

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Departamento de Medicina Social  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a distância  
Turma 7**



**Melhoria da atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou  
Diabetes Mellitus na UBS Maria Espanhol da Silva, Tarauacá/AC**

**Yosdel Hernández Rivero**

**Pelotas, 2015**

**Yosdel Hernández Rivero**

**Melhoria da atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou  
Diabetes Mellitus na UBS Maria Espanhol da Silva, Tarauacá/AC**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância – UFPEL/UNASUS, Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Mabel Miluska Suca Salas

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

R621m Rivero, Yosdel Hernández

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Maria Espanhol da Silva, Tarauacá/Ac. / Yosdel Hernández Rivero; Mabel Miluska Suca Salas, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

102 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. Salas, Mabel Miluska Suca, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico esse texto a Deus pela saúde e força para superar as dificuldades,  
Aos meus pais, pelo amor, incentivo e apoio incondicional,  
A minha mãe Aurélia, heroína que me deu apoio, incentivo nas horas difíceis,  
de desânimos e cansaço,  
A meu pai que apesar de todas as dificuldades, fortaleceu-me e que para mim  
foi muito importante,  
A minha namorada, que nos momentos de minha ausência, dedicados ao  
estudo, sempre entendeu que o futuro é feito a partir da constante dedicação no  
presente.

## **Agradecimentos**

A Deus por minha vida, família e amigos.

A minha orientadora Mabel, pelo suporte, pelas suas correções e incentivos.

Aos meus pais pelo incentivo e apoio incondicional.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, muito obrigado!

## Resumo

HERNÁNDEZ Rivero, Yosdel. **Melhoria da atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Maria Espanhol da Silva, Tarauacá/AC. 102p.** Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas, Faculdade de Medicina, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial é uma doença crônica, que afeta aproximadamente 17 milhões de pessoas no Brasil assim como a Diabetes Mellitus é outra doença crônica, que também afeta aproximadamente 10 milhões de pessoas no Brasil, segundo dados dos Cadernos de Atenção Básica do Ministério de Saúde. Com frequência, essas doenças levam à invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para o usuário, a família e a sociedade. Foi realizada uma intervenção durante 12 semanas na Unidade de Saúde Maria Espanhol da Silva no município de Tarauacá/Acre. A intervenção teve como objetivo a melhoria da atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Maria Espanhol da Silva. Esta intervenção tem grande importância na Atenção Primária à Saúde na nossa comunidade, pois a cobertura de atenção dos hipertensos e diabéticos eram baixas com um total de 156 (29%) de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e 36 (23%) de diabéticos acompanhados na UBS. Antes da intervenção foi realizada a capacitação da equipe, usuário a busca de novos casos de hipertensos e diabéticos e a atualização do cadastro da população alvo. Garantimos a realização de exame físico, a solicitação de exame e a prescrição de medicamentos, dando prioridade àqueles provenientes da Farmácia Popular. Os resultados apontaram que de um total estimado de 469 usuários hipertensos residentes na área, o número total de hipertensos com 20 anos ou mais cadastrados foi de 164 (35%). No caso dos diabéticos de um total estimado de 106 usuários com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade, foram cadastrados 50, representando 43,1%. Dos indicadores pesquisados, os exames clínicos em dia, a busca ativa, o registro adequado nas fichas, a estratificação de risco e todas as orientações sobre hábitos saudáveis de vida foram garantidas para 100% dos usuários hipertensos e diabéticos da área. Apesar de não alcançar a totalidade dos usuários, a maioria deles foi avaliada para necessidade odontológica e receberam prescrições de medicamentos da Farmácia Popular. Estamos trabalhando em relação aos exames complementares, pois a percentagem de usuários com exames em dia foi baixa. A intervenção foi incluída na rotina da equipe e continua sendo realizada. Houve melhorias importantes em relação à organização do serviço a forma de trabalho da equipe que realiza acolhimento dos usuários e uma atenção muito mais humanizada. Pode-se concluir que após três meses de intervenção, houve melhora da qualidade da atenção dos usuários com hipertensão e diabetes assim como do trabalho da equipe e do serviço.

**Palavras-chave:** Atenção Primária À Saúde; Saúde Da Família; Doença Crônica, Hipertensão; Diabetes Mellitus.

## Lista de Figuras

Figura 1 - Gráfico da cobertura do programa de atenção ao usuário portador de hipertensão na UBS Maria Espanhol da Silva , município de Tarauacá AC .....	<b>66</b>
Figura 2 - Gráfico da cobertura do programa de atenção ao usuário portador de diabetes na UBS Maria Espanhol da Silva, município de Tarauacá AC .....	<b>67</b>
Figura 3 - Gráfico da proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, UBS Maria Espanhol da Silva, município de Tarauacá AC.....	<b>68</b>
Figura 4 - Gráfico da proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, UBS Maria Espanhol da Silva, município de Tarauacá Acre, 2015 .....	<b>69</b>
Figura 5 - Gráfico da proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, UBS Maria Espanhol da Silva Acre, 2015 .....	<b>70</b>
Figura 6 - Gráfico da proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, UBS Maria Espanhol da Silva , município de Tarauacá Acre, 2015 .....	<b>71</b>
Figura 7 - Gráfico da proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada, UBS Maria Espanhol da Silva, município de Tarauacá Acre, 2015.....	<b>72</b>
Figura 8 - Gráfico da proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada, UBS Maria Espanhol da Silva , município de Tarauacá AC .....	<b>73</b>
Figura 9 - Gráfico da proporção hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, UBS Maria Espanhol da Silva , município de Tarauacá Acre,	<b>74</b>

2015.....	
Figura 10 - Gráfico da proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, UBS Maria Espanhol da Silva, município de Tarauacá Acre, 2015 .....	<b>75</b>
Figura 11 - Gráfico da proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa, UBS Maria Espanhol da Silva , município de Tarauacá Acre, 2015.....	<b>76</b>
Figura 12 - Gráfico da cobertura da proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa, UBS Maria Espanhol da Silva , município Tarauacá, Acre, 2015.....	<b>77</b>
Figura 13 - Gráfico da proporção de hipertensos com registro adequado na ficha, UBS Maria Espanhol da Silva , município de Tarauacá Acre, 2015 .....	<b>78</b>
Figura 14 - Gráfico da proporção de diabéticos com registro adequado na ficha, UBS Maria Espanhol da Silva , município de Tarauacá Acre, 2015.....	<b>79</b>



## Lista de Abreviaturas e Siglas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AP	Atenção Primaria
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DM	Diabetes mellitus
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Hipertenso-diabético
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da saúde
NASF	Núcleo de Apoio da Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

## Sumário

Apresentação	13
1. Análise Situacional.....	16
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS.....	16
1.2 Relatório Análise Situacional.....	17
1.3 Comentário comparativo entre o texto Inicial e o relatório da análise situacional .....	27
2. Análise Estratégica .....	29
2.1 Justificativa.....	29
2.2 Objetivos e Metas.....	31
2.2.1 Objetivo geral.....	31
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	31
2.3 Metodologia.....	33
2.3.1 Detalhamento das ações.....	33
2.3.2 Indicadores .....	48
2.3.3 Logística.....	55
2.3.4 Cronograma.....	63
3. Relatório da Intervenção .....	67
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	67
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	69
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	69
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	69
4 Avaliação da Intervenção .....	70
4.1 Resultados .....	70
4.2 Discussão .....	94
5 Relatório da Intervenção para Gestores.....	88
6 Relatório da Intervenção para a Comunidade.....	90
7 Reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem.....	98
Referências .....	99
Anexos.....	100

## **Apresentação**

O presente trabalho apresenta uma intervenção realizada na UBS Maria Espanhol da Silva, visando melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da área de abrangência da UBS.

O texto está apresentado em 7 partes.

A primeira parte está formada pela análise situacional, na qual é apresentado o resultado da avaliação da estrutura, atribuições da equipe, ações programáticas e reflexões sobre as percepções pessoais antes e após a análise.

Na segunda parte do texto, encontra-se formada pela análise estratégica, formada pelo projeto de intervenção e formada pelos objetivos.

Na terceira parte é apresentado o relatório da intervenção formado pelas ações previstas e desenvolvidas, ações previstas e não desenvolvidas, aspectos relativos a coletas e sistematização dos dados, viabilidade de incorporação das ações a rotina de serviço.

A quarta parte está formada pela avaliação da intervenção, na qual são apresentados os resultados referentes aos indicadores avaliados, sendo a análise de tipo quantitativa e qualitativa, assim como a discussão dos resultados em relação aos benefícios promovidos no serviço, equipe e população.

Na quinta parte, encontra-se o relatório da intervenção para gestores, formado por um informe realizado à gestão do município em relação aos resultados e mudanças obtidas a partir da intervenção.

A sexta parte está formada pelo relatório de intervenção para a comunidade, na qual são apresentados os resultados da intervenção para a comunidade como parte importante da divulgação e informação para a população.

Finalmente, o texto termina com uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem, onde o especializando relata as experiências em relação ao curso e a vida profissional.

## **1 Análise situacional**

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

A UBS Maria Espanhol da Silva, localiza-se ao nordeste do município Tarauacá do estado Acre, na entrada do município as paredes da UBS são de alvenaria teto de Brasileete e piso de mosaico janelas e portas de madeira . As condições estruturais do centro de saúde são regulares, os banheiros apresentam problemas nas cerâmicas e são usados tanto pelo pessoal da UBS quanto pelos usuários e, existem algumas infiltrações no teto , no entanto está sendo construído ao lado da UBS , um local novo, que conta com melhor infraestrutura, conforto e condições para ampliar a atenção aos usuários e está próximo a ser inaugurado, desta forma a manutenção do resto da UBS poderá ser realizada.

A unidade é pequena, conta com uma equipe de saúde constituída por um médico especialista em medicina geral integral, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem , um dentista , uma assistente do dentista, cinco agentes comunitários. Contamos também com o apoio de uma coordenadora, uma recepcionista, dois agentes de segurança e a responsável pela limpeza.

Durante o tempo que estou trabalhando na unidade, percebi que o pessoal trabalha como uma verdadeira equipe de saúde, em função da população e da comunidade. A equipe está constituída por pessoas jovens com pouca experiência, mas com muita vontade por aprender e fazer bem o trabalho. Todos estão cientes de sua responsabilidade, atentos e ativos na promoção e prevenção de saúde .

A UBS está localizada no bairro o Triangulo, a população que habita são pessoas carentes na maioria, mas também existem pessoas de classe média, a maioria das casas são de madeira ainda, as ruas estão algumas pavimentadas outras não, mas de forma geral estão em estado regular, e são submetidas a manutenção, mas danificam-se com facilidade pela qualidade do concreto e pelo

clima que é chuvoso a maior parte do tempo e cálido com temperaturas muito altas , além do intenso tráfego veicular .

Os usuários de nossa UBS contam com atenção hospitalar pois em Tarauacá existe um pequeno hospital com camas, serviços do laboratório, radiologia , urgências incluído um pequeno salão de cirurgia, também existe uma maternidade , e contamos com serviços complementares pois existem médicos itinerantes que fazem cirurgias e atendem também as doenças da população .

Contamos com medicina geral, e em Rio Branco capital do estado Acre ou em Cruzeiro do Sul realizamos as referências das urgências cirúrgicas por avião. Não contamos com o apoio de NASF.

Realizamos periodicamente reuniões com a equipe para planejar as atividades em função da população, complementamos o atendimento dos usuários fazendo visitas domiciliares e atividades com os idosos.

## **1.2 Relatórios da Análise Situacional**

Tarauacá é um município que está localizado no noroeste do estado do Acre, no Brasil, a 400 km da capital do estado, Rio Branco, e possui a quarta maior população do estado (35.550 habitantes), segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010). Ocupa o terceiro lugar entre os municípios do estado em extensão territorial, com uma área total de 15.553,43 Km<sup>2</sup>.

O sistema de saúde no município está constituído por 10 UBS com equipes de saúde da família, não conta com UBS tradicionais, não dispõe de NASF, Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e no caso da atenção especializada, conta com uma maternidade e um hospital onde se realizam exames complementares.

A UBS Maria Espanhol da Silva localiza-se ao nordeste do município Tarauacá, próximo à entrada do município.

Sendo uma UBS urbana com uma equipe de saúde da família, que não tem vínculo com instituições de ensino. A equipe de saúde da família está formada por um médico especialista em medicina geral integral, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, um dentista, uma assistente dental, cinco agentes comunitários de saúde (ACS). Na UBS trabalham também a coordenadora da UBS, e contamos com o apoio de uma recepcionista, dois agentes de segurança e a responsável pela limpeza.

As paredes da UBS são de alvenaria com teto de fibrocimento e piso de mosaico com janelas e portas de madeira. As condições estruturais da unidade são regulares, pois apresentam alguns rompimentos nos banheiros que é utilizado pelos usuários e funcionários. A UBS segue em obra, conforme descrito na atividade inicial sobre a situação da APS.

A estrutura física da UBS tem uma recepção e uma sala de espera que pode receber sentados, aproximadamente 15 usuários. Não contamos com sala especial para realizar ações de educação em saúde ou reuniões. Temos uma sala de almoçar e nenhum dos três consultórios em funcionamento conta com banheiro independente. Na unidade só temos um banheiro de uso comum para o pessoal e para os usuários e seus acompanhantes, e sem condições adequadas para receber pessoas com algum problema físico motor.

Os usuários que têm que realizar curativos têm que se trasladar para outra unidade, pois a nossa unidade não conta com um local para realizar esta atividade. Temos uma sala de vacinas, uma sala para nebulização, local administrativo, sala dos ACS, depósito para o lixo e os locais estão sinalizados com textos que orientam os usuários.

A equipe está constituída por pessoas muito jovens, com pouca experiência, mas com muita vontade de aprender e fazer bem o trabalho. Estamos sempre atentos às necessidades da população, para garantir uma atenção especial e de qualidade. Mesmo que as condições estruturais da UBS não sejam adequadas para oferecer o conforto requerido a nossos usuários, estamos atentos e dispostos a propiciar um ambiente favorável.

Apesar da existência de local sem condições adequadas, a presença de pessoas jovens na equipe é um ponto positivo e estratégico, pois existe grande motivação neles, de forma que estamos providenciando algumas melhorias para atender melhor à população.

Todos os funcionários tem conhecimento das suas atribuições. A equipe de saúde realiza cuidado domiciliar dos usuários, orientações educativas sobre cuidados da saúde, rastreamento dos problemas de saúde, verificação dos sinais vitais, consulta médica, de enfermagem e de odontologia e vacinação. Realiza-se periodicamente atividades com alguns grupos da comunidade como pessoas da terceira idade, planejamento familiar, saúde da mulher e saúde bucal. Também promove-se a participação da comunidade no controle social.

A equipe ainda não participa do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação. Não temos a oportunidade de seguir aos usuários quando estão internados no hospital, no entanto fazemos rastreamento deles quando estão em casa.

Existem algumas limitações, a qual deveu trabalhar para realizar melhor nosso trabalho e poder obter melhores resultados e ser mais abrangentes em nossas metas de saúde na comunidade. Um exemplo é incluir outros grupos populacionais como adolescentes, lactantes, puérperas, homens trabalhadores para poder chegar à maior quantidade possível da população e perceber melhores resultados de saúde.

Também é necessário conseguir ter uma periodicidade definida das reuniões de equipe, que podem ser quinzenal ou mensal para planejar e controlar as atividades realizadas pelos profissionais. Creio que estas são algumas das estratégias para ampliar o cumprimento de nossas atribuições.

A última atualização do cadastro da população ocorreu no ano 2004, onde o total de população foi de 3.082 pessoas, destes, 1.551 são mulheres e 1.531 homens. Em reunião com a equipe de saúde não se definiu ainda com certeza o percentual da população cadastrada na área de abrangência, devido a expansão da área adstrita e a criação de novas micro áreas. Contamos com apenas uma equipe de saúde da família para essa demanda.

Considero que a ampliação da equipe de saúde seria favorável, pois, a população é grande e aumenta com rapidez, pois existe migração de pessoas da zona rural especialmente para a zona onde está a UBS, e desta forma poder garantir uma boa cobertura de saúde.

O acolhimento é realizado inicialmente na recepção, durante as pré-consultas com atendimento inicial onde são realizados os procedimentos de peso, altura, temperatura e aferição de pressão arterial. Se necessário médico da continuidade com os procedimentos de prescrições de medicamento, diagnósticos, prescrição de exames específicos, orientação sobre as doenças virais, diabetes, HAS. O enfermeiro também realiza os exames ginecológicos e consultas de pré-natal, além de orientação sobre diversos temas (aleitamento materno, DSTs). No consultório odontológico são realizados atendimentos, escovação supervisionada, aplicação de flúor, restauração e extração de dentes.

Atendemos a todas as pessoas que procuram o serviço de saúde, garantido acesso à saúde, acolhendo, escutando e tentando resolver os problemas de saúde de cada um segundo o risco biológico ou a vulnerabilidade social para receber assistência e o posterior rastreamento dos mesmos na UBS.

A demanda espontânea de nossa UBS está constituída fundamentalmente crianças e seus pais e pessoas da terceira idade com doenças agudas infecciosas fundamentalmente respiratórias digestivas ou dermatológicas. A estratégia da equipe para resolver o excesso de demanda é estabelecendo prioridades, assim como a escuta atenta dos usuários, agendando consulta para o dia posterior, algumas vezes aumentando o número de usuários sem afetar o horário de trabalho, sempre tratando resolver o problema.

Lidamos com a demanda espontânea, prestando atendimento de segunda a sexta. Caso os usuários não possa ser atendido, são avaliados em outro horário ou em um dia próximo, sempre dando prioridade as urgências médicas ou emergências que são atendidas no momento, como os grupos prioritários como crianças, gestantes e os idosos.

Na UBS, realizam-se consultas para ofertar atenção de puericultura as crianças que estão nos seguintes grupos etários: menores de 12 meses, de 12 a 23 meses, de 24 a 72 meses. As consultas são realizadas todos os dias nos dois turnos de trabalho. Depois de finalizada a consulta, as crianças saem com a consulta programada. Também possuímos protocolos de atenção em puericultura.

No caderno de ações programáticas, pode-se apreciar que a cobertura não é de 100%. Temos uma estimativa total de 61 crianças com menos de um ano residentes na área de abrangência e atualmente 44 destas crianças estão cadastradas (72%). Dessas 44 crianças, 30 (68%) têm as consultas de acordo com protocolo do ministério da saúde e 15(34%) têm atrasos nas consultas agendadas em mais de 7 dias. Contudo, 100% tem feito a triagem auditiva, testes do pezinho estão sendo monitoradas por crescimento, desenvolvimento, esta com as vacinas em dia, receberam avaliação de saúde bucal, orientação de aleitamento materno exclusivo e prevenção de acidentes.

Na UBS realizamos o diagnóstico e tratamento dos problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde bucal, diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde mental, imunização, previne-se a anemia, prevenção de violência, promoção de aleitamento materno assim como de hábitos



alimentares saudáveis, promoção de saúde bucal, saúde mental e realiza-se teste do pezinho.

Os registros não são suficientes para garantir a qualidade que queremos nas consultas e para atingir metas superiores para conseguir que todos tenham uma saúde adequada. Assim, é algo que temos que modificar para cumprir com os protocolos do ministério da saúde.

Através dos ACS, realiza-se a busca das crianças que faltam a consulta, no entanto, falta muito por fazer para conseguir ser mais abrangentes. No caso das cadernetas das crianças na UBS, estas não existem na UBS, mas são garantidas aos pais na maternidade.

O total de gestantes residentes na área e acompanhadas pela UBS é de 25 de um estimado de 46 gestantes residentes na área, que representa 45%, destas, 23 (92%) foram captadas no primeiro trimestre e 24 apresentam consultas em dia de acordo com calendário do ministério. Todas as gestantes possuem solicitados os exames de laboratório preconizados na primeira consulta e também receberam avaliação de saúde bucal e orientação sobre alimentação saudável.

As consultas de pré-natal são realizadas nas segundas-feiras e quartas-feiras pela manhã e a tarde. As gestantes são atendidas de forma simultânea pelo enfermeiro ou pelo médico e também recebem atenção odontológica. Não contamos com outras especialidades, na UBS ou no município, para oferecer às gestantes um melhor serviço, mais especializado.

As gestantes saem da consulta sabendo quando devem regressar para a próxima consulta mas, se precisarem ser atendidas por qualquer motivo entre uma consulta e outra, recebem atenção. O trabalho da UBS é regido pela presença de protocolos para consulta pré-natal.

Nas consultas se realizam atividades de prevenção, diagnóstico e tratamento das afecções que possam ocorrer durante a gravidez. Trabalhamos com a classificação de riscos durante a gravidez. Para os controles da gestante e para manejar a informação, utilizamos prontuários, formulário especial de Pré-natal, ficha de atenção odontológica e controle das vacinas.

No caso dos registros da atenção à gestante, estes são suficientes e rigorosamente avaliados em cada consulta pelo médico e enfermeiro, toda a informação é detalhada neles e arquivada, este é um programa que se leva bem

como esta estabelecida pelo ministério e damos a máxima prioridade em nossa UBS.

Além de examinar a gestante, explicamos seu estado de saúde com relação à gestação e se recomenda o que se deve fazer para garantir um bom estado materno fetal.

Recomendamos consultar com o odontólogo, ter as vacinas em dia, levar uma dieta saudável e balanceada, falamos sobre o aleitamento materno e sua importância e os métodos anticoncepcionais que se devem utilizar após o parto para prevenir gravidez com período de entrega curto.

Em nossa UBS realizam-se planejamentos e controle das atividades e consultas realizadas às gestantes e fundamentalmente são realizadas pelo médico e pelo enfermeiro. Estes se realizam através de reuniões com uma periodicidade não definida.

Dentro dos aspectos positivos temos o fato de que as gestantes tem boa adesão a todos os procedimentos e referem se sentir satisfeitas com a atenção além de que o resultado nos nascimentos registrados fala a favor de uma atenção de qualidade, pois, não se reportaram baixo peso ao nascer, no entanto, fica o fato de que ainda existe um percentual elevado de gestantes às que ainda não temos captado e que temos que insistir para incluir no programa e garantir que recebam atenção à saúde, desde o começo da gravidez. Observamos também que as gestantes são receptivas e apoiam as ações e participam quando são convocadas para ações de saúde próprias para elas.

O total de mulheres que fizeram consulta de puerpério nos últimos 12 meses na nossa UBS foi de 23 para um 38 % de um estimado de 61 partos nos últimos 12 meses. O número de mulheres que consultaram antes de 42 dias no pós-parto foi de 23 para 100%, todas tiveram a consulta puerperal registrada, receberam orientação sobre os cuidados básicos dos recém-nascidos, sobre aleitamento materno exclusivo, sobre planejamento familiar, tiveram as mamas examinadas, tiveram o abdômen examinado e foram avaliadas segundo o estado psicológico e sobre intercorrências, porém realizarem exame ginecológico 13 (57%). Em todas as consultas a técnica de enfermagem realiza a aferição da pressão arterial (PA) e peso e atualizam a carteira de vacinas. Todas as consultas já estão sendo agendadas, pois um mês atrás isso era uma deficiência, que tornava as consultas demoradas.

O total de mulheres entre 25 e 64 anos de idade residentes em nossa área e acompanhadas na UBS para a prevenção de câncer de colo de útero é de 594 (92% de cobertura) de um estimado de 649 residentes entre 25 a 64 anos de idade, sendo uma área programática com melhor seguimento. O número de mulheres com exame cito patológico para câncer de colo de útero em dia foi de 564 para 92%, com exame cito patológico para câncer de colo com mais de 06 (seis) meses de atraso foi de 33 , com exame cito patológico para câncer de colo de útero alterado foi de 3 , com avaliação de risco para câncer de colo de útero 498 para 84% , com orientação sobre prescrição de CA de colo de útero foi de 586 para um 99% , com orientações sobre DSTs 594 para 100% , exames coletados com amostras satisfatórias 589 para 99% e exames coletados com células representativas de junção escamo-colunar 3. A prevenção do câncer de colo uterino realiza-se mediante a tomada de exame cito patológico que se realiza um dia na semana nos dois turnos de trabalho. O rastreamento do câncer de colo uterino é realizado de forma oportunista e organizado com a utilização de protocolos. Em todas as mulheres com exame cito patológico de colo uterino, verificam-se os fatores de risco.

Os dados das mulheres que realizam a coleta são registrados em livro de registro, formulário especial para cito patologia e formulário de produção do e-SUS. Existe também um arquivo específico para o registro dos resultados dos exames cito patológicos realizados.

Considero que estes registros são suficientes para coletar toda a informação necessária para o manejo e controle para a correta implementação e avaliação das ações. No caso das usuárias que faltam, são informadas através dos ACS para realizar os exames e são atendidas pelo enfermeiro que realiza a coleta da amostra, e se necessário, solicita a participação do médico. As mulheres costumam assistir de forma responsável e depois realizam consulta com o médico para avaliar os resultados, neste caso estimo que o programa caminhe bem, mas ainda precisamos sensibilizar as mulheres que ainda não aderiram às ações e ampliar os espaços de promoção da saúde.

Os profissionais de saúde orientam às mulheres para o uso de preservativo em todas as relações sexuais, se promove informação sobre os danos que provoca à saúde o consumo de fumo, se realizam ações educativas para promover que as mulheres realizem de forma periódica o exame preventivo de câncer de colo uterino.

O estimado de mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área é de 154, e as mulheres acompanhadas na UBS para a prevenção do câncer de mama é de 148 para 96%, com mamografia em dia 2, com mamografia com mais de 3 meses em atraso 0, com avaliação de risco para câncer de mama 115 representando 78% e com orientações sobre prevenção de câncer de mama 148 para 100% .

São realizadas ações para rastrear o câncer de mama e são realizadas ações educativas, para o reconhecimento dos sinais e sintomas de câncer de mama. Não realiza-se exame para câncer de mama todos os dias, mas nos dias que se executa, realizam-se exames em dois turnos de trabalho.

O tipo de rastreamento na UBS é oportunista, não contamos com protocolo para o controle de câncer de mama, além do rastreamento de câncer de mama também são pesquisados os fatores de risco. Não existe controle sistemático em prontuário das mulheres que realizam mamografia.

No caso das mamografias, estes procedimentos são disponibilizados apenas em duas cidades bem distantes, o traslado é caro e demorado, dificultando a realização do mesmo na maioria das mulheres de nossa UBS.

São também realizadas ações nos usuários da área de cobertura, estimula-se a prática regular de exercício físico, oferta-se informação sobre os danos provocados à saúde pelo consumo excessivo de álcool.

O total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes em nossa área e acompanhados em nossa UBS é de 156 (29% de cobertura) de um estimado de 542. Foi realizada a estratificação de risco cardiovascular por critério clínico de 156 para 100% dos usuários, os usuários com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias foi de 48 para 31% , com exames complementares em dia 103 para 66% , com orientação sobre a prática de atividade física regular 156 para 100%, com orientação nutricional para alimentação saudável 156 para 100% , e 109 com avaliação de saúde bucal em dia representando 70% do total estimado .

No caso dos usuários diabéticos, o total destes usuários com 20 anos ou mais residentes em nossa área e acompanhados na UBS é de 36 (23 %) de um estimado de 155 .Os diabéticos com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico foram 36(100%), com atraso na consulta agendada em mais de 7 dias foram 3 (8%), com exames complementares em dia 31(86%), com exames físicos nos pés nos últimos 3 meses 33 (92%), com palpação dos pulsos tibial posterior e pediosos nos últimos 3 meses 35 (97%), com medida da sensibilidade dos pés nos

últimos 3 meses 35 (97%), com orientação sobre prática de atividade física regular 35 (97%), com orientação nutricional para alimentação saudável 35 (97%) sendo que nenhum teve com avaliação de saúde bucal em dia.

Realizamos consultas a usuários que sofrem de hipertensão arterial e diabetes mellitus, os usuários não tem a próxima consulta programada. Contudo, contamos com protocolos para a atenção dos usuários HAS e DM.

Em nossa UBS, realizam-se várias ações para o cuidado dos usuários hipertensos e diabéticos como imunização, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, de saúde mental, alcoolismo, obesidade, sedentarismo e tabagismo.

Como parte do exame físico dos usuários diabéticos, realizamos exame dos pés, no entanto não dispomos de oftalmoscópio para realizar fundo de olho e também não contamos no município com oftalmologista.

Classificamos o risco cardiovascular destes usuários. As consultas dos usuários com HAS e DM são registradas nos prontuários clínicos e no e-SUS. Não existe arquivo específico para estes usuários.

Os prontuários são suficientes para registrar a informação de cada consulta, no entanto, penso que seria bom ter um registro para controlar a informação de todos os usuários que sofrem de HAS para poder planejar melhor as atividades encaminhadas especificamente a estes usuários.

Nas consultas, os usuários são orientados sobre como reconhecer os sinais de complicação por hipertensão arterial e Diabetes Mellitus. Realizam-se atividades com grupo de hipertensos e diabéticos no âmbito da UBS com média de uma atividade por mês. Contamos com a participação do médico e do enfermeiro, que são os responsáveis pela a avaliação e monitoramento das ações. Realizamos reuniões, sem frequência periódica definida e consultamos fundamentalmente os registros dos prontuários clínicos e as fontes de dados das consultas aos hipertensos e diabéticos assim como o e-SUS.

Realizamos ainda, a orientação de hábitos alimentares adequados para os portadores de diabetes mellitus e hipertensão arterial e também promovemos ações para o controle do peso, estimulando a prática regular de atividade física e orientando-se sobre os danos do consumo de álcool e do tabagismo.

Não são realizadas as buscas ativas dos usuários que sofrem de HAS e DM, no entanto os usuários já diagnosticados recebem rastreamento e visitas em suas

casas pela equipe de saúde más ainda falta programar estas consultas segundo as orientações dos protocolos do ministério da saúde.

No caso dos usuários idosos, o total de idosos com 60 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS é de 187, ou seja, 95 %. Não se utiliza a caderneta da pessoa idosa, não se realiza avaliação multidimensional rápida, 91 idosos têm acompanhamento em dia (49%), 51 possuem HAS (27%) e 23 sofrem de DM (12%). Não realizamos investigação de fragilidade. Ainda, não contamos com informações sobre a avaliação da saúde bucal dos idosos.

Na atenção dos usuários idosos, participam das ações o médico, o dentista, o enfermeiro e o técnico de enfermagem. Após a consulta, o usuário retorna quando necessita, não combinando a próxima consulta agendada, além destas consultas, os usuários idosos comparecem com maior frequência pela presença de problemas agudos.

Referente a saúde bucal é importante salientar que o serviço em nossa unidade é instável e que as consultas são feitas por demanda espontânea e que não existem dados disponíveis que eu possa utilizar. Segundo o dentista da unidade, só está trabalhando com as demandas espontâneas não com atendimentos programados. Revisamos os dados do mês passado, entregues pelo dentista, e observamos que foi feita a avaliação de duas crianças de 4 anos de idade, quinze de 5-14 anos e uma gestante, situação que indica um processo de trabalho com subutilização do horário laboral e problemas de planejamento das atividades de Saúde Bucal. Com um melhor registro e planejamento, poderíamos conhecer as principais doenças bucais, monitorar riscos, avaliar o impacto das medidas adotadas, estimar necessidades de recursos necessários para realizar com qualidade o programa e avaliar futuras ações.

O maior desafio para é melhorar as coberturas a partir dos dados estimados, sendo mais abrangentes e levando saúde para toda a população é nosso principal desafio, para isso contamos com pessoal jovem e com vontade de trabalhar e com o apoio da população e da secretaria de saúde e do SUS.

### **1.3 Comentários comparativos entre o texto Inicial e o relatório da análise situacional**

Realizando uma análise entre o texto inicial referente à situação de APS em meu serviço e o conteúdo deste relatório, observo que é possível delimitar bem as dificuldades específicas para poder estabelecer e planejar as estratégias futuras de trabalho.

Antes da realização da análise situacional o trabalho ficava centrado no atendimento a demanda espontânea de pacientes hipertensos e diabéticos sem levar um controle e seguimento sistemático destes usuários, depois com dados e o conhecimento necessário, percebemos que tínhamos que modificar o modo de trabalho para ser mais abrangentes e com qualidade e oferecer um serviço mais completo.

Mesmo com toda deficiências e limitações, temos conseguido unir mais a equipe de saúde e em conjunto organizar, planejar e reorientar o trabalho.

A partir da análise situacional, começamos procurar a população que mostram as estimativas do Ministério, que não estão recebendo os benefícios da saúde, por isso a equipe de saúde toda multiplicou esforços na procura de novos casos e na continuação do atendimento dos que já ficavam aderidos aos programas conforme os protocolos.

Os maiores desafios que se apresentam em nossa UBS estão delimitados pela necessidade de garantir uma cobertura total e de qualidade, incluindo a participação ativa dos cidadãos em função de sua saúde e o cuidado do meio ambiente, com a constante superação da equipe de saúde da família.

Contamos com o desejo de transformar e aumentar a satisfação de nossos usuários e com o apoio das autoridades locais estaduais e do SUS, para transformar o sistema de saúde em um sistema de alta qualidade, resolutiva e eficiente para melhorar a saúde da população.

## **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  $\geq 140 \times 90$  mmHg. Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos alvo (coração, cérebro, rins e os vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (BRASIL, 2014). A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% em adultos, entre 20 e 59 anos chegando a mais de 50% dos indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (BRASIL, 2014). Em relação ao diabetes mellitus (DM), refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabólicos de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos de secreção e/ou da ação da insulina. O DM vem aumentando e habitualmente está associada à dislipidemia, a hipertensão arterial e a disfunção endotelial (BRASIL, 2014). A prevalência de DM nos países de América Central e do Sul foi estimada em 26,4 milhões de pessoas e projetada para 40 milhões, 2030. No Brasil, dados de vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL, 2011) mostram que a prevalência de diabéticos auto referida na população acima de 18 anos aumentou de 5,3% para 5,6%, entre 2006 e 2011 (BRASIL, 2014). O DM e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise (BRASIL, 2014). Ambas apresentam fatores de riscos comuns, relacionados com hábitos de vida como alimentação, prática de atividade física e as suas consequências como a obesidade. Evidências demonstram que o bom manejo desses problemas, na



Atenção Básica evita hospitalizações, complicações ou mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (BRASIL, 2014).

A UBS Maria Espanhol da Silva localiza-se ao norte do município de Tarauacá do estado do Acre, atende uma população de 3082 pessoas, sendo uma UBS urbana com uma equipe de saúde da família, composta por um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, um dentista, um assistente dentário e cinco agentes comunitários de saúde. Cada membro da equipe cumpre com suas atribuições, mesmo existindo rotatividade alta de pessoal fundamentalmente no caso do dentista que deve atuar em outras unidades e que as vezes não dispõe do equipamento completo para poder fazer os tratamentos na nossa unidade .

A população alvo são os usuários hipertensos e diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência. O número de pessoas com 20 ou mais anos de idade é de 1720 e a estimativa de hipertensos é de 542 e são acompanhados em nossa UBS 156 (29% de cobertura). No caso dos usuários diabéticos a estimativa é de 155 e o total, com 20 anos ou mais acompanhados, é de 36 (23%). Estes usuários são aderidos ao programa de hipertensão e diabetes depois de constatar níveis elevados de pressão arterial superiores a 135/85 mmHg e glicemia em consultas ou em exame físico ou de laboratório.

Estão sendo realizadas ações de promoção em saúde com usuários portadores de Diabetes e HAS, palestras sobre hábitos alimentares. Promove-se o controle periódico de pressão arterial e a verificação da glicemia capilar, a prática de exercícios físicos, dieta saudável e a assistência a consultas.

Esta intervenção tem grande importância, pois a cobertura de atenção dos hipertensos e diabéticos é baixa. Conhece-se que o quantitativo real é maior e espera-se alcançar uma maior cobertura com a intervenção proposta. A forma de controlar estes usuários são as consultas por demanda espontânea sem considerar a existência de usuários que sofrem destas doenças de nossa área de abrangência que não estão cadastrados e conseqüentemente não controlados. O tempo e a disponibilidade de recursos materiais, assim como as responsabilidades com outras tarefas próprias do trabalho diário no âmbito da UBS são as principais dificuldades e desafios para a realização desta intervenção, mas existem vários fatores que garantem a realização da intervenção como o interesse da equipe por procurar e estender o atendimento a todos os usuários da área, assim como o desejo da equipe

de alcançar adequada qualidade e acompanhamento dos usuários e seus familiares sempre de acordo com os protocolos do SUS.

## **2.2 Objetivos e Metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Maria Espanhol da Silva, Tarauacá/AC.

### **2.2.2 Objetivos Específicos**

**Objetivo 1.** Ampliar a cobertura a hipertensão e diabetes.

**Meta 1.1.** Cadastrar 85% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

**Meta 1.2.** Cadastrar 70 % dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Objetivo 2.** Melhorar a qualidade 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.** Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Meta 6.1.** Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 6.2.** Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários diabéticos.

**Meta 6.3.** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

**Meta 6.4.** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

**Meta 6.5.** Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários diabéticos.

**Meta 6.6.** Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 6.7.** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 6.8.** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

## 2.3 Metodologia

Este trabalho é um projeto de intervenção, que será realizada em 16 semanas, tendo como local da intervenção a Unidade de Saúde Maria Espanhol da Silva no município de Tarauacá/Acre.

### 2.3.1 Detalhamento das ações

#### **Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e diabéticos**

**Meta 1.1.** Cadastrar 85 % dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

**Meta1.2.** Cadastrar 70 % dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

#### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

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

**Detalhamento:** Monitoraremos o número de hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência da unidade, onde o médico e o enfermeiro terão controle dos novos casos de hipertensos através da informação estatística resgatadas nas consultas e nas visitas domiciliar realizadas.

#### **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

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

**Detalhamento.** Realizará o controle da informação coletada nas visitas domiciliares e consultas, assim como durante as atividades educativas e pesquisas ativas destes usuários, sendo responsável o enfermeiro.

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

**Detalhamento.** A técnica em enfermagem fará o acolhimento dos usuários no âmbito da unidade com o preenchimento dos dados individuais e o aprimoramento das informações sobre as doenças que padecem, garantindo um atendimento humanizado e acolhimento adequado.

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

**Detalhamento.** Estaremos trabalhando com o material, mas conversaremos com a secretaria municipal de saúde a fim de obter materiais suficientes para a equipe.

## **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

### **Ações**

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus.
- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.
- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de diabetes.

**Detalhamento.** Realizar palestras e explicar a necessidade do controle da PA e rastreamento da Pressão arterial nos usuários portadores de DM com cifras tensionais superiores que 135/85 mmhg na unidade de saúde e na comunidade. Utilizar os meios de difusão como a rádio do município para fazer prevenção sobre os fatores de risco para Diabetes e Hipertensão. Responsáveis: Médico e enfermeiro.

## **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

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

**Detalhamento.** Será feita nas reuniões da Equipe de Saúde que devem ter um período semanal, sendo os responsáveis da sua execução o médico e o enfermeiro da unidade utilizando os Cadernos de Atenção Básica de HAS e DM.

**Ação.** Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg.

**Detalhamento** Capacitar-se-á ao pessoal técnico de enfermagem assim como os ACS na realização de hemoglicoteste em adultos com pressão arterial maior que 135/80 mmhg assim como verificação adequada da Pressão Arterial e uso da técnica do manguito. A capacitação será feita na unidade na reunião da equipe, sendo responsável o enfermeiro monitorado pelo médico, utilizando como material de apoio o Caderno Básico de HAS e Diabetes do Ministério de Saúde.

## **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.** Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.6.** Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos 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**

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

**Detalhamento.** Realizar o exame físico completo a todos os usuários hipertensos e diabéticos nas consultas pesando e medindo a altura examinando a pele e os pulsos periféricos assim como os membros, além da PA dos mesmos, segundo protocolo, realizados pelo médico e enfermeiro incluindo a pesagem e monitorando os prontuários clínicos.

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

**Detalhamento.** Garantir a realização dos exames laboratoriais solicitando aos usuários na consulta a realização dos mesmos e avaliando os resultados nas próximas consultas, pelo médico e/ou enfermeiro .

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

**Detalhamento** Garantir que os usuários tenham o cartão e prescrição de medicamentos oferecidos pelo SUS na farmácia Popular e monitorar seu uso

pelos ACS nas visitas domiciliares e avaliação posterior pelo médico e/ou enfermeiro nas consultas estabelecidas, mediante uso dos prontuários e do cartão.

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

**Detalhamento.** Realizar exame bucal nas consultas e encaminhar para avaliação odontológica a todos os usuários hipertensos e diabéticos que precisem do serviço, para avaliação posterior do dentista.

### **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

**Ação.** Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos

**Detalhamento.** A definição das atribuições será usando os protocolos do ministério e de acordo a área e experiência profissional, assim como as habilidades adquiridas na capacitação e disponibilidade de material para a realização desta atividade.

**Ação.** Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde

**Detalhamento** Aproveitando o espaço da própria UBS nas reuniões da equipe, capacitar-se-á aos profissionais com uma periodicidade de 6 meses e esta ação será de responsabilidade do médico e o enfermeiro com a guia de caderno de HAS e DM do ministério da Saúde .

**Ação.** Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais

**Detalhamento** Será realizado considerando as necessidades de aprendizagem que foram detectadas durante o cumprimento do trabalho.

**Ação.** Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde

**Detalhamento.** Será feito com a participação do gestor municipal e a cooperação da Secretaria Municipal de Saúde, quem garantirá os materiais para disponibilizar o protocolo impresso e a responsável será a coordenadora da UBS.

**Ação.** Garantir a solicitação dos exames complementares.

**Detalhamento.** Solicitar os exames laboratoriais e avaliar os resultados durante as consultas, monitorando os prontuários clínicos uma vez por mês como mínimo, pelo o médico e/ou enfermeiro.

**Ação.** Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

**Detalhamento.** Será solicitada ao gestor municipal a necessidade de garantir material e pessoal suficiente para satisfazer a demanda de usuários para realizar os exames complementares e a responsável será a coordenadora da UBS.

**Ação.** Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

**Detalhamento.** Será solicitada a atualização dos medicamentos pelo farmacêutico da farmácia popular mediante informe escrito da disponibilidade e a validade destes os responsáveis serão a coordenadora da UBS, o médico e o enfermeiro.

**Ação.** Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Detalhamento.** O registro será realizado considerando o número de hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência da unidade e os registros de informação estatística será feito com uma periodicidade mensal e o responsável será o enfermeiro e a coordenadora da UBS.

**Ação.** Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

**Detalhamento.** Organizaremos a agenda de saúde bucal para a realização do atendimento dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico serão feito com uma periodicidade mensal o responsável será o dentista.

## **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

### **Ações**

- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e da diabetes sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e da diabetes sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares, quanto a periodicidade com que devem ser realizados 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.** Estas ações serão feitas no âmbito da consulta e em palestras públicas de saúde que serão nas igrejas, nas ruas em reuniões de vizinhos organizadas pelos próprios vizinhos, serão feitas pelo médico ou o enfermeiro com uma periodicidade que pode ser uma vez ao ano para estes ou outros fins. Será disponibilizada informação ou material impresso para divulgar informação que será garantido por a Secretaria Municipal de Saúde. Ademais se pôde dispor dos médios de divulgação como a radio local ou o jornal municipal.

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

#### **Ação. Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão**

**Detalhamento:** Com o apoio dos protocolos será realizada a atualização individual na unidade de saúde do médico e enfermeiro no tratamento da hipertensão de forma sistemática utilizando as bibliografias fornecidas pelo SUS como os Cadernos Básicos de HAS e DM e por elas disponibilizadas. Responsáveis: Médico e Enfermeiro. Frequência: Semanal.

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

**Detalhamento.** A equipe de saúde será capacitada para conhecer as alternativas para acessar aos medicamentos na Farmácia Popular nas reuniões da equipe de saúde incluindo as Recepcionistas. A capacitação será semanal.

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

**Detalhamento.** A equipe será capacitada na avaliação das necessidades de atendimento odontológicos nos diabéticos, atividade que deve ser feita pelo médico, enfermeiro e dentista na unidade de saúde, nas reuniões da equipe, uma vez por semana. O responsável será o Dentista

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

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

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

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

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

**Detalhamento.** Será feito nas reuniões da equipe com a supervisão dos registros de consultas e segundo o estabelecido nos protocolos. Responsável: Médico/Enfermeiro.

### **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

**Ação. Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos:** No âmbito da reunião da equipe se planejara visitas domiciliares pelos agentes comunitários para buscar usuários faltosos com uma periodicidade semanal e ficara ao frente desta atividade o enfermeiro.

**Ação.** Organizar a agenda para acolher os hipertensos e os diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

**Detalhamento.** Serão consideradas a idade e doenças associadas e os valores das pesquisas da pressão arterial e os hemoglicotestes, assim como fatores de risco para saúde, como obesidade sedentarismo hábito de fumar. Será realizado com uma periodicidade semanal e o responsável será o médico e o enfermeiro.

### **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

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

**Detalhamento** Colocar no quadro de avisos os horários de atendimento médico e de enfermagem, assim como a importância da realização das consultas, atividade que deve ser orientada por a Coordenadora da UBS e será feito pelos ACS ou recepcionista.

**Ação.** Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e dos portadores de diabetes.

**Detalhamento.** Realizar reunião com o conselho de moradores para ouvir possíveis estratégias que facilitem o acesso dos usuários as consultas estabelecidas na procura de soluções factíveis para ambas as partes atividade que pode ser feita por a Coordenadora da UBS ou médico ou enfermeira ou qualquer membro da equipe designado para cumprir a tarefa.

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

**Detalhamento.** Informar aos usuários nas consultas e visitas domiciliares sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas e programar as mesmas. Incluir no Projeto aqueles usuários faltosos que chegam a consultas uma vez resgatadas nas visitas domiciliares feitas por a equipe de saúde e programar o retorno.

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

**Ação.** Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e dos diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

**Detalhamento.** Será feita no âmbito da UBS aproveitando o espaço das reuniões da equipe e o responsável pode ser o médico ou o enfermeiro.

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

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

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

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

**Ação.** Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e de diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

**Detalhamento.** Monitorar, preencher e atualizar as ficha de acompanhamento dos hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde , semanalmente e nas consultas programadas por enfermeiro e o médico .

### **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

**Ação.** Manter as informações do SIAB atualizadas.

**Detalhamento.** As informações do SIAB serão atualizadas diariamente uma vez terminadas o horário de atendimento na unidade de saúde. Os responsáveis serão o Médico e Enfermeiro.

**Ação.** Implantar a ficha de acompanhamento.

**Detalhamento** Utilizar a ficha de acompanhamento na primeira consulta realizado aos usuários hipertensos e diabéticos que devem ser monitoradas sistematicamente para avaliar a qualidade do atendimento médico e a forma de acompanhamento que

se precisa levar segundo as necessidades dos usuários. Os responsáveis serão o Médico e Enfermeiro.

**Ação.** Pactuar com a equipe o registro das informações

**Detalhamento** A equipe de saúde deve procurar a pesquisa diária de novos casos para acrescentar o número de usuários que precisa atendimento e estratificar. Avaliar aqueles usuários que precisem prioridades de atendimento e conduta que deve realiza-se no acompanhamento domiciliar. Manter coleta de forma rotineira de informações.

**Ação.** Definir responsável pelo monitoramento dos registros

**Detalhamento.** Os registros serão monitorados pelo médico e o enfermeiro da unidade quinzenalmente e avaliados nas reuniões da equipe.

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

**Detalhamento.** Utilizar ficha para acompanhamento na primeira consulta realizado ao usuário hipertenso e diabético que deve ser monitorada sistematicamente para avaliar a qualidade do atendimento médico e a forma de acompanhamento. As fichas dos usuários de alto risco, serão identificados através do uso de pastas especiais para poder rapidamente ser localizados pelos profissionais. Os responsáveis serão o Médico e Enfermeiro. Pactuar com a equipe o registro das informações. A equipe de saúde deve fazer pesquisa diária de novos casos para detectar o número de usuários que precisa atendimento.

## **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

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

**Detalhamento.** Informar os usuários para que possam conhecer seus direitos em relação à manutenção dos registros de saúde e acesso a outras vias de atendimento se necessário. Realizar palestras onde se explique os direitos do usuário, assim como explicar os mesmos nas visitas domiciliares e consultas médicas. Os responsáveis serão o médico e enfermeiro.

## **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

**Ação.**

- Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e do diabético.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

**Detalhamento.** A capacitação da equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento dos usuários diabéticos e hipertensos e dos procedimentos clínicos em todas as consultas é responsabilidade do médico e enfermeiro da unidade e deve ser monitorada sistematicamente no início e fim dos atendimentos diários consultas médicas assim como visitas domiciliares.

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

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

**Meta5.2.** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

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

**Detalhamento.** Será feito o monitoramento pelo médico durante a consulta após preenchimento dos prontuários.

**ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

**Ação.** Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

**Detalhamento** Estabelecer-se-á triagem destes usuários para garantir que estes tenham o atendimento oportuno. Esta ação será feita pelo enfermeiro ou os técnicos de enfermagem.

**Ação.** Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

**Detalhamento** Este será feito pela secretaria considerando a demanda desse dia na UBS.

**ENGAJAMENTO PÚBLICO**

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

**Detalhamento.** A atividade que será feita nas visitas domiciliares e consultas programadas. Responsáveis: Médico e o Enfermeiro.

**Ação.** Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis.

**Detalhamento.** Será promovida pelos meios de difusão massiva, as palestras desenvolvidas na Unidade de Saúde, nas visitas domiciliares e consultas assim como nas reuniões feitas com os vizinhos. Responsável a Equipe de Saúde.

### **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

#### **Ação.**

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.
- 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.** As capacitações serão nas reuniões da equipe semanalmente utilizando os Cadernos Básicos de HAS e DM pelo médico.

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

**Meta 6.1.** Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta6. 2.** Garantir avaliação odontológica a 100% dos usuários diabéticos.

**Meta6. 3.** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

**Meta 6.4.** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

**Meta6. 5.** Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários diabéticos.

**Meta 6.6.** Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 6.7.** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

**Meta 6.8.** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

### **MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

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

**Detalhamento.**As orientações nutricionais aos usuários hipertensos e diabéticos serão feitas nas visitas domiciliares, nas consultas médicas e de enfermagem. Todos os dados serão incluídos na ficha específica, na qual serão registrados os dados gerais dos usuários por micro áreas contendo os exames realizados, classificação de risco cardiovascular, a data de consulta além da próxima programação a ser realizada da mesma. Vamos coletar também dados de novos casos encontrados na área de abrangência da UBS e estes serão cadastrados e incluídos no projeto. O monitoramento e avaliação serão realizados pela enfermeira, uma vez por semana e serão registrados digitalmente.

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

**Detalhamento.** O monitoramento será através de registro dos usuários hipertensos e diabéticos em livro específico, onde será avaliado pelo médico e enfermeiro da unidade onde incluem todos os dados gerais dos usuários por micro áreas. Responsável Médico e enfermeiro.

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

**Detalhamento.** Todas as atividades de promoção e orientação sobre os riscos de tabagismo serão feitas nas consultas e nas visitas domiciliares e serão registradas nas fichas pelos profissionais. O monitoramento será feito pelo médico e enfermeiro uma vez por semana, durante as consultas e atividades coletivas.

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

**Detalhamento.** As atividades realizadas na orientação sobre higiene bucal aos pacientes Hipertensos e Diabéticos serão monitoradas levando uma ficha de controle específico destas informações, nos prontuários dos pacientes, sendo esse monitoramento realizado pela equipe de Saúde e a Equipe de Saúde Bucal.

## **ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

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

**Detalhamento:** Serão formados grupos de pacientes Hipertensos e Diabéticos onde se fomentará as práticas coletivas de exercícios físicos (alongamentos) e caminhada na quadra sintética ao lado da UBS. Já as palestras são diárias e uma

vez por mês um café com os Hipertensos e Diabéticos com realizações de exames capilares e aferição de PA na cantina da unidade. Os grupos serão realizados uma vez por mês, reorganizaremos os atendimentos para poder ter uma hora e meia livre e poder realizar as atividades. Responsável Equipe de Saúde.

**Ação.** Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas e educadores físicos nesta atividade.

**Detalhamento.** Incentivar a prática de exercícios físicos com a participação do gestor público na habilitação de espaço publica com condições adequadas para trabalhar com o grupo específico. Responsável: Médico, enfermeiro.

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

**Detalhamento.** Fazer um projeto sobre abandono do tabagismo para motivar a participação do gestor na compra de medicamentos para o tratamento do "abandono do tabagismo".

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

**Detalhamento.** A partir do uso da ficha clinica, poderemos criar um "roteiro" de atendimento para poder reorganizar o tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual. Responsável Médico e enfermeiro.

## **ENGAJAMENTO PÚBLICO**

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

**Detalhamento.** Orientar de forma individual nas consultas e/ou visitas domiciliares sobre a importância da alimentação saudável, no espaço da consulta.

**Ação.**

- Orientar hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
- Orientar os hipertensos tabagistas e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.
- Orientar os hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

**Detalhamento** Oferecer informações em palestras e conversas na UBS Médico ou em espaços públicos com o fim de fomentar a promoção de atividades físicas. Responsáveis: Médico e Enfermeiro.



Orientar no âmbito da consulta e nos espaços públicos como igrejas para divulgar os prejuízos para a saúde do hábito de fumar e a existência de tratamento para o abandono do tabagismo. O responsável será o médico e enfermeiro.

Utilizar os meios de divulgação da informação disponíveis no município para realizar promoção em saúde sobre hábitos alimentares saudáveis e sobre a importância da higiene bucal. Responsável a Equipe de Saúde.

## **QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA**

### **Ação.**

- 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 da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
- Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.
- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

### **Detalhamento**

Solicitar ao gestor municipal, a capacitação sobre o programa de tabagismo e do tratamento para desenvolver o “abandono do tabagismo” para o médico e o enfermeiro. Responsável. Coordenadora da UBS.

Capacitar a equipe sobre prática de alimentação saudável, prática de atividades físicas, tratamento de usuários tabagistas e para oferecer orientações sobre higiene bucal e as metodologias de educação em saúde segundo corresponda nas diferentes reuniões feitas pela equipe e são responsáveis o médico, enfermeiro e dentista.

### **2.3.2 Indicadores**

**Objetivo 1.** Ampliar a cobertura a hipertensão e diabetes.

**Meta 1.1.** Cadastrar 85% dos usuários hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

**Meta 1.2.** Cadastrar 70% dos usuários diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Objetivo 1.** Ampliar a cobertura a hipertensão e diabetes.

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

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

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

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

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

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

**Numerador:** Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

**Numerador:** Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Denominador:** Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de Medicamentos.

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

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

**Indicador 2.6.** Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia.

Popular/Hiperdia priorizada.

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

**Denominador:** Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Indicador 5.1.** Proporções de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Numerador:** Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre

higiene bucal.

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

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

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

**Indicador 6.8.** Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

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

### 2.3.3. Logística

Para realizar a intervenção no programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus vamos adotar o Manual Técnico de Atenção Básica, "Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus", cadernos 37 (BRASIL, 2013) e 36 (BRASIL, 2013) respectivamente, do Ministério da Saúde, 2013. Utilizaremos as fichas espelhos de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus disponíveis pelo curso, sendo que o médico e o enfermeiro elaborarão uma ficha complementar. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Estimamos alcançar com a intervenção 85% de hipertensos e 70% diabéticos. Faremos contato com o gestor municipal para dispor das fichas espelho necessárias e para imprimir as fichas complementares que serão anexadas às fichas espelho, assim como reagentes para a realização de exames complementares nos usuários hipertensos e diabéticos, habilitação de horários para manter informada a população sobre o trabalho nas duas seções de todo o pessoal, material ao gestor municipal como papel, canetas lápis e de local para a capacitação do pessoal.

O projeto será apresentado a equipe de saúde pelo médico em reunião na UBS na primeira semana do projeto onde será planejadas as atividades a ser desenvolvidas para realizar todas as ações. Para a intervenção e realização de nosso trabalho é muito importante a capacitação de toda a equipe de saúde tendo em conta o Manual Técnico de Atenção Básica Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde 2001, a capacitação será feita na unidade de saúde, cada quinze dias com uma duração de 2 horas, que algumas vezes vai



acoincidir com a reunião mensal, sendo os responsáveis de atividade o médico ou o enfermeiro, fazendo um cronograma onde cada membro estudara uma parte sendo depois exposta para toda a equipe, estabelecendo um sistema onde discutam-se os temas para fortificar os conhecimentos da equipe de saúde para conseguir um melhor trabalho e cumprir os objetivos propostos .

A equipe será capacitada para realizar o preenchimento adequado de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e do diabético e para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas. Assim como para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

A equipe será capacitada quanto a importância a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, sobre práticas de alimentação saudável, sobre metodologias de educação em saúde, sobre a promoção da prática de atividade física regular, para o tratamento de usuários tabagistas, para oferecer orientações de higiene bucal.

Para organizar o registro específico do programa, o enfermeiro revisará o livro de registro identificando todos os hipertensos e diabéticos que venham ao serviço para consultas nos últimos 3 meses. O Profissional localizará os prontuários destes usuários e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho, ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso e vacinas em atraso.

Consideraremos o número de hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência da unidade, o médico e o enfermeiro levaram controle dos novos casos de hipertensos através da informação estatística recopilada nas consultas e nas visitas domiciliar feitas. Será monitorada a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos, e diabéticos assim como o número destes usuários com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde este se ara a traves do controle dos prontuários e com a qualidade da atividade feita na consulta pelopróprio médico e o enfermeiro.

O acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia se controlará assim como os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico e o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia). Será feito nas reuniões da equipe com a supervisão de os

registros de consultas e segam o estabelecido nos protocolos. A qualidade dos registros de hipertensos e de diabéticos acompanhados na unidade de saúde. Será feita periodicamente. A realização de orientação nutricional assim como a orientação para atividade física regular e os riscos do tabagismo e a de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos. Será feita pelo enfermeiro ou o médico da UBS.

Para o monitoramento destas ações o médico e o enfermeiro realiza uma revisão na reunião mensal da ficha espelho para identificar os hipertensos e diabéticos que não tenham feito as consultas, solicitação dos exames laboratoriais previstos no protocolo, vacinação, realização de consulta odontológico. O Registro de todos os acompanhamentos dos hipertensos e diabéticos, realização de orientação nutricional, orientações sobre os riscos do tabagismo e do consumo de álcool e drogas.

Os agentes comunitários realizarão visitas semanais em busca de hipertensos e diabéticos faltosos com atraso nas consultas de acordo o protocolo de saúde e busca dos hipertensos e diabéticos que não tiveram cadastramento na unidade de saúde, com o retorno organizado, tendo uma estimativa aproximada de 19 hipertensos e 4 diabéticos semanais agendados, consultas todos os dias nos dois turnos de trabalho e considerando o horário mais conveniente para que os hipertensos e diabéticos possam acudir. Estas informações serão coletadas nas planilhas pelo médico e o enfermeiro para monitorar os registros, e o médico na reunião mensal com a equipe de saúde realizará um relatório dos indicadores alcançados e das dificuldades encontradas para cumprir os indicadores propostos.

Garantiremos o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa, melhorando o acolhimento para os usuários portadores de HAS e diabetes. Controlaremos a informação coletada nos prontuários e nos modelos estatísticos, garantindo o material adequado para a aferição da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e para a realização do hemoglicoteste na unidade de saúde. Atualmente, estamos trabalhando com o material da UBS, mas estão sendo realizadas as coordenações com a secretaria de saúde procurando mais materiais para a equipe.

Os profissionais serão capacitados para isso de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. Aproveitando o espaço da própria UBS, estabelecendo uma periodicidade para atualização dos profissionais considerando

as necessidades de aprendizagem que foram detectadas durante o cumprimento do trabalho.

Contaremos com a versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde com apoio da secretaria de saúde municipal. Será garantida a solicitação dos exames complementares, sempre que necessário, sendo responsável desta atividade o médico. O gestor municipal garantirá agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo, com a coordenação, através da secretaria de saúde municipal.

Realizar-se-á o controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos reclamando a atualização por meio do farmacêutico da farmácia popular reclamando o informe escrito da disponibilidade e a validade destes.

Manteremos um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Será realizado considerando o Número de hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência da unidade e informação estatística. Serão avaliadas as necessidades de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos, as visitas domiciliares, busca dos faltosos, acolhimento dos hipertensos e os diabéticos provenientes das buscas domiciliares, para assim garantir o acesso e o controle adequado destes e incluí-los no programa mantendo as informações do SIAB atualizadas.

Será implantada a ficha de acompanhamento. Para poder ter mais informação que reflita a qualidade do atendimento, a equipe levará um registro de todas as informações e as atividades feitas por todos os membros participantes do projeto. Os registros serão monitorados pela coordenadora da unidade. Será organizado um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso de consultas ou na realização de exames complementares e a não estratificação do risco e ao estado de compensação da doença.

Será priorizado o atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos para garantir que estes tenham o atendimento oportuno. O atendimento desta demanda será agendado pela secretaria.

Serão feitas palestras sobre alimentação saudável e para orientação de prática de atividade física. Demandaremos do gestor parcerias institucionais para incluir nutricionistas e educadores físicos nesta atividade, assim como a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo" com a colaboração da secretaria de saúde.

O tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual será feito de acordo a demanda de cada dia e ao critério e as doenças do usuário.

Serão determinadas as atribuições de todos os membros de equipe de saúde de nossa unidade de acordo ao protocolo, os agentes comunitários realizaram todos os dias cadastramento aos hipertensos e diabéticos da área de cobertura da unidade de saúde assim como organização das visitas domiciliares para busca de hipertensos e diabéticos faltosa.

Será feito o adequado acolhimento do usuário por todo o profissional principalmente, a técnica de enfermagem é a carregada de classificar o usuário segundo a suas doenças realizando controle da PA, medidas antropométricas e controle da temperatura, preenchendo todos os dados do usuário e procurando um atendimento humano e com qualidade. Ação que será feita na unidade após capacitação do pessoal pelo médico e enfermeiro.

Propiciar exame físico completo a todos os usuários hipertensos e diabéticos nas consultas estabelecidas segundo o Caderno Básico de HAS e DM por o médico e enfermeira incluindo a pesagem exames dos pés e a Verificação dos pulsos monitorando nos prontuários clínicos, ação que deve ser feita diariamente ou cada vez que se tenha agendadas as consultas para usuários portadores de ambas as doenças.

O médico e o enfermeiro serão responsáveis da solicitação de exames de acordo com o protocolo, para isso se revisaram as fichas dos hipertensos e diabéticos mensalmente na unidade de saúde, além disso, o médico e o enfermeiro nas consultas realizará uma identificação na ficha de acompanhamento aos hipertensos e diabéticos de alto risco para fazer um melhor seguimento.

O médico é o responsável de encaminhar aos hipertensos e diabéticos de alto risco e com outras doenças associadas para serviços especializados e de organizar tempo médio de consultas para garantir orientações em nível individual, em todas as consultas programadas e também de organizar o tempo para garantir a consulta odontológica e garantir com o gestor o fornecimento do material necessário para o atendimento odontológico e para mensuração da pressão e da glicose.

O enfermeiro é o responsável pelo sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, atraso na

realização de exame complementar, falta de realização de estratificação de risco, implantar ficha-espelho dos hipertensos e diabéticos.

A equipe de saúde é responsável na promoção da alimentação saudável para a hipertensos e diabéticos, realização de orientações em relação ao combate ao tabagismo, estabelecendo o papel de cada um e de sua realização em cada encontro com os hipertensos e diabéticos já seja em consultas ou nas visitas domiciliares.

O Secretario de saúde no Município será responsável de garantir acesso facilitado a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo". Demandar parcerias institucionais para envolver nutricionistas e educadores físicos nesta atividade. Garantir agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. O farmacêutico regularizará o estoque da farmácia popular mediante pedido escrito da disponibilidade e a validade destes. Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

A comunidade será informada sobre a existência do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus da unidade de saúde orientando sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de diabetes ou hipertensão assim quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Os usuários e a comunidade serão orientados quanto a necessidade de realização de exames complementares e a periodicidade com que devem ser realizados também sobre o direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso a comunidade será informada sobre a importância de realização das consultas.

Serão ouvidas estratégias da comunidade para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e dos portadores de diabetes informar-se à a comunidade e os portadores de hipertensão e diabetes a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Os usuários serão orientados quanto ao nível de risco e à importância do acompanhamento regular estabelecendo a importância para o conhecimento por

parte dos usuários e a comunidade do adequado controle de fatores de risco modificáveis.

Serão orientados os usuários e familiares sobre a importância da alimentação saudável, prática de atividade física regular e a existência de tratamento para abandonar o tabagismo, assim como correta higiene bucal.

Para sensibilizar a comunidade, sobre todas as ações de orientações e esclarecimento, o médico ou enfermeiro dará capacitações à equipe de saúde nas reuniões mensais sobre o desenvolvimento das ações.

A equipe de saúde fará contato com os moradores e com os representantes da comunidade na igreja da área de abrangência, na UBS e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da realização do controle aos hipertensos e diabéticos em consultas e nas casas.

Solicitaremos o apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação de hipertensos, diabéticos e seus familiares, para que a comunidade tenha conhecimento da necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

Os ACS serão capacitados para o cadastramento de hipertensos e de diabéticos e para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

A equipe será capacitada para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia assim como para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e dos diabéticos. Os ACS serão capacitados para a orientação de hipertensos e dos diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Os usuários e a comunidade serão orientados sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

No caso dos exames clínicos serão feitos nas consultas controle da pressão exame dos pulsos periféricos assim como verificar peso altura e avaliação de risco cardiovascular pelo médico e o enfermeiro e nas casas de aqueles usuários acamados que não possam se trasladar para a UBS e que sofra de hipertensão arterial o exame será tendo em conta os critérios dos protocolos e sem descuidar nenhum detalhe importante. Os exames complementares serão indicados a todos os usuários em consultas para que sejam feitos no hospital, para esse será coordenado

com o gestor municipal para que garantisse os reativos necessários no hospital para assumir a nova demanda que se adiciona a lá já existente. Para garantir atendimento dos usuários em saúde bucal a equipe será capacitada para promover alimentação saudável, oferecer orientação sobre higiene bucal.

Será realizado exame bucal nas consultas médicas e de enfermagem e encaminhar para avaliação odontológica todos aqueles usuários hipertensos e diabéticos que o precisem de atendimento odontológico e que possa ser avaliadas posteriormente as fichas odontológicas pelo dentista, médico e/ou enfermeira sendo os responsáveis da sua execução e monitoramento.









### **3 Relatório da Intervenção**

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

Durante a execução da intervenção foram desenvolvidas as diferentes ações propostas como a apresentação do projeto a minha equipe de saúde da UBS .Foram realizadas em 100% as seguintes ações: apresentação do projeto a equipe de saúde da UBS, capacitação aos ACS para cadastramento de hipertensos e de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde, capacitação a equipe no preenchimento de todos os registros necessário , capacitação a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial e para realização de hemoglicoteste, estabelecimento do papel de todos os profissionais na ação programática, informar a comunidade sobre a existência do programa de atenção á hipertensão arterial e diabetes mellitus da unidade de saúde , cadastramento dos hipertensos e diabéticos da área, capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde, monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no programa de atenção á hipertensão arterial e diabetes mellitus da unidade de saúde, organizar arquivo para acomodar os resultados dos exames, realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos, visitas domiciliares para buscar os faltosos, realização de orientação sobre nutricional, atividade física regular, riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos .

Infelizmente não conseguimos garantir todo o Material adequado para a aferição da pressão arterial e para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde, e a instabilidade de fitas reativas para a verificação da glicemia. Devido à falta desses materiais não conseguimos realizar esses exames a todos os usuários diabéticos. No caso da PA só tínhamos um único aparelho que não podia ser retirado da UBS para levar para a área, dessa forma tivemos um resultado um pouco baixo. Essas ações foram desenvolvidas parcialmente por

não dispor de material suficiente. O fato de nem todos os funcionários participantes do projeto dispor das ferramentas necessárias para verificar esses dois parâmetros dificultou o alcance de algumas metas e a realização de algumas ações como: palestras acompanhadas de exames para Diabetes, café com os Hipertensos e Diabéticos, pois nem sempre a secretaria municipal de saúde tinha alimentos e frutas para disponibilizar para esses eventos. Então tínhamos que custear de nossos próprios recursos pessoais. No caso das necessidades de atendimento odontológico o fato de não dispor do dentista de forma permanente determinou o resultado final.

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

Felizmente, todas as ações previstas no projeto foram desenvolvidas, apesar de termos enfrentados várias dificuldades.

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

Não houve dificuldade na coleta e sistematização de dados relativos a intervenção fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculo de indicadores .

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

A incorporação das ações previstas no projeto a rotina do serviço fez que o trabalho com os usuários hipertensos e diabéticos fosse de acordo ao protocolo e mobilizou o pessoal da equipe na rotina do atendimento destes usuários, graças à motivação dos usuários e seus familiares no cuidado e manutenção da saúde.

A intervenção foi incorporada na rotina, pois foi demonstrado com ela que a qualidade do atendimento aos usuários Hipertensos e Diabéticos aumentou, assim como a satisfação dos usuários e facilitou-se o trabalho da equipe de saúde.

Procuraremos insistir com o gestor municipal que os materiais adequados sejam garantidos, assim como os reagentes e os remédios para que o programa se mantenha e se estenda a outras UBS do município.

Para incorporar a intervenção na rotina de trabalho também ,continuaremos realizando as atividades educativas na população e nos

profissionais da UBS, para manter motivados e conscientes a todos os envolvidos da importância de manter a rotina de trabalho .

## **4 Avaliação da Intervenção**

### **4.1 Resultados**

A Intervenção ocorreu em 12 semanas e tratou da melhoria da atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos. Segundo o caderno de ações programáticas, na Área adstrita à UBS Maria Espanhol da Silva onde existem uma estimativa de 542usuários hipertensos e 155 usuários diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área de cobertura da unidade. Essa estimativa foi usada como parte da análise situacional. A diminuição do tempo da intervenção acarretou uma diminuição da cobertura.

Na intervenção foi usada a estimativa da planilha de coleta de dados, a qual usa as estimativas geradas pela pesquisa por inquérito telefônico, VIGITEL, 2011. Segundo a Planilha de coleta de dados, a estimativa de hipertensos residentes na área é de 429 e de usuários diabéticos de 116 (VIGITEL, 2011).

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

**Meta 1.1.** Cadastrar 85% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

De um total estimado de 469 usuários hipertensos residentes na área, ao longo da intervenção, observa-se que o número total de hipertensos com 20 anos área cadastrados na UBS foi de 40 usuários no primeiro mês ( 8,5%), 74 no segundo mês que representa 15,8% e 164 no terceiro mês ( 35%) de um o número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de saúde, não atingindo a meta proposta(Figura 1).

A cobertura dos usuários hipertensos que ao começo da intervenção foi baixa e motivou a realização do trabalho não se comporto ao longo dos três meses como planejado, devido a não disporno inicio da intervenção dos materiais necessários para que todos os envolvidos na intervenção pudessem fazer as atividades programadas. Outro fator determinante para esses resultados foia instabilidade do pessoal na UBS, pois foi afetada em determinados intervalos de tempo, o qual motivou que a meta fosse também afetada significativamente. Assim por exemplo, o médico teve que se ausentar de sua unidade para cobrir outras UBS, as férias do enfermeiro que foram no meio do projeto, além do dentista trabalhar somente meio período e as vezes ter que também ter que trabalhar em outras UBS.

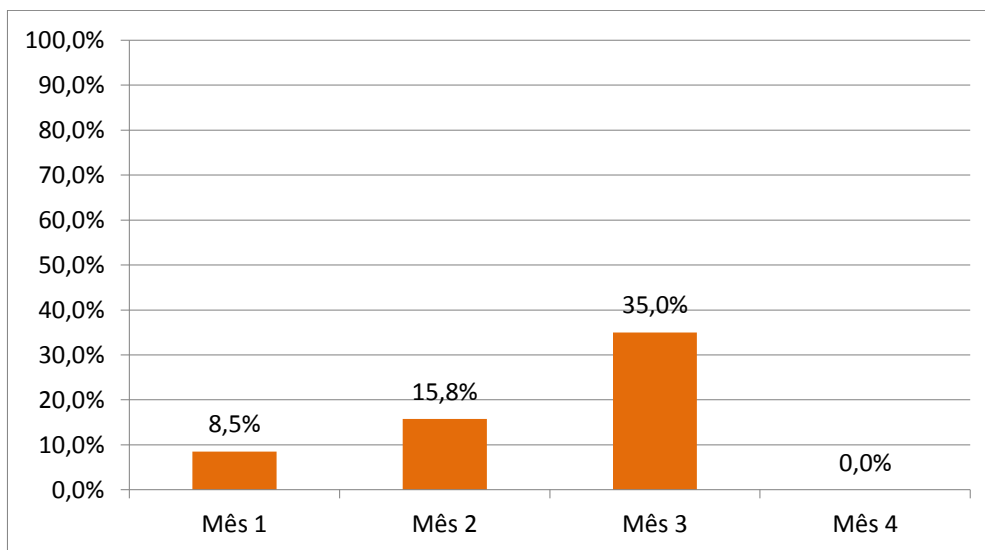


Figura 1 Gráfico da cobertura do programa de atenção ao usuário portador de hipertensão na UBS Maria Espanhol da Silva, Tarauacá AC (Fonte: planilha de coleta de dados).

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

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

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

De um total de 116 usuários com diabetes estimados com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de saúde, ao longo da intervenção, observa-se que o número de diabéticos com 20 anos ou mais

residentes na área cadastrados na UBS foi de 11 no primeiro mês para um 9,5%,22 no segundo mês (19%) e 50 no terceiro mês representando 43,1% ,não atingindo a meta proposta. A figura 2 representa a evolução do indicador mensalmente.

No caso dos usuários diabéticos, a meta proposta não foi alcançada fundamentalmente por não dispormos de fitas reagentes,assim como devido à instabilidade no hospital em relação aos materiais para fazer os exames laboratoriais, que limitou as pesquisas de novos casos e determinou uma queda referente a meta estabelecida. A estabilidade nos materiais não foi constante durante a intervenção e também não foi suficiente.

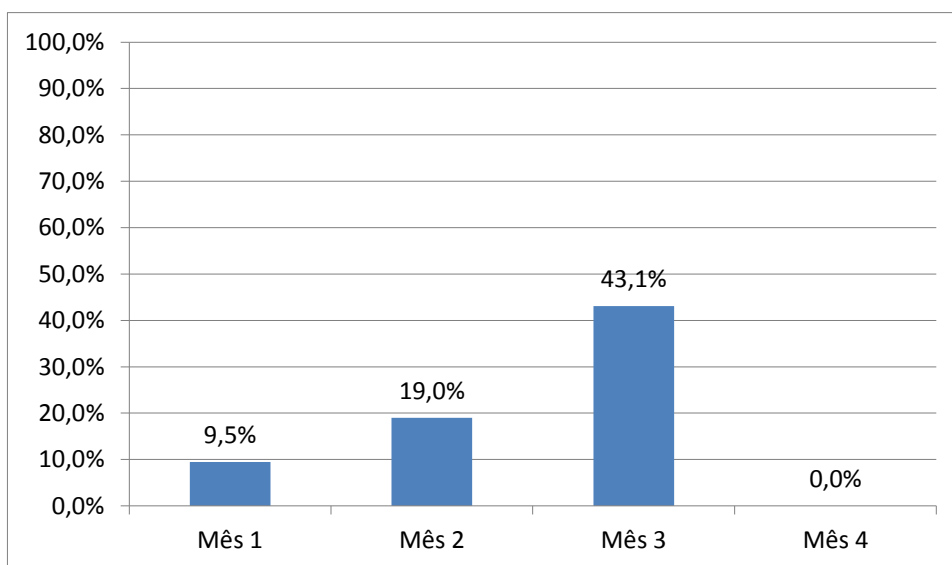


Figura 2. Gráfico da cobertura do programa de atenção ao usuário portador de diabetes na UBS Maria Espanhol da Silva, Tarauacá AC (Fonte: planilha de coleta de dados).

**Objetivo 2.** Melhorar a qualidade de atenção de hipertensos e diabéticos

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

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

Durante o primeiro mês, de 40 hipertensos, 23 iniciaram com o exame clínico em dia representando 57,5%. No segundo mês,24 hipertensos (32,4%) de um total de 74 com o exame clínico em dia. No terceiro mês, de 164



hipertensos cadastrados, 164 estavam com exame clínico em dia representando 100%.podemos observar o indicador mês a mês, na figura 3.

Quando a intervenção iniciou não tivemos o material suficiente para que todos os funcionários realizem a aferição da pressão e fazer o teste de glicemia então tivemos problemas nos dois primeiros meses em relação aos exames complementares em dia especialmente no segundo mês. Após termos mais alguns instrumentos e material reagente necessário, e fazer atividades na comunidade para informar sobre a importância da realização do exame clínico em dia, tivemos uma melhora.

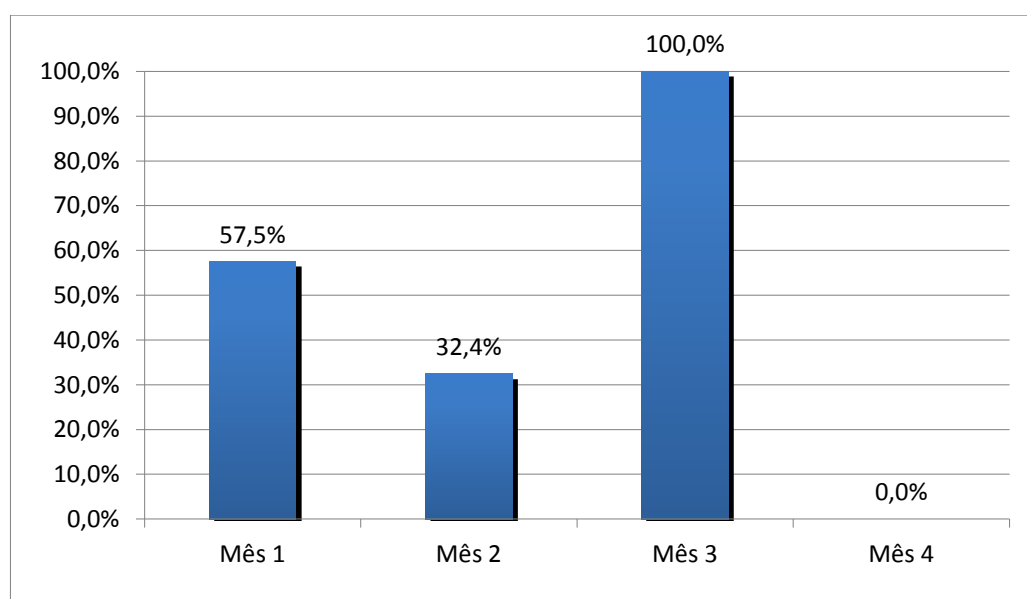


Figura 3. Gráfico da proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, UBS Maria Espanhol da Silva, município de Tarauacá AC (Fonte : Planilha de coleta de dados ).

**Objetivo 2.**Melhorar a qualidade de atenção de hipertensos e diabéticos

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

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

Durante o primeiro mês, de 11 diabéticos, 8 iniciaram com o exame clínico em dia representando 72,7%. No segundo mês de 22diabéticos(40,9%) de um total de 9 com o exame clínico em dia. Após fazer atividades na comunidade e informar sobre a importância da realização do exame clínico em dia, tivemos uma melhora. Sendo assim, de 50 diabéticos cadastradas, 50estavam com exame clínico em dia representando 100%, não atingindo a

meta proposta de 100%. Na figura 4 podemos observar a evolução do indicador.

Tivemos problemas nos dois primeiros meses em relação aos exames complementares que estiveram em falta especialmente no segundo mês. Com meus próprios recursos comprei fitas reativas nas farmácias particulares do município para os usuários que não podiam comprar ou fazer o exame em um laboratório particular que temos na cidade, esta alternativa foi transitória, pois a secretaria de saúde se responsabilizou por garantir a permanência desses materiais ou suprir com outras alternativas (convenio dos exames em laboratórios particulares). Já aqueles que tinham mais recursos financeiros e que podiam realizar esses exames em entidades particulares, solicitava o exame e eles conseguiam realizá-los em dia. Essa foi a forma que encontrei para não parara intervenção pois tivemos dificuldades em relação aos materiais disponibilizados pela secretaria municipal de saúde do município. No entanto, todos os usuários com diabetes foram examinados segundo o estabelecido no protocolo, ação que se realizava de forma superficial e hoje ficou como rotina do serviço. No exame, priorizamos o exame dos membros inferiores na procura de úlcera e perda da sensibilidade na prevenção do pé diabético. Foram realizadas palestras onde foram convidados os usuários e seus familiares para informar sobre a procura de sinais de agravos ou complicações da doença, e aprender a conviver com a doença.

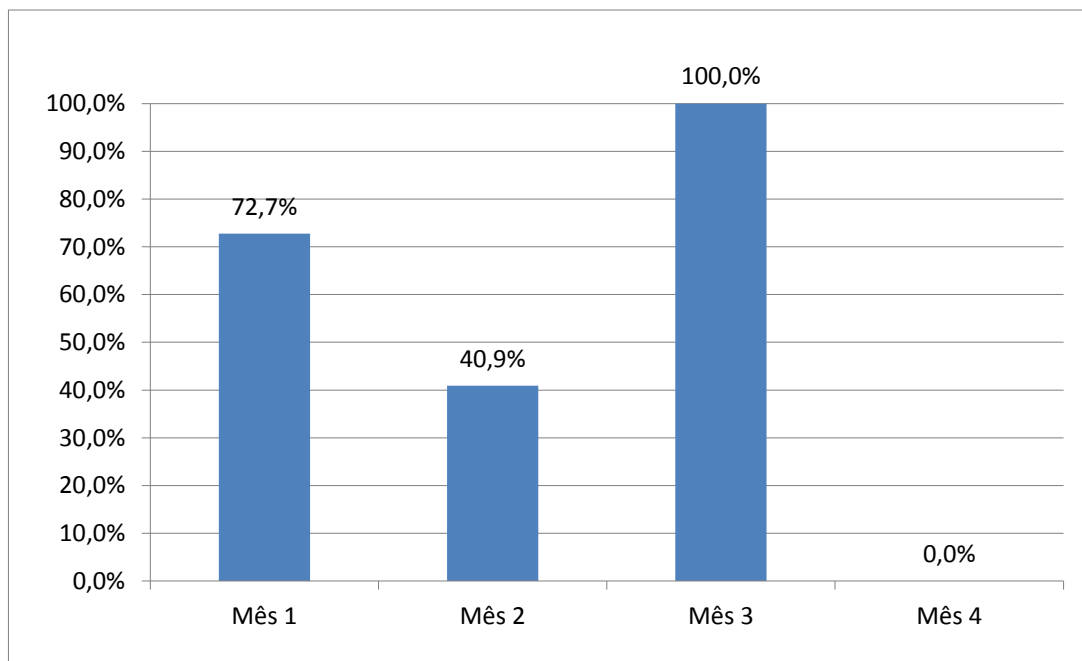


Figura 4. Gráfico da proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, UBS Maria Espanhol da Silva, município de Tarauacá AC (Fonte : Planilha de coleta de dados .

**Objetivo 2.** Melhorar a qualidade de atenção de hipertensos e diabéticos

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

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

Ao iniciar a intervenção, a proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo no primeiro mês foi de 7 de 40 hipertensos cadastrados residentes na área e acompanhados na UBS para 17,5%, no segundo mês foram 8 hipertensos com os exames complementares em dia de 74 hipertensos cadastrados residentes na área e acompanhados na UBS para 10,8% e no terceiro mês foi de 8 hipertensos com exames complementares em dia de 164 hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS para 4,9% , não atingindo a meta proposta de 100% . A avaliação do indicador pode ser observada na figura 5.

Nós consideramos que a cobertura alcançada não foi adequada devido ao fato que no município existiu a falta de material no hospital para realizar os exames complementares dos usuários durante esse período. Todos os usuários ao sair das consultas tinham indicados os exames complementares e na medida das possibilidades se recomendava fazer os exames inclusive em

outros lugares da escolha deles, tendo em conta as limitações na estabilidade dos materiais para fazer exames no único hospital que disponibiliza o município. Continuamos insistindo ainda hoje com a gestão municipal para garantir estabilidade deste serviço .

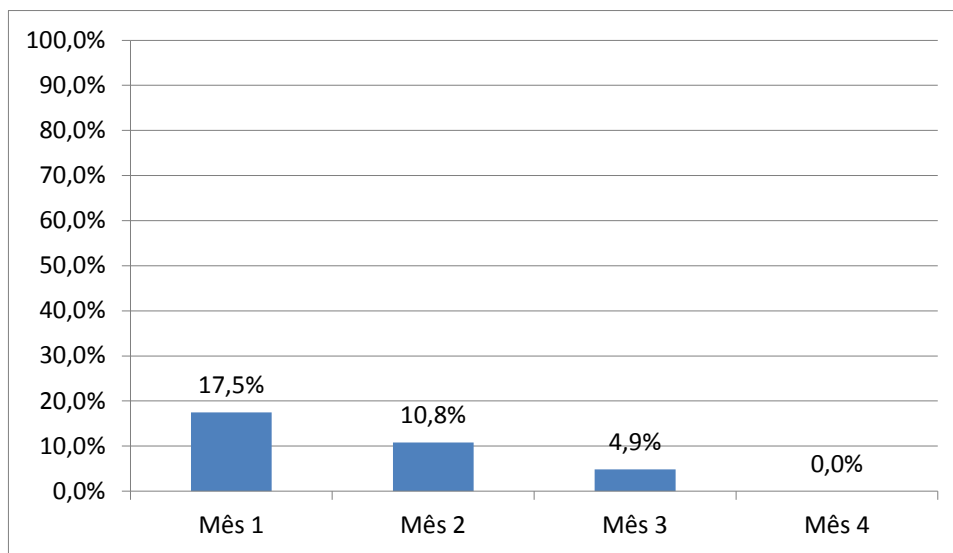


Figura 5. Gráfico da proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, UBS Maria Espanhol da Silva , município de Tarauacá AC (Fonte : Planilha de coleta de dados ).

**Objetivo 2.** Melhorar a qualidade de atenção de hipertensos e diabéticos

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

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

No caso dos diabéticos, os usuários com exames complementares em dia de acordo com o protocolo no primeiro mês foi de 6 (54,5%) de 11 usuários diabéticos cadastrados residentes na área e acompanhados na UBS , no segundo mês a proporção foi de 7 diabéticos com exames complementares em dia de 22 diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS para um 3,8% e no terceiro mês foi de 7 diabéticos com exames complementares em dia sobre 50 diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS para um 14% , não atingindo a meta proposta de 100% .Na figura 6 podemos observar a evolução do indicador.

Apesar de ter indicado a todos os diabéticos a realização dos exames complementares de acordo com o protocolo, não foi possível garantir a

realização dos exames em todos os usuários e observou-se uma queda no indicador considerando que no único hospital que oferece este serviço gratuito no município não apresentou os reagentes necessários para a realização dos exames .

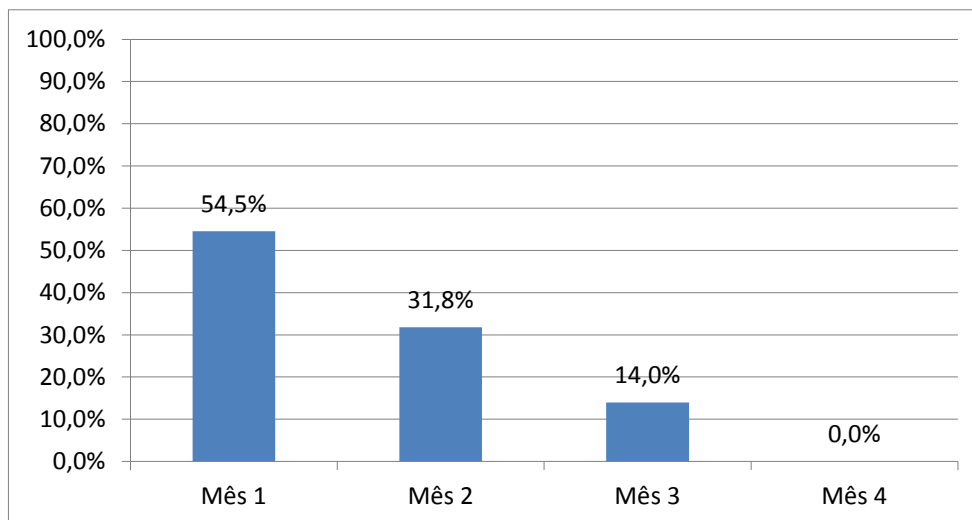


Figura 6. Gráfico da proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, UBS Maria Espanhol da Silva , município de Tarauacá AC (Fonte :Planilha de coleta de dados).

**Objetivo 2.** Melhorar a qualidade de atenção de hipertensos e diabéticos

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

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

A proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada no primeiro mês foi de 32 de 37 hipertensos cadastrados representando 86,5%, no segundo mês foi de 66 hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular de 71 hipertensos dando um total de 93% e no terceiro mês foi de 156 hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular sobre 161 hipertensos com prescrição de medicamentos para 96,9%, não atingindo a meta proposta de 100%.A figura 7 apresenta a evolução do indicador.

A instabilidade no suplemento de medicamento da farmácia promovia que muitos dos usuários voltassem à unidade descompensados devido

ausência dos medicamentos. O cartão com os medicamentos da farmácia Popular e seu monitorado pelos ACS nas visitas domiciliares e avaliação posterior pelo médico e/ou enfermeiro nas consultas com o uso dos prontuários, assim como o monitoramento mensal dos medicamentos nas farmácias populares, e a incluir os medicamentos na lista de medicamentos conversado com o gestor e as orientações aos usuários sobre o direito para acessar aos medicamentos colaboraram com a obtenção dos resultados.

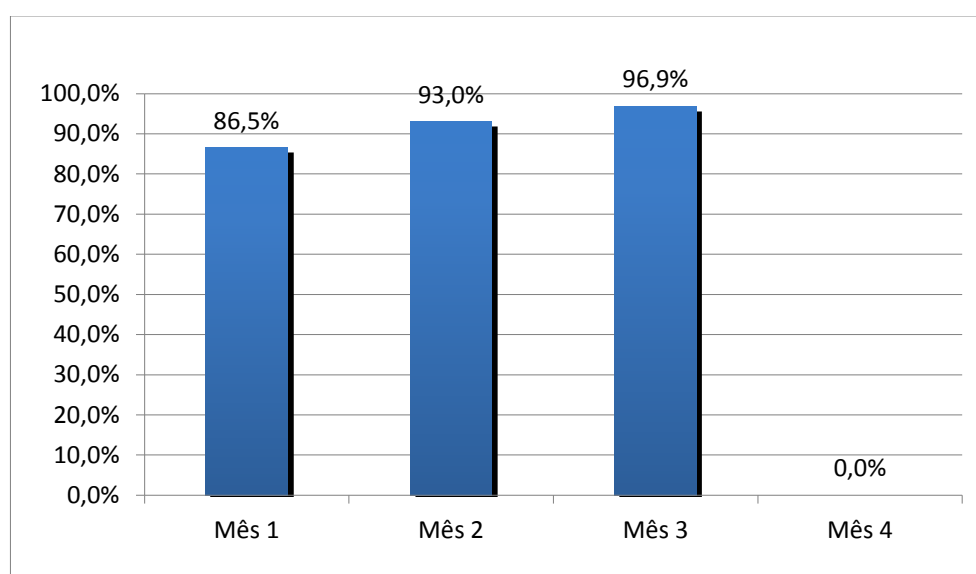


Figura 7. Gráfico da proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada, UBS Maria Espanhol da Silva, município de Tarauacá AC (Fonte : Planilha de coleta de dados ).

**Objetivo 2.** Melhorar a qualidade de atenção de hipertensos e diabéticos

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

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

No caso dos diabéticos, a proporção de usuários com prescrição de medicamentos da farmácia popular no primeiro mês foi de 9 com prescrição de medicamentos (90%) de 10 diabéticos cadastrados no programa, no segundo mês foi de 20 diabéticos (95,2%) com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular de 21 diabéticos cadastrados e no terceiro mês foram 48 diabéticos de 49 diabéticos com prescrição de medicamentos (98%) não atingindo a meta. A figura 8 apresenta a evolução do indicador.

Nas atividades de consultas e visitas domiciliares foram prescritos medicamentos da farmácia popular, e no caso dos diabéticos manter a estabilidade na entrega dos medicamentos. São confeccionados os cartões, que incluem os medicamentos que são oferecidos na farmácia Popular, e monitorado o uso deles pelos ACS nas visitas domiciliares e avaliados pelo médico e/ou enfermeiro nas consultas com uso dos prontuários. Em relação ao único usuário diabético que não recebeu a prescrição da farmácia popular foi devido a ele ter sido atendido por outro médico e ter recebido a prescrição, o usuário não aceitou a troca desse medicamento, preferindo continuar com o que estava sendo usado .

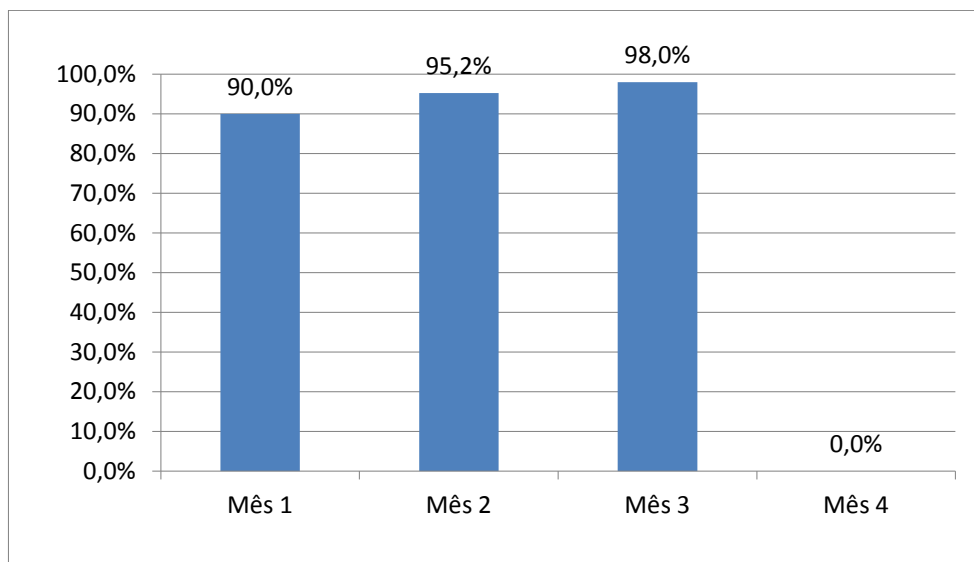


Figura 8. Gráfico da proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada, UBS Maria Espanhol da Silva , município de Tarauacá AC (Fonte : Planilha de coleta de dados ).

**Objetivo 2.** Melhorar a qualidade de atenção de hipertensos e diabéticos

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

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

A proporção de hipertensos com necessidade de atendimento odontológico foi de 25 de 40 hipertensos cadastrados residentes na área e acompanhados na UBS para um 62,5%, no segundo mês foi de 59 hipertensos com avaliação de necessidade de atendimento odontológico sobre 74 hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS e no terceiro mês foi

de 149 hipertensos com avaliação de necessidade de atendimento odontológico sobre 164 hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS(Figura 9), não atingindo a meta proposta de 100%.

Os usuários hipertensos com exames bucais foram encaminhados para avaliação odontológica pelo dentista, foram baixos os resultados alcançados porque inicialmente, dependia-se unicamente do médico e o enfermeiro para realizar essa ação, mas mudamos de estratégia e capacitamos ao resto da equipe para fazer esta atividade.

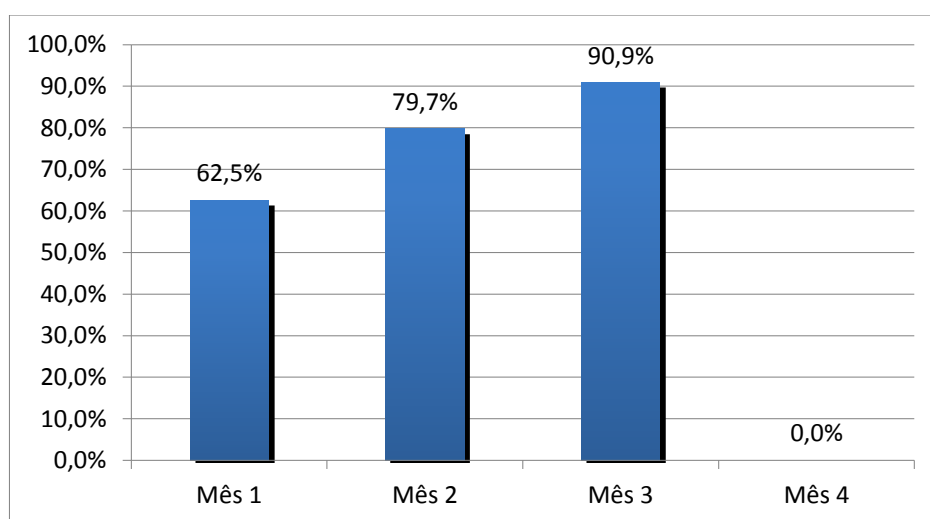


Figura 9. Gráfico da proporção hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, UBS Maria Espanhol da Silva , município de Tarauacá AC (Fonte :Planilha de coleta de dados).

**Objetivo 2.** Melhorar a qualidade de atenção de hipertensos e diabéticos

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

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

No caso dos diabéticos a proporção de usuários com avaliação de necessidade de atendimento odontológico no primeiro mês foi de 5 sobre 11 diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS para 45,5% , no segundo mês foi de 16 diabéticos com avaliação de necessidade de atendimento odontológico sobre 22 diabéticos residentes na área e



acompanhados na UBS para 72,7% e no terceiro mês foi de 44 diabéticos com avaliação de atendimento odontológico sobre 50 diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS para 88% , não atingindo a meta proposta de 100%. Na Figura 10 podemos observar o indicador.

Foram realizadas diversas ações. A equipe de saúde foi capacitada na avaliação das necessidades de atendimento odontológico nos diabéticos. Na unidade foram desenvolvidas palestras para a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal periódica, especialmente dos diabéticos para melhorar a assistência dos usuários ao serviço. Apesar dessas atividades realizadas, os resultados alcançados foram baixos, porque alguns profissionais como por exemplo o médico e o dentista tiveram que assistir a outras unidades e o enfermeiro esteve de férias durante um tempo atrasando o desenvolvimento da intervenção, assim como a pouca acolhida dos usuários ao atendimento oferecido.

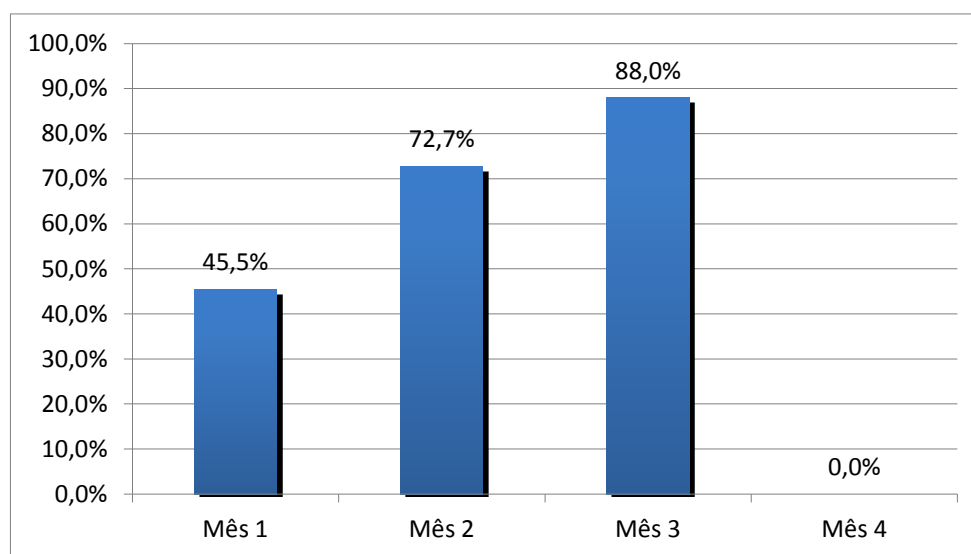


Figura 10. Gráfico da proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, UBS Maria Espanhol da Silva ,município de Tarauacá AC (Fonte : Planilha de coleta de dados ).

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

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

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

Ao iniciar a intervenção a proporção de hipertensos faltosos as consultas no primeiro mês foi de 8 sobre 9 hipertensos cadastrados na UBS faltosos as consultas para 88,9%, no segundo mês foi de 41 hipertensos faltosos as consultas sobre 42 hipertensos cadastrados na UBS faltosos as consultas para 97,6% e no terceiro foi de 132 hipertensos faltosos as consultas sobre 132 hipertensos cadastrados na UBS faltosos as consultas para 100%.

A busca ativa dos usuários hipertensos faltosos foi positiva. Os resultados foram alcançados pela capacitação realizada da equipe de saúde nas reuniões da equipe para avaliar o cumprimento da periodicidade das consultas médicas para usuários hipertensos de acordo com o protocolo, na procura de usuários faltosos, ação que foi avaliada pela equipe de avaliação. Também foi realizadas visitas domiciliares a usuários faltosos e informada a importância da assistência às consultas médicas por ACS e/ou a equipe de saúde. Tivemos um usuário faltoso que não foi buscado no ultimo mês devido a que a ACS da área desse usuários estava de atestado médico por acidente (queimadura de terceiro grau) de moto por alguns dias (15 dias) e ao retornar a UBS fomos em busca do mesmo.

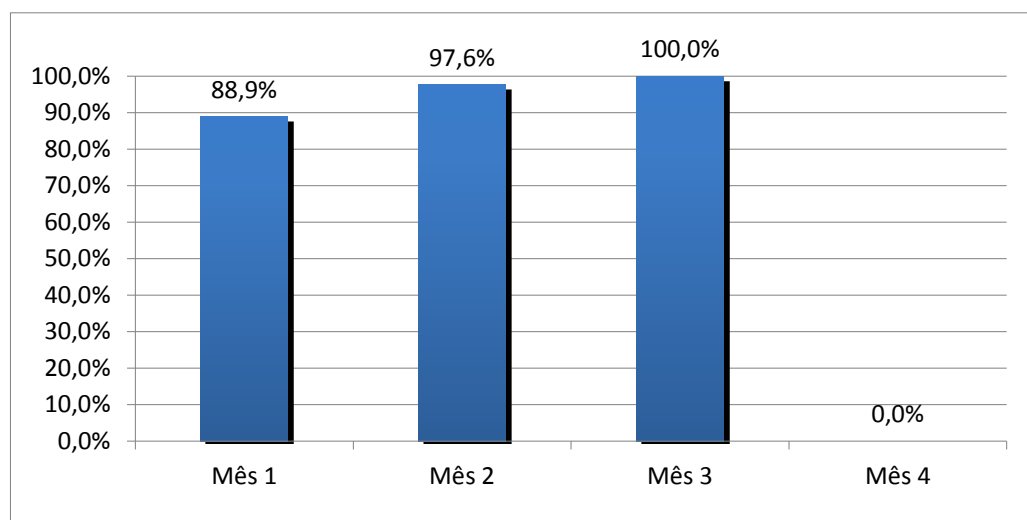


Figura 11. Gráfico da proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa, UBS Maria Espanhol daSilva, município de Tarauacá (Fonte: Planilha de coleta de dados).

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

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

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

No caso dos diabéticos a proporção de usuários faltosos as consultas no primeiro mês foi de 1 diabético sobre 1 diabético cadastrado na UBS faltoso a consulta para 100%, no segundo mês foi de 11 diabéticos faltosos as consultas sobre 11 diabéticos cadastrados na UBS faltosos as consultas para 100% e no terceiro mês os 39 usuários portadores de diabetes cadastrados na UBS faltosos as consultas foram buscados representando 100%.

Os resultados foram alcançados pela capacitação realizada da equipe de saúde nas reuniões da equipe para avaliar o cumprimento da periodicidade das consultas médicas para usuários diabéticos de acordo com o protocolo, na procura de usuários faltosos, ação que foi avaliada pela equipe de avaliação. Também foram realizadas visitas domiciliares a usuários faltosos e informada a importância da assistência às consultas médicas por ACS e/ou a equipe de saúde. Em muitos casos, os usuários faltaram a consulta devido a falta de material na unidade para fazer os testes ou por não dispor de medicamentos suficientes na farmácia, no entanto foram desenvolvidas alternativas para atrair esses usuários como o agendamento de consultas, assim que estivessem as condições criadas para eles nas consultas .

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

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

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

A proporção de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com o registro adequado na ficha de acompanhamento no primeiro mês foi de 37 sobre 40 hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS representado 92,5% , no segundo mês foi de 70 (92,5%) hipertensos com registro adequado de um total de 74 hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS e no terceiro mês foi de 164 hipertensos com registro

adequado sobre 164 hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS para 100% , não atingindo a meta proposta de 100% .

Quando começou a intervenção,não contávamos com as fichas impressas e apos essa fase, a equipe não tinha experiência suficiente no preenchimento dos registros, mas com o tempo e a experiência e o conhecimento, foram adquiridashabilidades necessárias para realizar o trabalho e ficou mais fácil o registro, assim como o preenchimento das fichas e a coleta das informações,Esse procedimento precisou de capacitação continuapara o preenchimento adequado das fichas.

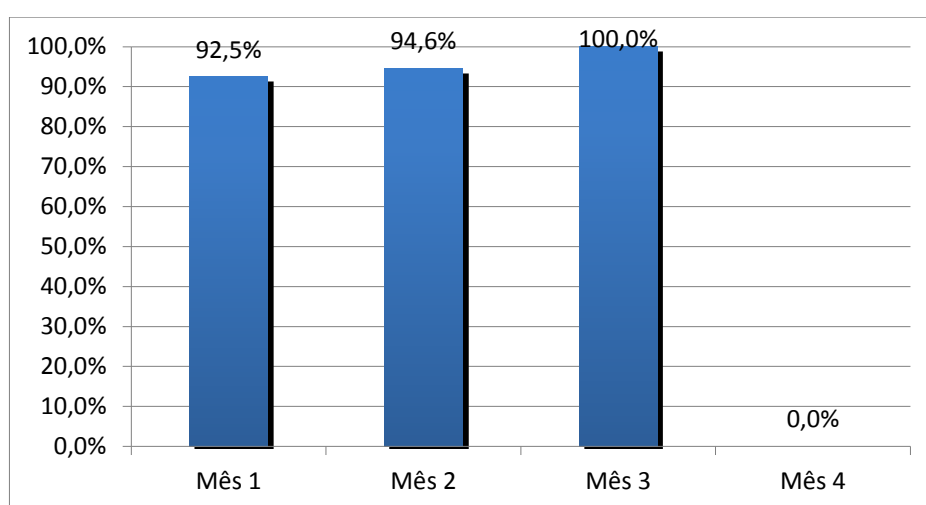


Figura 13. Gráfico da proporção de hipertensos com registro adequado na ficha, UBS Maria Espanhol da Silva , município de Tarauacá AC (Fonte : Planilha de coleta de dados).

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

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

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

No caso dos diabéticos a proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento no primeiro mês foi de 10 sobre 11 diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS para 90,9% , no segundo mês foi de 21 diabéticos com registro adequado sobre 22 diabéticos residentes na área e acompanhado na UBS para 95,5% e no terceiro mês foi de 50 diabéticos com registro adequado sobre 50 diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS , não atingindo a meta proposta de 100% .

Ao início da intervenção, tivemos algumas dificuldades com as fichas e com o preenchimento adequado destas pela equipe. Depois de capacitações e conversas constante, e com o tempo, o procedimento tornou-se rotineiro melhorando o preenchimento das fichas e os registros .

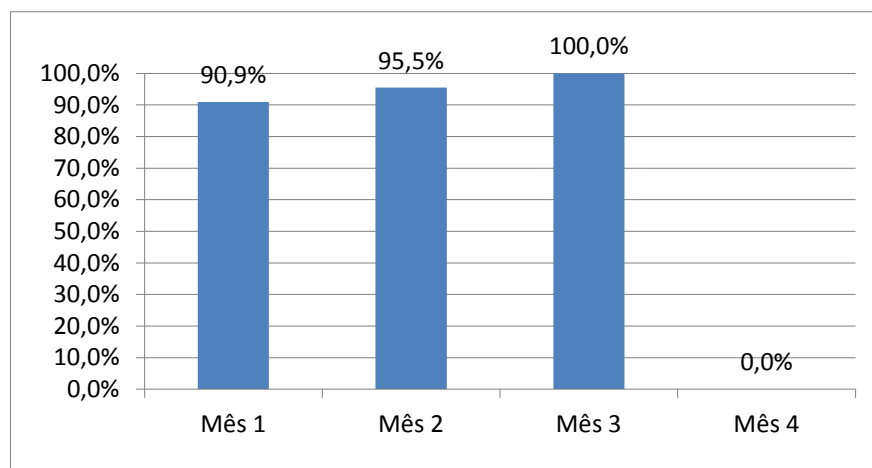


Figura 14. Gráfico da proporção de diabéticos com registro adequado na ficha, UBS Maria Espanhol da Silva , município de Tarauacá AC .

**Objetivo 5.** Mapear hipertensos e diabéticos do risco para doença cardiovascular

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

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

A proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia foi de 40 sobre 40 hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS para 100% , no segundo mês foi de 74 hipertensos com estratificação de risco sobre 74 hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS para 100% e no terceiro mês foi de 164 hipertensos com estratificação de risco sobre 164 residentes na área e acompanhados na UBS para 100% .

Os hipertensos foram avaliados segundo o grau de risco cardiovascular clinicamente e fatores de risco nas consultas. A avaliação foi possível devido a capacitação dos profissionais da unidade sistematicamente, referente a realização de exames clínicos dos usuários e sobre as mudanças na pele dos

membros inferiores e sintomas neurológicos de acordo com o protocolo. Não foi possível realizar exames de alta complexidade naqueles casos com essa necessidade, por não dispormos do serviço no município e existiram dificuldades para garantir o acesso de usuários com necessidade de especialistas.

**Objetivo 5.** Mapear hipertensos e diabéticos do risco para doença cardiovascular

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

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

No caso dos diabéticos, os 11 usuários cadastrados na unidade de saúde receberam estratificação do risco cardiovascular no primeiro mês representando 100%, no segundo mês foi de 22 diabéticos com estratificação de risco de um total de 22 diabéticos cadastrados na unidade de saúde (100%) e no terceiro mês foi de 50 diabéticos com estratificação de risco dos 50 diabéticos cadastrados na unidade (100%).

A avaliação foi possível pela capacitação dos profissionais da unidade durante a realização de exames clínicos dos usuários, as observações criteriosas das possíveis mudanças na pele dos membros inferiores dos usuários e sintomas neurológicos de acordo com o protocolo e o uso da ficha espelho que serviu como roteiros durante o atendimento clínico.

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

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

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

Ao iniciar a intervenção a proporção de hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável foi de 40 sobre 40 hipertensos cadastrados na unidade para 100%, no segundo mês os 74 hipertensos cadastrados receberam orientação sobre alimentação saudável (100%) e no

terceiro mês os 164 hipertensos cadastrados receberam orientação sobre alimentação saudável (100%).

Antes de cada atendimento no acolhimento todos foram avaliados peso e altura para conhecer o IMC (índice de massa corporal) para avaliação do estado nutricional e foram oferecidos a 100% dos hipertensos e seus familiares orientações sobre alimentação saudável. Foi um desafio alcançar mudar os hábitos nutricionais que no momento os usuários e seu familiares tem dos alimentos a consumir. Foram realizadas palestras sobre o tema com a participação dos familiares e usuários para tentar mudar os erros nos hábitos alimentares respeitando as tradições culinárias e adaptando elas as necessidades individuais dos usuários. Os ACS foram capacitados sobre como orientar aos usuários hipertensos e seus familiares. Os registros foram importante para poder monitorar essas ações.

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

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

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

No caso dos usuários com diabetes no primeiro mês os 11 usuários cadastrados na unidade de saúde (100%) receberam orientação sobre alimentação saudável, no segundo mês os 22 usuários diabéticos cadastrados receberam as orientações (100%) e no terceiro mês os 50 usuários com DM receberam orientação sobre alimentação (100%).

Nas consultas e visitas familiares foi oferecida orientações sobre alimentação saudável a todos os usuários diabéticos. Os usuários eram avaliados o peso e altura para conhecer o IMC, para poder dar orientações sobre nutrição. Para conseguir mudanças nos hábitos alimentares, foi necessário capacitar à equipe de saúde, incluindo aos ACS, e foram convocados os usuários a participarem em palestras realizadas na unidade e atualmente as atividades estão inseridas no trabalho diário da UBS.

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

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

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

Ao iniciar a intervenção, todos os 40 usuários hipertensos cadastrados receberam orientação sobre prática regular de atividade física (100%) , no segundo mês, 74 hipertensos cadastrados receberam orientação sobre prática regular de atividade física representando 100% e no terceiro mês os 164 hipertensos cadastrados no programa receberam orientação sobre prática regular de atividade física (100%).

Os membros da equipe participaram nas atividades no envolvimento dos usuários e seus familiares a traves de palestras e atividades convocadas na quadra da unidade com a participação dos pacientes seus familiares e a comunidade , e com a participação dos usuários foram garantidas a divulgação de informação sobre a importância de atividade física importantes para garantir que um número grande de usuários estejam com orientações em dia .

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

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

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

No caso dos diabéticos a proporção dos usuários que receberam orientação sobre prática regular de atividade física no primeiro mês foi de 11 sobre 11 diabéticos cadastrados na unidade de saúde para 100% , no segundo mês foi de 22 diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física sobre 22 diabéticos cadastrados na unidade de saúde para 100% e no terceiro mês foi de 50 diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física sobre 50 diabéticos cadastrados na unidade para 100%.

Orientamos aos usuários através de palestras, e realizamos atividades demonstrativas de atividades físicas, com o apoio de usuários que praticam exercício físico e os benefícios destas atividades na qualidade de vida deles para promover câmbios de costumes nos usuários. Capacitamos a equipe para conscientizar aos usuários sobre os benefícios da atividade física.



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

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

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

A proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo no primeiro mês os 40 usuários hipertensos cadastrados na unidade de saúde para 100%, no segundo mês os 74 portadores de HAS cadastrados receberam orientação sobre os riscos do tabagismo (100%) e no terceiro mês foi de 164 hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo sobre 164 cadastrados na unidade de saúde para 100% .

Alcançamos a meta. Foi utilizado o ambiente da UBS e os distintos espaços públicos na comunidade para promover orientações sobre o abandono do hábito de fumar e os riscos que este representa para a saúde mediante palestras e na conscientização individual dos usuários nas consultas e nas visitas domiciliares. Foi solicitada a colaboração da Secretaria de Saúde para promover o abandono do tabagismo e conversamos com o gestor para que realizem a compra de medicamentos para o tratamento do abandono do tabagismo.

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

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

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

No caso dos diabéticos, receberam orientação sobre os riscos do tabagismo no primeiro mês os 11 usuários cadastrados, a unidade de saúde para 100%, no segundo mês os 22 portadores de DM cadastrados (100%) e no terceiro mês os 50 usuários diabéticos cadastrados representando 100% . A meta foi alcançada.

Todas as orientações foram dadas aos usuários e as ações que facilitaram as ações foram as capacitações realizadas e os registros adequados.

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

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

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

No primeiro mês, receberam orientação sobre higiene bucal no primeiro mês os 40 hipertensos cadastrados na unidade de saúde para 100% , no segundo mês os 74 hipertensos cadastrados na unidade de saúde representando 100% e no terceiro mês os 164 hipertensos cadastrados na unidade de saúde que receberam orientação sobre higiene bucal representando 100% dos usuários. A meta foi alcançada.

Para motivar e conscientizar aos usuários, mostramos imagens ilustrando com fotos, para atrair mais a atenção dos usuários e seus familiares sobre a importância desta atividade com a colaboração do dentista. Procuramos informações com conteúdo capaz de motivar mudanças de costumes e promovendo corretos hábitos.

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

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

**Indicador 6.8.** Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

no primeiro mês , receberam orientação sobre higiene bucal os 11 usuários diabéticos cadastrados na unidade de saúde (100%) , no segundo mês, os 22 usuários com DM cadastrados na unidade de saúde (100%) e no terceiro mês, os 50 diabéticos cadastrados na unidade para 100%, receberam orientação sobre higiene bucal. Esta meta foi alcançada graças a diversas ações implementadas. Utilizamos fotografias durante as orientações para ressaltar a importância de manter uma saúde bucal adequada e chamar a atenção dos usuários e seus familiares com a colaboração do dentista. As capacitações realizadas colaboraram muito com o conhecimento sobre o tema para realizar as orientações, assim com o registro adequado das ações.

## 4.2 Discussão

A intervenção na unidade básica de saúde Maria Espanhol da Silva realizada durante 12 semanas, propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência. A melhora nos registros de informações e atendimentos qualificados com ampliações dos exames em usuários hipertensos e diabéticos, na orientação de medidas preventivas assim como o monitoramento de fatores de risco e orientação educativa para modificar hábitos e estilos de vida de nossos usuários.

Antes da intervenção a cobertura de usuários hipertensos e diabéticos foi baixa, mas na medida que o projeto avançou, foram encontrados resultados adequados na população. Após a intervenção, a cobertura melhorou, todos os usuários cadastrados hipertensos e diabéticos estiveram com exames clínicos em dia de acordo com o protocolo, com prescrição de medicamentos da Farmácia Municipal/ Hiperdia priorizada, foram buscados os faltosos, estiveram com registro adequado na ficha de acompanhamento, tiveram avaliação de estratificação de risco cardiovascular por exame clínico, e estiveram em dia com orientação nutricional sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular, riscos do tabagismo e higiene bucal. Alguns indicadores não alcançaram a todos os usuários, como a proporção de hipertensos e diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo; avaliação da necessidade de atendimento odontológico, busca de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa, hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento. A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério de Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes. Esta atividade promoveu o trabalho integrado do médico, o enfermeiro, da auxiliar de enfermagem e da recepção. O médico ficou responsável por dirigir e coordenar o projeto além de garantir as consultas e a capacitação dos profissionais da equipe envolvidas na intervenção. O enfermeiro também teve participação da capacitação dos agentes comunitários e a técnica de enfermagem para o controle dos usuários hipertensos e diabéticos na aferição da pressão arterial e no controle da glicose, assim como nos registros de informação nas planilhas a ser preenchidas. Os agentes comunitários

promoveram a participação da comunidade e divulgaram informação sobre a existência do projeto .

Estas atividades tiveram impacto favorável na rotina cotidiana da unidade básica de saúde, pois houve mudanças quanto aos procedimentos e a participação de toda a equipe na recepção e no modo de atuar em usuários hipertensos e diabéticos, aumentando a aceitação dos usuários as ações realizadas e promovendo o cuidado da saúde dos usuários portadores da doença e também da família. Antes da intervenção, a atividade de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos ficava como responsabilidade do médico e do enfermeiro e agora é responsabilidade de todos na unidade continuar com a realização das ações viabilizando a atenção a um maior número de pessoas. Houve melhoria do registro e o engajamento dos Hipertensos e Diabéticos viabilizou atualizando todos os dados, assim como a otimização da agenda para a atenção a demanda espontânea. A estratificação dos riscos era importante na priorização do atendimento dos usuários.

O impacto da intervenção na comunidade ainda é prematuro, para ter certeza da magnitude que a população tem percebido, mas os usuários Hipertensos e Diabéticos e as famílias deles demonstram satisfação com a prioridade no atendimento. A aceitação e de satisfação popular referida pelos usuários e seus familiares é favorável com demonstração de apoio e de solidariedade para que o projeto continue. Mantemos em funcionamento todas as atividades, sem descuidar o resto das prioridades já estabelecidas, organizando o funcionamento interno da unidade básica de saúde, para evitar insatisfação na sala de espera dos outros membros da comunidade. Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos muitos Hipertensos e Diabéticos sem cobertura.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde o começo nos houvessemos tido os materiais e os recursos necessários para poder fazer uma pesquisa e controle adequado dos usuários como foi planejado prévio ao começo do estudo com a participação do gestor municipal da equipe de saúde e a comunidade. Agora que estamos no fim do projeto, percebo maior interesse da equipe por continuar o trabalho, dos usuários e dos familiares por continuar

sendo beneficiários do projeto e do gestor municipal por garantir os recursos necessários para continuar e estender o atendimento dos usuários.

As estratégias de maior sucesso foram a inclusão de toda a equipe e participação dos usuários e familiares, para conscientizar a comunidade na prevenção e controle dos usuários hipertensos e diabéticos assim como o envolvimento no projeto das autoridades locais na representação do gestor municipal e da secretaria de saúde. As principais dificuldades foram a falta de quantidade suficiente de materiais e recursos como os manguitos e fitas reativas, para que todos os funcionários da equipe pudessem pesquisar novos casos de diabetes e hipertensão, assim como falta de material para fazer exames conforme o protocolo no hospital assim como medicamento da farmácia popular .

A intervenção atual será incorporada na rotina do serviço continuando com acompanhamento dos usuários. Para isto continuaremos o trabalho de divulgação de informação para conscientizar a comunidade da necessidade do atendimento dos usuários Hipertensos e Diabéticos assim como daqueles que tenham fatores de risco para sofrer destas doenças. Percebemos a importância de ter os registros adequados com todas as informações referentes ao estudo, pelo que vamos dar prioridade para continuar e aumentar a qualidade das fichas dos usuários Hipertensos e Diabéticos paralelamente um controle dos indicadores que tínhamos previstos no projeto.

Pretendemos ampliar a cobertura dos usuários Hipertensos e Diabéticos e tendo como guia este projeto, pretendemos também implementar outras ações programáticas da UBS para melhorar a atenção e satisfação de toda a população .

## **5 Relatório para os gestores**

Na Unidade de Saúde Maria Espanhol da Silva no município de Tarauacá, foi realizada uma intervenção durante 12 semanas com o objetivo de melhorar a atenção aos usuários hipertensos e diabéticos da comunidade.

Esta intervenção teve grande importância para a Atenção Primária à Saúde, pois a cobertura de atenção dos hipertensos e diabéticos era baixa.

Antes da intervenção, o total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes em nossa área e acompanhados em nossa UBS era de 156 (29%) de um estimado de 542 (estimativas do caderno de ações programáticas). No caso dos usuários diabéticos, o total destes usuários com 20 anos ou mais residentes em nossa área e acompanhados na UBS era de 36 (23%) de um estimado de 155 (estimativas do caderno de ações programática). Após da intervenção garantimos a realização de exame físico, a solicitação de exame e a prescrição de medicamentos, dando prioridade àqueles provenientes da farmácia popular /HIPERDIA

Em nossa UBS durante a intervenção foram realizadas várias ações para o cuidado dos usuários hipertensos e diabéticos como: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, de saúde mental, alcoolismo, obesidade, sedentarismo e tabagismo. Todas durante e após a intervenção foram realizadas.

Nas consultas, os usuários são orientados sobre como reconhecer os sinais de complicação por hipertensão arterial e Diabetes Mellitus. Realizam-se atividades com grupo de hipertensos e diabéticos no âmbito da UBS com média de uma atividade por mês. Realiza-se ainda, a orientação de corretos hábitos alimentares para portadores de diabetes mellitus e hipertensão arterial e também promovemos ações para o controle do peso, estimulando a prática

regular de atividade física e orientando-se sobre os danos do consumo de álcool e do tabagismo. Essas ações foram realizadas durante e após a intervenção, porém antes também eram alertados sobre as complicações assim como as demais patologias, só que durante a intervenção se intensificou mais essas orientações focadas mais na HA eDM.

Para realizar a intervenção no programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus adotamos o Manual Técnico de Atenção Básica Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde 2013. Utilizamos as fichas espelhos de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus disponíveis.

Houve a necessidade de realizar capacitações e organizar o serviço para realizar aos usuários, incluindo aqueles provenientes das buscas ativas. A equipe se esforçou muito para que todos os usuários cadastrados hipertensos e diabéticos estejam com exames clínicos em dia de acordo com o protocolo. Realizamos as avaliações dos medicamentos na farmácia para poder realizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Municipal/ Hiperdia priorizada. A enfermeira e o médico revisavam as fichas para poder localizar a esses faltosos e os ACS buscaram aos faltosos. Aperfeiçoamos os tempos das consultas para que todos possam receber as orientações e para poder realizar um exame clínico completo. Embora alguns indicadores não alcançaram a todos os usuários, como a proporção de hipertensos e diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo; avaliação da necessidade de atendimento odontológico, busca de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa, hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento, a equipe se esforçou muito para poder conseguir alcançar essas metas.

Em somente três meses, a intervenção propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência, que foi 35% e 43.1% respectivamente. Houve a melhoria em 100% dos registros de informações e atendimentos qualificados com ampliações dos exames clínicos em usuários, o monitoramento de fatores de risco, prescrição médica buscas ativas e orientação educativa para modificar hábitos e estilos de vida de nossos usuários.

Estas atividades tiveram impacto favorável na rotina cotidiana da unidade básica de saúde, pois houve mudanças quanto aos procedimentos e a participação de toda a equipe na recepção e no modo de atuar em usuários

hipertensos e diabéticos, aumentando à aceitação dos usuários as ações realizadas e promovendo o cuidado da saúde dos usuários portadores da doença e também da família.

Graças a gestão tivemos alguns materiais para poder realizar a aferição da pressão arterial e fazer os testes de glicemia assim como a impressão das fichas espelhos, assim como facilitou na medida das possibilidades, o acesso aos usuários ao hospital para a realização dos exames complementares solicitados.

No entanto tivemos algumas dificuldades que com a ajuda da gestão poderiam ser melhoradas, aumentando a quantidade de materiais necessários como fitas reativas, esfigmômetros para continuar as pesquisas dos usuários, para todos os funcionários envolvidos nestas atividades, garantir estabilidade dos materiais necessários para a realização dos exames complementares solicitados no hospital, o estoque de medicamentos na farmácia popular para o tratamento dos pacientes assim como promover estabilidade dos funcionários para poder manter estável o serviço de saúde aos usuários .

A intervenção foi incorporada na rotina de trabalho, pois continuamos realizando as ações, mas precisamos melhorar as ações e afirmar essas ações. Convocamos o apoio da secretaria de saúde na pessoa do secretário, para que participe de forma ativa na atenção de nossos usuários, com a contribuição das suas gestões.



## 6 Relatório para a comunidade

Prezada Comunidade,

Realizamos uma intervenção na UBS Maria Espanhol da Silva durante 3 meses, com o objetivo de proporcionar melhores condições de vida aos usuários Hipertensos e Diabéticos da área, pois observamos que existem muitas pessoas que apresentavam ambos problemas de saúde e que estavam sem acompanhamento adequado.

A Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus são duas doenças que atingem a muitas pessoas, que tem alta incidência na sociedade. Estas duas doenças são crônicas, aparecem como consequência de um acúmulo de acontecimentos a partir de hábitos não saudáveis repetitivos durante um tempo longo. A hipertensão e diabetes são doenças que podem causar complicações cerebrais, cardiovasculares e renais visuais, assim como amputações, infartos provocando inclusive morte, mas que podem ficar controladas com o atendimento contínuo e seguro oferecido para todos na UBS. Podemos, a partir de algumas mudanças nos hábitos de vida prevenir o aparecimento dessas doenças ou controlá-las, caso a doença esteja presente.

Antes da intervenção, o total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes em nossa área e acompanhados em nossa UBS era de 156 (29% de cobertura) de um total de 542 pessoas. O total dos usuários diabéticos com 20 anos ou mais residentes em nossa área e acompanhados na UBS era de 36 (23 %) de um estimado de 155 .

Após a intervenção, cadastramos 40 usuários hipertensos no primeiro mês (8,5%), 74 no segundo mês, que representa 15,8% e 164 (35%) no terceiro mês. Quanto aos diabéticos, atingimos 50 usuários no terceiro (43,1%). A maioria deles foi avaliada clinicamente e realizou os exames complementares,

foi feita a estratificação de risco cardiovascular, atividades preventivas, todos os usuários estão com os registros em dia. A intervenção propiciou que um número maior de hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência, sejam incluídos no programa e sejam acompanhados adequadamente, houve a melhora nos registros de informações e atendimentos qualificados com ampliações dos exames em usuários hipertensos e diabéticos, na orientação de medidas preventivas assim como o monitoramento de fatores de risco e orientação educativa para modificar hábitos e estilos de vida . Estão sendo realizadas ações de promoção em saúde com pacientes portadores de Diabetes e HAS, palestras sobre hábitos alimentares. Promove-se o controle periódico de pressão arterial e a verificação da glicemia capilar, a prática de exercícios físicos, dieta balanceada conforme a doença que se padeça e a assistência a consultas.

Todos os usuários hipertensos e diabéticos cadastrados estiveram com exames clínicos em dia de acordo com o protocolo, com prescrição de medicamentos da Farmácia Municipal/ Hiperdia, tiveram avaliação de estratificação de risco cardiovascular por exame clínico, e estiveram em dia com orientação nutricional sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular, riscos do tabagismo e higiene bucal.

A intervenção promoveu a participação ativa da comunidade na pesquisa de novos casos assim como nas palestras e na divulgação de informação para o atendimento e na prevenção dos fatores de risco .Também aproximou à comunidade ao trabalho diário da ESF, conseguindo se integrar ao trabalho comunitário da UBS .

A colaboração da comunidade foi fundamental para o êxito do trabalho, pois apoia as ações como divulgação e propagação de informações referentes ao estudo, a participação das atividades promovidas pela equipe de saúde contribuiu para que o estudo fosse mais abrangente .

A comunidade pode participar da intervenção de forma ativa como voluntários na procura de novos casos e nas atividades promovidas para os hipertensos e diabéticos (palestras , caminhadas , café da manhã , etc).

Precisamos que a comunidade continue participando na intervenção, propiciando novos espaços para interagir com palestras e atividades comemorando os logros e ressaltando por eles as deficiências e as carências

para de conjunto poder resolver as dificuldades e lograr satisfação de todos os envolvidos .

Esta intervenção foi planejada para que fique como rotinano trabalho diário da UBS e para conseguir este objetivo é fundamental que a comunidade continue participando.

Contamos com a vontade, e o desejo de transformar e aumentar a satisfação de nossos usuários e com o apoio das autoridades locais estaduais e do SUS, para transformar a saúde do povo brasileiro numa saúde de qualidade.

## **7 Reflexão do processo de aprendizagem**

A Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus são duas doenças muito comuns e de alta incidência na sociedade a causa de condições genéticas e sócias ambientais que favorecem encontrar um alto numero de pessoas doentes o com riscos de sofrer delas. Motivado por este e o fato de ter uma baixa proporção de pacientes maiores de 20 anos cadastrados na unidade por embaixo das estimativas do SUS referente aos usuários que nós tínhamos que ter em nossa área foi que decidimos fazer o projeto de intervenção.

A equipe e eu ficamos interessados e motivados para realizar a intervenção tendo em conta que com a mesma se trocava toda a mentalidade e os conceptos antigos de atendimento aos pacientes por um trabalho coordenado e integral em colaboração e com a participação de todos os profissionais em função de garantir qualidade satisfação e segurança de nossos pacientes .Todo este motivo que durante a intervenção encontramos apoio e mostras de solidariedade por parte dos usuários, os familiares, a comunidade e a secretaria de saúde por participar de forma ativa .

A realização da intervenção promoveu que eu estivesse cada vez mais informado em relação aos usuários hipertensos e diabéticos da minha área e ao estado de saúde deles, valorizando a qualidade dos atendimentos e avaliando os fatores de risco associados , usando os protocolos e seguindo as orientações do orientador e com o apoio da equipe de saúde da unidade Maria Espanhol da Silva.

Quando iniciamos as atividades estava preocupado sobre o desenvolvimento do curso de forma conjunta ao trabalho na ESF, pois pensava em não diminuir a qualidade das atividades realizadas e ao mesmo tempo o curso seria uma ferramenta que ia me ajudar no meu desenvolvimento diário, me ajudando com meu trabalho e aproximando mais com os pacientes

em geral, além de interagir mais com a equipe. Como tempo e durante a execução do projeto foram aumentando as preocupações, pois apareceram muitas dificuldades para a execução do mesmo, já que apesar de planejar todas as ações, nos deparamos com carências de materiais e reativos, a redução do período da intervenção, a instabilidade do pessoal, dificultando a intervenção. No entanto, sempre soubemos como fazer frente as dificuldades e para cada problema encontramos uma solução, para levar implementar a intervenção, mesmo sem conseguir cumprir todas as metas estabelecidas.

As estratégias fundamentais foram capacitação dos profissionais, as orientações aos usuários, assim como a transmissão de experiências para conviver com a doença e como manterem-se compensados com o tratamento oportuno, assim como na prevenção de fatores de riscos. Olhamos como a realização da análise situacional foi importante na detecção e na identificação das necessidades de melhora na atenção da saúde da nossa população e em especial de nossos hipertensos e diabéticos da área de abrangência, realizando um trabalho exaustivo, bem planejado com ações que envolveram a equipe de saúde como um todo.

A realização das atividades promovidas pelo curso foram uma experiência nova, utilizar o ambiente da internet para o estudo e as pesquisas assim como interagir com profissionais desde muitas partes do país com diferentes opiniões e ponto de vistas de um mesmo tema com problemáticas distintas e as vezes similares as nossas. Isso fez com que nossos interesses e nossa motivação fosse maior a cada dia.

Os estudos de prática clínica foram muito importantes pois faziam que ficássemos atentos aos temas clínicos proposto além de medir nossas capacidades também ficávamos com informação detalhada referente a distintas doenças que são comuns encontrar na prática médica, no caso dos fóruns ainda que não teve a possibilidade de interagir mais ativamente e conforme foi solicitado pela UFPEL, devido a dificuldades com a disponibilidade da internet, foram muito importantes para conhecer a situação de outros profissionais durante o curso.

O curso foi dinâmico e didático e propiciou a constante superação e a aprendizagem conhecimento médico, e em meu caso particular o adestramento no português. Também tive a possibilidade de conhecer ainda mais o sistema

de saúde do Brasil, em relação a atenção primária e na saúde da família e pretendo continuar com esse projeto na minha unidade, pois assim será uma forma mais fácil de aproximar cada vez mais paciente e profissional conhecendo um pouco mais de cada problemas e dificuldades de cada um de nossos clientes em relação a suas patologias.

## **Referencias Bibliográficas**

BRASIL, Hipertensão Arterial Sistêmica. Cadernos de Atenção Básica n.37. Brasília, Ministério da Saúde, 2013

BRASIL, Diabetes Mellitus. Cadernos de Atenção Básica, n. 36. Brasília, Ministério da Saúde, 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. VIGITEL, Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2012. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.

## **Anexos**



## Anexo A- Comitê de ética



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

---

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

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



Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1										
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1									
	2									
	3									
	4									
	5									
	6									
	7									
	8									
	9									
	10									
	11									
	12									
	13									





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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

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

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