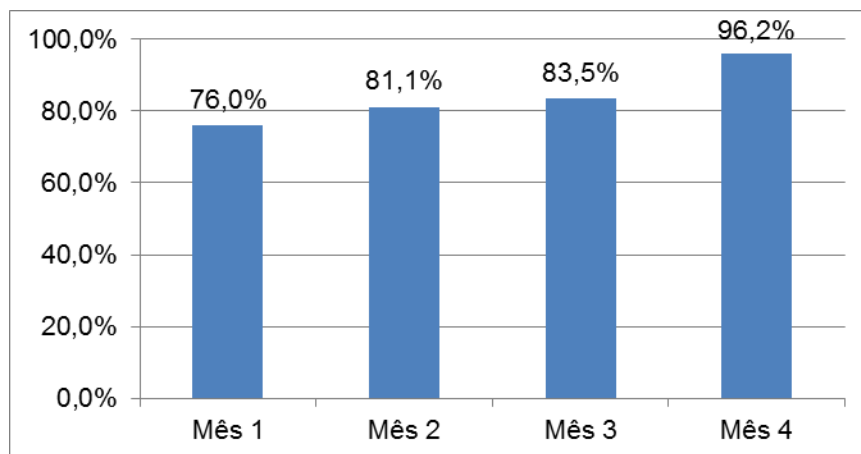


Figura 16. Gráfico – Evolução mensal do indicador proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento na unidade de saúde Nova Brasília, Amapá/AP, 2014.

**Objetivo 5:** Mapear as pessoas com hipertensão e/ou diabetes com risco para doença cardiovascular

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

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

Buscamos avaliar a proporção de usuários com a estratificação do risco cardiovascular em todos os usuários. Na definição ou estratificação do risco é preciso um interrogatório e o exame físico correto, que lhe foi realizado a todos os usuários avaliados na consulta e atingiu esta meta no final do quarto mês. Teve um incremento favorável ao longo da intervenção. Iniciou-se com 65% (39) nas pessoas com hipertensão e evoluiu progressivamente até o quarto mês ao registrar o valor de 100% (363) (figura 17).

Nos usuários com diabetes atingiu os 100% (105) (figura 18), esses usuários também foram corretamente interrogados, examinados e permitiu-se a avaliação do risco cardiovascular em todos eles nas consultas que foram realizadas, destacando-se que eles já se projetam como de alto risco de doença coronária no período de 10 anos posteriores. Lograr esses resultados foi influenciado pelas capacitações sistemáticas da equipe, o que garantiu a prioridade de atendimento aos de maiores riscos.

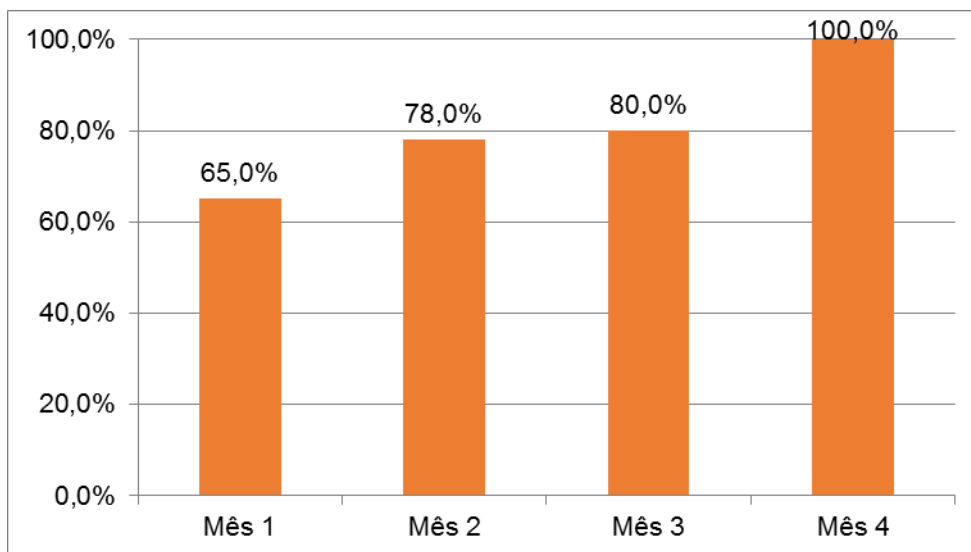


Figura 17. Gráfico da evolução mensal do indicador proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular na unidade de saúde Nova Brasília, Amapá/AP, 2014.

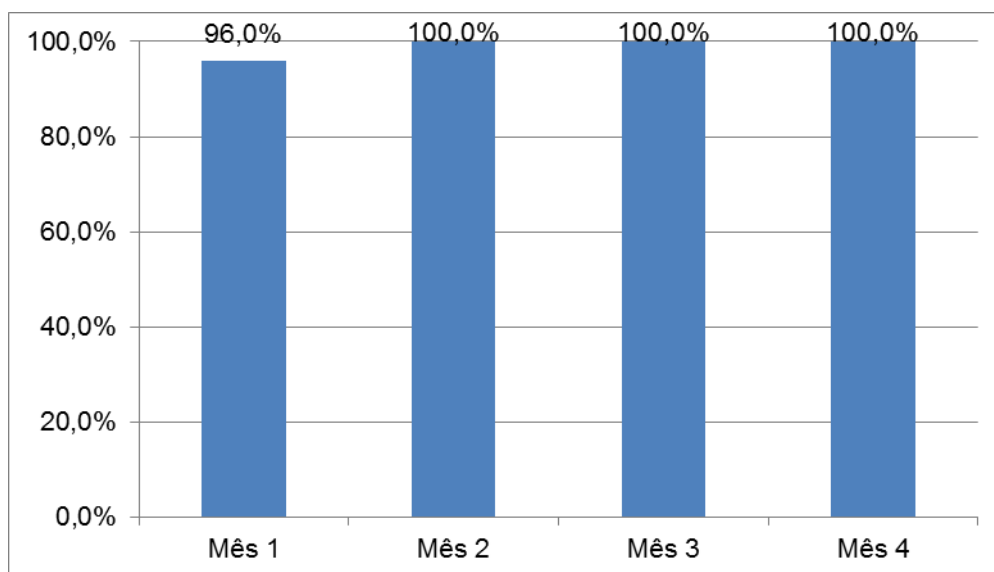


Figura 18. Gráfico da evolução mensal do indicador proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular na unidade de saúde Nova Brasília, Amapá/AP, 2014.

**Objetivo 6:** Promover a saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

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

**Meta 6.2:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável 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.

Avaliamos de forma geral os resultados obtidos nestes indicadores relacionados com a promoção da saúde. Eles apresentaram um comportamento similar ao longo da intervenção, sendo resultados favoráveis, chegando a alcançar as metas propostas ao final da intervenção. No primeiro mês não foram alcançadas as metas devido a falta de entrosamento e organização da equipe. Nem toda a equipe desempenhou as ações de promoção de saúde. Com as atividades de educação e capacitação periódicas voltadas à equipe, aos usuários e a comunidade, os indicadores aumentaram. Houve maior planejamento sobre as ações de promoção da saúde, de modo que todos os usuários ficassem orientados.

As atividades desenvolvidas nas comunidades e as palestras na unidade foram de vital importância para alcançar os resultados positivos destes indicadores. Cada espaço de contato com o usuário foi otimizado, o que significou orientação e ações de educação em saúde, garantindo atingir as metas propostas em todos seus aspectos e nos meses seguintes. Os resultados destas metas estão demonstrados nos gráficos que aparecem abaixo (figuras 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25 e 26).

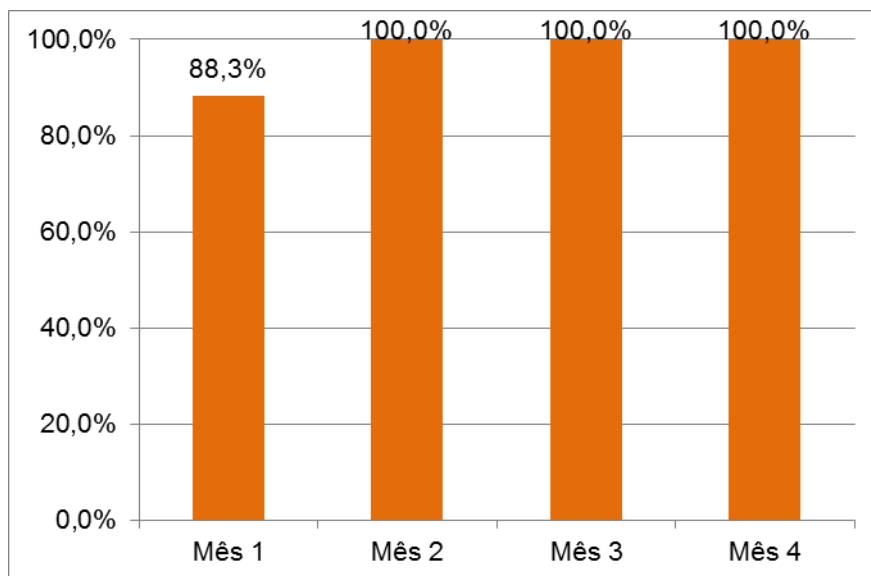


Figura 19. Gráfico da evolução mensal do indicador proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional sobre alimentação saudável na unidade de saúde Nova Brasília, Amapá/AP, 2014.

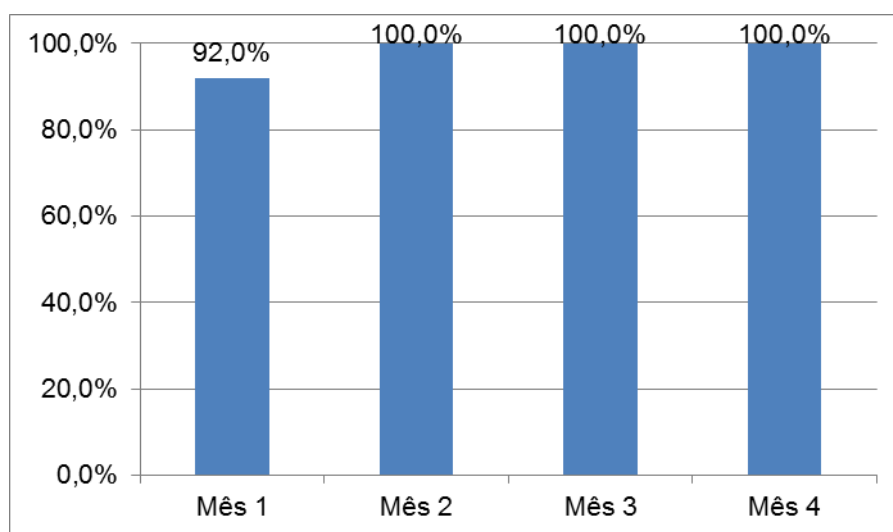


Figura 20. Gráfico da evolução mensal do indicador proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável na unidade de saúde Nova Brasília, Amapá/AP, 2014.

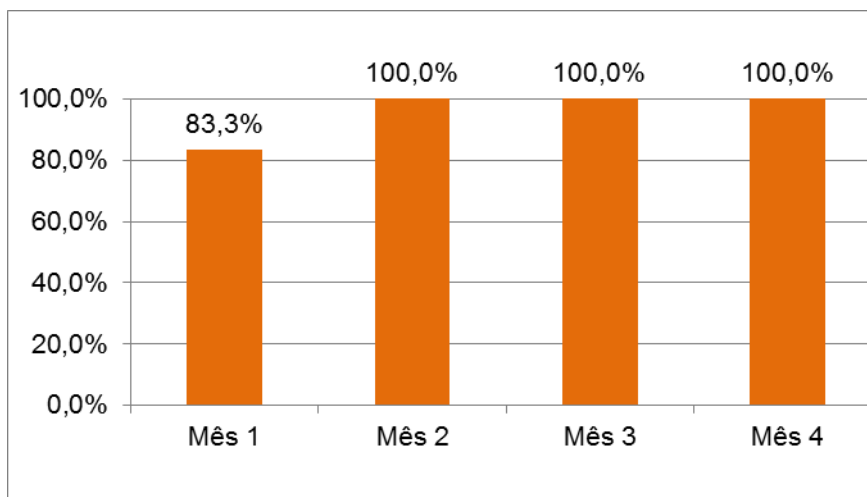


Figura 21. Gráfico da evolução mensal do indicador proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre prática regular de atividade física na unidade de saúde Nova Brasília, Amapá/AP, 2014.

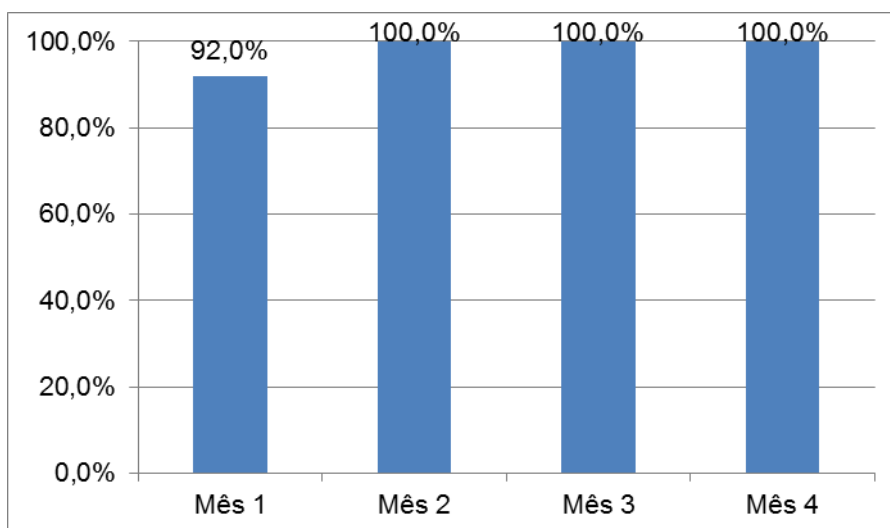


Figura 22. Gráfico da evolução mensal do indicador proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre prática regular de atividade física na unidade de saúde Nova Brasília, Amapá/AP, 2014.

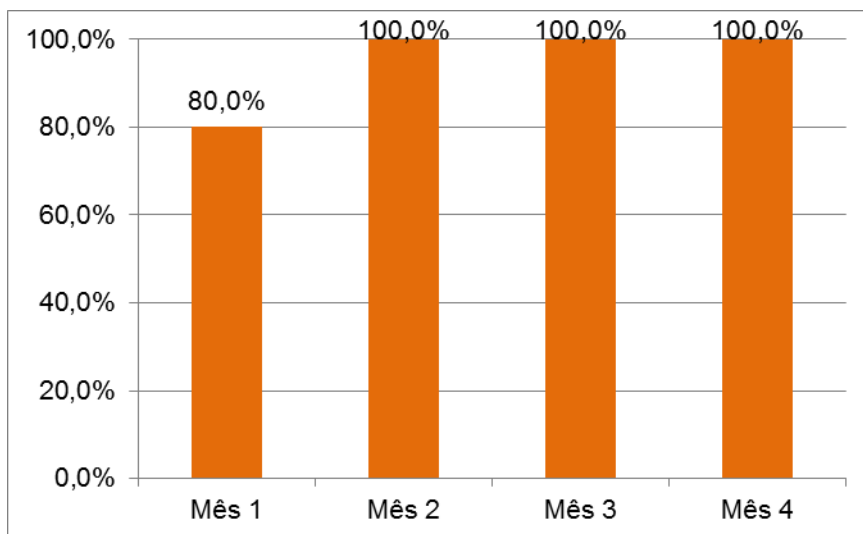


Figura 23. Gráfico da evolução mensal do indicador proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre os riscos do tabagismo na unidade de saúde Nova Brasília, Amapá/AP, 2014.

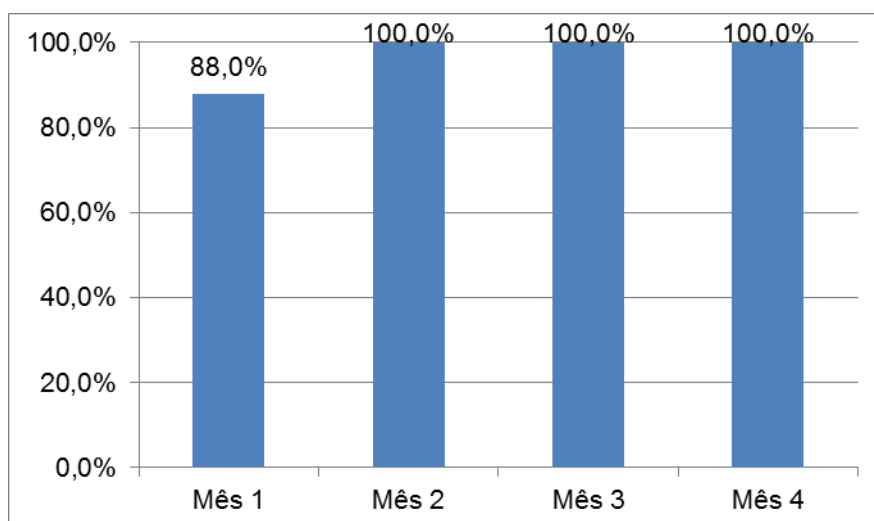


Figura 24. Gráfico da evolução mensal do indicador proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre os riscos do tabagismo na unidade de saúde Nova Brasília, Amapá/AP, 2014.

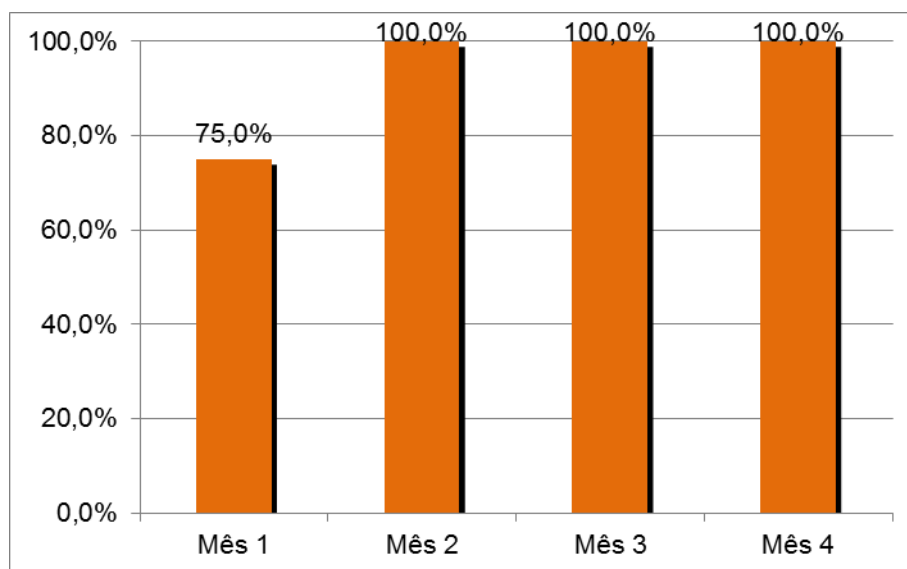


Figura 25. Gráfico da evolução mensal do indicador proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre higiene bucal na unidade de saúde Nova Brasília, Amapá/AP, 2014.

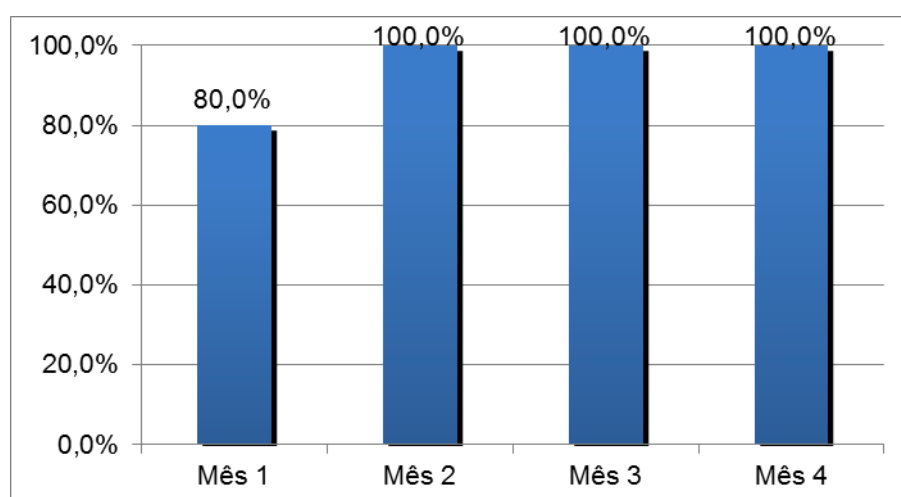


Figura 26. Gráfico da evolução mensal do indicador proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre higiene bucal na unidade de saúde Nova Brasília, Amapá/AP, 2014.

## 4.2 Discussão

A intervenção realizada marcou um início de mudanças. No começo da intervenção foi um desafio para todos os profissionais da equipe, mas ao finalizá-la podemos dizer que os resultados foram muitos favoráveis e em sentido geral, positivos.

Os indicadores que conseguimos alcançar como a cobertura de usuários diabéticos e hipertensos cadastrados, e, além disso, avaliados de uma forma integral, abordando, incorporando aspectos importantes no exame físico e a definição de riscos de ambas as doenças, foram nossos mais importantes avanços e da mesma forma, foram também melhorados os registros dos atendimentos da população alvo.

A equipe ficou muito mais fortalecida em conhecimentos científicos devido às capacitações realizadas no transcurso do projeto. Isto facilitou o envolvimento de cada um dos membros da equipe nas atividades executadas, além de ficar mais bem planejado o trabalho, e conseguir uma maior coesão dos integrantes. Conseguiu-se também, abrir as portas para desenvolver outras ações programáticas, ou seja, planejar ações similares para o trabalho com as crianças, gestantes, puérperas, idosos e mulheres com idade para prevenção de câncer de colo de útero e de mama, uma vez que a equipe ficou dotada de ferramentas importantes que permitiram uma melhor organização do trabalho.

A intervenção propiciou uma maior organização do serviço, e também permitiu avaliar uma maior quantidade de usuários. Garantiu-se uma correta e eficaz forma de acolhimento e acompanhamento, oferecendo prioridades aos usuários de risco elevado. O agendamento adequado das consultas da enfermagem e da médica passou a ser rotina, ficando inclusive marcada ao final de cada avaliação feita pelo profissional, a data do retorno. Outro fato importante foi à definição do papel de cada profissional nos atendimentos e acompanhamentos, tais melhorias foram alcançadas com êxitos.

Nossa intervenção serviu de incentivo para o desempenho da outra equipe, esta ficou mobilizada para trabalhar na melhora desta ação programática em sua população, sendo que lhes foram oferecidas as ferramentas, apoio e materiais para sua execução. Contudo, falta incrementar o número de usuários no cadastro, ou seja, atingir os 100% dos hipertensos e/ou diabéticos da área adscrita da equipe, uma vez que, existe um percentual destes sem acompanhamento adequado ou ainda, sem diagnóstico.

Com a intervenção, a comunidade ficou mais perto da equipe, no entanto, não foram percebidos diretamente os benefícios que lhes foram oferecidos através da nossa intervenção. Existem muitas demonstrações de agradecimentos pelas visitas, pelas ações desenvolvidas nos bairros e na própria UBS, nas palestras educativas realizadas, assim como nas próprias consultas. A equipe recebeu as satisfações de muitos usuários que sentiram as mudanças dos atendimentos. Falta sensibilizar

aqueles que ainda não conhecem o porquê das prioridades, assim como fazer as comunidades ser mais participativas na solução dos seus problemas de saúde.

Caso fosse realizar a intervenção neste momento além de realizar, analisar e discutir mais detalhadamente a situação real do serviço com a equipe desde a unidade 1 do curso (análise situacional); ofereceria com prioridade as tarefas e as definições próprias de cada integrante da equipe o que, com certeza, garantiria a organização e obtenção de melhores resultados; insistiria mais no apoio dos gestores para resolver a situação dos exames complementares; além de sugerir as estratégias de atendimento odontológico desde o início, contando com os recursos disponíveis.

Ao incorporar as atividades desta intervenção na rotina do serviço, as situações que ainda não conseguiram modificar, serão aperfeiçoadas no cotidiano da equipe, para que possa assegurar um correto e eficaz atendimento dos usuários. A equipe tem ferramentas muito úteis incorporadas, o que facilitará a organização das ações que ainda precisam de melhorias. A intervenção está sendo incorporada na rotina do serviço, mas para melhorar alguns aspectos pretendemos incorporar dados no registro de acompanhamento como é o caso de alguns medicamentos que não estão descritos na planilha, nem no registro de acompanhamento e que existem na listagem da farmácia popular, isto permitirá um melhor monitoramento dos medicamentos contidos na UBS.

Ainda pretendemos aperfeiçoar o atendimento odontológico, nos apoiando e em parceria com os profissionais da outra equipe, garantindo assim, que todos os usuários possam ser avaliados sistematicamente e de um jeito programado. Acrescentar a divulgação dos atendimentos e das atividades educativas de forma sistemática para incorporar mais usuários ao programa e conscientizar à população sobre os riscos e necessidades de prioridades e de atenção nos usuários com risco elevado.

Os próximos passos para melhorar a atenção a saúde no serviço é sistematizar nossas ações para conseguir a cobertura ideal (100%) dos usuários hipertensos e/ou diabéticos da nossa população, além de incorporar, com as ferramentas que temos e a experiência desta intervenção, uma maior e melhor atenção às outras ações programáticas, as quais precisam de atenção com melhor qualidade, como foi evidenciado na análise situacional. Considerando importante que o apoio dos gestores contribuiu de forma significativa no alcance dos resultados e a garantir maior qualidade dos serviços oferecidos à população, encaminharemos o relatório da intervenção, seus

principais ganhos e as dificuldades que ainda ficaram pendentes para alcançar ou superar algumas das metas pactuadas aos gestores e para a comunidade.



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

Prezados gestores,

A participação no curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) proporcionou realizar um diagnóstico (análise situacional) das ações que eram ofertadas por nossa UBS à população. Foram identificadas muitas deficiências, em especial, relacionadas com baixa cobertura de atendimentos das ações programáticas vitais, entre elas, a destinada aos usuários com diabetes e/ou hipertensão. A porcentagem de atendimentos destes usuários ficava apenas em 28% (143) de pessoas com hipertensão e de 36% (45) para pessoas com diabetes. Por estes motivos, nos propusemos através de um planejamento de ações, ampliar o número de usuários atendidos e acompanhados, e, além disso, melhorar a qualidade do atendimento destinado a este público alvo, tendo em conta diversos aspectos: exame físico adequado, avaliação de riscos, registro correto, oferecer medicamentos disponibilizados na farmácia popular, atendimento odontológico e atividades educativas. Tudo isso com só objetivo, melhorar o estado de saúde desta população e garantir uma melhor qualidade de vida.

Após quatro meses (setembro de 2014 a janeiro de 2015) de intenso trabalho desenvolvido pela equipe de saúde, concluímos com muito êxito e conseguimos atingir várias das metas propostas:

- Maior número de usuários cadastrados, atendidos e avaliados com qualidade, alcançando-se uma cobertura de 70,2% (363) para os hipertensos e 82% (105) para os diabéticos. (Figuras 25 e 26);

- Melhoramos os registros de atendimentos – alcançou os 100%;
- Melhoramos o monitoramento de medicamentos – alcançou os 100%;
- Melhoramos organização do serviço;

- Os profissionais ficaram mais bem preparados pelas capacitações realizadas;
- Realizamos mais atividades educativas e de promoção de saúde.

Para o desenvolvimento de muitas destas ações contamos com o apoio da Secretaria de Saúde, que facilitou impressões de fichas, cartazes, além de outros recursos que foram precisos nas atividades comunitárias. Também se permitiu e garantiu uma maior disponibilidade de medicamentos. No entanto, apesar de todos estes ganhos e avanços, ainda temos alguns pontos fracos que precisamos ser apontados para que sejam melhorados para obter um serviço de mais qualidade e que permitirão ampliar ainda mais a intervenção realizada. Dentre os quais destaco:

- Ampliar a cobertura de exames complementares a realizar no município, além da incorporação de alguns muito úteis na avaliação dos usuários diabéticos e hipertensos e que o município carece;
- Disponibilizar atendimentos de especialidades médica (cardiologista, oftalmologista, endocrinologista) e odontológicas com estabilidade;
- Garantir e manter a disponibilidade de medicamentos na farmácia.

Nosso desafio maior é alcançar uma implantação adequada da Estratégia de Saúde da Família, sendo este, um dos primeiros passos a dar. Ampliar e aperfeiçoar a atenção à saúde na UBS. Esperamos continuar com a qualidade no serviço, que foi alcançada com a intervenção, e em breve estender a outras ações programáticas.

O conhecimento e a participação da comunidade de forma ativa nas ações desenvolvidas pela equipe são de vital importância no alcance definitivo dos objetivos e metas, relatar de forma clara os resultados obtidos foi também umas das nossas tarefas ao concluir o período da intervenção. Esperamos fortalecer a parceria entre profissionais, comunidade e gestão.

Obrigada!

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

Prezada Comunidade,

O município de Amapá possui uma grande quantidade de usuários com hipertensão e diabetes. É sabido que muitos ou a maioria deles não estavam sendo acompanhado de forma direta na unidade de saúde. Nossa equipe de saúde, na tentativa de consultar e atender melhor e mais pessoas resolveu realizar um plano de ação para poder garantir que uma maior quantidade de doentes com pressão alta (Hipertensos) e com distúrbios do açúcar no sangue (Diabéticos) fizessem acompanhamento adequado na unidade de saúde.

Há quatro meses estamos desenvolvendo este plano, que é uma intervenção de melhoria da atenção às pessoas com hipertensão e/ou com diabetes. Ao longo destes quatro meses, 363 (70,2%) usuários com hipertensão foram cadastrados e corretamente atendidos, o mesmo aconteceu com 105 (82%) usuários com diabetes. Os resultados foram muito importantes e positivos, e isto só foi possível pelas atividades desenvolvidas nas comunidades, de forma periódica, pelo trabalho da equipe de forma unida e pelo rastreamento que se faz destas doenças como o mapeamento de pressão e a realização do exame de glicemia, em especial, na população de risco. Além do exposto, os registros destes usuários ficaram mais organizados e completos.

Para a maioria dos usuários foi garantida a entrega dos medicamentos disponibilizados pela farmácia popular, os quais obtêm de graça. Os faltosos foram procurados e visitados nas suas casas. Todos os cadastrados foram orientados sobre a alimentação correta, sobre a importância da atividade física sistemática, assim como as principais medidas para evitar as complicações das suas doenças, além de serem examinados corretamente pelas medicas e pela enfermeira. Aquelas pessoas que apresentam maiores riscos, como os diabéticos e aqueles com histórico de infarto ou acidente vascular cerebral (AVC), conhecido como derrame, tiveram prioridades para os atendimentos.

Outras das vantagens e ganhos com a intervenção é que ao final da consulta se marca o retorno, para que o usuário mantenha o acompanhamento estável, seguro e programado. Muitos dos usuários demonstram agradecimentos pelos atendimentos, pelas visitas ao domicílio, pois observam as mudanças que está se realizando.

Dentre as dificuldades encontradas, destacamos a avaliação odontológica, que ainda não ao alcance de todos, mas, estabeleceremos as estratégias para que todos sejam contemplados com atenção à saúde bucal. Muitos ganhos não têm, no entanto, se precisa do apoio da comunidade, de toda a população, primeiro compreendendo os direitos que tem para ser atendidos de forma correta e exigir isso. E também colaborando com as atividades educativas nas comunidades, participando ativamente destas, colaborando nos atendimentos realizados no serviço. Tais ações já estão sendo incorporadas ao serviço e permitirá que o atendimento esteja mais bem organizado e que toda a população fique corretamente atendida e com mais saúde. Contamos com o apoio da comunidade.

Obrigada!

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

O curso desde o início constituiu um grande desafio, pela novidade que tinha para mim, o seu jeito, sua organização, ser à distância e outra condição desafiante foi em relação à língua portuguesa. Mas acima de tudo isso, acreditava também na importância e os aportes necessários para o desenvolvimento do trabalho, minhas expectativas sempre foram que incorporaria ferramentas úteis que enriqueceriam meu desempenho na Estratégia de Saúde da Família.

Neste momento que chegou o final da intervenção, posso dizer que significou e enriqueceu muito o meu trabalho, pois me permitiu conhecer sobre o Sistema Único de Saúde, esclarecer dúvidas em relação a sua estrutura, e funcionamento, e isto permitiu a compreensão e poder ajudar nas atividades da equipe. A discussão de temáticas nas reuniões de equipe enriqueceu e facilitou o planejamento das atividades e encaminhar de forma correta as tarefas e atribuições da equipe, identificar os principais problemas da nossa população e centrar a atenção nas ações programáticas com maiores dificuldades. Contribuiu também para a escolha da intervenção, que foi o foco no programa de atendimento aos hipertensos e diabéticos.

As demais ações programáticas ficaram com melhor controle porque passamos a identificar as deficiências existentes e oferecer elementos para melhorá-las ou saná-las. Por tudo o exposto, o alcance e o aporte de conhecimentos como profissional foram evidentes para mim, e foi além de tudo, um oportuno incentivo para a atualização e capacitação científica.

## Referências

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

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

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, London, 9 maio de 2011. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60135-9.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications**. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva: WHO, 1999.

## **Apêndices**

### Apêndice A - Ficha espelho complementar

Data	Profissional do atendimento	Busca usuários faltosos	Busca Ativa HAS, DM (novos)	Orientações Sobre saúde Bucal	Atendimento Odontológico	Observações



## Apêndice B - Imagens da intervenção



Cadastramento de usuários



Atividades educativas (palestras) na UBS



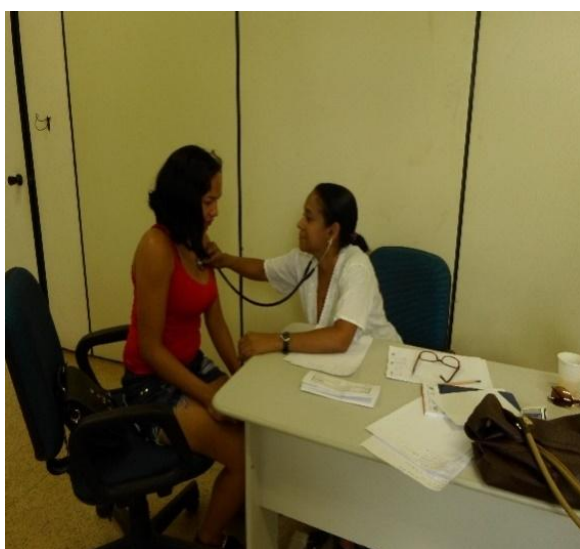
Atividades educativas (palestras) na UBS



Realização de aferição da pressão arterial



Realização de aferição da pressão arterial



Realização de exame clínico

## **Anexos**

## Anexo A - Documento do comitê de ética



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

---

OF. 15/12  
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>  
Prof<sup>a</sup> Ana Cláudia Gestal Fassa

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

Prezada Pesquisadora;

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

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





## Anexo D - Ficha de cadastro dos usuários com hipertensão e/ou diabetes

MS - HIPERTENSÃO		1.ª Via: Enviar para digitação	
PLANO DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À HIPERTENSÃO ARTERIAL E AO DIABETES MELLITUS		CADASTRO DO HIPERTENSO E/OU DIABÉTICO	
Nome da Unidade de Saúde (*)		Cod. SIA/SUS (*)	Número do Prontuário
<b>IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO (*)</b>			
Nome (com letra de forma e sem abreviaturas)		Data Nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nome da Mãe (com letra de forma e sem abreviaturas)		Nome do Pai	
Raça/Cor (TV)	Escolaridade (TV)	Nacionalidade <input type="checkbox"/> Brasileira <input type="checkbox"/> Estrangeira	País de Origem
Nº Portaria	UF Munic. Nascimento	Nome Munic. Nascimento	Sit. familiar/Conjugal (TV) Nº Cartão SUS
<b>DOCUMENTOS GERAIS</b>			
Título de Eleitor	Número	Zona	Série
CTPS	Número	Série	UF Data de Emissão / /
CPF	Número	PIS/PASEP	Número
<b>DOCUMENTOS OBRIGATORIOS (**)</b>			
Identidade	Número	Complemento	Órgão (TV) UF Data de Emissão / /
Certidão (TV)	Tipo	Nome do Cartório	Livro
	Folha	Termo	Data de Emissão / /
<b>ENDEREÇO (*)</b>			
Tipo Logradouro	Nome do Logradouro	Número	Complemento
Bairro	CEP	DDD	Telefone
<b>DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE</b>			
Pressão Arterial Sistólica (*)	Pressão Arterial Diastólica (*)	Cintura (cm)	Peso (kg) (*)
Altura (cm) (*)	Glicemia Capilar (mg/d)	<input type="checkbox"/> Em jejum	<input type="checkbox"/> Pós prandial
Fatores de risco e Doenças concomitantes		Não	Sim
Antecedentes Familiares - cardiovasculares			
Diabetes Tipo 1			
Diabetes Tipo 2			
Tabagismo			
Sedentarismo			
Sobrepeso/Obesidade			
Hipertensão Arterial			
<b>TRATAMENTO</b>			
Não Medicamentoso: <input type="checkbox"/>			
<b>Medicamentoso</b>			
Unidades/dia		Comprimidos/dia	
		1/2 1 2 3 4 5 6	
Hidroclorotiazida 25mg			
Propranolol 40mg			
Captopril 25mg			
Glibenclâmida 5mg			
Metformina 850 mg			
Insulina			
Outros <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
Data da Consulta (*)		Assinatura do Responsável pelo atendimento (*)	

Legenda: (\*) Campos obrigatórios, com exceção: nome pai; data naturalização e nº portaria, se nacionalidade brasileira (nascido no Brasil); complemento, DDD e telefone. (\*\*) Pelo menos um dos documentos é obrigatório. TV = Tabela no verso do formulário.

Ficha\_Cadastro\_Hipertenso\_Diabético\_1\_via\_v3.1.doc 23/05/2002

