

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS-UNASUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
MODALIDADE A DISTÂNCIA  
TURMA 9



**MELHORIA DA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO  
ARTERIAL SISTÊMICA E/OU DIABETES MELLITUS, NA UBS DONA LUZIA  
TENÓRIO RAMOS, COARI/AM.**

**ANA ESTHER COLLAZO CÁRDENAS**

Pelotas, 2016

ANA ESTHER COLLAZO CÁRDENAS

**MELHORIA DA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO  
ARTERIAL SISTÊMICA E/OU DIABETES MELLITUS, NA UBS DONA LUZIA  
TENÓRIO RAMOS, COARI/AM.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Cristina Dutra Ribeiro

Pelotas, 2016

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

C266m Cárdenas, Ana Esther Collazo

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Melitus ,na UBS Dona Luzia Tenório Ramos, Coari/AM / Ana Esther Collazo Cárdenas; Cristina Dutra Ribeiro, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

113 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Ribeiro, Cristina Dutra, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

## Dedicatória

“Eu dedico este trabalho a minha família em especial, a alguém que dia a dia engrandece minha força e me impõe a continuar lutando, minha filha Olivia.”

## **Agradecimentos**

Equipe de saúde da UBS: Dona Luzia Tenório Ramos do município Coari/AM.

Dr. Ricardo Farias. Assessor do programa mais médico no município.

Líderes da comunidade dos bairros Santa Helena e Grande Vitória.

Aos usuários que participaram da intervenção.

Equipe de imprensa do município.

Orientadora Cristina Dutra Ribeiro.

## Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na unidade de saúde Dona Luzia Tenório Ramos, Coari/AM.	84
Figura 2	Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na unidade de saúde Dona Luzia Tenório Ramos, Coari/AM.	84
Figura 3	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Dona Luzia Tenório Ramos, Coari/AM.	86
Figura 4	Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Dona Luzia Tenório Ramos, Coari/AM.	87
Figura 5	Proporção de pessoas com hipertensão faltosa às consultas com busca ativa na UBS Dona Luzia Tenório Ramos, Coari/AM.	89
Figura 6	Proporção de pessoas com diabetes faltosos às consultas com busca ativa na UBS Dona Luzia Tenório Ramos, Coari/AM.	89
Figura 7	Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Dona Luzia Tenório Ramos, Coari/AM.	91
Figura 8	Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Dona Luzia Tenório Ramos, Coari/AM.	91

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

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde.
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CAP	Cadernos de Ações Programáticas
CLS	Conselho Local de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
FR	Frequência Respiratória.
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Hipertensão-Diabetes
HRC	Hospital Regional de Coari.
IMC	Índice de massa corporal.
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SIAB	Sistema de informação atenção básica.
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
OPS	Organização Municipal da Saúde.
PA	Pressão Arterial.
UFAM	Universidade Federativa do Amazonas
VD	Visitas Domiciliares.

## Sumário

Apresentação .....	10
1 Análise Situacional .....	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	11
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	13
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	35
2 Análise Estratégica.....	36
2.1 Justificativa.....	36
2.2 Objetivos e metas.....	38
2.3 Metodologia.....	41
2.3.1 Detalhamento das ações.....	41
2.3.2 Indicadores.....	65
2.3.3 Logística.....	72
2.3.4 Cronograma.....	77
3 Relatório da Intervenção .....	79
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	79
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	84
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	84
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	84
4 Avaliação da intervenção .....	86
4.1 Resultados .....	86
4.2 Discussão.....	96
4.3 Relatório da intervenção para gestores.....	99
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	101
5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem .....	103
6 Referências .....	105
Apêndices.....	106
Anexos .....	110

## Resumo

**CÁRDENAS, Ana Esther Collazo. Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Dona Luzia Tenório Ramos, Coari/AM.** 2016. 108f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Especialização em Saúde da Família. Universidade Aberta do SUS / Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), são cada vez mais prevalentes, constituem-se como fatores de risco para doenças cardiovasculares e aumento de morbimortalidade. Dessa forma objetivou-se em realizar uma intervenção para melhorar a atenção dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Dona Luzia Tenório Ramos, em Coari/AM. Foi realizada em doze semanas nos meses de novembro/2015 á fevereiro 2016 e as ações foram organizadas nos quatro eixos pedagógicos do curso: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, qualificação da prática clínica e engajamento público. Foram cadastrados no primeiro mês 53 (6,2%) no segundo mês 77(9%) no terceiro mês 118 (13,8%) usuários com hipertensão e no caso da diabetes no primeiro mês foram cadastrados 29(13,8%) no segundo 38(18,1%) e no terceiro 54 (25,7%) com diabetes. Destes 90 (76,6%) hipertensos e 49 (90,7%) diabéticos estavam com os exames complementares em dia. E, 100% dos cadastrados na intervenção receberam avaliação clínica, avaliação de necessidade de atendimento odontológico, avaliação do risco cardiovascular pelo exame clínico, e orientação sobre nutrição, prática regular de exercício físico, os riscos do tabagismo e higiene bucal. Apesar dos bons resultados ainda precisamos melhorar a cobertura populacional desta população. Consideramos que a intervenção permitiu a elevação na qualificação da equipe depois das capacitações, permitiu uma maior inter-relação entre os membros da equipe, e entre a equipe e a população em busca da melhora no atendimento deste grupo populacional, também tivemos aumento da confiança da população na atenção primária onde toda a comunidade adquiriram ferramentas a fim de melhorar controle destas doenças.

Palavras-Chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Doença crônica, Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica.

## **Apresentação**

O presente trabalho de conclusão de curso em Especialização em Saúde da Família modalidade à distância da Universidade Aberta do SUS (UNASUS) / Universidade Federal de Pelotas (UFPel), é o resultado das atividades que foram desenvolvidas durante as Unidades de Ensino que integram o Projeto Pedagógico do curso. A intervenção desenvolvida no decorrer da Turma 9 foi realizada na UBS Dona Luzia Tenório Ramos, em Coari/AM.

A intervenção, que deu origem a este trabalho, objetivou melhorar a atenção em saúde dos usuários que possuíam HAS e DM. Este trabalho é o relato do processo, sendo composto pelo Relatório de Análise Situacional da UBS Dona Luzia Tenório Ramos. Na segunda seção será descrita a Análise Estratégica, abordando a justificativa para a realização da intervenção, os objetivos e metas, a metodologia, as ações, indicadores, logística e cronograma do projeto de intervenção. A terceira seção traz o relatório da intervenção; na quarta seção será descrita a avaliação da intervenção, na qual serão apresentados os resultados, a discussão. Na quinta seção o relatório aos gestores, na sexta o relatório para a comunidade. E na última seção aborda a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem. Por fim, temos a bibliografia usada no trabalho, apêndice e os anexos.

## **1 Análise Situacional**

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

O município de Coari conta com uma infraestrutura na área de saúde bem organizada; dividida em níveis de atendimento (primário e secundário) além de unidades de apoio aos serviços dos dois níveis de atendimento.

Na APS o município tem 12 UBS, uma policlínica (onde oferecem consultas de especialistas), na atenção secundária o Hospital Regional Municipal possui serviço cirúrgico geral, ortopedia, obstetrícia e emergências, laboratório de urgência e RX, além da parte de internação hospitalar. Entre as unidades de apoio podemos citar um Centro de Medicina Tropical com consultas basicamente de infectologia, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um Centro de Reabilitação e um laboratório central. Hoje o município tem 13 médicos do Programa Mais Médico para o Brasil (12 cubanos e 01 brasileiro) que atuam em conjunto com os colegas brasileiros.

A UBS Dona Luzia Tenório Ramos onde trabalhamos desde nossa chegada em 2013, está situada na periferia do povo de Coari e leva atendimento a dois bairros que são Santa Helena e Grande Vitória. A unidade esta estruturada para duas equipes de saúde, um para cada bairro, mas no momento só temos uma atuando.

A equipe de saúde de família tem uma composição multiprofissional com o trabalho interdisciplinar conformado por: uma médica e uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um equipe de saúde bucal e 9 ACS, responsáveis pelo atendimento da totalidade da população da área de abrangência que é de 5.599 pessoas.

No momento estão faltando três ACS dificultando o trabalho dos programas e grupos de atendimento prioritário, mas estamos fazendo o possível para que toda a população conte com um serviço adequado.

Nossa unidade tem uma estrutura física adequada com recepção-arquivo, sala de espera ampla com 12 cadeiras confortáveis, um consultório médico um consultório de enfermeira, um consultório odontológico, sala de curativo, farmácia, sala de agentes comunitários, área de triagem, sala de procedimentos, sala de vacinação, área de serviço, cozinha e dois banheiros adaptados para pessoas com incapacidade física.

Na unidade temos organizado o atendimento por meio de uma escala onde cada dia da semana ofereceram consultas para grupos especializados exemplo pré-natal (terças feiras), atenção a hipertensos e diabéticos (quintas feiras), coleta de citopatológico (quartas feiras), além disso, temos atendimento de livre demanda todos os dias, urgências e atenção de demanda agendada.

Hoje não podemos falar de excesso de demanda, pois a população tem conhecimento de nossa a escala que esta publicada na recepção e o trabalho fica mais organizado.

Fazemos visita domiciliar duas vezes por semana com o propósito da busca ativa dos usuários e famílias para o acompanhamento ao longo do tempo dos processos de saúde-doença e assim poder levar mudanças dos hábitos e padrões de vida.

Além disso, fazemos palestras relacionadas com as doenças mais frequentes (parasitismo, hipertensão, diabete, prevenção de câncer de colo de útero e mama) e deste jeito redobrando nosso trabalho preventivo.

Acho que a população esta tendo aceitação dos temas tratados nas palestras mais ainda é muito cedo para perceber as mudanças de hábitos e costumes.

A população de nossa área de abrangência é em sua maioria muito carente, são pessoas que moravam nas comunidades rurais e que pela carência de alimentos e trabalho e se estabeleceram na cidade, possuem predominantemente o nível escolar primário e 1% são analfabetos.

## 1.2 Relatório da Análise Situacional

Coari é um município brasileiro do interior do estado do Amazonas, região norte do país. O município está localizado no rio Solimões entre o Lago de Mamiá e o Lago de Coari, e tem sua história ligada aos índios Catuxy, Jurimauas, Passés, Irijus, Jumas, Purus, Solimões, Uaiupis, Uamanis e Uaupés. O nome Coari também está ligado às raízes indígenas e há duas versões: Em 1759 a aldeia é elevada a lugar com o nome de Alvelos.

Em 2 de dezembro de 1874 foi elevada a vila, em 2 de agosto de 1932 a Vila de Coari é elevada à categoria de município. De acordo com estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o total de habitantes do município em 2014 era de 82.209, sendo o quinto município mais populoso do estado.

A história de Coari se remonta ao século XVIII. O povoamento recebe o nome de Coari, por estar situado às margens de um lago com esse nome, próximo ao rio Coari. A denominação recebida pelo rio que banha o município foi dada também ao lago que banha a sede municipal, sendo estendida a denominação também ao município, posteriormente. O município de Coari está localizado no estado do Amazonas, na Mesorregião do Centro Amazonense, que engloba 31 municípios do estado distribuídos em seis microrregiões, sendo que o município pertence à microrregião de mesmo nome, a mais ocidental de sua mesorregião e que reúne seis municípios: Anamá, Anori, Beruri, Caapiranga, Coari e Codajás.

Coari está distante 363 km ao oeste da capital amazonense, o município se estende por uma superfície de 5.792.191 km<sup>2</sup>, com uma altitude de 34 metros, e apresentando uma densidade populacional de 1,3 habitantes por km<sup>2</sup>, ainda de acordo com o censo, 39.476 habitantes são homens e 36.489 são mulheres. A maior parte da população de Coari é residente na zona urbana (49.651 pessoas), o que representa 65,39% do total de habitantes. Entretanto o número ainda é considerado baixo levando em consideração que 34,61% dos habitantes vivem em área rural e que a média brasileira de pessoas que vivem em centros urbanos é de 84,4%, sendo superior ao registrado em Coari (IBGE, 2014).

A infraestrutura na área de saúde esta composta por um hospital onde oferecem atendimento de urgências/emergências, cirurgia, ortopedia,

neonatologia, obstetrícia, anestesia e medicina intensiva; uma policlínica (para consultas com especialistas de pediatria, ginecologia e obstetrícia, endocrinologia, neurologia, oftalmologia, nutricionista e fisioterapia (reabilitação), 13 UBS (unidade básica de saúde) tradicionais cada um com dois ESF (equipe de saúde familiar), 12 UBS na área urbana e 1 ribeirinha e unidades de saúde fluvial que conta com o apoio dos profissionais das unidades de saúde do município, um instituto de Medicina Tropical, o CAPS (Centro de Apoio Psicossocial), um centro de Reabilitação e um laboratório central com dificuldades na disponibilidade dos exames complementares.

Hoje o município tem 13 médicos do programa mais médico que faz o trabalho de conjunto com os colegas brasileiros.

Ao início de nossa especialidade o município não contava com o serviço do NASF, mais hoje tem duas equipes que realizam atendimento a todas as unidades incluindo as comunidades rurais, ainda não temos disponibilidades de CEO (Centro de especialidades odontológicas), para oferecer tratamento odontológico especializado, mais já estamos iniciando o serviço de próteses dental para idosos mais necessitados.

A UBS Dona Luzia Tenório Ramos, onde desenvolvemos nosso trabalho desde dezembro 2013, encontra-se na periferia da zona urbana do município.

O nome deve-se a lutadora pela igualdade da mulher que morou no bairro de Santa Helena, onde fica a UBS, caracteriza-se por ser Unidade Básica de Saúde tradicional com equipe de saúde da família, nossa unidade foi construída no ano 2002 para esses fins, está hoje com 13 anos de funcionamento, a mesma encontra-se vinculada com a prefeitura e Instituição de Ensino Superior Pública.

Atualmente na unidade se desenvolvem atividades de ensino para estudantes de técnicos de enfermagem, saúde bucal e administrativa em convênio com a UFAM (Universidade Federal de Amazonas) e para o mês de janeiro de 2016 está previsto início do ensino em Medicina.

A unidade tem duas equipes de saúde, a equipe um é responsável pelo atendimento do bairro de Santa Helena, é uma equipe de saúde de família e tem uma composição multiprofissional com o trabalho interdisciplinar composto por uma médica, uma enfermeira, equipe de atenção odontológica (dentista com seu auxiliar), dois auxiliares de enfermagem e três agentes comunitários

de saúde (ACS) que não são suficientes para o atendimento da população da área de abrangência, pois temos três áreas descobertas, a outra equipe responsável pelo atendimento do bairro Grande Vitória é composta pelo médico, enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e quatro ACS, além da equipe temos dois auxiliares de farmácia, uma técnica em microbiologia, um educador físico e um fisioterapeuta que trabalham os dois turnos.

Em relação aos ambientes segundo Siqueira e Cols. (2009) nossa UBS conta com uma recepção/arquivo de prontuários (capacidade para 6000 mil prontuários, arquivados por micro áreas e subdivididas por famílias), uma sala de espera para 15 pessoas com televisão, bebedouro e cadeiras muito confortáveis, dois consultórios médicos sem sanitários, uma sala de vacina fora da unidade onde o fluxo de usuários não necessita transitar pelas demais dependências da UBS, uma sala de curativo/procedimentos que divide o ambiente com a técnica em microbiologia, uma farmácia onde é feita a dispensação e armazenamento dos medicamentos; um consultório odontológico que tem todo o equipamento necessário, uma sala de ACS que conta com quadro e mesa com cadeiras, ambiente que também é utilizado como salão de reuniões, uma área fora da unidade para o compressor com as devidas medidas de proteção, dois sanitários para usuários grandes que permitem a movimentação dos cadeirantes e tem corrimãos no interior.

Além disso, a UBS tem uma Copa/cozinha pequena, e um depósito de materiais de limpeza.

Todas as áreas tem uma adequada ventilação (janelas amplas sem mosquiteiras), além disso, todos eles têm boa claridade com passagem da luz natural, pisos e paredes com superfície lisa, paredes laváveis só há na sala de curativos e vacina, pisos firmes, laváveis, estáveis, mas não antiderrapantes, e o teto tem boa cobertura e proteção, além disso, a UBS cumpre com as exigências em relação às medidas das áreas físicas e sinalização visual.

Em relação às barreiras arquitetônicas a UBS onde trabalhamos, é adequada para o acesso de pessoas portadoras de deficiências, não tem tapetes em nenhuma dependência do prédio, conta com rampa na porta principal, uma calçada que permite o deslocamento seguro de deficientes visuais, cadeirantes e idosos; não tem degrau.

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, no território adstrito, permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e inter setoriais com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território sempre em consonância com o princípio da equidade, universalidade e integralidade.

Na UBS onde trabalho realizou-se o último mapeamento da área de atuação da equipe antes de nossa chegada ao trabalho, este foi feito em conjunto das equipes de trabalho constituídas naquele momento (médicos, enfermeiro, agentes comunitários de saúde), e representantes da prefeitura municipal (secretaria de planificação) identificando os grupos, famílias e indivíduos exposto a risco, assim como os grupos de agravos (HTA, DM, Tuberculose, Hanseníase, etc.).

Além disso, estão identificados os equipamentos sociais da área de abrangência tais quais comércios locais, igrejas, escolas, e as redes sociais (grupos de mães, idosos, HAS, DM, puericultura).

O cuidado em saúde da população na área de abrangência é feita principalmente além da UBS no domicílio e nas escolas, não sendo realizado nas igrejas nem associação de bairro/comunitárias.

Na UBS, não contamos com os recursos materiais necessários para a realização de pequenas cirurgias, procedimentos, atendimentos urgências/emergências, fato que diminui a confiabilidade e resolutividade da comunidade na atenção primária de saúde.

Cada semana nas reuniões da equipe é feito uma análise do trabalho realizado e identificamos os pacientes faltosos às ações programáticas e se procede à busca ativa dos mesmos a qual é feita pelos ACS e enfermeiros, em casos de gestantes, usuários com doenças crônicas, mães ausentes a consultas de puericultura, entre outros faltosos.

Em nosso cronograma de atendimento temos 4 horas para visita domiciliar uma vez por semana (terça a enfermeira e quarta visita médica) e os ACS todos os dias, desta forma levamos atendimento aos usuários da área de abrangências que precisam receber cuidado domiciliais (acamados, incapacitados físicos, idosos, etc.).

O cuidado domiciliar é feito pelos médicos, enfermeiros, odontólogo, ACS, fisioterapeuta, para desenvolver atividades curativas, consultas médicas, de enfermagem, odontológicas, de reabilitação, acompanhamento de problemas de saúde, aferir pressão, entrega de medicamentos aos portadores de hipertensão e diabetes, medicação oral e injetável, vacinação, revisão puerperal e de RN, trocas de sondas em atomizados e educação e cuidados em saúde.

No momento o município encontra-se em reestruturação do trabalho desenvolvido pela atenção primária, e começamos a iniciar o trabalho com os protocolos para referência e contra referência dos usuários, para o atendimento pelas especialidades e internação hospitalar, no município temos pronto-socorro e pronto atendimento para as regiões mais distantes do centro do povo, pelo que minha área de abrangência não faz uso destes serviços, e no momento ainda não dispomos dos protocolos.

Às vezes os usuários chegam sem contra referência, fato que não permite conhecer sobre os planos terapêuticos propostos impedindo seu acompanhamento.

Todos da equipe de saúde fazem o acompanhamento dos usuários com internação hospitalar e domiciliar, notificações e busca ativa compulsórias de doenças e agravos notificáveis (médicos, enfermeiras, microscopistas e ACS).

Os profissionais da UBS realizam atividades de grupo tais como: diabéticos e hipertensos, idosos, gestantes, saúde da mulher, puericultura e aleitamento maternos, e tabagistas.

Na UBS não temos constituídos os conselhos de saúde, assim a participação da comunidade no controle social não é perceptível e ainda temos que trabalhar na identificação de líderes que possam potencializar ações inter setoriais com a equipe.

Em relação às atividades de qualificação profissional podemos dizer que com frequência são desenvolvidas atividades de educação continuada, relacionadas com a qualificação para a gestão e atenção em saúde, elas envolvem todos os profissionais (multiprofissionais), com temas de atualização técnica onde participam médicos, enfermeiros, odontólogos, técnicos de enfermagem, ACS e estudantes, abordando temas tais quais: diagnóstico e manejo em atenção primária de pessoas com Hanseníases (médicos e

enfermeiros), FCECON (Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado Amazonas), manejo de pessoas com HPV positivo e prevenção com vacina desta doença em adolescente (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, e técnicos de laboratório), outro recente foi sobre o uso e abuso de benzodiazepínicos na atenção primária (médicos enfermeiros, técnicos de farmácia, estudantes), Busca ativa de doenças de agravo e declaração compulsória Dengue e Malária para ACS e técnicos de enfermagem, Segundo Fórum de Atenção pré-natal, entre outros.

Em relação às atividades de qualificação para o fortalecimento do controle social poderíamos dizer que esta é uma das limitações que temos atualmente.

Cumprindo com nossa agenda de trabalho a equipe de saúde cada semana faz uma reunião onde além da construção da agenda de trabalho; organização do processo; fazemos discussão de casos relevantes; qualificação clínica; planejamento de ações; monitoramento e análises de indicadores; informação em saúde; participamos do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Nestas atividades participam os médicos, enfermeiros, odontólogos, técnicos e auxiliares de enfermagem e do consultório dentário e ACS.

O total da população de nossa UBS é de 5.599 pacientes com 91,03% cadastrados no momento com duas equipes de saúde, a equipe Santa Helena conta com uma população de 3.381, o que está em acordo com a PORTARIA nº 2488, de 21 de outubro de 2011 (entre 3000 e 4000 pessoas). A distribuição da população por faixa etária está demonstrada no quadro abaixo.

<b>Faixa Etária</b>	<b>Equipe 1</b>	<b>Equipe 2</b>	<b>Total E1+E2</b>
<1	37	48	85
<b>1 a 4</b>	212	197	409
<b>5 a 6</b>	168	198	366
<b>7 a 9</b>	255	268	523
<b>10 a 14</b>	400	420	820
<b>15 a 19</b>	311	360	671
<b>20 a 39</b>	761	869	1630
<b>40 a 49</b>	212	235	447
<b>50 a 59</b>	139	220	359
<b>+60</b>	139	150	289
<b>Total</b>	<b>2634</b>	<b>2965</b>	<b>5599</b>

**Tabela #1 Distribuição da população segundo faixas etárias e ESF.**

**Fonte: Relatório da UBS Dona Luzia Tenório /SIAB.**

A distribuição da população por sexo e faixa etária é estimada com base na distribuição brasileira e que parece de acordo com a distribuição da população por sexo e faixa etária na área de abrangência da UBS.

Segundo o Ministério da Saúde (2011) em o Acolhimento à Demanda Espontânea e o Caderno da Atenção à Demanda Espontânea em minha UBS ainda hoje não temos constituído o local para o acolhimento nem equipe e modelagem para o desenvolvimento desta atividade debilidade presente cada dia no nosso trabalho. Cada usuário após sua chegada à unidade recebe uma escuta na recepção pelo pessoal que trabalha neste setor, e tendo em consideração que o acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado imprescindível nos encontros entre trabalhadores de saúde e usuário durante os atos de receber e escutar as pessoas e que pode acontecer de formas variadas, esta é nossa modalidade de acolhimento e é desenvolvida em todos os turnos de trabalho da UBS.

De acordo com a definição de Demanda espontânea que inclui toda demanda do usuário para atividades na UBS, não agendadas ou que não é específica de nenhum setor, na minha unidade básica todos os dias além da agenda estabelecida para os programas oferecemos atendimento a usuários que chegam procurando, principalmente por problemas agudos que solicitam

atendimentos com os médicos, residentes dentro e fora nas áreas de coberturas da UBS.

Quase sempre são atendidos no dia mais têm que aguardar na sala pelo menos meia hora, alguns poucos são encaminhados ou agendados para retorno outro dia de acordo com a gravidade do caso, mais não constituem um excesso nem sobrecarregam o serviço.

A gravidez constitui um período de muitas expectativas não só para a gestante, mas para toda sua família, que se prepara para a chegada de um novo membro. E cada criança que nasce não é parte de um contexto vazio, mas sim de um ambiente familiar repleto de esperança, crenças, valores e metas, que influenciarão a formação deste sujeito em desenvolvimento.

Após o nascimento, o bebê, para sobreviver, precisa de alguém que cuide dele e que assegure que suas necessidades físicas (alimentação, limpeza, cuidado, proteção, entre outras) e psicossociais (de se sentir seguro, amado, protegido, valorizado) sejam atendidas. Qualquer atividade por parte do bebê que provoque uma resposta do adulto pode ser considerada um comportamento de busca de apego: sorrir, chorar, sugar e olhar nos olhos (BRASIL, 2013).

Na UBS hoje temos universo de 85 menores de um ano, o que representa 72% de cobertura de acordo com a estimativa para área, destes temos 86% com consultas em dia de acordo com protocolo do Ministério da Saúde, com orientação para aleitamento materno exclusivo e prevenção de acidentes, 100% com o Teste de Pezinho até sete dias, 98% com consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida e 95% com vacinas em dia.

Na UBS fazemos atendimento de puericultura para todos os grupos etários desde o nascimento até os 72 meses, o atendimento é feito todos os dias nos dois turnos com cerca de 30% de atendimentos a crianças que moram fora da área de cobertura, o atendimento é realizado pelas enfermeiras e médicos, levando em suas cadernetas a programação para a próxima consulta.

Existe demanda das crianças para atendimento por problemas de saúde agudos todos os dias, este atendimento não precisa de agendamento prévio e é feito na hora em que a criança precise tendo atendimento preferencial. O atendimento por problemas agudos é solicitado pelas crianças tanto da área de cobertura como dos de fora da área sem chegar a constituir um excesso.

No momento a UBS não possui protocolos para o atendimento nem para regular o acesso das crianças a outros níveis do sistema de saúde.

Nas consultas de puericultura são desenvolvidas ações relacionadas com o diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral; imunizações; prevenção de anemia com o uso do sulfato ferroso desde os seis meses até os 18; prevenção da violência; promoção do aleitamento materno (exclusivo até os seis meses); de hábitos alimentares saudáveis; de saúde bucal, mental; da importância do teste do pezinho para a pesquisa de doenças genéticas.

Não temos classificação para identificar crianças de alto risco, mas pela experiência de trabalho que possuímos desde a consulta feita na primeira semana realizamos uma avaliação integral da criança e se preciso são encaminhadas para atendimento pelas especialidades ou para internação hospitalar.

Na UBS contamos com arquivo para os registros dos atendimentos da puericultura revisado pela enfermeira e ACS com uma frequência mensal, para verificar crianças faltosas, completude de registros, identificar procedimentos como peso e vacinação em atraso, identificar crianças de risco e avaliar a qualidade do programa.

Em cada consulta é solicitada a caderneta da criança preenchendo todos os dados relacionados com crescimento e desenvolvimento, e oferecemos dicas sobre alimentação saudável, o significado do posicionamento da criança na curva de crescimento chamando atenção quando existirá risco não só de baixo peso, também de excesso de peso ou obesidade, oferecemos dicas de como identificar alterações de risco na curva de crescimento. Procuramos sempre alertar os pais sobre a data da próxima vacina e explicamos como eles e toda a família podem fazer atividades com o filho para estimular o desenvolvimento neuropsicomotor.

Em minha UBS, temos o programa Bolsa de Família, o cadastramento das crianças é feito pelas ACS, em jornadas planejadas pela secretaria de saúde municipal na UBS, as informações do cadastro são enviadas pela enfermeira responsável da gerência da unidade, além da Bolsa de família temos os programas de Saúde de ferro e Vitamina A.

Temos organizado um grupo de mães das crianças de puericultura, com atividades no âmbito da UBS realizadas uma vez ao mês com participação de

47% de mães, contando com a participação das enfermeiras, médicos, auxiliar de enfermagem e ACS.

Todas as semanas em nossa unidade fazemos reuniões da equipe em conjunto médicos, enfermeiros e ACS planejam e coordenam o Programa de Puericultura.

A enfermeira é a responsável de avaliar e monitorar o Programa de Puericultura mensalmente com auxílio do SIAB e prontuários das crianças produzem do relatório para a secretaria de Saúde Municipal.

Ainda temos que continuar trabalhando nas pesquisas e aproximação da equipe de saúde ao contexto de vida das famílias, com objetivo reorganizar a assistência e vincular formalmente o pré-natal o parto e ao puerpério, reduzir as taxas elevadas, de morbimortalidade materna e infantil iniciativas que envolvem mudanças no modelo de cuidado à gravidez, ao parto/nascimento e à atenção integral à saúde da criança, com foco nos primeiros dois anos e em especial no período neonatal.

Neste programa acho que a equipe de saúde deve redobrar os esforços por incrementar o número de crianças com acompanhamento pela UBS ate os 72 meses, com aleitamento materno exclusivo ate los seis meses, insistir por meio dos grupos e visitas domiciliares na importância das consultas de crescimento e desenvolvimento manterem as crianças com vacinas atualizadas segundo esquema e instaurar o uso dos protocolos para avaliação de risco adequado e oportuno.

Em relação à Atenção ao Pré-natal e Puerpério, onde oferecemos cuidados dispensados às mulheres durante todo o ciclo gravídico-puerperal com o objetivo primordial de prevenir a mortalidade e morbidade da mãe e da criança através de cuidados e recomendações que incluem ações de promoção de saúde, prevenção de doenças, diagnóstico precoce e tratamento adequado dos problemas que ocorrem neste período.

A assistência pré-natal adequada, com a detecção e a intervenção precoce das situações de risco, bem como um sistema ágil de referência hospitalar (sistema de regulação – “Vaga sempre para gestantes e bebês”, regulação dos leitos obstétricos, plano de vinculação da gestante à maternidade), além da qualificação da assistência ao parto (componente de parto e nascimento–humanização, direito à acompanhante de livre escolha da

gestante, ambiência, boas práticas, acolhimento com classificação de risco), é os grandes determinantes dos indicadores de saúde relacionados à mãe e ao bebê que têm o potencial de diminuir as principais causas de mortalidade materna e neonatal.

Em face da progressiva expansão do processo de organização dos serviços de atenção básica nos municípios, a qualificação dos profissionais de saúde ainda é um desafio, sobretudo no que diz respeito ao processo do cuidado, ao acesso a exames e aos seus resultados em tempo oportuno, bem como à integração da Atenção Básica (AB) com a rede, voltada para o cuidado materno-infantil (BRASIL, 2012).

Nossa UBS realiza atendimento de pré-natal todas as semanas de forma planejada segundo escala, pelos médicos e enfermeiras, hoje temos 55 gestantes que desde a primeira consulta saem com orientação para avaliação pelo dentista da UBS e nutricionista municipal localizada na policlínica.

Em nossa UBS, não temos gestantes com atendimento fora da área de abrangência no momento, o atendimento é feito pela enfermeira, médicos, odontólogos e auxiliares de enfermagem, e para a melhor organização do serviço temos uma agenda onde ficam registrados os retornos de cada gestante segundo o trimestre da gestação, sendo no mínimo 6 consultas conforme o recomendado, além disto utilizamos para agendamento as cadernetas de gestante. Oferecemos ainda atendimento aos problemas agudos que não precisam de agendamento prévio

Não dispomos de protocolos de atendimento pré-natal, nem para regular o acesso das gestantes a outros níveis do sistema de saúde, mas trabalhamos com avaliação dos riscos segundo os parâmetros estabelecidos pela OMS; desde a primeira consulta desenvolvendo ações de diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, de problemas de saúde bucal, controle de cânceres de útero e mama, imunizações, planejamento familiar, promoção de aleitamento materno, de hábitos alimentares saudáveis e saúde bucal, e caso necessário o atendimento pelos especialistas ou internação no hospital fazemos os encaminhamentos respectivos.

Os atendimentos às gestantes são registrados no prontuário clínico, formulário especial do pré-natal, ficha de atendimento odontológico, tabelas nutricionais e ficha espelho das vacinas.

Na UBS, há um livro onde ficam registradas todas as gestantes com dados como: nome e idade da gestante, Data da última menstruação (DUM), Data possível de parto (DPP), data do início de pré-natal, vacinação, parâmetros vitais (PA, Peso e IMC) e registro de cada consulta. Este arquivo é revisado semanalmente pela enfermeira para verificar gestantes faltosas, completude de registros, identificar grávidas em data possível de parto, gestante com pré-natal de risco; oferecendo uma visão da qualidade do programa.

No início do pré-natal a enfermeira preenche e entrega a carteira a cada gestante e esta é solicitada em cada consulta e atualizada, como parte da consulta fazemos escuta das dúvidas que as gestantes possam ter e oferecemos orientações sobre alimentação saudável, avaliação da curva de peso como parte da prevenção de complicações pelo excesso ou baixa do peso, importância da avaliação bucal na gravidez, promoção das atividades físicas, riscos do tabagismo, do álcool e das drogas, assim como chamamos atenção sobre a data da próxima vacina.

Além disso, oferecemos orientações sobre os cuidados com o recém-nascido, importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses, sobre a avaliação antes dos sete dias do pós-parto e a revisão entre 30-42 dias, assim como proporcionar a melhor escolha da anticoncepção.

A UBS conta com o Programa SISPRENATAL do Ministério da Saúde, alimentado basicamente pela enfermeira juntamente com uma funcionária da recepção, elas são as responsáveis pelo cadastramento e envio dos cadastros a Secretaria Municipal de Saúde, além deste recentemente iniciou-se o programa Rede Cegonha.

Cada mês na ESF faz-se atividades de promoção com o grupo das gestantes, no âmbito da UBS, com o percentual de participação de 80% das gestantes, nestas atividades participam as enfermeiras, médicos e auxiliar de enfermagem e ACS. Cada semana as gestantes recebem atendimento com a fisioterapeuta do NASF, onde são preparadas para o trabalho do parto.

Na UBS existem profissionais dedicados ao planejamento, gestão e coordenação do programa, que são enfermeiras, médicos, odontólogos e ACS, com uma frequência semanal utilizando como fonte de avaliação do programa

de pré-natal o SIAB, produzendo relatórios dos resultados mensais a Secretaria Municipal de Saúde.

Do atendimento ao puérperio podemos dizer que no último ano fizemos acompanhamento de 106 puerperas representando o 90% do estimado 118, mais todas elas 106 (100%) receberam atendimento antes dos sete dias do pós-parto nas visitas domiciliares pela parte do ESF, fazendo exames de mama e ginecológico. Tivemos três intercorrências que foram avaliadas e internadas no hospital municipal, e as outras continuaram acompanhamento até os 42 dias depois do parto pelos profissionais da ESF.

Hoje temos 55 grávidas cadastradas, sendo que 23 delas (42%) com início do atendimento no primeiro trimestre, 49 (89%) com consultas em dia de acordo com calendário, 55(100%) com solicitação de exames laboratoriais, 53 (96%) com vacinas atualizadas (96% antitetânica e 100% hepatites B), e todas as 55 (100) receberam prescrição de sulfato ferroso, avaliação bucal e orientações sobre aleitamento materno.

O exame ginecológico é feito na primeira consulta de avaliação do médico e durante a gravidez só se for necessário de acordo com as particularidades e riscos de cada uma das usuárias.

Ainda temos muitas dificuldades para garantir um ótimo atendimento as gestantes, mas no município temos dificuldades para a realização dos exames complementares, dos USG, que em muitas ocasiões tem que ser feito em laboratórios particulares, não dispomos de consulta com ginecologista para avaliar grávidas de risco, nem no término para avaliar o bem estar fetal.

Recentemente efetuasse o segundo Fórum Municipal da atenção ao Pré-natal onde foram pautadas para a melhora do programa algumas estratégias tais quais: a garantia a exames complementares e USG com prioridade em relação ao resto da população; o início da consulta especializada para gestantes de alto risco e bem estar fetal; melhoras no serviço da atenção hospitalar (Alojamento conjunto) e a criação do hospital materno brevemente. Continuamos trabalhando para poder garantir que o atendimento de pré-natal seja realizado de maneira humanizada, em rede e garantindo maior acesso e qualidade, sendo dever dos serviços e profissionais de saúde acolher com dignidade todo gestante e recém-nascido.

Os elevados índices de incidência e mortalidade por câncer do colo do útero e da mama no Brasil justificam a implantação de estratégias efetivas de controle dessas doenças que incluam ações de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce, tratamento e de cuidados paliativos, quando esses se fizerem necessários.

É de fundamental importância a elaboração e a implementação de Políticas Públicas na Atenção Básica, enfatizando a atenção integral à saúde da mulher, que garantam ações relacionadas ao controle dos cânceres do colo do útero e da mama como o acesso à rede de serviços quantitativa e qualitativamente, capazes de suprir essas necessidades em todas as regiões do País.

Atenção Básica ou Atenção Primária à Saúde é realizada em todo o país, de forma descentralizada, próxima ao usuário, sua família, seu território e suas condições de vida, ela acompanha os usuários longitudinalmente, mesmo quando ele demanda de um serviço especializado ou de uma internação, e é responsável pela coordenação das ações dos diversos serviços sobre os profissionais, entre as ações desenvolvidas pelas equipes de Atenção Básica, destacam-se as ações relacionadas ao controle dos cânceres do colo de útero e da mama.

Em na UBS onde trabalhamos, realiza-se coleta de exames citopatológico para prevenção do colo do útero duas vezes na semana com prévio agendamento, mas oportunisticamente se chegar alguém solicitando o serviço, é feita a coleta tanto da área de abrangência como de fora da área de cobertura, sendo executada a coleta pelas enfermeiras e médicos com rastreamento basicamente organizado.

Não temos protocolo de prevenção, mas com apoio dos conhecimentos adquiridos dos fatores de risco de câncer do colo do útero e de mama, trabalhamos para o bom desenvolvimento do programa.

A UBS conta com registros de mulheres que realizem coleta de citopatológico, e hoje temos 13 mulheres com PCCU alterado, destas três realizam acompanhamento pelo FCON, e cuidados paliativos pela UBS, as outras são monitoradas em relação aos tratamentos que estão sendo executados pelos especialistas (radioterapias; cirurgias ou reexame para concluir diagnosticam). Os registros são feitos com auxílio do livro de registro,

prontuário clínico e formulários especial para citopatológicos, em arquivo específico para este fim.

Todas as semanas em nossa unidade fazemos reuniões onde em conjunto a equipe de saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e ACS) planeja e coordena o programa de prevenção de câncer de colo uterino.

A enfermeira é a responsável de avaliar e monitorar o Programa mensalmente com auxílio do SIAB, SISCOLO, prontuários e registros específicos do programa, enviando relatório para a secretaria de Saúde Municipal.

No âmbito da UBS, realiza-se uma vez por mês atividades de promoção, com o grupo de mulheres de 25-64 anos, contando com a participação das enfermeiras, médicos, auxiliar de enfermagem e ACS onde orientamos sobre a importância do uso de preservativo em todas as relações sexuais para evitar o contágio com HPV, fator necessário, mas não suficiente para o desenvolvimento do câncer do colo do útero, assim como de doenças sexualmente transmissível; os prejuízos do tabagismo e sobre a importância da realização periódica do exame preventivo do câncer do colo do útero para detecção das lesões nas etapas iniciais da doença, além disso, no ambiente das consultas é feita atividades de educação.

Em relação ao controle do câncer de mama, o município hoje conta com um mamógrafo no hospital regional, onde todas as mulheres da faixa etária 50-69 anos correspondentes ao programa têm acesso para rastreamento e avaliação com emissão dos laudos via internet pelos oncologistas e radiólogos da FCON. Na minha UBS são feitas ações de rastreamento por meio do exame clínico e/ ou solicitação de mamografia todos os dias da semana em todos os turnos tanto para mulheres da área de abrangência quanto para as de fora da área de cobertura, oportunisticamente, este exame é realizado pelas enfermeiras, médicos e técnico de enfermagem com capacitação.

Os registros são preenchidos em livros de registros, prontuários clínicos e formulário especial e temos arquivo específico que é revisado quinzenalmente para avaliar completude de registros e avaliar os progressos no programa. A enfermeira é responsável de enviar mensalmente um relatório do monitoramento para a secretaria municipal com auxílio dos registros específicos do programa, prontuários e SIAB.

Realizamos no ambiente da UBS, e visitas domiciliares ações de promoção e prevenção do câncer de mama com a participação das enfermeiras médicos, ACS e técnicas de enfermagem, onde enfatizamos sobre os fatores de riscos tais como: idade; menarca precoce; menopausa tardia; primeira gravidez após os 30 anos; nuliparidade; exposição à radiação; terapia de reposição hormonal; obesidade; ingestão regular de álcool; sedentarismo; história familiar.

Além disso, oferecemos orientações para a identificação de sinais e sintomas do câncer de mama, pois somente dessa forma é possível combater essas doenças e diminuir a mortalidade por elas.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são as principais causas de morbimortalidade no mundo. Em países da América Latina e Caribe, os óbitos causados por essas enfermidades as últimas décadas corresponderam a 72% do total das causas de mortes. Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) alertam que, para o ano de 2020, as mortes por DCNT representarão 73% dos óbitos no mundo.

Apesar da gravidade das DCNT e do aumento de sua incidência, grande parte dessas doenças poderia ser evitada; como as DCNT mais frequentes (doença cardiovascular e diabetes) compartilham vários fatores de risco, a atenção primária de saúde é definida como estratégia de organização do sistema de saúde para realizar ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento de problemas de saúde mais prevalentes e reabilitação individual e coletiva.

As doenças crônicas que têm sido muito estudadas por conta da importância da busca de estratégias para redução da prevalência dos fatores de risco envolvidos, que estão diretamente relacionados às mudanças de estilo de vida e à qualidade de vida.

Diversas intervenções para reduzir o tabagismo e promover atividade física e consumo de alimentos saudáveis foram realizadas, mas suas avaliações demonstraram resultados discretos. A extensa cadeia causal desde a implantação das intervenções até o impacto, o funcionamento do sistema de saúde (acesso, disponibilidade de exames complementares e medicamentos), o meio ambiente e as características sociodemográficas, culturais e

epidemiológicas da população estão entre as razões da baixa efetividade (BRASIL, 2014 a; BRASIL, 2014 b).

Na UBS realiza-se atendimento de adultos portadores de ambas as doenças um dia da semana, nos dois turnos, segundo cronograma do atendimento, participam do atendimento o médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS. O ambiente de cada consulta é aproveitado para realizar o exame físico completo dando prioridade ao exame cardiovascular, do sistema vascular periférico, procura de sinais de sepse, presença de úlceras nos pés, ou lesões na boca.

Após a consulta os hipertensos e diabéticos saem da UBS com a próxima consulta programada, além das consultas programadas para acompanhamento existe demanda para atendimento de problemas de saúde agudos, mas não temos excesso de demanda desses usuários.

No momento a UBS não temos protocolo atualizado de atendimento para pessoas portadores de hipertensão e diabetes mellitus, nem para regular o acesso dos adultos a outros níveis do sistema de saúde como encaminhamento para atendimento nas especialidades, para internação hospitalar e serviços de pronto-atendimento.

As ações desenvolvidas no cuidado a os adultos portadores de HAS e/ou DM são: imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, problemas de saúde bucal, alcoolismo, obesidade, sedentarismo, tabagismo.

Os atendimentos a esses usuários são registrados em prontuários clínicos, formulário especial, ficha de atendimento odontológico, ficha espelho de vacinas, existe controle dos arquivos com objetivo de verificar pacientes faltosos, procedimentos em atrasos, completude de registro; pacientes de risco e avaliar a qualidade do programa uma vez cada mês nas reuniões da ESF deste jeito se fazem planejamento, gestão e coordenação das ações.

As enfermeiras, médicos, técnico de enfermagem e ACS, são responsáveis da revisão de dito arquivo, além disso, as ACS tem baixo sua responsabilidade o cadastramento dos adultos do programa, em tanto a enfermeira envia relatório mensal para a secretaria de saúde municipal depois de fazer avaliação e monitoramento das ações dispensadas com apoio dos

registros SIAB, e outros Registros específicos de adultos com HAS e DM asem como dos prontuários.

A equipe de saúde realiza atividades com grupos de adultos com HAS e o DM no âmbito da UBS três vezes por semana, é realizado ações de orientação de hábitos alimentares saudáveis, para o controle de peso corporal, de estímulo a prática regular das atividades físicas, orientam-se sob os malefícios do consumo excessivo de álcool, tabagismo e drogas, o que é feito em palestras e conversas com auxílio de pôsteres ilustrativos, folders entre outros. Para pessoas com dificuldades de locomoção realiza-se visita domiciliar.

Em relação ao caderno de ações programáticas com auxílio do prontuário clínico, e registros específicos dos adultos hipertensos e diabéticos foi possíveis preencher dados como atraso da consulta agendada em mais de sete dias (90% para HAS e 69% para DM), com exames complementares periódicos em dia (20% para HAS e 65% para DM), com orientação sobre prática de atividades física regular (100% para as duas doenças), com orientação nutricional para alimentação saudável (100% para as duas doenças), com avaliação de saúde bucal. Hoje temos uma cobertura de 77% para HAS, ou seja, 763 cadastrados de 994 da estimativa do CAP e 69% dos diabéticos 198 cadastrados de 284 estimados pelo CAP.

Já identificadas nossa debilidades nos atendimentos destas doenças nossa equipe trabalhara para incrementar o número de usuários pesquisados acima de 20 anos para HAS e DM, trabalhar toda a ESF para identificar o numero de usuários faltosos e manter o controle em consultas em dia, asem como na capacitação da equipe para o trabalho com fatores de risco e estratificação de risco cardiovascular na população alvo e pautar com gestores municipais a realização de exames complementares pelo menos duas vezes cada ano a pacientes com estágios mais avançados e controle mais difícil.

O Brasil apresenta uma taxa de envelhecimento populacional elevada , segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estadística, em 2010, a população brasileira era de 190.755.799 habitantes, dos quais 20.590.599 eram considerados idosos (idade  $\geq$  60 anos), correspondendo a 10,8% da população brasileira.

Os principais determinantes dessa acelerada transição demográfica no Brasil são a redução expressiva na taxa de fecundidade, associada a forte redução da taxa de mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida. Estima-se que, em 2025, o Brasil ocupara o sexto lugar quanto ao contingente de idosos, alcançando cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Em 2050, as crianças de 0 a 14 anos representarão 13,15%, ao passo que a população idosa alcançará os 22,71% da população total (BRASIL, 2013 c).

Assim, o Brasil caminha rapidamente para um perfil demográfico mais envelhecido, caracterizado por uma transição epidemiológica, onde as doenças crônico-degenerativas ocupam lugar de destaque. O incremento das doenças crônicas implicará a necessidade de adequações das políticas sociais, particularmente aquelas voltadas para atender as crescentes demandas nas áreas da saúde, previdência e assistência social (MENDES, 2011).

A maioria dos idosos é portador de doenças ou disfunções orgânicas que, na maioria das vezes, não estão associadas à limitação das atividades ou a restrição da participação social. Assim, mesmo com doenças, o idoso pode continuar desempenhando os papéis sociais, o foco da saúde está estritamente relacionado à funcionalidade global do indivíduo, a pessoa é considerada saudável quando é capaz de realizar sua atividade sozinha, de forma independente e autônoma, mesmo que tenha doenças (MORAES, 2009).

Na UBS onde trabalhos fazem atendimento de idosos todos os dias nos dois turnos de atendimento, no momento não temos atendimento de idosos fora da área de abrangência, e este atendimento é feito pelos enfermeiros, médicos da família, técnicas de enfermagem, ACS e educador físico.

Os idosos sempre saem com o retorno marcado para acompanhamento e cuidado continuado e temos atendimento de problemas agudos, mas não constituem um excesso na demanda.

Na UBS não tem disponibilizado protocolos de atendimento para idosos, mas são desenvolvidas ações no cuidado como promoção da atividade física, de hábitos alimentares saudáveis, saúde bucal, saúde mental; diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, da obesidade, do sedentarismo, tabagismo e programa de imunizações.

No município não tem no momento protocolos para regular o acesso dos idosos a outro nível do sistema de saúde, a UBS não conta com arquivo

específico para os registros do atendimento dos idosos, mas os atendimentos são registrados nos prontuários médicos, ficha de atendimento odontológico e ficha espelho de vacinas.

Cada três meses nas consultas de idosos se avalia a Capacidade Funcional Global pelos exames clínicos principalmente: cognição, humor, mobilidade, comunicação.

Além disso, se avalia o grau de independência de cada um no desenvolvimento das atividades cotidianas, sendo considerado: independência quando realiza todas as atividades básicas de vida diária de forma independente, semi-dependência o que representa o comprometimento de, pelo menos, uma das funções influenciadas pela cultura e aprendizado (banhar-se e/ou vestir-se e/ou uso do banheiro). Dependência incompleta, quando apresenta comprometimento de uma das funções vegetativas simples (transferência e/o continência), além de, obviamente, ser dependente para banhar-se, vestir-se e usar o banheiro. A presença isolada de incontinência urinária não deve ser considerada, pois é uma função e não uma atividade. Dependência completa apresenta comprometimento de todas as AVD, inclusive para se alimentar. Representa o grau máximo de dependência funcional.

Oferecemos nas consultas e visitas domiciliares orientações para familiares e idosos para reconhecer sinais de risco relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência tais quais HAS, DM, e depressão.

Não temos cadernetas, nem o estatuto para o atendimento os idosos na UBS, o município inicia o programa AGITA COARI onde três vezes por semana são desenvolvidas atividades com os idosos tais quais; ginástica, caminhadas, café com práticas de alimentação saudável e palestras.

Na UBS temos constituídos dois grupos de idosos com 43% de participação do total permitindo o descobrimento de potencialidades e o trabalho com vulnerabilidades, o que possibilita a ampliação do vínculo entre equipe e pessoa idosa, sendo um espaço complementar da consulta individual, de troca de informações, de oferecimento de orientação e de educação em saúde. Os grupos realizam-se no âmbito da UBS, com apoio de educador físico, enfermeiros, médicos gerais, ACS e fisioterapeuta.

Na área de abrangência as ACS, tem identificados os idosos que necessitam receber cuidado domiciliar, fazemos visitas com participação de educador físico, enfermeiros, médicos gerais, ACS e fisioterapeuta.

Nas reuniões do ESF uma vez cada mês fazemos avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos idosos; com auxílio do SIAB, HIPERDIA, Prontuários, enviando relatório à secretaria municipal de saúde.

Hoje nossa UBS tem um estimado de 339 idosos (pessoas com 60 ou mais residentes na área), mas só temos cadastrados 289 os que representam 85%, destes 68% tem HAS, e 18% tem DM dados que correspondem com a realidade, pois as doenças crônicas tem a maior representação de casos em populações com idades avançadas.

Dos idosos cadastrados temos um 76% com consultas em dia recebendo orientações sobre hábitos alimentares saudáveis e orientação para prática de atividades físicas.

Em relação ao caderno de ações programáticas foi possível preencher com informações com acompanhamento em dia (76%), com HAS (68%), DM (18%), com orientações de hábitos nutricionais saudáveis e orientação para atividades física regular (76%); com ajuda dos prontuários médicos, registros específicos dos adultos hipertensos e diabéticos.

A UBS não dispõe das cadernetas de pessoas idosas e a cobertura do atendimento de saúde bucal está em 9%, no município iniciasse o programa para tratamento com próteses dentaria a idosos mais necessitados.

Na UBS onde trabalhamos, realizassem atendimento integral da saúde bucal tendo em conta a prática clínica, e ações coletivas a todas as famílias, a indivíduos e a grupos específicos, (5599 população da área abrangente) com uma equipe de saúde que tem capacidade instalada para 13000 pessoas, segundo preconizado pelo Ministério de Saúde, com prioridade aos escolares, grávidas, idosos, usuários com HAS e DM, avaliados durante seu atendimento na primeira consultam para obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal e definir o plano terapêutico com preenchimento dos prontuários odontológicos de todos os procedimentos e atividades realizadas cada dia.

Segundo dados obtidos de prontuários odontológicos e produção mensal da UBS foram possíveis preencher o caderno de ações programáticas, hoje

tem um total de 362 atendimentos por meio cada mês para uma cobertura de 0,8 que esta em concordância do estabelecidos pelo Ministério.

Na primeira consulta odontológica programática no momento temos muita dificuldade nos atendimentos pela pouca disponibilidade de insumos pelo que grupos priorizados como escolares grávidas e idosas tem pouca cobertura e resolutividade nos problemas que eles apresentam.

As consultas programadas são realizadas três vezes por semana, com oito turno para quatro horas realizando até 3 procedimentos por paciente (aplicação de flúor, restauração, profilaxia ou extração),

A equipe de saúde bucal da UBS além do tratamento programado oferece atendimento de processos agudos do dente, tais quais obturações, extrações, pois as patologias mais prevalentes em nosso serviço são: a cárie dentária; doença periodontal, a gengivite e periodontite, com maior porcentagem nos grupos de 15-59 com 72% de intercorrências, escolares com 51 % e idosos com 58%.

Hoje nossa equipe de saúde bucal em relação à razão de primeira consulta programática sobre atendimentos não programados tem só no grupo de grávidas menos dos 50% fato resultante da demanda reprimida pela insuficiente quantidade de materiais disponível para realizar os procedimentos odontológicos a este grupo pelo que os atendimentos com tratamento inicial não é concluído, acho que para o resto dos grupos que tem razões entre 72% e 51% além de continuar trabalhando estamos tendo resultados significativos.

Cada dia na UBS como no trabalho na rua (visitas domiciliares e escolas) é feitas coletivas educativas e preventivas com objetivo de provocar um impacto positivo em grupos priorizados, permitindo mudanças na formação de hábitos com participação das famílias.

Com apoio de palestras os alvos das ações educativas nas principais doenças bucais estão relacionados com a importância do autocuidado, da higiene bucal, da escovação e dentífrício floreteado, o uso do fio dental; orientações gerais sobre alimentação saudável; a prevenção de fatores de risco uso de álcool e fumo, a obesidade, diabetes.

Depois deste relatório de saúde feito sob a base do desenvolvimento da atividade diária na UBS Dona Luzia Tenório Ramos acho que temos que aprofundar nosso trabalho para dar mais qualidade no atendimento, as

principais dificuldades estão nos cadastros ainda incompletos para poder ter uma panorâmica real da composição geral e por grupos da população da área de abrangência.

Além disso, temos alguns programas como saúde da criança, HAS e DM com baixa cobertura pelo que inicialmente deve ser priorizada, também temos uma debilidade na UBS que é a falta de ACS para cobrir áreas descobertas e não cadastradas, assim como não existe disposição de protocolos para o manejo dos diferentes programas, mas acho que com a nova reorganização em saúde do município e a boa vontade da equipe de saúde todas estas dificuldades serão resolvidas em pouco tempo.

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

O texto inicial feito na segunda semana acredito que foi elaborado de maneira superficial, e este relatório foi desenvolvido de maneira mais detalhada, abordando todas as ações programáticas do funcionamento da UBS.

Dessa forma a identificação das principais dificuldades encontradas na unidade de saúde nos permitiu criar novas estratégias para realização de um atendimento de qualidade com equidade, integralidade e universalidade, de acordo com os princípios do SUS, sendo que já visualizamos uma melhora na atenção dos programas com Puericultura, Pré-natal, Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes, Saúde da Mulher, Atenção ao Idoso, o que permitirá elevar a qualidade de vida e minimizar riscos na população da área adstrita.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

O relatório de 2002, publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), sobre saúde no mundo relata que a mortalidade, a morbidade e as deficiências atribuíveis às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) já representavam 60% de todas as mortes e 47% da carga global de doença e que em 2020 estas deverão alcançar 73% e 60%, respectivamente. Destaca-se que 66% dos óbitos atribuíveis as DCNT ocorrem em países em desenvolvimento, afetando indivíduos mais jovens do que os acometidos nos países desenvolvidos. De modo geral, alguns poucos fatores de risco (FR) são os responsáveis pela maior parte da morbidade e mortalidade decorrentes das doenças não transmissíveis, entre eles: hipertensão arterial (HAS), diabetes mellitus (DM) (BRASIL, 2013).

A HAS e a DM constituem os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, motivo pelo qual representam agravos de saúde pública. A possibilidade de associação entre HAS e DM é da ordem de 50% e requer, nestes casos, o manejo das duas patologias num mesmo paciente. As duas doenças apresentam vários aspectos comuns, tais como: etiopatogénia, fatores de risco, tratamento não medicamentoso, cronicidade doenças incuráveis, requerimento de acompanhamento permanente complicações crônicas, geralmente assintomáticas; é de difícil adesão ao tratamento pela necessidade de mudança nos hábitos de vida e participação ativa do indivíduo, necessidade de controle rigoroso para evitar complicações; necessidade de acompanhamento por equipe multidisciplinar; são doenças de fácil diagnóstico (BRASIL, 2013).

A UBS Dona Luzia Tenório Ramos tem duas equipes de saúde, a equipe um é responsável pelo atendimento do bairro de Santa Helena, é uma equipe de saúde de família e tem uma composição multiprofissional com o trabalho

interdisciplinar composto por uma médica, enfermeira, um odontólogo, um auxiliar de saúde bucal, dois auxiliares de enfermagem e dois ACS (agentes comunitários de saúde) que não são suficientes para o atendimento da população da área de abrangência, pois temos quatro áreas descobertas, a outra equipe responsável pelo atendimento do bairro Grande Vitória é composta pelo médico, enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e quatro ACS, além da equipe temos dois auxiliares de farmácia, uma técnica em microbiologia, já o educador físico e o fisioterapeuta fazem parte do Nasf e dá suporte as duas equipes. A UBS conta com uma recepção onde ficam os arquivos, uma sala de espera para 15 pessoas, dois consultórios médicos sem sanitários, uma sala de vacinas, uma sala de curativo/procedimentos que divide o ambiente com a técnica em microbiologia, uma farmácia onde é feita a dispensação e armazenamento dos medicamentos, um consultório odontológico que tem todo o equipamento necessário, uma sala de ACS que conta com quadro e mesa com cadeiras, ambiente que também é utilizado como salão de reuniões, uma área fora da unidade para o compressor com as devidas medidas de proteção, dois sanitários para usuários grandes que permitem a movimentação dos cadeirantes e tem corrimãos no interior. Além disso, a UBS tem uma copa/cozinha pequena, e um depósito de materiais de limpeza, o acesso a UBS foi feita sem barreiras arquitetônicas.

O total da população de nossa UBS é de 5599 pacientes com 91,03 % cadastrados no momento com duas equipes de saúde na UBS onde trabalhamos no momento.

Hoje temos uma cobertura de 77% para HAS, ou seja, 763 cadastrados de 994 da estimativa do CAP e 69% dos diabéticos 198 cadastrados de 284 estimados pelo CAP. Sabemos que 90% dos que possuem HAS e 69% dos DM estão com atraso da consulta agendada em mais de sete dias, 20% dos HAS e 65% dos que possuem DM estão com exames complementares periódicos em dia e todos os cadastrados (100%) estão com orientação sobre prática de atividades físicas regular, com orientação nutricional para alimentação saudável e com avaliação de saúde bucal.

Acredito que a população alvo de nossa intervenção tem bom atendimento e acompanhamento pela ESF, mas ainda falta a realização de vários indicadores do protocolo do MS, hoje nosso trabalho encontra-se dirigido

nas atividades de educação e promoção de saúde tais como rastreamento de usuários com HAS e DM com auxílio da verificação de PA pelo menos uma vez ao ano e exames dos pés a cada três meses, temos feito palestras para divulgar a comunidade sobre a existência do programa de HAS e DM, fatores de risco para o desenvolvimento destas doenças, a importância de uma alimentação saudável, prática de exercícios físicos, e da saúde bucal, assim como da importância do atendimento de rotina na atenção básica.

Com nossa intervenção pretendemos melhorar a qualidade no atendimento das pessoas com doenças crônicas, desenvolvendo um sistema de registro e acompanhamento eficiente construindo linhas de cuidado de acordo com os fatores de risco. Apesar das dificuldades que apresentamos como pouca disponibilidade dos equipamentos para verificação de P.A e fitas de HGT, morosidade na realização e entrega dos exames complementares, ausência de protocolos de atendimento para as doenças alvo e estratificação de risco cardiovascular, fatos que atrapalham o bom desenvolvimento da intervenção, toda a equipe de saúde encontra-se animada com a intervenção e cada membro aponta ideias para um melhor sucesso da mesma.

## **2.2 Objetivos e metas**

### Objetivo geral

Melhorar a atenção dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Dona Luzia Tenório Ramos, Coari/AM.

### Objetivos específicos e metas

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

**Meta 1.1:** Cadastrar 90% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvida no período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família Dona Luzia Tenório Ramos, no município de Coari, Amazonas. Participarão da intervenção 994 usuários com hipertensão e 284 pessoas com diabetes, com mais de 20 anos, da área de abrangência segundo estimativas do CAP.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

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

**Meta 1.1.** Cadastrar 90% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

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

#### **Monitoramento e avaliação**

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

**Detalhamento:** Semanalmente a médica da unidade supervisara monitoramento da cobertura do programa para isso contara com apoio da equipe de saúde onde enfermeira da UBS, monitorara semanalmente a pesquisa aos usuários com ambas doenças verificando nas fichas espelhos e prontuários clinico, os usuários cadastrados pela equipe de saúde.

#### **Organização e gestão do serviço**

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

**Detalhamento:** A médica e enfermeira todas as semanas monitorar a atualização de cadastro destes usuários com apoio das fichas espelhos e prontuários clínicos, para verificação dos registros atualizados ficando estes ações sobre a coordenação da médica da unidade.

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

**Detalhamento:** Esta ação ficará sobre a responsabilidade da médica onde já início da intervenção, garantira a todos os que procurarem UBS, um acolhimento adequado sendo este desenvolvido por todo lá equipe, os usuários serão acolhidos inicialmente por a recepção e se necessário encaminhado para atendimento qualificado para equipe técnica da unidade de serviço.

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

**Detalhamento:** Para isto será feita contato com a coordenação e o gestor para a compra dos materiais necessários da intervenção ficando esta ação sobre a responsabilidade da médica e enfermeira da unidade.

**Ação:** Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na UBS.

**Detalhamento:** Ficará sobre a coordenação da médica de conjunto com a enfermeira da unidade, será garantida antes da intervenção junto o gestor municipal a existência do material necessário para o desenvolvimento da medida da PA e do teste de glicemia capilar.

### **Engajamento Público**

**Ação:** Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus na UBS.

**Detalhamento:** Esta ação ficará sobre coordenação da médica da UBS, onde inicialmente na primeira semana da intervenção faremos um contato com o secretario de saúde u o perfeito para garantir a divulgação do programa pela radio do município; em nível da área da abrangência será feita nas visitas domiciliares pelos integrantes da equipe, também se realizará esta ação na unidade com cartazes e folders explicativos; e nas atividades educativas coletivas com frequência semanal.

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

**Detalhamento:** Para isso serão feitas conversas pela equipe da unidade na UBS e visitas domiciliares, ficando sobre a responsabilidade da médica enfermeira.

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

**Detalhamento:** Isto ficará sobre a coordenação da medica da unidade em conjunto com a enfermeira, semanalmente nas palestras, conversas no nível da UBS, visitas domiciliares, além disso, sensibilizaremos os líderes das comunidades para envolvê-los em nosso trabalho, com o apoio de lós integrantes da equipe.

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

**Detalhamento:** Esta ação ficará sobre a coordenação da medica e enfermeira onde semanalmente na unidade de serviço e atividade mediante palestras e conversas em nível da UBS e visitas domiciliares, além do apoio dos meios de comunicação social responsabilizada por lá medica da UBS.

### **Qualificação da Prática clínica**

**Ação:** Capacitar os ACS para o cadastramento e atualização da população da área da UBS.

**Detalhamento:** Esta ação ficará sobre a coordenação da médica da unidade em conjunto com a enfermeira, semanalmente na unidade de serviço para a qualificação da prática clínica serão desenvolvidas a seguinte ação: na sala de reuniões da unidade capacitaremos a equipe de trabalho inicialmente e cada semana sobre os instrumentos que serão utilizados para o cadastramento da população com hipertensão e diabetes, asem como lá importância da participação no desenvolvimento da intervenção.

**Ação:** Capacitar a equipe da UBS 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:** Esta ação ficará sobre a coordenação da medica da UBS de conjunto com a enfermeira, onde a enfermeira em reunião da equipe semanal fará a capacitação de técnicos de enfermagem utilizando para isto o caderno de atenção básica de MS.

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

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

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

**Monitoramento e avaliação:**

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

**Detalhamento:** Em cada consulta a médica e enfermeira farão o exame completo o qual será anotado no registro específico para monitoramento, verificarão as fichas espelhos analisando os registros feitos se a solicitação de exame está de acordo com protocolo; se foram verificados nas fichas de acompanhamento, nas fichas espelhos e planilha de coleta de dados sobre os usuários a solicitação e/ou realização dos exames conforme protocolo do MS. Ficando esta ação sob a responsabilidade da médica e da enfermeira da unidade.

**Organização e gestão dos serviços:**

**Ação:** Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com hipertensão e/ou com diabetes.

**Detalhamento:** Em uma reunião no início da intervenção definido junto à equipe, as atribuições de cada um, de acordo com sua qualificação; a técnica de enfermagem aferição de PA e Glucoses, enfermeiro estratificação de risco, médico junto à equipe farão as palestras, conversas com a comunidade e população alvo, além das consultas medicas onde avaliaremos os exames. Ficando nesta ação sob a responsabilidade da médica e da enfermeira da unidade.

**Ação:** Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos de hipertensão e diabetes adotados pela UBS.

**Detalhamento:** Será realizada uma capacitação a nível municipal, no início da intervenção, sendo reforçada semanalmente nas reuniões de equipe, realizada na unidade de saúde, com a presença de todos os profissionais de saúde da unidade, palestrando sobre o foco de intervenção, onde os temas

terão um cronograma elaborado pela equipe de saúde. Ficando esta ação sob a responsabilidade do médico e da enfermeira da unidade.

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

**Detalhamento:** Será elaborado no início da intervenção um cronograma com os temas a serem abordados nas atividades educativas, utilizando os cadernos de atenção básica, para o desenvolvimento da ação. A capacitação será feita no início e cada semana nas reuniões da equipe. Ficando esta ação sob a responsabilidade da médica e da enfermeira da unidade.

**Ação:** Dispor dos cadernos de atenção básica Nos 36 e 37 de HAS e DM do MS impressa na UBS.

**Detalhamento:** Para isto a médica solicitará aos gestores de saúde municipal a impressão deles; antes do início da intervenção, sendo estes disponibilizados a toda a equipe de saúde.

#### **Engajamento público:**

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

**Detalhamento:** Esta atividade vai ser desenvolvida pelo médico com o ajuda de palestras e conversas na UBS e visitas domiciliares e das intervenções que se farão na rádio local, também será afixado folders e cartazes explicativos, nas atividades educativas coletivas desenvolvidas para a promoção e prevenção de doenças. Ficando esta ação sob a responsabilidade da médica e da enfermeira da unidade.

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

**Detalhamento:** Para estas ações a médica em conjunto com a prefeitura fará a difusão do tema pela rádio local, palestras na UBS, reuniões na área de abrangência e visitas domiciliares. Ficando esta ação sob a responsabilidade do médico e do enfermeiro da unidade.

#### **Qualificação da prática clínica:**

**Ação:** Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado, para HAS e DM.

**Detalhamento:** A enfermeira aproveitando o espaço da reunião de cada semana fará o treinamento do pessoal da equipe, os temas abordados serão estabelecidos em um cronograma no início da intervenção. Ficando esta ação sob a responsabilidade da médica e da enfermeira da unidade.

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

**Monitoramento e avaliação:**

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

**Detalhamento:** Em cada consulta a médica e enfermeira fará esta ação verificarão nas fichas espelhos e planilha de coleta de dados sobre os usuários se todos os procedimentos foram realizados. Ficando esta ação sob a responsabilidade da médica e da enfermeira da unidade

**Organização e gestão dos serviços:**

**Ações:** Definir atribuições de cada membro da equipe no exame dos pés das pessoas diabéticas.

**Detalhamento:** A médica e enfermeira definirão o membro da equipe a ser responsável pela ação, sendo esta definida, em uma reunião inicial no início da intervenção. Ficando nesta ação sob a responsabilidade do médico e do enfermeiro da unidade.

**Ação:** Organizar a agenda para acolher as pessoas diabéticas provenientes das buscas domiciliares.

**Detalhamento:** A enfermeira coordenará com os funcionários da recepção o controle do agendamento com avaliação semanal, de maneira que venha acolher a todos que procurarem a unidade de serviço. Ficando nesta ação sob a responsabilidade da médica e da enfermeira da unidade.

**Ação:** Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos de hipertensão e diabetes adotados pela UBS.

**Detalhamento:** Será feita uma capacitação no auditório do Hospital Regional de Coari (HRC) a nível municipal no início da intervenção, para todos os profissionais envolvidos pelos médicos com este mesmo linha de intervenção no município, e reforço no nível da UBS cada semana nas reuniões da equipe de saúde, ficando nesta ação sob a responsabilidade da médica e da enfermeira da unidade.

**Ação:** Solicitar a referência e contra-referência para pessoas com diabetes que necessitem de consulta especializada.

**Detalhamento:** Foi acertado pelos gestores municipais de saúde com as diferentes instituições de saúde do município para que haja coordenação do cuidado. Ficando nesta ação sob a responsabilidade da médica e da enfermeira da unidade.

**Ação:** Providenciar junto à gestão o monofilamento 10g para exame dos pés.

**Detalhamento:** A enfermeira solicitará aos gestores de SMS. Ficando nesta ação sob a responsabilidade da médica e da enfermeira da unidade.

#### **Engajamento público:**

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

**Detalhamento:** Esta ação será desenvolvida pela médica e enfermeira no dia a dia nas consultas e visitas domiciliares segundo planejamento da cada usuário, Ficando nesta ação sob a responsabilidade do médico.

#### **Qualificação da prática clínica:**

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

**Detalhamento:** A enfermeira e a médica aproveitando o espaço da reunião de cada semana fará o treinamento do pessoal da equipe, utilizando os cadernos de atenção numero 36 e 37 do MS, para a administração das palestras, sobre o tema. Ficando esta ação sob a responsabilidade da médica e da enfermeira da unidade.

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

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

#### **Monitoramento e avaliação:**

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

**Detalhamento:** Sendo esta realizada semanalmente, onde a enfermeira e a médica farão a revisão dos procedimentos realizados, verificando nos prontuários e fichas espelhos dos usuários se todos os exames foram solicitados e /ou avaliados conforme preconizado nos caderno de atenção básica do MS. Ficando sob a coordenação da médica e enfermeira da unidade de serviço.

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

**Detalhamento:** A médica e a enfermeira farão a revisão dos procedimentos realizados, verificando nos prontuários e fichas espelhos dos usuários se todos os exames foram solicitados e /ou avaliados conforme preconizado nos caderno de atenção básica do MS. Ficando sob a coordenação da médica e enfermeira da unidade de serviço.

#### **Organização e gestão dos serviços:**

**Ação:** Garantir a solicitação dos exames complementares a os usuários com hipertensão e diabetes.

**Detalhamento:** A médica fará a solicitação sempre de acordo com a periodicidade recomendada, conforme preconizadas nos cadernos de atenção básica do MS, solicitando junto ao gestor público a garantia da realização dos

exames solicitados. Ficando sob a coordenação da médica da unidade de serviço.

**Ação:** Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos nos cadernos.

**Detalhamento:** A médica solicitará aos gestores de saúde municipal a realização deles no menor tempo possível. Ficando sobre sua coordenação.

**Ação:** Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados aos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

**Detalhamento:** Será estabelecida junto à gestão uma alertada sobre a importância dos exames complementares, a ser identificada nos exames solicitados, a necessidade de execução. Ficará a ação sob a responsabilidade da médica da unidade.

#### **Engajamento público:**

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

**Detalhamento:** Para esta ação a médica em conjunto com a prefeitura fará difusão do tema pela rádio local, palestras na UBS, reuniões na área de abrangência e visitas domiciliares. Ficando sob a coordenação da médica e enfermeira da unidade de serviço.

#### **Qualificação da prática clínica:**

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

**Detalhamento:** Será cometida uma capacitação a nível municipal no auditório do HRC com todos os profissionais que fazem parte da equipe de saúde, utilizando os cadernos de atenção número 36 e 37 do MS, para a administração das palestras, sobre o tema a ser abordado na capacitação. Ficando esta ação sob a responsabilidade da médica e da enfermeira da unidade.

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

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

**Monitoramento e avaliação:**

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

**Detalhamento:** Esta ação será coordenada pelo o médico juntamente com a responsável pela farmácia, onde semanalmente, farão a análise junto a os medicamentos dispensados na planilha de estoque e nas as fichas espelhos, verificando o acesso dos usuários os medicamentos dispensados. Ficando esta ação sob a responsabilidade da médica e da enfermeira da unidade, realizada em conjunto com a técnica responsável pela farmácia.

**Organização e gestão dos serviços:**

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

**Detalhamento:** A técnica de farmácia da UBS realizará esta ação com periodicidade semana.

**Ação:** Manter um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastrados na UBS.

**Detalhamento:** As funcionárias da farmácia com a enfermeira farão essa atividade semanalmente, conferindo na planilha de dispensação de medicamentos. Ficando esta ação sob a responsabilidade da médica e da enfermeira da unidade, realizada em conjunto com a técnica responsável pela farmácia.

**Engajamento público:**

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

**Detalhamento:** Para esta ação a médica em coordenação com a prefeitura fará difusão do tema pela radio local, palestras na UBS, reuniões na área de abrangência e visitas domiciliares, também será afixado folders e cartazes explicativos, nas atividades educativas coletivas desenvolvidas para a

promoção e prevenção de doenças. Ficando esta ação sob a responsabilidade do médico e do enfermeiro da unidade.

**Qualificação da prática clínica:**

**Ações:** Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes.

**Detalhamento:** A enfermeira e a médica farão a capacitação da equipe de saúde com a colaboração dos demais membros da equipe, sendo esta feita semanalmente, aproveitando o espaço da reunião da equipe, e os temas abordados serão estabelecidos em um cronograma no início da intervenção. Ficando esta ação sob a responsabilidade da médica e da enfermeira da unidade.

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

**Detalhamento:** As capacitações serão realizadas semanalmente, contando com o apoio e participação dos demais membros da equipe, verificando as alternativas de acesso dos medicamentos aos usuários portadores de HAS e DM. Esta ação ficará sob a responsabilidade da médica e da responsável pela farmácia.

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

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

**Monitoramento e avaliação:**

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

**Detalhamento:** Em cada consulta a médica e enfermeira farão esta ação com auxílio do exame físico da cavidade oral.

**Organização e gestão dos serviços:**

**Ação:** Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e /ou diabetes.

**Detalhamento:** A enfermeira e a médica farão em conjunto com odontóloga, onde serão avaliadas as necessidades dos usuários que necessitam de atendimento odontológico, os encaminhamentos serão feitos pelos profissionais de saúde, verificando estes nas fichas de acompanhamento. Ficando esta ação sob a responsabilidade da médica e da enfermeira da unidade, realizada em conjunto com a equipe de saúde bucal.

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

**Detalhamento:** A enfermeira e o odontólogo em conjunto verificarão semanalmente nos registros realizados na ficha espelho dos atendimentos clínicos realizados, a necessidade de atendimento, e agendando o usuário, onde ficarão vagas para os usuários com DM e HAS. Ficando esta ação sob a responsabilidade da médica e da enfermeira da unidade, realizada em conjunto com a equipe de saúde bucal.

#### **Engajamento público:**

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

**Detalhamento:** Para esta ação a medico em coordenação com a prefeitura fará difusão do tema pela rádio local, palestras na UBS, falatórios na área de abrangência e visitas domiciliares, além disso, serão afixados folders e cartazes explicativos, nas atividades educativas coletivas desenvolvidas para a promoção e prevenção de doenças. Ficando esta ação sob a responsabilidade do médico e do enfermeiro da unidade e da equipe de saúde bucal.

#### **Qualificação da prática clínica:**

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

**Detalhamento:** A enfermeira e o médico juntamente com a equipe de saúde bucal, farão a capacitação da equipe de saúde, com periodicidade semanal, aproveitando o espaço da reunião da equipe, os temas abordados serão estabelecidos em um cronograma no início da intervenção. Ficando esta

ação sob a responsabilidade do médico, e da equipe de saúde bucal da unidade.

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

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

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

**Monitoramento e avaliação:**

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

**Detalhamento:** A enfermeira fiscalizara os registros específicos dos usuários com hipertensão e diabetes semanalmente verificando os usuários faltosos, nas fichas espelhos, fazendo um planejamento em conjunto com ACS para visitar em suas casas. Esta ação ficará sob a responsabilidade da médica e da enfermeira da unidade de serviço.

**Organização e gestão dos serviços:**

**Ações:** Organizar visitas domiciliares para buscar os hipertensos e/ou diabéticos faltosos.

**Detalhamento:** A enfermeira identificará os usuários faltosos a consultas informará semanalmente as visitas domiciliares dos usuários hipertensos e/ou diabéticos a serem realizadas, aos ACS. Esta ação ficará sob a responsabilidade da médica e da enfermeira da unidade de serviço.

**Ação:** Organizar a agenda para acolher as pessoas com hipertensão e/ou diabetes provenientes das buscas domiciliares.

**Detalhamento:** Informando aos funcionários da recepção a reserva de vagas na agenda para aqueles usuários que cheguem provenientes das buscas ativas, e encaminhados pelos ACS, que deverão ter prioridade da agenda. Esta ação ficará sob a responsabilidade da médica e da enfermeira da unidade de serviço.

**Engajamento público:**

**Ação:** Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas dos hipertensos e diabéticos.

**Detalhamento:** Atividade esta desenvolvida pela médica e a enfermeira em coordenação com a prefeitura, farão difusão do tema pela radio local, palestras na UBS, reuniões na área de abrangência e visitas domiciliares. Esta ação ficará sob a responsabilidade da médica e da enfermeira da unidade de serviço.

**Ação:** Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas com hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos).

**Detalhamento:** As mesmas serão coletadas pelo ESF nas visitas domiciliares e se analisarão na reunião de cada semana. Esta ação ficará sob a responsabilidade da médica e da enfermeira da unidade de serviço.

**Ação:** Esclarecer as pessoas com hipertensão, diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

**Detalhamento:** Para esta ação a médica e enfermeira farão a difusão do tema pela rádio local, palestras na UBS, falatórios na área de abrangência e visitas domiciliares. Esta ação ficará sob a responsabilidade da médica e da enfermeira da unidade de serviço.

**Qualificação da prática clínica:**

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

**Detalhamento:** A enfermeira e o médico farão a capacitação da equipe de saúde, sendo esta feita semanalmente, aproveitando o espaço da reunião da equipe, e os temas abordados serão estabelecidos em um cronograma no início da intervenção. Ficando esta ação sob a responsabilidade da médica e da enfermeira da unidade.

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

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

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

**Monitoramento e avaliação:**

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

**Detalhamento:** Nas reuniões semanais estes serões analisados pela equipe e avaliados, fiscalizando se todos os registros estão de acordo com o preconizado pelo MS, utilizando os cadernos de atenção básica para desenvolver esta ação. Ficando esta ação sob a responsabilidade da médica e da enfermeira da unidade de serviço.

**Organização e gestão dos serviços:**

**Ação:** Manter as informações do SIAB/e-SUS de pessoas com hipertensão e diabetes atualizadas.

**Detalhamento:** A enfermeira será a responsável das informações e encaminhamento delas para digitação na SMS, cada semana. Ficando esta ação sob a responsabilidade do médico e da enfermeira da unidade de serviço.

**Ação:** Implantar a ficha de acompanhamento de pessoas com hipertensão e diabetes.

**Detalhamento:** Os funcionários da recepção anexaram as fichas espelho aos prontuários dos usuários com hipertensão e diabetes, que comparece a unidade para atendimento, disponibilizando esta a todos os profissionais da unidade. Ficando esta ação sob a responsabilidade da médica e da enfermeira da unidade de serviço.

**Ação:** Pactuar com a equipe o registro das informações de pessoas com hipertensão e diabetes.

**Detalhamento:** Será organizado junto à equipe de saúde um sistema de registro, contendo todas as informações necessárias e preconizadas nos manuais do MS, em cada atendimento clínico realizado, e que estes fiquem a disposição de todos os profissionais da unidade de serviço, onde as atividades serão diariamente registradas, pelo profissional que executar a ação. Ficando esta ação sob a responsabilidade do médico e da enfermeira da unidade de serviço.

**Ação:** Definir responsável pelo monitoramento dos registros de pessoas com hipertensão e diabetes.

**Detalhamento:** Esta ação será feita pela enfermeira semanalmente.

Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta de pessoas com hipertensão e diabetes.

**Detalhamento:** 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. Assim que identificada alguma dessas situações haverá um caderno de anotações para que se faça a busca, onde também será estabelecido um sinal de alerta em vermelho nas fichas espelhos dos usuários. A médica e a enfermeira serão os responsáveis por esta atividade.

#### **Engajamento público:**

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

**Detalhamento:** Desenvolvida pelo médico a enfermeira e os restantes membros da equipe por intermédio de conversas na UBS e visitas domiciliares, também será afixado folders e cartazes explicativos, nas atividades educativas coletivas desenvolvidas para a promoção e prevenção de doenças. Ficando esta ação sob a responsabilidade da médica e da enfermeira da unidade.

#### **Qualificação da prática clínica:**

**Ação:** Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento das pessoas hipertensa e diabéticas.

**Detalhamento:** Esta será feita no início da intervenção e semanalmente, a enfermeira, a médica e os demais membros da equipe, farão a capacitação, aproveitando o espaço da reunião da equipe os temas abordados serão estabelecidos em um cronograma, ficando esta ação sob a responsabilidade do médico e do enfermeiro da unidade.

**Ação:** Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas, de pessoas com hipertensão e diabetes.

**Detalhamento:** Sobre a responsabilidade da médica e enfermeira da UBS, na primeira semana da intervenção, em reunião na unidade de serviço, será orientado, sobre a importância do preenchimento de todos os registros dos procedimentos clínicos realizados, assim como a avaliação semanal da adequada utilização.

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

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

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

**Monitoramento e avaliação:**

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

**Detalhamento:** A organização desta ação será feita na unidade, pela médica e a enfermeira, verificando nas fichas espelhos, quantos usuários fizerem avaliação de risco e quanto dele precisa uma atenção especializada. Ficando esta ação sob a responsabilidade da médica e da enfermeira da unidade

**Organização e gestão dos serviços:**

**Ação:** Priorizar o atendimento das pessoas com hipertensão e diabetes avaliadas como de alto risco.

**Detalhamento:** Garantindo o atendimento deles, assim como providenciando e verificando os encaminhamentos realizados dos mesmos para atendimento especializado. Ficando esta ação sob a responsabilidade da médica e da enfermeira da unidade.

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

**Detalhamento:** Os usuários de alto risco terão periodicidade diferenciada e quando procurarem a UBS por demanda espontânea será atendidos com prioridade. Ficando esta ação sob a responsabilidade da médica e da enfermeira da unidade

**Engajamento público:**

**Ação:** Orientar os usuários hipertensos e/ou diabéticos, quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

**Detalhamento:** Atividade esta desenvolvida pela médica e a enfermeira com o ajuda de palestras e conversa na UBS e visitas domiciliares e das intervenções que se farão na radio local, também será afixado folders e cartazes explicativos, nas atividades educativas coletivas desenvolvidas para a promoção e prevenção de doenças. Ficando esta ação sob a responsabilidade da médica e da enfermeira da unidade.

**Ação:** Esclarecer as pessoas com hipertensão, diabetes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis.

**Detalhamento:** A equipe fará rodas de conversa, palestras, e com apoio dos meios de divulgação passaremos estas informações, também serão afixados folders e cartazes explicativos, nas atividades educativas coletivas desenvolvidas para a promoção e prevenção de doenças. Ficando esta ação sob a responsabilidade da médica e da enfermeira da unidade.

**Qualificação da prática clínica:**

**Ação:** Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés.

**Detalhamento:** Durante a capacitação semanal que será feita na UBS, se entregara o modelo impresso de estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés para a equipe. Ficando esta ação sob a responsabilidade da médica e da enfermeira da unidade.

**Ação:** Capacitar à equipe para a importância do registro desta avaliação será realizada uma capacitação na unidade de serviço.

**Detalhamento:** Na reunião de equipe, no início da intervenção, com todos os profissionais da equipe multiprofissional, enfatizando sobre a importância dos registros das ações desenvolvidas na unidade de serviço, demonstrando a ação na ficha espelho para HAS e DM. Ficando esta ação sob a responsabilidade da médica e da enfermeira da unidade.

**Ação:** Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, aproveitando o espaço da reunião de equipe.

**Detalhamento:** No início da intervenção, com todos os profissionais da equipe multiprofissional, em relação a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, utilizando para isto os cadernos de atenção básica do MS, sendo esta desenvolvida na unidade de serviço, aproveitando as reuniões semanais de equipe, para a capacitação, sobre para HAS e DM. Ficando esta ação sob a responsabilidade da médica da unidade.

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

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

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

#### **Monitoramento e avaliação:**

**Ação:** Monitorar a realização de orientação nutricional as pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

**Detalhamento:** A médica fará parceria com o nutricionista da policlínica para o envio de contra referência dos usuários avaliados por ele, sendo que semanalmente será verificado nas fichas espelhos analisando os registros feitos sobre orientação nutricional, e a necessidade de encaminhamento. Ficando esta ação sob a responsabilidade da médica e da nutricionista da unidade.

#### **Organização e gestão dos serviços:**

**Ações:** Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

**Detalhamento:** Será organizado café de manhã com grupos de usuários com estas doenças na UBS, pela equipe de saúde e nutricionista da policlínica. Ficando esta ação sob a responsabilidade da médica e enfermeira da unidade de saúde.

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

**Detalhamento:** Será conversado com o gestor público, no início da intervenção, sobre a importância de envolver outras instituições nas ações desenvolvidas. Ficando esta ação sob a responsabilidade do médico e da nutricionista da unidade de serviço.

#### **Engajamento público:**

**Ação:** Orientar pessoas com hipertensão e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, bem como a necessidade de uma dieta específica para o tratamento do diabetes.

**Detalhamento:** Com auxílio de palestras, falatórios na UBS, visitas domiciliares da equipe de saúde, assim como com apoio da rádio municipal. Atividade nesta desenvolvida pela médica, a enfermeira e a totalidade da equipe envolvida neste trabalho, também serão afixados folders e cartazes explicativos, nas atividades educativas coletivas desenvolvidas para a promoção e prevenção de doenças. Ficando esta ação sob a responsabilidade da médica e da nutricionista da unidade.

#### **Qualificação da prática clínica:**

**Ação:** Capacitar a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável e específica para pessoas com diabetes.

**Detalhamento:** Ação sobre a responsabilidade da nutricionista da unidade, quem fará uma capacitação no início da intervenção, enfatizando sobre práticas de alimentação saudável, de acordo com manuais do MS. Ficando esta ação sob a responsabilidade da nutricionista da unidade de serviço.

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

**Detalhamento:** A capacitação será garantida pela médica da equipe no início da intervenção, sobre os meios metodológicos, utilizados nas orientações

disponibilizadas aos usuários, com o apoio dos cadernos de atenção de básica. Ficando esta ação sob a responsabilidade da médica e da enfermeira da unidade de serviço.

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

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

**Monitoramento e avaliação:**

**Ação:** Monitorar a realização de orientação para atividade física regular às pessoas com hipertensão e diabetes.

**Detalhamento:** As orientações serão anotadas na ficha espelho para controle cada semana pela médica e enfermeira da UBS, ação que ficara sob a responsabilidade da médica e enfermeira.

**Organização e gestão dos serviços:**

**Ação:** Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

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

**Detalhamento:** Será mantido o funcionamento do Programa agita Coari (atividades física com participação coletiva, caminhadas, duas vezes cada semana nas instalações desportivas do município) de caráter municipal criado pelas autoridades da prefeitura municipal que vem se desenvolvendo faz um os meses com boa participação da população onde providenciaremos e garantiremos a participação de todos os cadastrados no programa Ficando esta ação sob a responsabilidade da médica e da enfermeira unidade.

**Engajamento público:**

**Ação:** Orientar pessoas com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento da hipertensão e diabetes.

**Detalhamento:** Com auxílio de conversas, palestras, falatórios na UBS e visitas domiciliares da equipe de saúde onde divulgaremos esta informação

além da difusão pela rádio municipal, também será afixado folders e cartazes explicativos, nas atividades educativas coletivas desenvolvidas para a promoção e prevenção de doenças. Ficando esta ação sob a responsabilidade da médica e da enfermeira da unidade.

**Qualificação da prática clínica:**

**Ação:** Capacitar a equipe da UBS sobre a promoção da prática de atividade física regular.

**Detalhamento:** A enfermeira e o médico farão a capacitação da equipe de saúde, no início da intervenção, com reforço semanal, aproveitando o espaço da reunião da equipe, os temas abordados serão estabelecidos em um cronograma no início da intervenção. Ficando esta ação sob a responsabilidade da médica e da enfermeira da unidade.

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

**Detalhamento:** A capacitação será garantida pela médica da equipe no início da intervenção, sobre os meios metodológicos, utilizados nas orientações disponibilizadas aos usuários, com o apoio dos cadernos de atenção de básica. Ficando esta ação sob a responsabilidade da médica e da enfermeira da unidade de serviço.

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

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

**Monitoramento e avaliação:**

**Ação:** Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo às pessoas com hipertensão e diabetes.

**Detalhamento:** A enfermeira na reunião de cada semana avaliará se os membros da equipe oferecerão orientações sobre os riscos do tabagismo a os usuários alvos nesta intervenção e preencherá os dados correspondentes a nessa ação o caderno criado par estes fins. Ficando esta ação sob a responsabilidade da médica e da enfermeira da unidade de serviço.

**Organização e gestão dos serviços:**

**Ação:** Demandar ao gestor a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde.

**Detalhamento:** A médica fará coordenações com gestor municipal do programa no município para garantir a execução desta ação. Ficando esta ação sob a responsabilidade da médica e da enfermeira da unidade de serviço.

**Engajamento público:**

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

**Detalhamento:** Com auxílio de conversas, palestras, falatórios na UBS e visitas domiciliares da equipe de saúde onde divulgaremos esta informação além do apoio da rádio municipal em parceria com o CAPS, serão afixados também folders e cartazes explicativos, nas atividades educativas coletivas desenvolvidas para a promoção e prevenção de doenças. Ficando esta ação sob a responsabilidade da médica e da enfermeira da unidade.

**Qualificação da prática clínica:**

**Ação:** Capacitar a equipe para o tratamento de pessoas tabagistas.

**Detalhamento:** A enfermeira e a médica, juntamente com o apoio do psiquiatra do município, farão a capacitação da equipe de saúde, no início da intervenção, aproveitando o espaço da reunião da equipe. Ficando esta ação sob a responsabilidade da médica e da enfermeira da unidade.

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

**Detalhamento:** A capacitação será garantida pela médica da equipe no início da intervenção, sobre os meios metodológicos, utilizados nas orientações disponibilizadas aos usuários, com o apoio dos cadernos de atenção de básica. Ficando esta ação sob a responsabilidade da médica e da enfermeira da unidade de serviço.

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

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

**Monitoramento e avaliação:**

**Ação:** Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal às pessoas com hipertensão e diabetes.

**Detalhamento:** No caderno que se utilizará para fins nesta intervenção a médica semanalmente avaliará na ficha espelho, se os membros da equipe oferecerão aos usuários alvos nesta intervenção as orientações sobre higiene bucal, verificando se todos os dados correspondentes a nessa orientação foram preenchidos adequadamente. Ficando esta ação sob a responsabilidade da médica da unidade de serviço.

**Organização e gestão dos serviços:**

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

**Detalhamento:** Em parceria com a odontóloga da UBS nas reuniões de cada semana, a equipe se organizará sobre tempo médio necessário para os atendimentos em de saúde bucal, também sobre a necessidade, das consultas dos usuários hipertenso e diabéticos. Ficando esta ação sob a responsabilidade da médica, da enfermeira, juntamente com a equipe de saúde bucal.

**Engajamento público:**

**Ação:** Orientar as pessoas com hipertensão, diabetes e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

**Detalhamento:** Com auxílio de conversas, palestras, falatórios na UBS e visitas domiciliares onde divulgaremos esta informação além do apoio da radio municipal fato que será feito pela odontóloga e assistente de estomatologia, cada semana, também será afixado folders e cartazes explicativos, nas atividades educativas coletivas desenvolvidas para a promoção e prevenção de doenças. Ficando esta ação sob a responsabilidade da médica, enfermeira e dentista da unidade.

**Qualificação da prática clínica:**

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

**Detalhamento:** Sob a responsabilidade da médica e da enfermeira da unidade de serviço, juntamente com a equipe de saúde bucal, no início da intervenção, será feita uma capacitação desenvolvida a pela equipe de saúde bucal, na unidade de saúde, utilizando o espaço de reuniões semanais para a realização da mesma, orientando e esclarecendo a equipe, que as orientações podem ser fornecidas a cada atendimento clínico e/ou procedimento realizado.

**2.3.2 Indicadores**

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

**Meta 1.1:** Cadastrar 90% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Indicador 2.4:** Proporções de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Denominador:** Número total de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

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

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

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

**Denominador:** Número de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Indicador 3.1:** Proporção de pessoas com hipertensão faltosa às consultas médicas com busca ativa.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Indicador 5.1:** Proporções de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção vamos adotar os de Caderno de Atenção Básica n. 37. Estratégia para o cuidado das pessoas com Doença Crônica. Hipertensão Arterial Sistêmica, Brasília-DF, 2014 e Caderno de Atenção Básica n. 36. Estratégia para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica. Diabetes Mellitus. Brasília-DF, 2014. Estas já estão disponíveis na unidade de saúde.

Utilizaremos a Caderneta de hipertensão e diabetes mellitus e a ficha espelho disponibilizada pelo curso. A ficha não prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal, dado que será incluso na ficha espelho. Estimamos alcançar com a intervenção 90% (895) dos hipertensos e 80% (228) dos diabéticos cadastrados e acompanhados da área de abrangência da equipe de saúde. Faremos contato com o gestor municipal

para imprimir às fichas espelho em quantidades suficientes (1000 fichas) que serão anexadas aos prontuários de cada usuário. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha manual de coleta de dados.

O registro específico do programa será organizado começando com a revisão do livro de registro feito pela enfermeira, a qual identificará todos os usuários com hipertensão e diabetes que vieram ao serviço para consulta de acompanhamento nos últimos três meses, localizará os prontuários destes usuários e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento sendo possível identificar consultas, exames clínicos e laboratoriais e vacinas em atraso.

#### **Ação de capacitar a equipe para a utilização do protocolo**

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe da UBS. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação do manual técnico de Hipertensão e Diabetes, para que toda a equipe possa utilizar esta referência na atenção destes usuários.

Esta capacitação ocorrerá no auditório da UFAM, de caráter municipal com todas as equipes envolvidas na mesma linha de intervenção no município, será instruída pelos médicos das UBS com colaboração do psiquiatra, nutricionista, responsável pela odontologia municipal e um educador físico. No ambiente da UBS ficará reservando 2 horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe para reforço e esclarecer dúvidas e cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe. Os materiais necessários para a realização desses eventos como impressões de materiais explicativos serão solicitados para a gestão de saúde municipal.

#### **Para viabilizar a ação de acolhimento dos hipertensos e/ou diabéticos.**

O acolhimento dos hipertensos e diabéticos que buscarem o serviço será realizado pela funcionária da recepção. Os hipertensos e diabéticos com

problemas agudos serão atendidas no mesmo turno para agilizar o tratamento, e usuários que buscam a consulta de rotina terão prioridade no agendamento, sendo que a demora deverá ser menor do que 03 dias, assim como usuários com hipertensão e diabetes que vierem à consulta sairão da UBS com a próxima consulta agendada.

Para acolher a demanda de intercorrências agudas não há necessidade de alterar a organização da agenda, estas serão priorizadas nas consultas disponíveis para pronto atendimento e para agendar os usuários provenientes da busca ativa serão reservadas 10 consultas por semana.

### **Para sensibilizar a comunidade**

Esclarecer e informar a comunidade sobre a importância da realização das consultas de acompanhamento e controle de hipertensão e diabetes e sobre as facilidades de realizá-las na UBS com acompanhamento regular e sobre a atenção prioritária dos usuários com estas doenças na UBS. Para isto, faremos contato com representantes da comunidade da área de abrangência e apresentaremos o projeto e solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação de hipertensos e diabéticos que não assistem a consulta e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

### **Para monitoramento da ação programática**

Semanalmente a enfermeira examinará as fichas espelho dos hipertensos e diabéticos identificando aqueles que estão com consultas, exames clínicos, medicamentos ou vacinas em atraso. O agente comunitário de saúde fará busca ativa de todos os usuários com estas doenças em atraso e já agendará aos hipertensos e diabéticos num horário de sua conveniência.

Ao final de cada semana, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica e avaliados os indicadores.

### **Monitoramento da pressão arterial, peso, IMC e estratificação do risco cardiovascular.**

Para isto vamos garantir material adequado para realização das medidas antropométricas, peso e aferir pressão arterial. (balança, esfigmomanômetro,

manguitos, fita métrica, calculadora) na UBS e a enfermeira vai capacitar a equipe da UBS para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, peso e medidas antropométricas.

A médica e enfermeira realizaram a todos os hipertensos e diabéticos a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

A enfermeira preencherá todos os dados na ficha espelho dos usuários com hipertensão e diabetes.

### **Organização do atendimento**

Vamos organizar a agenda para acolher as pessoas diabéticas provenientes das buscas domiciliares e solicitar a referência e contra referência (realizar a coordenação do cuidado) para pessoas com diabetes que necessitem de consulta especializada. Os usuários serão atendidos nos dois turnos e quedaram garantidas 5 vagas em cada turno para completar 10 cada dia se foram necessários.

As visitas aos acamados se realizaram uma vez por semana para cada bairro, terça e quinta enfermeira com a equipe e quarta e sexta a médica com a equipe, os atendimentos da saúde bucal, (depois da avaliação feita nas consultas e visitas) serão discutidos os casos segundo prioridade com a equipe de saúde bucal na reunião semanal para garantir o atendimento destes usuários.

### **Ações de promoção de saúde.**

No ambiente da UBS, semanalmente serão feitas palestras, conversatórios com apoio de cartazes e folders explicativos, pela médica, enfermeira e ACS, sobre temas como alimentação saudável, fatores de risco para o desenvolvimento destas doenças, importância das consultas etc., além disso, pretendemos organizar uma vez cada mês café de manhã com jogos instrutivos relacionados com HAS e DM.

Já nas visitas domiciliares as ACS serão as responsáveis de cada dia reforçar a educação não só a população alvo sino a toda a família.

A médica e enfermeira organizarão práticas coletivas para orientação de atividade física dois vezes cada semana nas áreas desportivas da área de abrangência da UBS, demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade e orientar pessoas com hipertensão e diabetes da comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento da hipertensão e diabetes. Faremos capacitação da equipe da UBS sobre a promoção da prática de atividade física regular e sobre metodologias de educação em saúde por parte do professor de educação física.



Apresentar os resultados aos gestores e a comunidade.												
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### **3 Relatório da Intervenção**

A intervenção teve como objetivo de alcançar a melhoria na atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes na UBS Dona Luzia Tenório, no município de Coari/AM, sendo realizada durante 12 semanas de novembro de 2015 a fevereiro de 2016.

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

Para a realização da intervenção desenvolvemos um cronograma de atividades para alcançar o objetivo principal da intervenção.

Dessa forma já na primeira semana iniciamos as capacitações dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de atendimento aos usuários com HAS e/ou DM, toda a equipe foi avisada anteriormente, sendo que esta atividade foi cumprida integralmente.

A capacitação foi realizada com a colaboração do coordenador do programa Mais Médico, no município, conseguimos o auditório do Hospital Regional de Coari (HRC) equipado com médios audiovisuais e ambientes mais confortáveis para a realização desta atividade que daria início a intervenção, com a participação dos ACS, enfermeiros, técnicos de enfermagem, sendo que todos tiveram a oportunidade de discutir os cadernos de atenção básica 36 e 37 relacionados com as doenças objeto da intervenção, viram uma apresentação de Power point que foi elaborada confeccionada por enfermeira e médica da UBS, além disso, fizemos exercícios práticos com a técnica adequada de aferir PA, depois de uma simulação os agentes tiveram que identificar os erros cometidos; em relação ao glicoteste a auxiliar de enfermagem mostrou a técnica adequada e falamos das condições para que os valores da glicose possam ser aceitos como certas reforçando a parte teórica exposta. Todos ficaram muito entusiasmados com os temas tratados e estimulados

para dar continuidade à pesquisa e busca ativa na população alvo de usuários com HAS e/ou DM.

Toda a equipe foi treinada no uso do Escore de risco de Framingham, fizemos entrega a cada funcionário do documento impresso onde esta bem detalhada passo a passo como deveriam ser avaliados cada usuário em relação ao risco cardiovascular. Também foi exposto o jeito certo de fazer o exame dos pés aos usuários com diabetes e exame da cavidade oral, procurando sinais que possam falar de possíveis complicações.

Encerramos nossa capacitação com um lanche compartilhado por todos e uma conversa informal das opiniões em relação ao trabalho que deveria ser desenvolvido a fim de que tivéssemos muito êxito na nossa intervenção.

Também foram realizadas as reuniões de equipe para discutir os resultados, as ações desenvolvidas e as que deveriam se desenvolver a cada semana, esta atividade foi cumprida parcialmente, pois em três semanas tivemos dificuldade em reunir toda a equipe e na oitava semana os ACS estavam de recesso.

Além da avaliação da intervenção, nestes encontros foi realizada para as ACS e técnicas de enfermagem, uma capacitação para a busca ativa de usuários faltosos, desde a primeira reunião ficou bem estabelecida a função de cada membro da equipe dentro da intervenção, e o pessoal da recepção também foram treinados para o adequado acolhimento, assim como a reorganização agenda de atendimento para poder dar cobertura aos usuários com urgências e/ou provenientes da demanda espontânea, segundo o cronograma essas atividades foram cumpridas integralmente, dando como resultado o melhor engajamento dos usuários com HAS e/ou DM.

Foi realizada a revisão do livro de registro, pela enfermeira e ACS, identificando todas as pessoas portadoras com hipertensão e diabetes que vieram a consulta nos últimos três meses, e elaboramos uma estratégia para a busca de todos eles tanto nas consultas como visitas domiciliares, atividade cumprida parcialmente, pois não conseguimos cadastrar todos os usuários.

Quanto à realização do cadastro, apesar de não conseguirmos cumprir a meta proposta os cadastros foram realizados mês a mês, e tivemos algumas intercorrências, pois no mês de dezembro muitos funcionários tiraram férias inclusive os ACS afetando a busca desses usuários na comunidade e também porque neste

mês, tivemos muitos dias festivos e feriados, acarretando uma diminuição nos atendimentos da unidade.

O atendimento clínico foi realizado pela enfermeira e médica da UBS, na sexta de manhã pela enfermeira e quinta nos dois turnos pela médica levando a indicadores favoráveis nos indicadores: proporção de exame clínico segundo protocolo para usuários com HAS e/ou DM, proporção de pessoas com prescrição de medicamentos da farmácia popular, avaliação de necessidades do atendimento odontológico, proporção de pessoas com registro adequado na ficha de acompanhamento, e proporção de pessoas com orientação sobre alimentação saudável, com orientação dos benefícios para saúde da prática sistemática de atividade física, e riscos do tabagismo, todas cumpridas integralmente.

Em relação ao atendimento da saúde bucal conseguimos uma parceria com a equipe de saúde bucal da unidade e ficou estabelecido que todas as quintas o atendimento fosse dirigido para a população alvo de nossa intervenção possibilitando que cada usuário fosse avaliado e de acordo com as necessidades individuais elaborou-se um plano de consultas para eles, assim melhorou muito a satisfação da população alvo.

Cada semana aproveitando o ambiente da UBS e visitas feitas foram efetivadas atividades educativas para a população alvo da área de abrangência e familiares, e na terceira e décima semana da intervenção fizemos uma atividade educativas em grupo com os cadastrados realizando atividades como: práticas de atividade física, palestras finalizando com um café de amanhã.

Todos os membros da equipe auxiliaram na elaboração desta atividade ocasiões formulamos os convites e uma vez impressos as ACS, saíram a distribuir para os usuários, todos estavam muito animados e a população mostrou-se interessada na atividade. Confeccionamos um cardápio adequado para a ocasião e cada funcionário ficou a responsabilidade de levar um prato.

Eu confesso estava muito nervosa, para a realização desta primeira atividade coletiva, pois não é fácil elaborar um café para adultos com patologias tão específicas quando se tem poucos recursos financeiros, mas a atividade foi um sucesso. No primeiro encontro nós levamos os alimentos já no segundo tivemos uma colaboração da secretaria de saúde.

Para o bom desenvolvimento destas atividades em grupo tivemos que iniciar, nesses dias, o trabalho mais cedo desde as 7 horas todos estavam na UBS,

parecíamos formigas trabalhando em função da atividade, alguns no ornamento da sala, outros no acolhimento dos usuários (preenchendo as fichas, realizando a triagem, teste de glicose para diabéticos, etc.), e outros preparávamos os pratos para que ficasse bem apresentável. Efetivou-se como parte da atividade uma palestra com a médica e odontóloga da UBS, no primeiro encontro, já no segundo a palestra foi desenvolvida pela nutricionista do município e a médica da UBS. Todos os usuários interessados no tema prestavam atenção, fizeram perguntas e até expressaram alegria pelo conjunto de atividade que estão sendo desenvolvidas pela equipe.

Segundo cronograma na primeira, quarta e oitava semana tivemos contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática de Hiperdia solicitando apoio para a assistência dos usuários a consulta e demais estratégias que foram realizadas, apresentamos nosso projeto e intercambiamos sobre nossas pretensões de elevar a qualidade no atendimento a essas pessoas com doenças crônicas, atividade cumprida integralmente.

Também realizamos a elaboração de cartazes onde ficaram bem claros os objetivos da intervenção, estes foram colocados nas ruas principais, portas de igrejas, ponto de venda de alimentos além da unidade de saúde. Além disso, fizemos propaganda com auxílio de carros falantes e apoio da rádio local cumprindo com o cronograma integralmente.

Desde iniciar o trabalho da intervenção a enfermeira da UBS e a médica tiveram contato com alguns moradores da área de abrangência que trabalham com carros falantes para divulgar o objetivo do trabalho a desenvolver, também solicitamos apoio a rádio local e imprensa municipal. Foram realizadas palestras sobre importância para todos os maiores de 18 anos de conferir PA pelo menos uma vez cada ano, nas visitas domiciliares as ACS e técnicas de enfermagem falaram sobre alimentação saudável, benefícios da atividade física, prejuízo do tabagismo, importância da revisão pelo menos duas vezes a cada ano da boca pelo odontólogo, assim como a importância para usuários com HAS e/ou DM da realização de exames complementares e acompanhamento regular para avaliar possíveis riscos que estas doenças podem desenvolver.

Uma semana após o término da intervenção realizamos a apresentação dos resultados aos líderes da comunidade, que ficaram muito contentes e sugeriram que

o trabalho também fora desenvolvido com outros grupos como população infantil, gestantes e idosos.

Tivemos durante a intervenção muitas dificuldades como as datas comemorativas coincidentes com este período da intervenção (Natal e fim de ano) onde muitos funcionários também tiraram férias como os ACS, fato que não permitiu o cumprimento integral do cronograma de capacitação, além de afetar a busca ativa de usuários faltosos incidindo negativamente na cobertura da intervenção, além disso, na décima semana de intervenção a equipe sofreu uma mudança quase geral sendo trocada a enfermeira e os ACS, dando início novamente as atividades de capacitação e sensibilização com a intervenção. Embora a nova equipe recebesse tudo positivamente, o desconhecimento dos usuários de seus micro-áreas não permitiu dar uma boa continuidade no seguimento dos cadastrados e busca ativa dos faltosos.

Outra dificuldade foi à falta de apoio pelas autoridades políticas e de saúde na hora de providenciar os recursos materiais necessários para intervenção como esfigmomanômetros e glicômetros, assim como na impressão das fichas espelhos. Estas foram impressas com apoio de alguns usuários que tem negócios relacionados com esta atividade e na UBS.

Em relação à busca ativa como não tínhamos disponíveis os esfigmomanômetros como alternativa orientação a toda a população com mais de 20 anos para que assistam na UBS a aferir PA, fato que atrapalhou o funcionamento da UBS no serviço da triagem fundamentalmente, mas foi o único jeito de fazer a pesquisa interferindo negativamente nos resultados da cobertura.

Uma das maiores dificuldades no atendimento de qualidade está basicamente na realização de exames complementares pelo SUS segundo o protocolo, geralmente estes exames demoram mais de um mês para vir o resultado, interferindo assim na realização de alguns indicadores como a avaliação do risco cardiovascular esta situação é de conhecimento dos gestores e do supervisor do Mais Médico do município, que reconhecem nossos esforços, mas também ficam sem poder dar uma solução adequada a essa situação por não contar com os recursos financeiros.

Outra dificuldade identificada foi à falta de medicamentos na farmácia da UBS e na farmácia popular municipal sendo que algumas vezes os usuários

precisam comprar suas medicações, e como os gastos são elevados em muitas ocasiões abandonam os tratamentos por semanas ou meses por falta de recursos.

Atualmente os gestores estão fazendo convênios com farmácias particulares para providenciar medicamentos do hiperdia gratuitos a usuários necessitados devidamente cadastrados, dessa forma solucionando este problema em parte, pois afeta a qualidade do atendimento e satisfação do usuário.

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

Uma das ações que ainda esta pendente foi à discussão com gestores dos resultados da intervenção, pois ainda não conseguimos agendar um horário com eles, pelo fato de estarem envolvidos em outras atividades fora do município.

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

Durante a intervenção não tivemos dificuldades na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, mas sim com o preenchimento das planilhas de coletas de dados, pois tínhamos feito uma interpretação errada do jeito de preencher os dados de cada mês mais essa dificuldade foi superada com o apoio de nossa orientadora.

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

Quanto à incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço podemos falar que inicialmente tivemos algumas dificuldades com alguns funcionários que pela inexperiência em desenvolver algumas ações, mas aos poucos foram melhorando, hoje na rotina da UBS, em relação ao atendimento destes usuários esta andando adequadamente e cada funcionário encontra-se identificado com os propósitos do incremento na qualidade do atendimento de usuários com HAS e DM, e da qualidade e esperança de vida deste grupo populacional que segundo estatísticas nacionais cada dia continua aumentando e levando a um maior número de óbitos pelas complicações atribuídas a estas doenças.

Na discussão dos resultados com a equipe de saúde foi sugerido fazer posteriormente a análise dos resultados segundo as estimativas de cada micro área

servindo de apoio para o mapeamento dos usuários e identificação dos faltosos, as três ASC mais antigas ajudaram aos novatos a conhecer os usuários de suas áreas de abrangência para manter o trabalho na rotina do dia a dia.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A intervenção foi desenvolvida na UBS Dona Luzia Tenório Ramos, do município de Coari/AM durante 12 semanas com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção aos usuários com HAS e/ou DM, na área adstrita a UBS temos uma população de 5.599 pessoas, com uma estimativa de 852 pessoas com HAS e de 210 pessoas com DM segundo dados da PCD conforme VIGITEL (2011).

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

**Meta 1.1 e 1.2:** Cadastrar 90% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS e cadastrar 80% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica da UBS.

Durante o primeiro mês cadastramos 53 (6,2%) usuários com HAS, no segundo 77 (9,0%) e no terceiro mês 118 (13,8%) das pessoas que possuíam HAS na área de abrangência.

Quanto aos usuários que possuem DM no primeiro mês cadastramos 29 (13,8%), no segundo 38 (18,1%), e no terceiro foram 54 (25,7%) pessoas cadastradas com DM.

Em ambas as patologias as metas ficaram abaixo do planejado, mas desenvolvemos várias ações relacionadas com o engajamento público, principalmente no que se refere à divulgação da intervenção e a importância da participação da comunidade. Realizamos a divulgação na UBS, visitas domiciliares, rádio local, carros com autofalantes e atividades em grupo.

Também realizamos o cadastramento dos usuários durante as consultas na UBS e por meio das visitas domiciliares.

E, o que dificultou a melhora deste indicador foi que nestas 12 semanas a equipe de saúde teve férias, recesso de final de ano, carnaval e ainda tivemos no último mês troca de mais dos 50% das ACS (06 de 11) e a enfermeira da unidade.

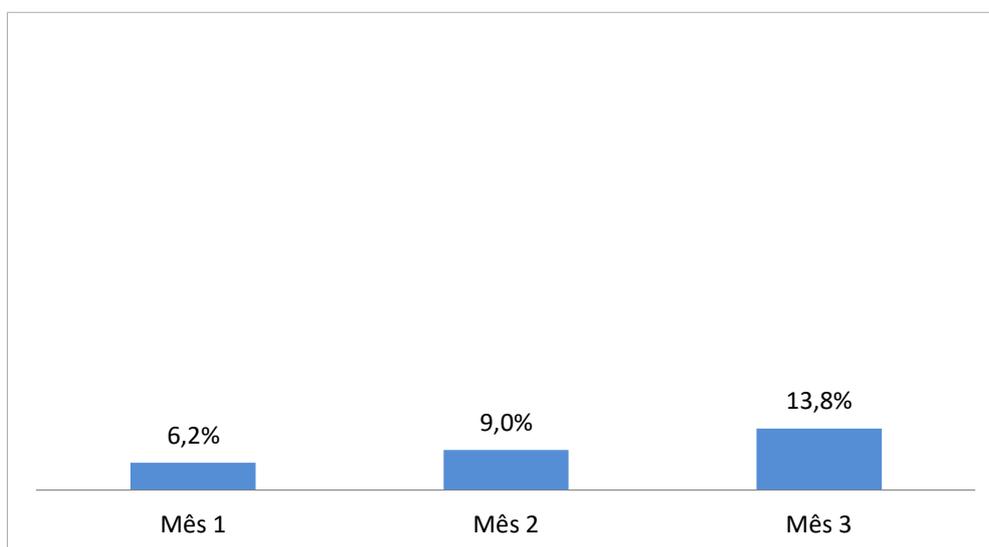


Figura 1: Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na unidade de saúde Dona Luzia Tenório Ramos, Coari/AM.

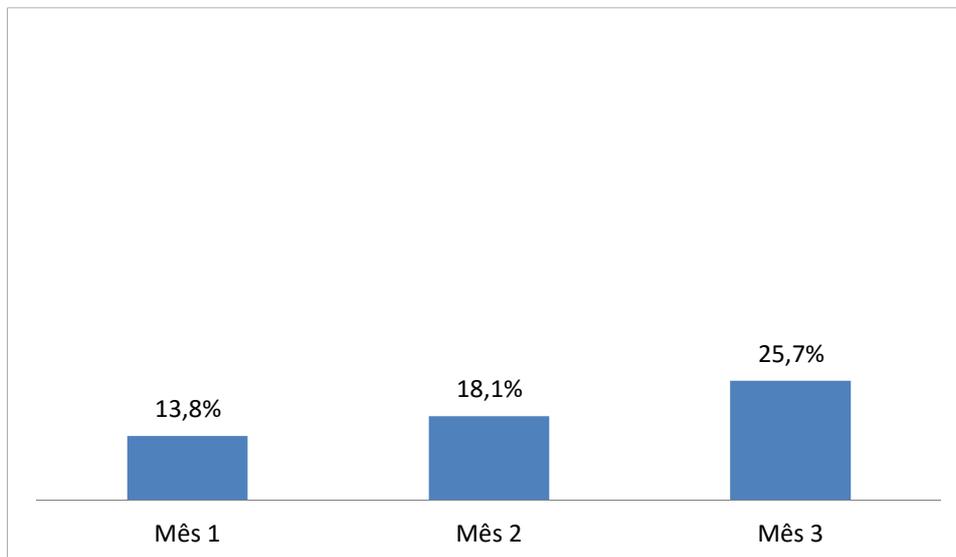


Figura 2: Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na unidade de saúde Dona Luzia Tenório Ramos, Coari/AM.

## 2- Qualidade.

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

**Meta 2.1 e 2.2:** Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão e com diabetes.

No primeiro mês de intervenção 53 (100%) dos hipertensos cadastrados tiveram exame clínico apropriado, no segundo mês 77 (100%) e no terceiro mês 118 (100%).

Quanto aos usuários com diabetes no primeiro mês 29 (100%) tiveram exame clínico apropriado, no segundo mês 38 (100%) e no terceiro mês finalizamos com 54 (100%) dos exames clínicos em dia.

Para atingir esta meta realizamos capacitação da equipe quanto ao protocolo dos Cadernos de Atenção Básica nº 36 e nº37, sendo que estes exames eram realizados pela médica e enfermeira da UBS. Também realizamos antes de todos os atendimentos da UBS uma triagem para realização da verificação da glicemia e aferição da PA, bem como o histórico familiar das duas patologias.

E, nas atividades de promoção de saúde e visitas domiciliares enfatizamos a importância da realização do exame clínico na população maior de 20 anos e com fatores de risco e histórico familiar dessas doenças.

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

No primeiro mês realizamos exames dos pés em 29 (100%) usuários cadastrados na intervenção com diabetes, no segundo mês 38 (100%) e no terceiro mês finalizamos com 54 (100%) cadastrados examinados.

O exame dos pés era realizado nas consultas e visitas domiciliares pela médica, enfermeira, técnicas de enfermagem e ACS, sendo que todos foram capacitados a procura de alterações na pele e também para detectar alterações que puderam sugerir transtornos circulatórios e/ou afetação de nervos periféricos (alterações de temperatura, perda ou incremento de sensibilidade local).

**Meta 2.4 e 2.5:** Garantir a 100% das pessoas com hipertensão e com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Já na hora da realização dos exames os indicadores não foram os esperados para usuários com HAS, o comportamento foi no primeiro mês 18 (34,0%) estavam com exames complementares em dia, no segundo mês 41 (53,2%) e no terceiro 90 (76,3%) estavam com os exames em dia.

No caso das pessoas com DM no primeiro mês somente 12 (41,4%) estavam com exames complementares em dia, no segundo mês 27 (71,1%) e no terceiro 49 (90,7 %) realizaram seus exames complementares.

Neste indicador destacamos que todos os usuários cadastrados na intervenção (118 hipertensos e 54 diabéticos) saíram da primeira consulta médica com a solicitação dos exames regulamentada segundo Cadernos de Atenção Básica.

Para ter controle desta ação realizamos algumas estratégias como elaboração de um sistema de alerta para dar prioridade e agilidade na realização dos exames colocando sinalizações de “Acompanhamento do programa de Hipertensão e Diabetes Melitus”.

Também conversamos com os gestores para solicitar agilidade na realização dos exames e liberação de mais agendamentos dos mesmos.

Mesmo com estas medidas não conseguimos alcançar a meta de 100%, devido à falta de recursos do município que não conseguia abastecer o laboratório central com alguns reativos, também tivemos falta de pessoas qualificadas para realizar ECG.

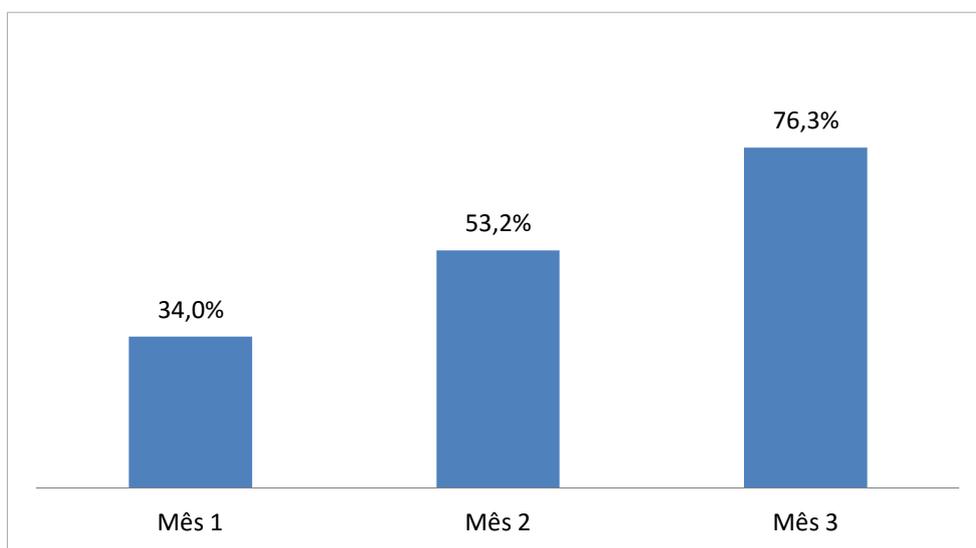


Figura 3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Dona Luzia Tenório Ramos, Coari/AM.

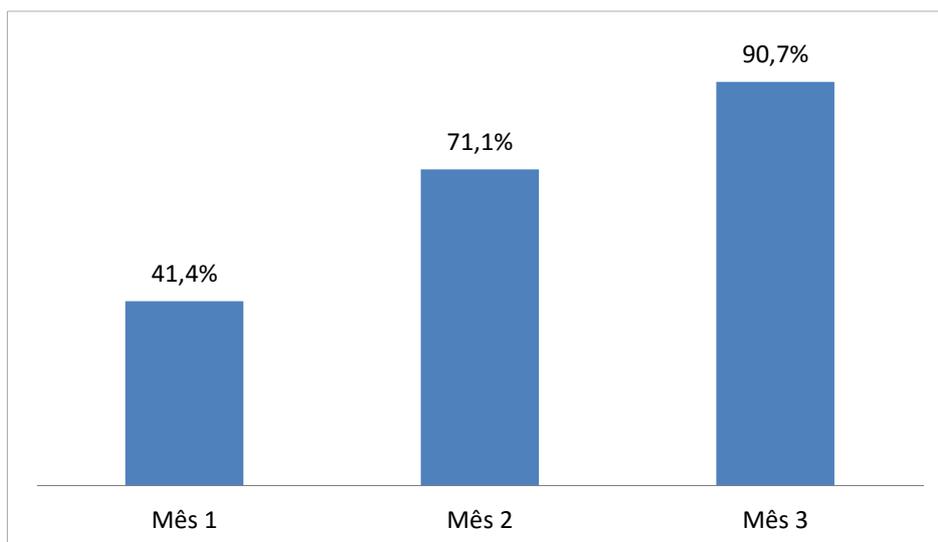


Figura 4: Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Dona Luzia Tenório Ramos, Coari/AM.

**Meta 2.6 e 2.7:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão e com diabetes cadastradas na UBS.

No primeiro mês de intervenção 53 (100%) dos hipertensos cadastrados tiveram prescrição de medicamento da farmácia popular, no segundo mês 77 (100%) e no terceiro mês 118 (100%).

Quanto aos usuários com diabetes no primeiro mês 29 (100%) tiveram prescrição de medicamento da farmácia popular, no segundo mês 38 (100%) e no terceiro mês finalizamos com 54 (100%) com prescrição.

Dessa forma verificamos que durante os três meses todos os participantes da intervenção tiveram prescrição de medicações da farmácia popular, sendo que inicialmente tivemos algumas dificuldades com os estoques disponibilizados na farmácia popular e da UBS, mas após entrarmos em contato com os gestores além das medicações da farmácia popular e da farmácia da UBS os gestores fizeram convênio com duas farmácias particulares que disponibilizam as medicações que não são fornecidas pelas farmácias do SUS, dessa forma melhorando muito o nível da satisfação da população, sendo que todos os usuários agora podem ter acesso a qualquer medicamento necessário de forma gratuita.

**Meta 2.8 e 2.9:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão e com diabetes.

No primeiro mês de intervenção 53 (100%) dos hipertensos cadastrados tiveram avaliação de necessidade de atendimento odontológico, no segundo mês 77 (100%) e no terceiro mês 118 (100%).

Quanto aos usuários com diabetes no primeiro mês 29 (100%) tiveram avaliação da necessidade de atendimento odontológico, no segundo mês 38 (100%) e no terceiro mês finalizamos com 54 (100%) com avaliação.

Para conseguirmos cumprir esta meta, desde o início da intervenção envolvemos a equipe de saúde bucal no trabalho e estabelecendo uma boa parceria com eles que realizaram uma escala de atendimento no mesmo dia da consulta de usuários com HAS e DM, ou seja, nas quintas feiras, sendo que a avaliação foi realizada pela própria que também elaborou um esquema de atendimentos para atender as principais necessidades dos usuários (obturações ou extrações de dentes segundo o caso), sendo que esta estratégia já virou rotina na UBS.

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

**Meta 3.1 e 3.2:** Buscar 100% das pessoas com hipertensão e com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

No caso dos usuários com HAS no primeiro mês tivemos 20 usuários faltosos às consultas, sendo que 15 (75%) receberam a busca ativa pela equipe, no segundo mês de 30 usuários faltosos sendo que 24 (80%) receberam busca ativa e no terceiro mês tivemos 33 faltosos e todos os 33 (100%) receberam busca ativa.

Para usuários com DM no primeiro mês foram 8 faltosos sendo que 6 (75%) receberam busca ativa, no segundo mês de 10 usuários faltosos 8 (80%) foram resgatados pela busca ativa, e no último mês de 11 usuários faltosos todos 100% receberam busca ativa.

As ações estabelecidas para alcançar este objetivo foram às visitas domiciliares na busca dos faltosos, contato telefônico, divulgação pela rádio local e carros com autofalantes da importância das consultas sistemáticas. Dessa forma, alguns usuários chegaram a UBS, espontaneamente depois de alguns meses de ausência e estes tiveram atendimento na hora, incorporando assim, a melhora na adesão de hipertensos e diabéticos a rotina do funcionamento da UBS.

Esta ação também foi prejudicada pela instabilidade na permanência dos funcionários na UBS durante o período da intervenção

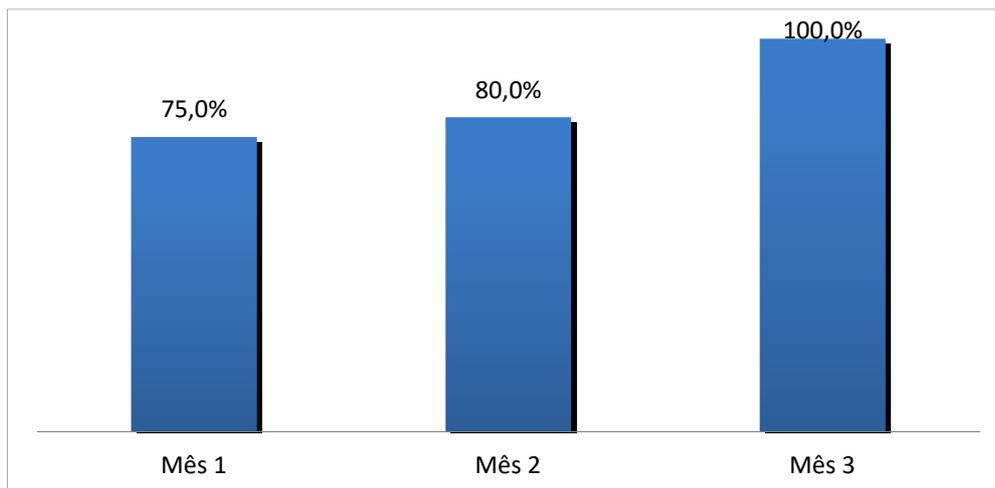


Figura 5: Proporção de pessoas com hipertensão faltosa às consultas com busca ativa na UBS Dona Luzia Tenório Ramos, Coari/AM.

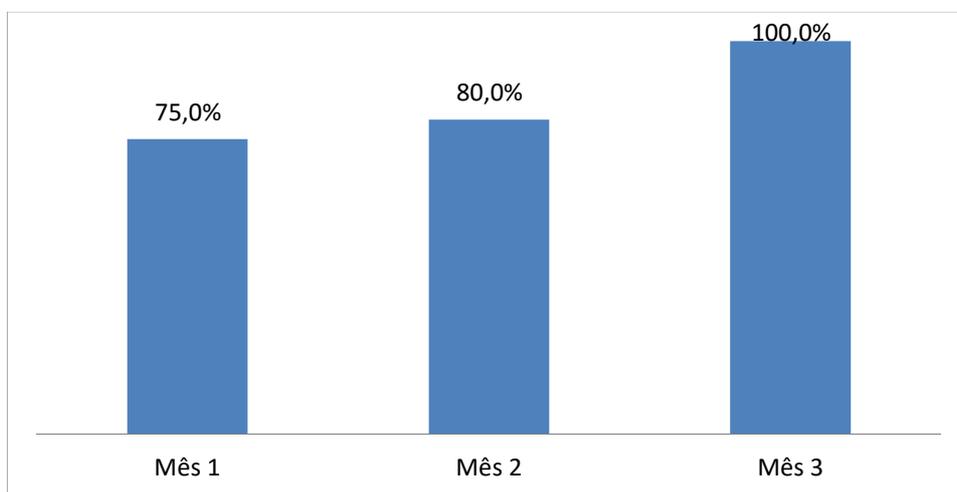


Figura 6: Proporção de pessoas com diabetes faltosos às consultas com busca ativa na UBS Dona Luzia Tenório Ramos, Coari/AM.

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

**Meta 4.1 e 4.2:** Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão e com diabetes.

No primeiro mês de intervenção 53 (100%) dos hipertensos cadastrados estavam com ficha de acompanhamento em dia, no segundo mês 77 (100%) e no terceiro mês 118 (100%).

Quanto aos usuários com diabetes no primeiro mês 29 (100%) tiveram ficha de acompanhamento em dia, no segundo mês 38 (100%) e no terceiro mês finalizamos com 54 (100%) com registros em dia.

No início da intervenção tivemos dificuldades com a impressão das fichas espelhos, mas rapidamente com o auxílio dos gestores conseguimos estas e

mantivemos os usuários cadastrados com registros em dia e devidamente preenchidos.

Também realizamos capacitação da equipe para preenchimento correto dos registros, da atualização dos registros do SIAB/e-SUS.

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

**Meta 5.1 e 5.2** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão e com diabetes.

Para usuários com HAS no primeiro mês apenas 18 (34%) foram avaliados, no segundo mês 41(53,2%) e no terceiro mês 90 (76,3%) tiveram avaliação de risco cardiovascular.

Já os cadastrados com DM, no primeiro mês 14 (48,3%) foram avaliados no segundo mês 27 (71,1%) e no terceiro mês 49 (90,7%) tiveram avaliação de risco cardiovascular.

Acreditamos que ainda poderemos alcançar esta meta quando todos os usuários tiverem com seus exames complementares realizados.

Também foram desenvolvidas outras ações para a obtenção destes resultados como capacitação da equipe, além disso, elaboramos um o modelo impresso de estratificação de risco segundo o score de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, para todos os membros da equipe. Também ficaram estabelecidos às prioridades para o atendimento da demanda dos usuários de alto risco que solicitaram atendimento espontâneo na UBS, e nas atividades de promoção desenvolvidas os usuários foram orientados quanto o nível de risco e importância do acompanhamento regular.

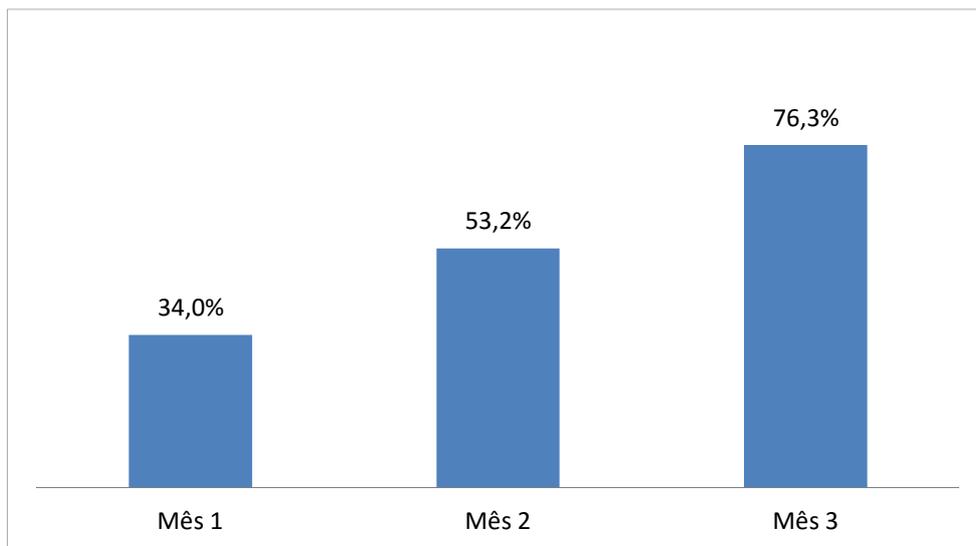


Figura 7: Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Dona Luzia Tenório Ramos, Coari/AM.

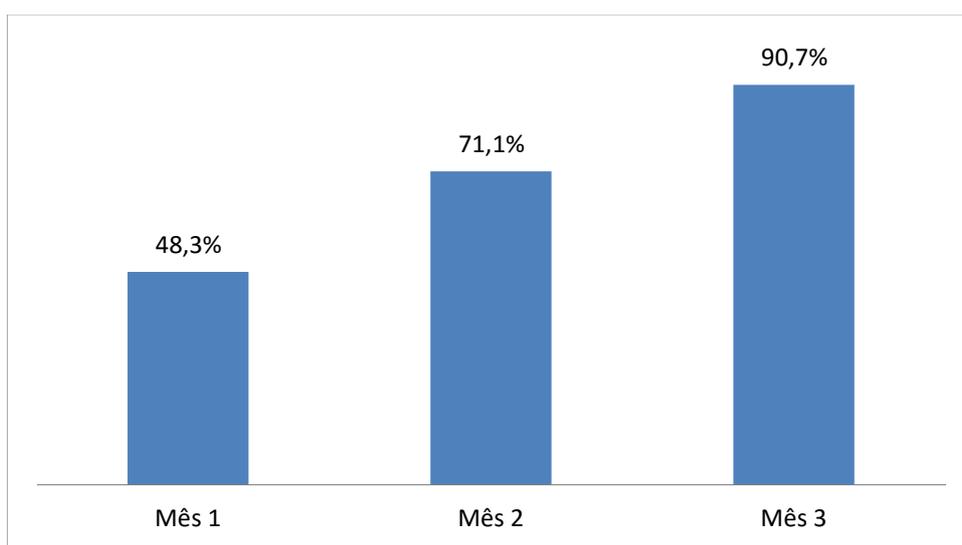


Figura 8: Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Dona Luzia Tenório Ramos, Coari/AM.

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

**Meta 6.1 e 6.2:** Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão e com diabetes.

No primeiro mês de intervenção 53 (100%) dos hipertensos cadastrados tiveram orientação nutricional, no segundo mês 77 (100%) e no terceiro mês 118 (100%).

Quanto aos usuários com diabetes no primeiro mês 29 (100%) tiveram orientação nutricional, no segundo mês 38 (100%) e no terceiro mês finalizamos com 54 (100%) dos cadastrados com orientação nutricional.

A orientação nutricional era dada nas visitas domiciliares, no ambiente da UBS durante as consultas, além disso, foram organizadas atividades de prática coletivas com um café de manhã, onde foram confeccionados cardápios com alimentos saudáveis próprios na alimentação deste grupo de usuários.

Na realização do segundo café da manhã a população alvo pode realizar uma conversa com a nutricionista do município onde foram oferecidas orientações sobre alimentação adequada e saudável, e os usuários com dúvidas relacionadas às quantidades e qualidades de alguns alimentos fizeram perguntas estabelecendo um intercâmbio harmonioso em relação ao tema, além disso, todos os usuários avaliados como sobrepeso e obesos nas consultas foram encaminhados para uma consulta com a nutricionista da policlínica com realização de acompanhamento e avaliação mensal.

**Meta 6.3 e 6.4:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão e com diabetes.

No primeiro mês de intervenção 53 (100%) dos hipertensos cadastrados tiveram orientação em relação à prática regular de atividade física, no segundo mês 77 (100%) e no terceiro mês 118 (100%).

Quanto aos usuários com diabetes no primeiro mês 29 (100%) tiveram orientação em relação à prática regular de atividade física, no segundo mês 38 (100%) e no terceiro mês finalizamos com 54 (100%) dos cadastrados com orientação.

Esta foi realizada no ambiente da UBS com a colaboração da educadora física que todas as quintas- feira realiza atividades dirigidas à população alvo, além disso, foram efetivadas conversas, palestras, na UBS e visitas domiciliares da equipe de saúde onde foi divulgada esta informação além da difusão pela rádio municipal.

Também foi replicada para os integrantes da equipe de saúde durante as capacitações a informação sobre a importância na promoção de atividade física regular.

**Meta 6.5 e 6.6:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão e com diabetes.

No primeiro mês de intervenção 53 (100%) dos hipertensos cadastrados tiveram orientação sobre os riscos do tabagismo, no segundo mês 77 (100%) e no terceiro mês 118 (100%).

Quanto aos usuários com diabetes no primeiro mês 29 (100%) tiveram orientação sobre os riscos do tabagismo, no segundo mês 38 (100%) e no terceiro mês finalizamos com 54 (100%) dos cadastrados com orientação.

Na população que participou da intervenção temos baixa taxa de fumantes, os interessados no abandono do tabagismo foram encaminhados para o CAPS para avaliação da psicóloga, e participação do programa municipal com tal fim.

**Meta 6.7 e 6.8:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão e com diabetes.

No primeiro mês de intervenção 53 (100%) dos hipertensos cadastrados tiveram orientação em relação sobre higiene bucal, no segundo mês 77 (100%) e no terceiro mês 118 (100%).

Quanto aos usuários com diabetes no primeiro mês 29 (100%) tiveram orientação em relação à sobre higiene bucal, no segundo mês 38 (100%) e no terceiro mês finalizamos com 54 (100%) dos cadastrados com orientação.

Para dar cumprimento deste objetivo o 100% dos usuários com HAS e/ou DM que participaram da intervenção foram orientados pela médica, enfermeira e odontóloga da equipe de saúde bucal sobre os benefícios e importância da higiene bucal, entretanto os agentes comunitários e técnicas de enfermagem foram capacitados para nas visitas domiciliares replicar as orientações sobre a importância da higiene bucal e a necessidade do atendimento pelo odontólogo de seis em seis meses, fato que evitaria complicações por sepses ou extrações desnecessárias dos dentes.

## **4.2 Discussão**

Os resultados alcançados com a intervenção proporcionaram uma melhora na qualidade do atendimento aos usuários com hipertensão e diabetes, melhora na organização e atualização dos registros, e também houve a melhora da pesquisa e busca ativa de usuários que possuem estas patologias. Além disso, proporcionou a possibilidade de uma avaliação integral do indivíduo com destaque na classificação

do risco para usuário com histórico de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus.

Para o adequado desenvolvimento da intervenção foi necessária à capacitação da equipe de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde relacionada com o atendimento, rastreamento e acompanhamento dos usuários com estas doenças (Cadernos de atenção básica 36 e 37 do MS).

Esta atividade também serviu para a melhora na integração e funcionalidade da equipe de saúde e funcionários de apoio (recepção, cozinha e serviços gerais).

Cada membro da equipe de trabalho tinha suas responsabilidades, mas estas deveriam funcionar de maneira integrada entre todos os membros da equipe, a fim de que cada usuário pudesse receber o melhor atendimento, por exemplo, o acolhimento ficou sobre responsabilidade da recepção, a triagem com teste de glicose e aferição da pressão arterial com as técnicas de enfermagem além de ajuda no preenchimento dos dados no prontuário e ficha espelho, o atendimento na consulta sobre responsabilidade da enfermeira e médica, assim como da equipe de saúde bucal no caso do atendimento odontológico, preenchimento e atualização dos livros De atendimento a hipertensos e /ou diabéticos sobre responsabilidade de enfermeira e digitadora da UBS, as funcionarias de serviços gerais e cozinha na ambientação da sala de espera, na preparação do café para os usuários que tinham que vir em jejum para a realização de exames e logo aguardar para consulta.

Dessa forma precisamos ter esta sincronia e integração da equipe para que o serviço funcione e que se tenha uma melhora no atendimento aos usuários e comunidade.

E agora que conseguimos organizar nossas funções dentro da unidade pretendemos melhorar a atenção de outros programas como pré-natal, consultas de crescimento e desenvolvimento, assistência das mulheres, pois neste momento a população tem mais confiança e credibilidade no trabalho da atenção primária em saúde, todos procuram um atendimento de qualidade e a equipe sente-se mais estimulada ante o reconhecimento alcançado.

Antes da intervenção o atendimento da população alvo na intervenção era responsabilidade basicamente da médica, com a incorporação da intervenção e integração da equipe o atendimento está melhor tanto na qualidade quanto na quantidade de usuários cadastrados.

A agenda da demanda espontânea foi otimizada uma vez que o registro e agendamento dos hipertensos e diabéticos foram melhorados.

O fato de que os hipertensos e /ou diabéticos foram classificados segundo risco, permitiu estabelecer o grau de prioridade no atendimento dos mesmos.

Devido a divulgação feita no início e durante a intervenção, realizada pela rádio local, carros com alto falantes, pela equipe de saúde nos ambientes da UBS e visitas domiciliares, a intervenção teve um bom impacto na população da área de abrangência mostrando receptividade e apoio nas mudanças feitas, principalmente no que se refere à escala do atendimento onde esses usuários seriam priorizados.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional eu tivesse discutido com os gestores de saúde do município as atividades propostas, neste momento sentimos que ainda falta muito diálogo ainda com a gestão para melhorar ainda mais nossa intervenção.

No momento a intervenção já faz parte da rotina do serviço acredito que foi possível graças o trabalho integrado da equipe de saúde com a comunidade onde todos ficaram sensibilizados com a importância de que só com as mudanças dos estilos e modos de vida deste grupo de usuários seria possível uma qualidade de vida adequada na população futura.

No caso da coleta de dados acredito que a planilha é muito funcional na hora de coletar os dados na UBS, pretendemos estabelece-la por micro áreas, com adição de itens específicos como usuário com HAS, DM ou as duas doenças, incidência ou prevalência, no caso do exame clínico e dos pés gostaria colocar se é normal ou alterado, assim ao fazer uma análise poderia reconhecer quantos usuários tem uma ou outra doença e quantos as duas, proporção de usuários com exame físico e dos pés alterados em relação a total de usuários com estas doenças, assim como a variabilidade no cadastro e rastreamento destas doenças sabendo que cada ano a incidência (casos novos) deverão estar ocorrendo.

Hoje também posso destacar que a equipe esta mais integrada, sensibilizada e consciente da importância no atendimento desse grupo populacional, porém algumas dificuldades apresentadas ainda deverão se superadas.

Com a chegada de mais ACS, para cobrir as micro áreas pretendemos investir na continuidade da intervenção a fim de aumentarmos também a cobertura de hipertensos e diabéticos na população da área de abrangência da UBS, além disso, como foi sugerido pela comunidade ampliar o projeto para outros grupos

populacionais como crianças, gestante e idoso aos poucos, desse jeito conseguiremos alcançar um atendimento de excelência e melhora na qualidade e satisfação da população.

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

Cara aos gestores

Meu nome é Ana Esther Collazo Cárdenas como vocês conhecem sou médica e formo parte do Programa Mais Médico para o Brasil trabalho na Unidade Básica de Saúde Dona Luzia Tenório Ramos. Eu estou realizando uma especialização em saúde da família pela Universidade Federal de Pelotas desde o ano passado. Como parte do nosso processo de aprendizado, precisamos desenvolver uma intervenção na nossa unidade de saúde.

Desde o começo do trabalho na UBS foi possível observar que além de serem a hipertensão arterial e a diabetes mellitus doenças comuns na população da área de abrangência constatamos que tínhamos poucos usuários cadastrados e o atendimento dos cadastrados não poderia ser considerado como integral, razão pela qual me motivei a realizar essa intervenção que ajudaria tanto aumentar os usuários cadastrados assim como melhorar a qualidade no atendimento deles, evitando futuras complicações e morte desnecessárias. A intervenção foi realizada durante 12 semanas de novembro dos 2015 ate fevereiro dos 2016.

Para desenvolver nossa intervenção primeiramente elaboramos um cronograma de atividades que contribuiriam com nosso objetivo principal como: à capacitação da equipe de saúde de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde sobre a atenção que deve ser dada aos usuários com HAS e DM, além disso, também foram realizadas as reuniões de equipe para discutir os resultados, as ações desenvolvidas e as que deveriam se desenvolver a cada semana, adequado acolhimento, reorganização agenda de atendimento para poder dar cobertura aos usuários com urgências e/ou provenientes da demanda espontânea, contato com

lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática e solicitar apoio dos mesmos.

Durante as doze semanas que foi realizada a intervenção cadastramos 118 (13,8%) usuários com hipertensão e 54 (25,7%) com diabetes. É bom sinalar que 100% dos usuários que possuem hipertensão e diabetes cadastrados na intervenção receberam avaliação clínica, avaliação à necessidade de atendimento odontológico, avaliação do risco cardiovascular pelo exame clínico, e orientação sobre nutrição, prática regular de exercício físico, os riscos do tabagismo e higiene bucal.

Mas, tivemos certa dificuldade com a realização dos exames complementares onde 90 (76,6%) dos hipertensos e 49 (90,7%) dos diabéticos estavam com os exames complementares em dia.

Depois de finalizada a intervenção teve um encontro com líderes dos dois bairros (Santa Helena e Grande Vitória) onde apresentamos os resultados obtidos, os mesmos ficaram muito contentes e sugeriram que o trabalho também fosse desenvolvido com outros grupos como população infantil, gestantes e idosos.

Durante a intervenção tivemos algumas dificuldades como as datas comemorativas coincidentes com o período (Natal e final de ano) onde muitos funcionários também tiraram férias, logo tiveram uma mudança na equipe com a troca da enfermeira e dos ACS, tendo assim que iniciar novamente as atividades de capacitação e sensibilização com a intervenção.

Também tivemos dificuldade em conseguir apoio dos gestores de saúde e autoridades políticas na hora de providenciar os recursos materiais necessários para intervenção como esfigmomanômetros e glicômetros, assim como na impressão das fichas espelhos. Estas foram impressas com apoio de alguns dos usuários que tem negócios relacionados com esta atividade e na UBS.

E, ainda precisamos resolver a questão da realização de exames complementares pelo SUS, pois geralmente estes exames demoram mais de um mês para vir o resultado, sendo que esta situação é de conhecimento dos gestores de do supervisor do Mais Médico do município, que reconhecem nossos esforços, mas também ficam sem poder dar uma solução adequada a essa situação por não contar com os recursos financeiros.

Mas mesmo com estes empecilhos podemos destacar que a intervenção trouxe muitos benefícios para a atenção a estas pessoas, sendo que estas atividades ficaram incorporadas a rotina da UBS.

Continuamos solicitando o apoio de vocês para as iniciativas da unidade de saúde, e assim melhorar cada vez mais a atenção os usuários.

Muito obrigada, e ficamos a disposição para opiniões, dúvidas e sugestões

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

Cara comunidade

Como já me conhecem sou a médica Ana Esther do Programa Mais Médico para o Brasil da Unidade Básica de Saúde Dona Luzia Tenório Ramos. Eu estou realizando uma especialização em saúde da família pela Universidade Federal de Pelotas desde o ano passado. Como parte do nosso processo de aprendizado, precisamos desenvolver uma intervenção na nossa unidade de saúde.

Após realizar uma análise da UBS verificamos que a atenção aos hipertensos e diabéticos ainda é muito precária, pois tínhamos antes da intervenção muitos poucos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados e sem receber atendimento integral. Sendo assim o objetivo de nossa intervenção foi melhorar a atenção aos usuários com hipertensão e diabetes na nossa UBS.

Tendo em conta que as totalidades dos usuários com essas doenças que levam acompanhamento pela UBS estão muito distantes das estimativas e que a qualidade no atendimento a esse grupo de usuários requeira de melhorias para evitar futuras complicações e mortes desnecessárias foram desenvolvidas esta intervenção durante 12 semanas nos meses de novembro/2015 a fevereiro/2016.

Para desenvolver nossa intervenção primeiramente elaboramos um cronograma de atividades que contribuiriam com nosso objetivo principal como: à capacitação da equipe de saúde de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde sobre a atenção que deve ser dada aos usuários com HAS e DM, além disso, também foram realizadas as reuniões de equipe para discutir os resultados, as ações desenvolvidas e as que deveriam se desenvolver a cada semana, adequado acolhimento, reorganização agenda de atendimento para poder dar cobertura aos usuários com urgências e/ou provenientes da

demanda espontânea, contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática e solicitar apoio dos mesmos.

Durante as doze semanas que foi realizada a intervenção cadastramos 118 usuários com hipertensão e 54 com diabetes. Podemos destacar que 100% dos usuários que possuem hipertensão e diabetes cadastrados na intervenção receberam avaliação clínica, avaliação à necessidade de atendimento odontológico, avaliação do risco cardiovascular pelo exame clínico, e orientação sobre nutrição, prática regular de exercício físico, os riscos do tabagismo e higiene bucal.

Após as doze semanas de intervenção tiveram um encontro com líderes dos dois bairros (Santa Helena e Grande Vitória) onde apresentamos os resultados obtidos, os mesmos ficaram muito contentes e sugeriram que o trabalho também fosse desenvolvido com outros grupos como população infantil, gestantes e idosos.

Durante a intervenção tivemos algumas dificuldades como as datas comemorativas coincidentes com o período (Natal e final de ano) onde muitos funcionários também tiraram férias, logo tiveram uma mudança na equipe com a troca da enfermeira e dos ACS, dando início novamente as atividades de capacitação e sensibilização com a intervenção. Também tivemos dificuldade em conseguir apoio pelas autoridades políticas e de saúde na hora de providenciar os recursos materiais necessários para intervenção como esfigmomanômetros e glicômetros, assim como na impressão das fichas espelhos. Estas foram impressas com apoio de alguns de vocês que tem negócios relacionados com esta atividade e na UBS.

E, ainda precisamos resolver a questão da realização de exames complementares pelo SUS, pois geralmente estes exames demoram mais de um mês para vir o resultado, sendo que esta situação é de conhecimento dos gestores e do supervisor do Mais Médico do município, que reconhecem nossos esforços, mas também ficam sem poder dar uma solução adequada a essa situação por não contar com os recursos financeiros.

Mas mesmo com estes empecilhos podemos destacar que a intervenção trouxe muitos benefícios para a atenção a estas pessoas, sendo que estas atividades ficaram incorporadas a rotina da UBS.

Continuamos solicitando o apoio de vocês para as iniciativas da unidade de saúde, e assim melhorar cada vez mais a atenção para vocês usuários.

Muito obrigada, e ficamos a disposição para opiniões, dúvidas e sugestões.

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

Inicialmente realmente não me encontrava muito motivada e as expectativas foram poucas, me senti muito estressada e acreditava que tinha pouco tempo para a realização das tarefas e que não permitiriam que eu chegasse ao final, sem contar as grandes dificuldades apresentadas com a conexão da internet, mas à medida que comecei a elaborar os diferentes relatórios das matérias relacionadas com a caracterização da comunidade onde trabalho tendo em conta os principais grupos populacionais e a quem estão dirigidos os programas de APS o interesse foi crescendo e entendi a importância desta especialidade que me permitiu conhecer, caracterizar e aprofundar nos principais problemas de saúde da população da área de abrangência da UBS onde trabalhamos, assim como ter uma visão de quais são os usuários que precisam do atendimento mais especializado pelas complexidades de seus problemas não só de saúde também pelos problemas sociais relacionados negativamente no processo saúde-doença.

Particularmente a especialização contribuiu positivamente na minha preparação profissional, com auxílio da resolução dos casos clínicos e práticas clínicas exercitando os conhecimentos adquiridos na minha experiência profissional, e aprofundando alguns temas não muito frequentes no âmbito de meu país, sobretudo de algumas doenças transmissíveis.

A especialização também me permitiu um maior relacionamento com a equipe de trabalho, assim como uma maior identificação com a população que mudou alguns critérios errados sobre o atendimento na atenção básica e que antes de nossa chegada preferiam fazer longas filas no hospital para tentar um atendimento, eles compreenderão que a integralidade e acessibilidade aos serviços de saúde poderiam ser alcançadas na UBS.

O tema de engajamento público foi muito interessante para mim, sendo uma ferramenta importante para o desenvolvimento da intervenção, tinha conhecimento sobre o tema mais realmente depois da revisão da matéria apresentei em conhecimentos que foram muito importantes para minha vida profissional futura.

O tema de barreiras arquitetônicas também foi outro aspecto importante, pois já havia escutado a respeito, mas sempre acreditei que fosse somente responsabilidade dos arquitetos e projetistas. No ano passado a UBS sofreu uma remodelação parcial e eu solicitei aos responsáveis para fazer algumas adequações

na calçada e entrada da UBS para melhorar a independência dos cadeirantes que visitam a unidade.

Os trabalhos multidisciplinares integrados e em equipe desenvolvidos durante a intervenção tiveram resultados muito importantes para mim, pois eles ajudaram que cada um dos envolvidos trocassem ideias, seus conhecimentos e experiências elaborando sobre essa base as linhas e objetivos da intervenção.

O conhecimento adquirido com a leitura dos diferentes programas de saúde estabelecidos pelo Ministério da Saúde foi muito importante eles aportaram elementos que permitiram aperfeiçoar os atendimentos, fato que contribuiu a cada dia na solução dos problemas de saúde acarreados pelos usuários.

## **6 Referências Bibliográficas**

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica n. 37. Estratégia para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica. Hipertensão Arterial Sistêmica, Brasília-DF, 2014, pag19-23; 29-31; 37-40; 43-51.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica n. 36. Estratégia para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica. Diabetes Mellitus. Brasília-DF, 2014, pág. 15-143.

## Apêndices



Primeira capacitação da equipe.



Café de manhã com usuários da intervenção.



Pratica de física com usuários da população alvo.



Triagem feita aos usuários antes da consulta.

Divulgação da intervenção no site da prefeitura do município.

Foto Página 1 de 1



Anterior Próxima

[Curtir](#) [Comentar](#) [Compartilhar](#)

**Jornalismo Rádio e Tv Coari**

Unidade Básica de Saúde Dona Luzia lança campanha de Combate a Diabetes e Hipertensão  
Reportagem: Sabbá Souza Foto: Arquivo (SEMSA COARI)

A Unidade Básica de Saúde Dona Luzia, localizada no Bairro Santa Helena juntamente com a unidade de Atenção Primária estão implementando uma linha de cuidado para Gerenciar pessoas com Hipertensão e Diabetes nas localidades do Bairro Santa Helena e Grande Vitória. O projeto denominado HIPERDIA acontecerá toda quinta feira a partir das 7horas e 30 minutos da manhã e será comandado por uma equipe de profissionais da unidade básica, sob a liderança do Dr. RICARDO FARIAS e Dr. ANA ESTER.

O objetivo principal é estimular a detecção precoce e o acompanhamento adequado das pessoas com hipertensão e diabetes, de forma a melhorar a qualidade de vida, minimizar as complicações crônicas a longo prazo e reduzir a morbimortalidade cardiovascular, principal causa de morte no país e no mundo.

O Programa será dirigido a todos os usuários da unidade básica de saúde que sofrem dessas doenças crônicas, e visa elevar e incrementar a qualidade no atendimento. "É importante que o usuário procure a UBS toda quinta feira, tanto na parte da manhã quanto no período da tarde, e após a consulta e avaliação o usuário deverá sair com o remédio em mãos, bem como será encaminhado para realização de exames ou até para um especialista, mas, além disso, as pessoas ainda contaram com atividades educativas na parte alimentícia e incentivo para praticas esportivas e atividades físicas" afirmou Dr. ANA ESTER.

A SEMSA COARI está dando todo apoio ao projeto que deverá se estender para todas as unidades básicas de saúde(UBS), também para a Unidade De Saúde da Zona Rural e demais entidades ligadas a secretaria.

21 de janeiro · Público · no álbum Fotos da Linha do Tempo  
[Ver no tamanho original](#) · [Editar foto](#) · [Enviar como mensagem](#)

[Curtir](#) [Comentar](#) [Compartilhar](#)

**SEMSA COARI 2016**

Unidade Básica de Saúde Dona Luzia lança campanha de Combate a Diabetes e Hipertensão  
Reportagem: Sabbá Souza Foto: Arquivo (SEMSA COARI)

A Unidade Básica de Saúde Dona Luzia, localizada no Bairro Santa Helena juntamente com a unidade de Atenção Primária estão implementando uma linha de cuidado para Gerenciar pessoas com Hipertensão e Diabetes nas localidades do Bairro Santa Helena e Grande Vitória. O projeto denominado HIPERDIA acontecerá toda quinta feira a partir das 7horas e 30 minutos da manhã e será comandado por uma equipe de profissionais da unidade básica, sob a liderança do Dr. RICARDO FARIAS e Dr. ANA ESTER.

O objetivo principal é estimular a detecção precoce e o acompanhamento adequado das pessoas com hipertensão e diabetes, de forma a melhorar a qualidade de vida, minimizar as complicações crônicas a longo prazo e reduzir a morbimortalidade cardiovascular, principal causa de morte no país e no mundo.

O Programa será dirigido a todos os usuários da unidade básica de saúde que sofrem dessas doenças crônicas, e visa elevar e incrementar a qualidade no atendimento. "É importante que o usuário procure a UBS toda quinta feira, tanto na parte da manhã quanto no período da tarde, e após a consulta e avaliação o usuário deverá sair com o remédio em mãos, bem como será encaminhado para realização de exames ou até para um especialista, mas, além disso, as pessoas ainda contaram com atividades educativas na parte alimentícia e incentivo para praticas esportivas e atividades físicas" afirmou Dr. ANA ESTER.

A SEMSA COARI está dando todo apoio ao projeto que deverá se estender para todas as unidades básicas de saúde(UBS), também para a Unidade De Saúde da Zona Rural e demais entidades ligadas a secretaria.

21 de janeiro · Público · no álbum Fotos da Linha do Tempo  
[Ver no tamanho original](#) · [Editar foto](#) · [Enviar como mensagem](#)

SEMSA COARI 2016, Nilzete Magalhães e outras 8 pessoas curtiram isso.

Comentário da intervenção no facebook do município.



SEMSA COARI 2016 adicionou 4 novas fotos.



Campanha mobiliza hipertensos e diabéticos para promover saúde preventiva em Coari

Reportagem: Sabbá Souza

Uma campanha que tem o objetivo de promover saúde preventiva às pessoas hipertensas e diabéticas dos Bairros Santa Helena e Grande Vitória teve mais uma etapa de atendimentos nesta quinta-feira (28). O projeto denominado HIPERDIA acontece toda quinta feira a partir das 7 horas e 30 minutos e se estende por todo o dia.

Sob o comando da Dra. ANA ESTER, os Hipertensos iniciam o dia realizando atividades físicas acompanhadas por profissionais que orientam os mesmos sobre a prática de exercícios físicos, em seguida todos os usuários são encaminhados para os técnicos de saúde onde são realizados testes de glicemia, verificação da pressão arterial e consultas médicas.

“ Além desse cronograma de atividades os usuários de nossa unidade Básica, já sai daqui com o medicamento prescrito em mãos; ou até encaminhados para um especialista ; o HIPERDIA é uma campanha ousada, por isso nossa missão é prevenir e combater essa doença que tanto atinge a humanidade”. afirmou Dra. ESTER.

A detecção precoce e a realização de um acompanhamento adequado das pessoas com hipertensão e diabetes, melhora a qualidade de vida e minimiza diversas complicações. Para isso é importante o papel do nutricionista na Campanha, pois é através dele que os pacientes recebem orientações de como ter uma alimentação saudável.

Facebook.com/SEMSA COARI 2016





## Anexo C – Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

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

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

Prezada Pesquisadora;

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

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

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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Nome

Contato:

Telefone:

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS

Endereço de e-mail do orientador:

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

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do declarante