

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma 9**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Qualificação da atenção à saúde dos adultos com Hipertensão Arterial  
Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Ada Rodrigues Viana, Manaus/AM**

**Teresa Alba Alba**

**Pelotas, 2016**

**Teresa Alba Alba**

**Qualificação da atenção à saúde dos adultos com Hipertensão Arterial  
Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Ada Rodrigues Viana, Manaus/AM**

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

Orientadora: Stelita Pacheco Dourado Neta  
Co-Orientadora: Simone Damásio Ramos  
Cristina Bossle de Castilhos

Pelotas, 2016

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

A325q Alba, Teresa Alba

Qualificação da Atenção à Saúde dos Adultos com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Ada Rodrigues Viana, Manaus/AM / Teresa Alba Alba; Stelita Pacheco Dourado Neta, orientador(a); Simone Damásio Ramos, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

89 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. Dourado Neta, Stelita Pacheco, orient. II. Ramos, Simone Damásio, coorient. III. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A meu pai Jesus Alba, à minha mãe Yolanda Alba,  
às minhas filhas Zenia e Zulay.

## **Agradecimentos**

Primeiramente a Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

A esta universidade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior, eivado pela acendrada confiança no mérito e ético aqui presente.

À minha orientadora Stelita Pacheco Dourado Neta e Co-Orientadoras Simone Damásio Ramos e Cristina Bossle de Castilhos, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos.

A meu pai e minha mãe Jesus Alba e Yolanda Alba, por seu amor e apoio incondicional em todos os momentos.

As minhas filhas Zenia, Zulay e meu querido irmão Raul, por ser o motor impulsor que faz de cada dia uma razão para lutar.

## Resumo

ALBA, Teresa Alba. **Qualificação da atenção à saúde dos adultos com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Ada Rodrigues Viana, Manaus/AM.** 2016. 87folhas. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus são doenças crônicas freqüentes na atualidade. São responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde. As complicações agudas e crônicas do diabetes causam alta morbimortalidade, e altos custos para os sistemas de saúde. Essa multiplicidade de conseqüências as coloca na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracterizam-se como causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida. Foi desenvolvida uma intervenção pela equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde Rural Ada Rodrigues Viana localizada em Manaus-, Amazonas, do período de outubro de 2015 a janeiro de 2016, com o objetivo de melhorar a atenção à saúde de pessoas maiores de 20 anos de idade com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus, residentes na área de abrangência. Com isto buscamos também melhorar a qualidade dos registros de informações, melhorar a adesão ao Programa de Atenção ao Programa de Hipertensão e/ou Diabetes Mellitus, manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com hipertensão e/ou diabetes atualizada, mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular e promover ações de educação em saúde para eles. A intervenção teve ações contempladas em quatro eixos pedagógicos: organização e gestão dos serviços, qualificação da prática clínica, engajamento público e monitoramento e avaliação. Os dados para monitoramento e avaliação foram coletados com ajuda da Planilha de Coleta de Dados e Ficha-Espelho elaborada pela Universidade Federal de Pelotas. Na área de abrangência da UBS antes da intervenção tínhamos um total de 102(25%) usuários com Hipertensão Arterial e 12(10 %) usuários com Diabetes Mellitus cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus na UBS. Por não termos dados atualizados sobre a população de hipertensos e diabéticos da área de abrangência da equipe trabalhamos com a estimativa calculada pela Planilha de Coleta de Dados (PCD) que nos dizia que para a população de 2.310 habitantes teríamos na área adstrita à equipe 351 hipertensos com 20 anos e 87 pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes. Durante a intervenção conseguimos cadastrar e acompanhar 302 hipertensos e 72 diabéticos o que corresponde a uma cobertura de 86,0% e 82,8% respectivamente. Com a intervenção melhoramos de forma significativa as condições de saúde e qualidade de vida da população da área de abrangência, foi possível reorganizar as atribuições da equipe na atenção aos usuários hipertensos e diabéticos assim como melhorar a qualidade dos registros e o agendamento dos mesmos..A realização da intervenção nos permitiu melhorar o trabalho em equipe e alcançar maior união entre todos os membros entre si e com a comunidade.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; doença crônica; diabetes mellitus; hipertensão arterial sistêmica.

## Lista de figuras

Figura 1	Fotografia do prédio da UBS Ada Rodrigues Viana em Manaus-AM	10
Figura 2	Fotografia de membros da Equipe de saúde da UBS Ada Rodrigues Viana em Manaus-AM	11
Figura 3	Fotografia de Palestra realizada em igreja da área de abrangência da UBSR Ada Rodrigues Viana. Em Manaus-AM	57
Figura 4	Fotografia de utilização de transporte fluvial utilizado para realização de visita domiciliar a comunidades da área de abrangência da UBS Ada Rodrigues Viana em Manaus-AM	57
Figura 5	Fotografia de momentos de dificuldades de deslocamento da equipe para realização de visita domiciliar a comunidades da área de abrangência da UBS Ada Rodrigues Viana em Manaus-AM	58
Figura 6	Fotografia da Equipe de saúde da UBS Ada Rodrigues Viana em Manaus-AM	58
Figura 7	Fotografia de momento de coleta de material para exame laboratorial em usuária da UBS Ada Rodrigues Viana em Manaus-AM	59
Figura 8	Fotografias de Atendimento clínico a usuárias da UBS durante a Visita Domiciliar por membros da equipe da UBS Ada Rodrigues Viana em Manaus-AM	60
Figura 9	Fotografia de registro de finalização de atividade de educação em saúde com usuáris da UBS UBS Ada Rodrigues Viana em Manaus-AM	61
Figura 10	Gráfico Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBSR Ada Rodrigues Viana, Manaus/AM. 2015	63
Figura 11	Gráfico Cobertura do programa de atenção à Diabetes Mellitus na UBS Ada Rodrigues Viana, Manaus/AM. 2015.	64
Figura 12	Gráfico Proporção de pessoas com hipertensão com os exames	67
Figura 13	Gráfico Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Ada Rodrigues Viana, Manaus/AM. 2015.	68
Figura 14	Gráfico Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia priorizada na UBS Ada Rodrigues Viana, Manaus/AM.2015.	69
Figura 15	Gráfico Proporção de pessoas com hipertensão faltosos às consultas com busca ativa na UBS Ada Rodrigues Viana, Manaus/AM.2015.	71

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

ACS	Agente comunitário da Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial sistêmica
Hiperdia	Programa de hipertensos e diabéticos
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SIAB	Sistema de Informação de Atenções Básicas
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
USF	Unidade de Saúde da Família

## Sumário

Apresentação .....	8
1 Análise Situacional .....	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	9
Figura 1 Fotografia do prédio da UBS Ada Rodrigues Viana em Manaus AM.....	10
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	17
2 Análise Estratégica.....	19
2.1 Justificativa.....	19
2.2.1 Objetivo geral.....	20
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	20
2.3 Metodologia.....	23
2.3.1 Detalhamento das ações .....	23
2.3.2 Indicadores .....	43
2.3.3 Logística.....	49
2.3.4 Cronograma.....	53
3 Relatório da Intervenção.....	55
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	55
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	60
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	60
4.2 Discussão.....	75
Referências .....	82
Anexos .....	83
Anexo A Ficha Espelho.....	84
Anexo B Planilha de Coleta de Dados .....	85
Anexo C Documento do comitê de ética .....	86
Anexo D Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias..	87

## **Apresentação**

Este volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas. O trabalho consistiu em uma intervenção para melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes Mellitus com 20 anos ou mais na UBS Ada Rodrigues Viana do município de Manaus. Esta intervenção começou no mês de outubro de 2015; e concluiu no mês janeiro de 2016.

O volume ora apresentado está organizado em cinco unidades de trabalho seqüenciais:

Na primeira parte inclui a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso na qual se inseriu um texto inicial sobre a situação da ESFVAPS. Depois descrevemos a análise situacional da UBS, apresentando a estrutura da mesma, a composição das equipes, e o desenvolvimento dos diferentes programas de atenção à saúde. Também foi elaborado um comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.

A segunda parte contempla a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2, começando pela justificativa, seguido dos objetivos geral e específicos, as metas, a metodologia, o detalhamento das ações, segundo os quatro eixos programáticos do curso, os Indicadores, a logística e o cronograma.

A terceira parte apresenta o relatório da Intervenção realizada ao longo de 12 semanas na unidade 3 do curso. Nesse relatório descrevemos no primeiro texto as ações que foram previstas e não desenvolvidas, no outro os aspectos relativos à coleta de dados e finalmente a viabilidade da incorporação das ações à rotina dos serviços.

Na quarta parte encontra-se a avaliação da intervenção na qual relatamos quais foram os resultados obtidos para a comunidade, para os serviços e para o profissional da saúde. Na sexta e sétima parte elaboramos um relatório para a comunidade e outro para os gestores.

Na quinta e última parte a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da Intervenção.

Finalizando o volume encontram-se as referências bibliográficas e os anexos utilizados durante a realização deste trabalho.

## **1 Análise Situacional**

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

Eu estou inserida na Unidade Básica de Saúde Rural Ada Rodrigues Viana, no município de Manaus, capital do Amazonas. Localizada na zona centro oeste da cidade e funciona de segunda a sexta-feira no horário das 7:00 às 11:00 horas e das 13:00 às 17:00 horas. A equipe é composta por um médico, dois enfermeiros, dois técnicos de enfermagem, sete Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A equipe está incompleta, pois, não contamos com equipe de saúde bucal.

A população atendida é de 2310 habitantes e 616 famílias, distribuídas em micro áreas. O atendimento é de um total de 489 criança, 241 masculinos e 248 femininas, hipertensos 102,56 masculinos e 46 femininas, diabéticos 12 são 2 masculino e 10 femininas ,hipertenso mais diabéticos 30 masculinos 19 femininas 11,idosos 161 ,mulheres 761,homens 574,gestantes 23,

As ações programáticas como pré-natal atendimento a hipertensos e diabéticos, visita domiciliar, puericultura para crianças menores de cinco anos de idade, acompanhamento da puerperal e demanda espontânea são atendidos diariamente. Agendamos visitas domiciliares aos usuários que apresentam dificuldade de locomoção e determinadas doenças que dificultam o acesso a UBS, usuários portadores de doenças como diabetes mellitus, hipertensão arterial e idoso , assim como visitas programadas a lactantes, puerperais e gestante. Todas as ações são planejadas e realizadas em conjunto com nossa equipe de trabalho.

Realizamos também atividades de prevenção e promoção com o objetivo de modificar estilos de vida na população e oferecemos vacinas conforme o calendário do Ministério da Saúde, coleta de exame preventivo de câncer uterino, detecção e prevenção de doenças como hepatite B C, HIV e sorologia para sífilis.

As reuniões de equipe acontecem semanalmente com objetivo de planejar, bem como avaliar as ações que a equipe de saúde realiza. Temos uma ótima relação de trabalho.



**Figura 1** Fotografia do prédio da UBS Ada Rodrigues Viana em Manaus AM

## 1.2 Relatório da Análise Situacional

Manaus, capital do estado do Amazonas, localizado ao norte do país, concentra cerca de dois milhões de habitantes, sendo uma cidade de grandes proporções com um povo multicultural. Na cidade de Manaus a cobertura de saúde distribui-se em cinco distritos: Distrito Leste, Distrito Norte, Distrito Oeste, Distrito Sul, Distrito Centro Oeste e Distrito Rural. Existem ao todo 238 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 146 delas com Estratégia Saúde da Família (ESF), 81 UBS com ESF com Equipe de Saúde Bucal (ESB), cinco ESF transitórias, três ESF Ribeirinhas com ESB, um ESF Fluviais e 2 ESF Fluviais com ESB. Existem três UBS com disponibilidade de Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF) localizada na zona leste, três Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e quatro Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), onde se oferece atendimento às pessoas com necessidades em decorrência do uso do álcool, crack e outras drogas, sendo um deles infantil, onde se atendem crianças e adolescentes segundo as orientações do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Dispõe também de um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, além de cinco UBSF ampliadas, onde é

realizada a maior parte dos atendimentos da cidade e que estão servindo de padrão para a ampliação das futuras unidades de saúde com foco na atenção básica.

Existem nove laboratórios clínicos equipados onde são realizados os exames solicitados nas UBS e em outros níveis de atenção à saúde, porém, pelo tamanho da cidade, são insuficientes, visto a demora para realização dos exames, assim como para a chegada dos resultados. Existe o projeto “Carreta da Mulher” conta com quatro unidades móveis de saúde da mulher, onde é realizado atendimento médico especializado e realiza-se mamografia, exame citopatológico, o Plano de Assistência à Família Moderna (PLAFAM) e oferta de acesso a diferentes métodos anticoncepcionais. Manaus conta com 14 hospitais públicos, entre eles podemos fazer menção ao Hospital Pronto Socorro 28 de Agosto, Fundação Centro de Controle de Oncologia (FCECON), Fundação Universidade do Amazonas, Hospital Infantil Doutor Fajardo, Hospital Getúlio Vargas, Instituto de Saúde da Criança do Amazonas, Fundação de Medicina Tropical Doutor Heitor Vieira Dourado, sendo este último um hospital de referência nacional em doenças tropicais.

A UBS Ada Rodrigues Viana pertence ao Distrito de Saúde Centro Oeste (DISA CENTRO OESTE), está localizado na zona rural, situada na BR 174 km 41 comunidades Novas Canão e localiza-se a 2 horas de distância do município de Manaus e o meio de transporte é o terrestre. Atua na UBS uma ESF, composta por um médico, dois enfermeiros, dois técnicos de enfermagem e sete Agentes Comunitários de Saúde (ACS).



**Figura 2** Fotografia de membros da Equipe de saúde da UBS Ada Rodrigues Viana em Manaus-AM

A UBS está em atividade há 10 anos como ESF, passou por reforma no primeiro trimestre de 2014 melhorando a estrutura, que permite um fluxo adequado dos usuários. A estrutura física é composta por uma sala para recepção, dois consultórios médicos muito pequenos, farmácia e armazenamento de medicamentos, dois banheiros um destinado aos funcionários e outro destinado aos usuários, possui copa/cozinha com as mínimas condições, depósito para o material de limpeza e depósito para o lixo não contaminado e resíduos sólidos. A sala de recepção conta com equipamento, mesa, cadeiras onde são realizadas as atividades educativas e reuniões quando necessário. Os ambientes têm janelas de madeira, que sempre permanecem abertas já que não existe climatização e a iluminação natural é pouca. As deficiências maiores estão na falta de recursos humanos, como cirurgião dentista, auxiliar em saúde bucal, recepcionista e higienizadora. A acessibilidade à UBS para pessoas idosas e portadoras de deficiência física é inadequada. Não há cadeiras de roda e as portas são muito pequenas não permitindo acesso aos cadeirantes. Os banheiros não foram adaptados e não existe corrimão para apoio dos idosos que tem dificuldades. O abastecimento dos medicamentos não é adequado faltam medicamentos básicos para controle da hipertensão, diabetes, analgésicos, antiinflamatórios, realiza-se testes rápidos e todas as segundas-feiras são coletados exames laboratoriais na UBS.

Em relação às atribuições da equipe, são realizadas reuniões semanais, onde conversamos sobre os principais problemas identificados de forma crítica e construtiva. Capacitamos os ACS a identificar as prioridades da Atenção Básica em Saúde (ABS), assim como identificar as famílias mais vulneráveis e de maior risco. Eles são os profissionais que retroalimentam a equipe acerca das situações existentes na área de abrangência e propomos continuar fazendo reuniões onde esses pontos sejam abordados, entre outras situações pertinentes. A intersetorialidade na ABS compreende ações conjuntas, integradas e inter-relacionadas dos diferentes profissionais, onde cada um desempenha sua função em um processo de trabalho coletivo. Por isso, a equipe sempre busca desenvolver suas atribuições específicas e também as do grupo como um todo, na unidade, nos domicílios e nas comunidades. A UBSR Ada Rodrigues Viana tem uma população de 2310 pessoas em sua área de abrangência, são 616 famílias distribuídas um território com 5 micro áreas , de todas procedências sociais, zona rural de difícil acesso sendo assim a distribuição da população é de 1070 do sexo masculino e

1.240 do sexo feminino. O perfil demográfico da população segundo a idade distribui-se da seguinte forma: 240 habitantes de 0 a 4 anos, 260 habitantes entre 5 e 14 anos, 1638 entre 15 e 59 anos e 172 com mais de 60 anos.

O acolhimento da demanda espontânea ocorre nos dois turnos de trabalho e é realizado pelas ACS, enfermeira e técnica de enfermagem porque não tem recepcionista. Todos os dias uma ACS de cada equipe auxilia no acolhimento realizado na recepção, ajudando na classificação dos usuários e coordenando o atendimento com os médicos ou enfermeiras. Não tem excesso de demanda espontânea, mas é um desafio para os profissionais, trabalhar na atenção programada que nos permite planejar com antecedência as ações. A UBS se organiza para enfrentar a demanda com resolutividade e qualidade da melhor maneira possível.

Em relação à saúde da criança desenvolvemos um conjunto de atividades contempladas na Atenção Primária em Saúde (APS). Existem 43 (88%) crianças menores de um ano, cadastradas residentes na área e acompanhadas pela equipe. A população estimada de crianças menores de um ano é de 49 crianças. Das crianças cadastradas, 32 (74%) estão com consultas em dia, todas realizaram o teste do pezinho antes de sete dias de vida e 37 (86%) realizaram a triagem auditiva. Quanto as ações de promoção da saúde, somente 4 (9%) mães ou responsáveis receberam orientações para prevenção de acidentes. O atendimento é oferecido nos dois turnos de trabalho todos os dias da semana. As consultas são agendadas e realizadas pela médica e enfermeira, a periodicidade é de acordo com os protocolos do MS. Os atendimentos são registrados no prontuário clínico, livro das ACS, registro de vacinas, registro da equipe, que são monitorados quinzenalmente pela médica, enfermeira e técnica de enfermagem, com o objetivo de garantir a qualidade do programa. Na UBSF existe o Programa “Bolsa de Família”, sendo a enfermeira a responsável pelo acompanhamento. Além de existir outros programas do MS como “Saúde de Ferro”, “Vitamina A” e “Leite de Meu Filho”. Mensalmente são realizadas atividades coletivas de promoção e prevenção com grupo de mães na UBSF para promover a saúde das crianças. As atividades são desenvolvidas pelos profissionais da equipe e do NASF.

O programa de Pré-natal possui 23 gestantes cadastradas que residem na área de abrangência, representando uma cobertura de 100%. O atendimento às gestantes e puerperais é realizado pela enfermeira e médica. Ocorre de segunda a

sexta-feira, seguindo o protocolo do MS. O atendimento ocorre através de agendamento, saindo com a data da próxima consulta para garantir o acompanhamento pela ESF. Fazemos atendimento à demanda espontânea em qualquer dia e turno de trabalho. Nas consultas são abordados os problemas clínicos, solicitações de exames, prescrições de suplementação com sulfato ferroso e medicamentos se necessário, além da atualização do esquema vacinal. As gestantes são orientadas sobre hábitos alimentares saudáveis, atividade física regular, vantagem do aleitamento materno, anticoncepção oportuna, efeitos nocivos do tabagismo, álcool e outras drogas durante a gravidez, além dos cuidados com o recém-nascido (RN). O atendimento odontológico é coordenado e agendado, com prioridade pela ESB de UBSR de Pão Rosa. As que necessitam são encaminhadas segundo protocolo, para a consulta de alto risco, além de continuar com o acompanhamento pela ESF. A consulta no período do puerpério é planejada para que ocorra nos 7, 30 e 42 dia após o parto tanto na UBS como na visita domiciliar. A equipe de saúde realiza palestras, intervenção nas escolas sobre a sexualidade em adolescentes e para reduzir o número de adolescentes grávidas que são vulneráveis a riscos como parto pré-termo, baixo peso ao nascer, malformações congênitas, e outras condições que coloquem em risco a vida da mulher e da criança.

Em relação à saúde da mulher, a prevenção e controle de câncer de colo uterino e mama é um desafio, ainda morrem muitas mulheres por essas patologias e a equipe mantém acompanhamento de 426 (87%) das mulheres com idades entre 25 e 64 anos de idade para prevenção de câncer de colo de útero e 113 (100%) mulheres na faixa etária de 50 à 69 anos para detecção do câncer de mama. Os profissionais utilizam os manuais do MS, a coleta de material para o exame citopatológico é feita pela enfermeira e a médica três vezes na semana no turno da manhã. Nossa equipe de saúde faz orientações sobre prevenção de câncer de útero a toda mulher que busca atendimento na UBS e também nas visitas domiciliares. Os atendimentos são registrados em um livro de registro específico do programa, no prontuário clínico e no formulário especial para exame citopatológico, assim como no protocolo de lâmina de colposcopia. A avaliação e monitoramento do programa são feitos pela médica e enfermeira através do SUS e prontuários. A equipe utiliza a visita domiciliar como estratégia para fazer busca ativa às mulheres com resultado de exame alterado, depois agendamento de consulta e assistência medicamentosa se necessário. Precisamos melhorar muito os indicadores de qualidade do

programa, visto que somente 233 (55%) mulheres passaram por avaliação de risco para câncer de colo de útero e ainda temos 72 (17%) mulheres com mais de 6 meses de atraso na coleta do exame. Quanto a detecção do câncer de mama, temos 60 (53%) mulheres com mamografia em dia, 87 (77%) passaram por avaliação de risco para câncer de mama.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença que representa um dos maiores problemas em saúde no Brasil e no mundo, esta doença traz muitas complicações à saúde das pessoas como doença cerebrovascular, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca, na insuficiência renal crônica, retinopatia hipertensiva e insuficiência vascular periférica. Temos um total de 102(25%) hipertensos cadastrados e em acompanhamento, representando uma baixa cobertura de atenção. Precisamos intensificar o diagnóstico e buscar em conjunto com a equipe de saúde realizar ações para avaliar o risco e evitar as complicações. Ao analisar alguns indicadores de qualidade do programa pode-se perceber que 40 (39%) dos hipertensos estão com atraso na consulta agendada em mais de 7 dias, 90 (88%) passaram por estratificação de risco cardiovascular e somente 20 (20%) estão com avaliação de saúde bucal em dia. O atendimento é realizado todos os dias, os atendimentos são registrados nos prontuários clínicos, registro de HIPERDIA. Quinzenalmente realizam-se atividades coletivas na sala de espera e espaço de saúde pelos profissionais da equipe. Todos os usuários têm um cartão de controle onde se anota a pressão arterial, o peso, os medicamentos, agendamento da próxima consulta. Para conseguir a melhora na atenção dos hipertensos e diabéticos, temos como objetivo realizar o cadastro da área de abrangência para realizar o rastreamento da população adulta.

A Diabetes Mellitus (DM) é uma doença comum e de incidência crescente que aumenta com a idade, apresenta alta morbimortalidade, com perda importante na qualidade de vida. A realidade de nossa UBSR é que temos uma estimativa de 117 diabéticos e somente 12 cadastrados e em acompanhamento. Esta cobertura está muito baixa e precisamos implantar ações para aumentar a cobertura. Realizamos o acompanhamento através de consultas agendadas e atendimento por problemas de saúde agudos. As consultas agendadas são feitas principalmente pelo médico clínico geral e a enfermeira e acontecem todos os dias da semana e em todos os turnos. Do total dos diabéticos somente 2 (17%) usuários tem atraso de mais de 7 dias nas consultas programadas e 3 (25%) tem avaliação de saúde bucal. Em todas

as consultas oferecemos orientações sobre a saúde bucal, cuidados com as unhas das mãos e pés para evitar infecções e agendamos a próxima consulta. Também realizamos visita domiciliar e recomendamos alimentação saudável, No atendimento clínico realizamos interrogatório, exame físico e solicitação dos exames laboratoriais. As maiores dificuldades que enfrentamos em nosso município e a falta de especialista endocrinologista, a falta de seguimento do tratamento por parte dos usuários, a falta de material para controle da glicemia capilar e falta de avaliação de fundo de olho para diagnóstico da retinopatia diabética, os usuários são encaminhados a Manaus e muitas vezes não buscam o atendimento por problemas econômicos.

Em relação a atenção à pessoa idosa, nosso maior desafio é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações, eles possam redescobrir possibilidades de viver sua própria vida com a máxima qualidade possível. Existem na área de abrangência da equipe 136 pessoas com mais de 60 anos cadastradas e acompanhadas que representam 99% da estimativa. Realizamos acompanhamento dos usuários e avaliação dos riscos que podem estar expostos e trabalhamos para evitar outras doenças. Ao analisar os indicadores de qualidade da atenção à pessoa idosa percebemos que somente 80 (59%) realizaram avaliação multidimensional rápida e 99 (73%) passaram por investigação de indicadores de fragilização na velhice. Realizamos acolhimento e atendimento clínico todos os dias na UBS e em visita domiciliar também realizamos encaminhamento para avaliação da saúde bucal. O atendimento é realizado pela médica e enfermeira, são registrados no prontuário clínico e na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Os idosos e familiares recebem orientações sobre imunizações, atividade física regular, hábitos alimentares saudáveis, obesidade, higiene bucal e das próteses, efeito nocivo do álcool e do tabagismo e riscos de quedas. São encaminhados segundo o protocolo para outros níveis de atenção. Entretanto, mesmo contando com o SISREG (Sistema Nacional de Regulação), existe demora na marcação de exames e consultas especializadas, como ortopedia, oftalmologia, neurologia, urologia, psiquiatria, necessárias no cuidado do idoso. São orientados cuidados especiais para os portadores de incapacidades motoras, mentais e psíquicas.

Com relação ao serviço de saúde bucal a UBSR não possui odontologista e auxiliar de saúde bucal, os casos identificados com necessidade de atendimento odontológico são encaminhados para procurarem as UBS de referência. Contudo a

nossa UBS tem uma sala de espera com capacidade para 50 pessoas onde são feitas as atividades coletivas relacionadas à saúde bucal, as atividades acontecem às quintas-feiras na parte da manhã e são realizadas pela equipe de saúde que também realiza ações educativas na escola da área de abrangência. A UBSR oferece encaminhamento para atendimento odontológico em outra unidade de saúde, onde os usuários são atendidos e oferecem encaminhamento especializado nas áreas de endodontia, periodontia, cirurgia. Os usuários com necessidades especiais são encaminhados para o CEO.

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

Analisando o primeiro texto sobre *Qual a situação da ESF/APS em seu serviço* percebo que tive ao início um conhecimento escasso sobre a verdadeira situação da unidade onde eu trabalho. Durante todas as atividades realizadas durante a Unidade de Análise Situacional através do preenchimento dos questionários e da Planilha de Ações Programáticas e também respondendo às questões reflexivas sobre o funcionamento da UBS foi possível observar com mais detalhes a realidade da unidade.

Posso dizer que a análise situacional foi de grande importância para conhecer profundamente a estrutura da UBS, o trabalho realizado pela equipe de saúde, os programas existentes e as dificuldades existentes no serviço, assim como as características da população.

O Relatório da Análise Situacional está bem mais completo e é uma ajuda muito importante para buscarmos implementar estratégias para eliminar as deficiências e melhorar o atendimento aos usuários vinculados à equipe bem como para ter um melhor conhecimento sobre a população da área de abrangência, para ter uma equipe de saúde com atividades mais organizadas, completa e integrada ao trabalho da UBS. Também proporciona uma organização das condições de trabalho e acolhimento dos usuários, melhor organização em acompanhamento dos pacientes com doenças crônicas, melhor seguimento e acompanhamento das gestantes, realização de consulta de puericultura com uma melhor organização. Infelizmente não houve mudanças na estrutura física da UBS. Também temos

dificuldades relacionadas à falta de serviço odontológico e assistência social, porém o mais importante é que agora existe uma maior visão da realidade da situação da unidade, permitindo elaborar estratégias para melhorar o nosso trabalho e oferecer uma melhor atenção à população.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

As doenças crônicas não transmissíveis, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), são atualmente a principal causa de mortalidade no mundo. No Brasil as doenças do aparelho circulatório constituem hoje a principal causa de morte, A HAS, além de ser um dos principais problemas de saúde no Brasil, eleva o custo médico-social, principalmente pelas complicações que causa como as doenças cerebrovasculares, arterial coronariana, vascular de extremidades, insuficiência cardíaca e insuficiência renal crônica. A DM é outro importante e crescente problema de saúde pública. Sua incidência e prevalência estão aumentando no mundo todo (BRASIL, 2002).

O projeto de intervenção terá por objetivo melhorar a atenção aos usuários hipertensos e diabéticos moradores da área de abrangência da UBS, buscando diminuir as complicações e morte por estas duas doenças. Pretendemos aumentar a responsabilidades dos usuários com sua saúde, oferecer tratamento e informar sobre a importância do acompanhamento na UBS. Em relação à estrutura física da UBS nos faltam sala de reuniões e educação em saúde e um local apropriado para o trabalho dos ACS. Também é necessário adequar a estrutura em relação a barreiras arquitetônicas que dificultam o acesso das pessoas com deficiência motora e os idosos. A equipe de saúde está constituída por, uma médica especialista em APS, vinculada ao PMMB, duas enfermeiras, duas técnicas em enfermagem, sete ACS.

Há uma população de 2310 pessoas na área de abrangência da UBS, sendo que há uma estimativa de 351 hipertensos e 87 diabéticos maiores de 20 anos , segundo estimativa da Planilha de Coleta de Dados porém, no momento temos cadastrados no SIAB 102 (29%) hipertensos, e 12 (10%) diabéticos. Observamos

que os indicadores de cobertura e de qualidade da atenção estão muito baixos e a equipe de saúde tem um grande trabalho pela frente, na prevenção de mortes prematuras e de complicações cardiovasculares. Trabalharemos no sentido de garantir uma boa qualidade de atenção à saúde dos usuários, atualmente já são desenvolvidas algumas ações de saúde como palestras, fazemos busca ativa aos usuários faltosos à consulta e tratamento e realizamos visitas domiciliares.

Com esta intervenção pretendemos estimular mudanças no modo de viver, no sentido de ajudar as pessoas a conviver com essas doenças crônicas, buscando melhorar a qualidade de vida e autonomia das pessoas, envolvendo os familiares. Buscaremos envolver a equipe de saúde, a comunidade, a secretaria de saúde, além dos portadores de doenças crônicas. Pensamos que o médico sozinho não pode lograr as metas propostas para garantir uma boa investigação e lograr resultados melhorando a saúde dessas pessoas com doenças crônicas. As principais dificuldades que temos são a falta de medicamentos, bem como o abandono do tratamento por parte dos usuários. Nossos melhores recursos são ter uma equipe disposta a enfrentar os desafios, apoio da secretaria municipal de saúde e da comunidade.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde das pessoas com HAS e/ou DM residentes na área da UBSR Ada Rodrigues Viana, Manaus/AM

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

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

**Meta 1.1** Cadastrar 70% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

**Meta1. 2** Cadastrar 70% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

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

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

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

**Meta 2.3** 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 cadastrada na UBS.

**Meta 2.7** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastrados 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 ficha de acompanhamento de 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 doze semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Ada Rodrigues Viana, no Município de Manaus/AM. Serão convidados a participar todos os hipertensos e diabéticos, moradores da área de abrangência da UBS, que serão cadastrados no programa de “Atenção à Saúde dos Hipertensos e Diabéticos”.

### 2.3.1 Detalhamento das ações

As ações desenvolvidas durante a intervenção serão descritas conforme cada um dos eixos programáticos do curso. Baseia-se em uma ferramenta de trabalho onde dará a visão de como estar sendo realizada a intervenção do plano proposto na unidade relacionada e na área de abrangência adstrita. Dessa forma, espera-se abranger todos os aspectos relevantes para realização da intervenção contemplando todas as metas e indicadores propostos para a Atenção à Saúde do usuário com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

**Objetivo 1** – Ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos na área de saúde.

Meta 1.1: Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial (HTA) e à Diabetes Mellitus (DM) da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial (HTA) e à Diabetes Mellitus (DM) da unidade de saúde.

### **Monitoramento e avaliação**

#### **Ação:**

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

**Detalhamento:**

Esta ação será realizada pela médica e enfermeira revisando a ficha-espelho dos hipertensos e diabéticos de nossa área, semanalmente no consultório médico.

**Organização e gestão dos serviços**

- Garantir o registro de pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e/ou Diabetes Mellitus.
- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na UBS.
- Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na UBS.

**Detalhamento:**

Os usuários serão cadastrados, acompanhados e os registros serão realizados nas fichas espelhos pela médica e enfermeira da equipe durante as consultas na UBS ou em visitas domiciliares, as técnicas de enfermagem e ACS poderão preencher os dados de identificação e antropométrica da ficha.

O técnico de enfermagem, enfermeira será responsáveis pelo acolhimento de todos os hipertensos e diabéticos que chegam a UBS e por informar sobre o atendimento clínico. Haverá espaço na agenda para acolher também a demanda espontânea e os usuários das buscas ativas.

Para garantir o material e insumos adequados de forma suficientes para a intervenção a enfermeira irá solicitar através de ofício de solicitação para a SMS todo o material necessário.

**Engajamento público****Ações:**

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus na UBS.
- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

**Detalhamento:**

As ações acontecerão através de palestras nas escolas, igrejas, e na rádio local, com os líderes da comunidade

**Qualificação da prática clínica****Ações:**

- Capacitar os ACS para o cadastramento e atualização da população da área da UBS.
- Capacitar a equipe da UBS para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
- Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg

**Detalhamento:**

A equipe de estratégia está elaborando junto com o gestor um plano de capacitação com todos os aspectos relacionados com o projeto, que inclui a capacitação de todos os profissionais da saúde da UBS, que será feito em na UBS, a médica será responsável pela capacitação que acontecerá na recepção a UBS em horário de a tarde sexta feira quinzenalmente.

**Objetivo 2-** Melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos e diabéticos.

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

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

**Monitoramento e Avaliação:****Ação:**

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas com hipertensão e/ou com diabetes.

**Detalhamento**

Esta ação será realizada pela médica e enfermeira revisando a ficha-espelho dos hipertensos e diabéticos de nossa área, semanalmente no consultório médico.

**Organização e Gestão dos Serviços:****Ações:**

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

**Detalhamento:**

A equipe de estratégia esta elaborando junto com o gestor um plano de capacitação com todos os aspectos relacionados ao exame clínico de pessoas com hipertensão e/ou com diabetes, que inclui a todos os profissionais da saúde da UBSR, que será feito em na UBS, a médica será responsável pela capacitação que acontecerá na recepção em horário de a tarde sexta feira quinzenalmente.

**Engajamento Público:****Ação:**

- Orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e/ou do diabetes

**Detalhamento:**

As ações acontecerão através de palestras nas escolas, igrejas, e na rádio local, com os líderes da comunidade

**Qualificação da Prática Clínica:****Ação:**

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

**Detalhamento:**

Elaboração de plano de ação a equipe de estratégia junto a gestor para captação de todos os profissionais, quinzenalmente quarta feira em horário de a tarde em a recepção na UBS.

**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 eixo de Monitoramento e Avaliação:**

**Ações:**

- Monitorar a realização de exame dos pés das pessoas com diabetes.

**Detalhamento:**

Para monitorarmos as pessoas com diabetes que estão com os exames dos pés em dia e/ou em atraso, diariamente através dos atendimentos clínicos com a verificação dos registros nos prontuários Clínicos, e da Ficha espelho e avaliaremos se está ou não registrado o Exame dos pés do Diabético. Este monitoramento deverá ser realizado pelo profissional durante a consulta clínica.

Os resultados serão discutidos nas reuniões de equipe que ocorrerão semanalmente.

**No eixo de Organização e Gestão dos Serviços:**

**Ações:**

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

**Detalhamento:**

Na primeira semana de intervenção, quando discutirmos acerca das atribuições de cada profissional, definiremos que a realização do exame dos pés nas pessoas com DM será realizada pelo médico e/ou enfermeiro durante o exame clínico. Apesar da avaliação dos pés serão realizadas pelo médico e enfermeiro discutiremos com toda a equipe acerca da avaliação e cuidados com os pés de

peças com Diabetes Mellitus segundo o que preconiza o Capítulo 5 do caderno 36 da Atenção Básica, que adotaremos como protocolo.

Vamos requisitar ao gestor, através de ofício o monofilamento 10 g para a realização do Teste de Sensibilidade do pé do usuário com diabetes, bem como os outros equipamentos que nos auxiliarão no exame dos pés.

Junto à gestão buscaremos organizar o Fluxo de referência e contra referência para pessoas com diabetes que necessitem de consultas com especialistas e/ou exames especializados.

### **No Eixo de Engajamento Público:**

#### **Ações:**

- 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:**

Através de atividades educativas na UBS e na comunidade e também durante as consultas clínicas orientaremos as pessoas sobre os riscos das doenças cardiovasculares e sobre a importância dos exames dos pés, pulsos e sensibilidade de extremidades. Buscaremos orientar às pessoas com DM para prevenção de ocorrência de ulcerações nos pés e para estabelecer um cuidado diário adequado dos membros inferiores, é fundamental para evitar internações desnecessárias e amputações.

### **No eixo de Qualificação da Prática Clínica:**

#### **Ações:**

- Capacitar a equipe para a realização de exame apropriado dos pés.

#### **Detalhamento:**

Capacitar e orientar aos profissionais da equipe acerca do exame apropriado dos pés do usuário com DM.

Esta capacitação será realizada, na primeira semana da intervenção, entre o médico e o enfermeiro da equipe onde eles discutirão o Protocolo adotado e outros referenciais teóricos que orientem sobre a realização apropriada do exame do pé da pessoa com diabetes. Discutiremos especialmente, sobre o que orienta o Caderno

36 no Capítulo 5(Avaliação e Cuidados com os Pés de Pessoas com Diabetes Mellitus na Atenção Básica).

**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:**

**Ações:**

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

**Detalhamento:**

Revisão de os prontuários e cartão de hipertensos e diabéticos para ver os pacientes que estão faltosos dos exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde.

**Organização e Gestão dos Serviços:**

**Ações:**

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

**Detalhamento:**

Estabelecer um cronograma de capacitação em conjunto com o gestor com frequência quinzenalmente dos profissionais de acordo com os protocolos adotados e necessidade de aprendizagem de cada profissional

**Engajamento Público:**

**Ações:**

- Orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

- Orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

**Detalhamento:**

Dar a conhecer através de palestras, reunião, radio os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância à necessidade de realização de exames complementares e à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

**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 realizada pela médica e enfermeira revisando aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia semanalmente.

**Organização e Gestão dos Serviços****Ações:**

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

**Detalhamento:**

Fazer o cronograma para controles de estoque, validades de acesso a medicamentos da farmácia popular/hiperdia semanalmente por o medico e enfermeira. Assim como manter um registro das necessidades de medicação dos usuários cadastrados

**Engajamento Público:****Ação:**

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

**Detalhamento**

Serão feitos mediante palestras orientadoras na UBSR, na Igreja e nas escolas que ficam perto da unidade quinzenalmente. Participaram todos os usuários hipertensos e diabéticos assim como as outras pessoas da área de abrangência que quiseram assistir, o responsável será uma das enfermeiras com o apoio dos líderes comunitários de saúde. Além disso, o médico orientara durante as consultas e também mediante conversas na sala de espera da unidade.

**Qualificação da Prática Clínica:****Ações:**

- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e do diabetes.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

**Detalhamento:**

Fazer cronograma para Capacitação de atualização do profissional no tratamento da hipertensão e do diabetes mensalmente em horário de a tarde em a recepção de a UBS responsável medica e enfermeira.

**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 diabéticas que necessitam de atendimento odontológico.

**Detalhamento:**

Esta ação será realizada pela médica e enfermeira revisando a ficha-espelho dos hipertensos e diabéticos de nossa área, semanalmente no consultório médico.

**Organização e Gestão dos Serviços:****Ações:**

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

**Detalhamento:**

Fazer um plano de prioridade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e/ou diabetes semanalmente responsável medico e enfermeira

**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:**

As ações acontecerão através de palestras nas escolas, igrejas, e na rádio local, com os líderes da comunidade

**Qualificação da Prática Clínica:****Ação:**

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

**Detalhamento**

Elaborar junto com o gestor um plano semanalmente que inclui a capacitação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e/ou 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.

**Monitoramento e Avaliação:****Ação:**

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

**Detalhamento:**

O Monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) será feito pela médica e/ou enfermeira da equipe semanalmente através da revisão da ficha espelho e junto com o livro de registro desses usuários.

**Organização e Gestão dos Serviços:****Ações:**

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos
- Organizar a agenda para acolher as pessoas com hipertensão e diabetes provenientes das buscas domiciliares.

**Detalhamento:**

Todos os ACS ficarão responsáveis em apresentar um cronograma para fazer as visitas domiciliar planejadas e organizadas para buscar os faltosos às consultas de cada micro área. A enfermeira e a técnica de enfermagem irão fazer a agenda e organizar as consultas daqueles provenientes das buscas domiciliares.

**Engajamento Público:****Ações:**

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

**Detalhamento:**

Durante os atendimentos diários na UBS, antes de iniciar os atendimentos a equipe realizará uma atividade de “Sala de Espera” onde trará para as pessoas presentes a importância do acompanhamento regular do hipertenso e diabético com a equipe e falar sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

A cada semana designaremos um profissional da equipe para realizar a atividade “Sala de Espera”. Nas reuniões com os líderes comunitários e de grupos buscaremos incentivar aos presentes para falar sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas com hipertensão e/ou diabetes

**Qualificação da Prática Clínica:****Ação:**

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

**Detalhamento:**

Através da capacitação dos profissionais que será realizada mensal no auditório da UBS às segundas-feiras à tarde. A médica ficará responsável por conduzir a capacitação com a ajuda da enfermeira.

**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:****Ações:**

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

**Detalhamento:**

Para este monitoramento será usada a ficha-espelho marcando a data de realização do acompanhamento. A médica e a enfermeira serão responsáveis pelo monitoramento dos registros.

**Organização e Gestão dos Serviços:****Ações:**

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

**Detalhamento:**

Para retroalimentar e atualizar as informações do SIAB/e-SUS com a Ficha de acompanhamento que utilizaremos para atualizar os dados durante a consulta clínica será a Ficha Espelho (Anexo A) que adotaremos semanalmente, responsável médico, enfermeira e ACS.

**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:**

Serão orientadas, semanalmente, mediante palestras, consultas, visitas domiciliares as pessoas com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade sobre as atividades feitas no acolhimento, na consulta médica e de enfermagem, assim como nas atividades coletivas. Responsável médica e enfermeira

**Qualificação da Prática Clínica:****Ações:**

- Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento da pessoa hipertensa e/ou diabética.
- Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

**Detalhamento:**

Através da capacitação dos profissionais que será realizada mensal no auditório da UBS às segundas-feiras à tarde. A médica ficará responsável por conduzir a capacitação com a ajuda da enfermeira.

**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:**

No monitoramento semanal de pessoas com hipertensão e/ou diabetes com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, realizado pelo médico ou enfermeiras será verificada nas consultas.

**Organização e Gestão dos Serviços:****Ações:**

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

**Detalhamento:**

Agendamento semanal de turnos para priorizar o atendimento dos usuários com hipertensão e/ou diabetes, avaliados como de alto risco, por médico e enfermeiras.

**Engajamento Público:****Ações:**

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

**Detalhamento:**

As ações acontecerão quinzenalmente, em horário de a tarde, quinta feira, através de palestras nas escolas, igrejas, e na rádio local, com os líderes da comunidade ,responsável medico, enfermeiras, ACS

**Qualificação da Prática Clínica:****Ações:**

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.
- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

**Detalhamento:**

Através da capacitação dos profissionais que será realizada mensal no auditório da UBS às segundas-feiras à tarde. A médica ficará responsável por conduzir a capacitação com a ajuda da enfermeira.

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

**Meta 6.1** Garantir orientação o dano para a saúde o tabaquismo a 100% das pessoas com hipertensão.

**Meta 6.2** Garantir orientação o dano para a saúde o tabaquismo a 100% das pessoas com diabetes.

**Monitoramento e Avaliação:****Ação:**

- Monitorar a realização de as pessoas com hipertensão e com diabetes.

**Detalhamento:**

Elaborar cronograma semanalmente, responsável medica e enfermeira. para verificar na ficha de espelho e através de diálogos individuais e coletiva os usuários hipertensos e diabéticos nas consultas,alem disso em visitas domiciliares, estes receberam orientações nutricionais sobre alimentação saudável durante as consultas clínicas ou se participaram de alguma atividade coletiva sobre este tema.

**Organização e Gestão dos Serviços:****Ações:**

- Organizar práticas coletivas sobre dano de tabaquismo.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver psiquiatra e psicólogas nesta atividade.

**Detalhamento:**

A equipe se organizará para realizar atividades coletivas sobre o tema “Tabaquismo”.com usuários hipertensos e diabéticos e/ou acompanhantes e familiares para receber orientações de dano produzido ao usuário ativo como o passivo, mensal, responsável medica e enfermeira da equipe junto ao gestor

buscarão estratégias para conseguir parcerias institucionais para envolver nesta atividade.

**Engajamento Público:**

**Ações:**

- Orientar pessoas com hipertensão e seus familiares sobre o dano a saúde.
- Orientar pessoas com diabetes e seus familiares sobre a importância de eliminar o tabaquismo

**Detalhamento:**

Organizaremos atividades de educação em saúde para os usuários hipertensos e diabéticos e/ou acompanhantes e familiares para receber orientações sobre formas para eliminar o tabaquismo. Estas ações educativas serão realizadas através de atividades de grupos, palestras, mural informativo na própria UBSR e na comunidade. Isso é responsabilidade de todos os integrantes da equipe e buscaremos também os líderes da comunidade para nos auxiliar nas atividades de educação em saúde.

**Qualificação da Prática Clínica:**

**Ações:**

- Capacitar a equipe da UBS sobre tema de tabaquismo.
- Capacitar a equipe da UBS sobre tema de tabaquismo e específica para pessoas com diabetes.
- Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

**Detalhamento:**

A médica e/ou enfermeira irão capacitar a equipe para orientar as pessoas diabéticas e hipertensas nas visitas sobre como eliminar o tabaquismo além disso como o hábitos de tabaquismo afetam a saúde de as familiares, e toda a comunidade. utilizaremos para as atividades de educação em saúde buscaremos organizar previamente com a equipe se atividade educativa a ser realizada na UBS, igreja, escolas e na comunidade por meio de palestras, rodas de conversa, sala de espera ou dinâmicas de grupo ou outras sugestões que surgirem durante a organização da logística da atividade

**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:**

**Ações:**

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

**Detalhamento:**

Verificar na ficha espelho e procurar saber através de diálogos os usuários hipertensos e diabéticos estão recebendo orientações durante as consultas sobre a importância prática regular de atividade física. Estas informações deverão estar registradas na ficha espelho para facilitar o monitoramento.

**Organização e Gestão dos Serviços:**

**Ações:**

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

**Detalhamento:**

Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física e demandaremos junto ao gestor parcerias institucionais para envolver a educadores físicos nesta atividade. Incentivaremos a criação de grupo de caminhada e/ou de atividades físicas.

**Engajamento Público:**

**Ações:**

- Orientar pessoas com hipertensão e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento da hipertensão.
- Orientar pessoas com diabetes e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento do diabetes.

**Detalhamento:**

No decorrer das consultas clínicas e através de ações educativas, atividades de grupos, palestras, mural informativo na própria UBS e na comunidade

buscaremos promover orientações sobre prática de atividade física regular para toda a comunidade, especialmente para os hipertensos e diabéticos.

Organizaremos junto á gestão a disponibilidade de um educador físico para orientar sobre as atividades de educação em saúde para a comunidade, que orientará sobre a importância da prática regular de atividade física e dicas de como fazê-las de forma adequada respeitando horários, entre outros.

### **Qualificação da Prática Clínica:**

#### **Ações:**

- Capacitar a equipe da UBS sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

#### **Detalhamento:**

Para capacitar a equipe sobre a promoção da prática de atividade física regular buscaremos junto ao Gestor implementar os parcerias institucionais, principalmente para envolver educador físico nestas atividades. Se não for possível esta capacitação será realizada pela médica e enfermeira da equipe.

Buscaremos envolver toda a equipe de saúde na capacitação com o educador físico (se for disponibilizado) para que possamos promover orientações sobre prática de atividade física regular para toda a comunidade, especialmente para os hipertensos e diabéticos.

No que tange as metodologias que utilizaremos para as atividades de educação em saúde buscaremos organizar previamente com a equipe se atividade educativa a ser realizada na UBS e na comunidade e estas poderão ser realizadas por meio de palestras, rodas de conversa, sala de espera ou dinâmicas de grupo ou outras sugestões que surgirem durante a organização da logística da atividade.

**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 com diabetes.

**Detalhamento:**

Verificar na ficha espelho e procurar saber através de diálogos os usuários hipertensos e diabéticos estão recebendo orientações durante as consultas sobre a importância dos riscos sobre o tabagismo. Estas informações deverão estar registradas na ficha espelho para facilitar o monitoramento.

**Organização e Gestão dos Serviços:****Ações:**

- Demandar ao gestor a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde.

**Detalhamento:**

Através de uma reunião ou diálogo/conversa procurar saber do gestor se a Secretaria de Saúde já aderiu ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde. Se a resposta for não, informar sobre o programa e conscientizá-lo da importância da adesão para um melhor controle dos riscos de saúde aos usuários com hipertensão e diabetes.

**Engajamento Público:****Ações:**

- Orientar as pessoas com hipertensão e diabéticas tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

**Detalhamento:**

Orientar pessoas com hipertensão e/ou diabetes tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo através de atividades de grupos, palestras, mural informativo na própria UBS e na comunidade. Isso é responsabilidade de todos os integrantes da equipe e buscaremos também os líderes da comunidade para nos auxiliar nas atividades de educação em saúde.

**Qualificação da Prática Clínica:****Ações:**

- Capacitar a equipe para o tratamento de pessoas tabagistas.
- Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

**Detalhamento:**

Discutiremos entre a equipe para chegarmos num consenso para juntos ministrarmos atividades educativas na UBS e na comunidade para as pessoas

hipertensas e diabéticas e para a população, passando as informações necessárias e oferecendo tratamento para os que quiserem parar de fumar.

Conversaremos com o gestor para viabilizar a participação da equipe em atividades de capacitação do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT).

**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:**

**Ações:**

- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal às pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

**Detalhamento:**

Para monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal às pessoas com hipertensão e/ou diabetes utilizaremos a Ficha Espelho fornecida pelo Curso ainda que nela não tenha um local específico para a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal (avaliação da necessidade de atendimento odontológico) vamos registrar estes dados num local na própria Ficha Espelho.

A cada semana, a médica e enfermeira e técnicos irão verificar as fichas de acompanhamento para acompanhar se os usuários com hipertensão e diabetes receberam orientações sobre higiene bucal.

**Organização e Gestão dos Serviços:**

**Ações:**

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

**Detalhamento:**

Disponibilizaremos no mínimo 10 minutos de consultas para cada usuário (atentando para as necessidades avaliadas durante as consultas), no intuito de conversarmos sobre ações de promoção em saúde e hábitos de vida saudável.

**Engajamento Publica:**

**Ações:**

- Orientar as pessoas com hipertensão e diabetes e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

**Detalhamento:**

Estaremos orientando às pessoas com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade sobre a importância da higiene bucal através de atividades de grupos, palestras, mural informativo na própria UBS e na comunidade, bem como nas consultas clínicas, sobre a importância da escovação correta dos dentes após cada refeição. Isso é responsabilidade de todos os integrantes da equipe e buscaremos também os líderes da comunidade para nos auxiliar nas atividades de educação em saúde.

**Qualificação da Prática Clínica:****Ações:**

- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

**Detalhamento:**

Convidaremos o odontologista de UBSR Pão Rosa para capacitar a equipe sobre hábitos de higiene bucal e doenças comuns da cavidade oral e outros temas de interesse, para que nas consultas e através de palestras possamos estar orientando corretamente aos usuários hipertensos e diabéticos sobre as formas de manter a saúde bucal e sobre a importância de, realizar exame bucal periodicamente.

**2.3.2 Indicadores**

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

**Meta 1.1** Cadastrar 70% 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 na 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 70% 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 Diabetes Mellitus na 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 2** Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão 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.

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.

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

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

**Objetivo 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.

**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 residentes na área acompanhadas na UBS no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus que faltaram à consulta.

**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 residentes na área acompanhadas na UBS no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus que faltaram à consulta.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Objetivo 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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.

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.

### 2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no Programa de Atenção à pessoa com Hipertensão Arterial e ou Diabete Mellitus vamos adotar o Caderno número 36 e 37 do Departamento de Atenção Básica \_Estratégia para o Cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, respectivamente, publicados em 2013 e disponíveis na UBS.

Utilizaremos a ficha dos hipertensos e diabéticos e a ficha espelho disponibilizada pelo curso. A enfermeira localizará os prontuários de hipertensos e diabéticos e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho, realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas, exames clínicos laboratoriais e vacinas em atraso.

Para o acompanhamento da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados para a coleta de informações sobre dados relativos à classificação de risco dos hipertensos e diabéticos.

Estimamos cadastrar e acompanhar 71 hipertensos e 8 diabéticos por mês durante os três meses de intervenção, alcançando assim 70% da estimativa de hipertensos e 70% da estimativa de diabéticos da área de abrangência. Faremos contato com o gestor municipal para dispor das 234 fichas espelho necessária. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados. A UBS não possui sistema informatizado de dados, por isso tudo é feito de maneira manual o que torna a tarefa mais difícil.

Começaremos a intervenção com a capacitação sobre o manual técnico de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus para que toda equipe utilize esta referência na atenção aos usuários com essas doenças. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto será reservada 2 horas, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe e não afetará as outras atividades da ESF. Cada membro da

equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe. A médica da ESF será a responsável pela condução da capacitação de toda equipe, inclusive dos ACS para cadastramento e busca de usuários faltosos às consultas.

Para viabilizar a reunião com a equipe de saúde e os membros da gestão da secretaria municipal de saúde vamos elaborar um convite que será entregue a todos os funcionários que de uma forma ou outra se envolvem com a aquisição de materiais, com a contratação de laboratórios para realização dos exames complementares e com a aquisição dos medicamentos da farmácia popular. Durante esta reunião buscaremos o explicar a importância de nosso foco de intervenção e garantir o apoio em todas as ações que temos que realizar durante a intervenção.

O acolhimento aos usuários diabéticos e hipertensos que chegam a UBS será realizado pelo técnico de enfermagem. Usuários com problemas agudos serão atendidos no mesmo turno para evitar complicações. As consultas serão agendadas pelos ACS com antecedência de 3 ou 4 dias, sendo que após a primeira consulta o usuário já terá agendado seu retorno.

Para acolher a demanda de intercorrências agudas dos usuários hipertensos e diabéticos serão priorizadas 5 consultas diárias para pronto atendimento. Os ACS terão disponíveis três consultas para agendamento de usuários provenientes de busca ativa por semana.

Faremos contato com os representantes das igrejas, escolas e líderes comunitários para sensibilizar a comunidade com nosso trabalho de intervenção e receber apoio da população em geral, explicaremos a importância de fazer a consulta médica, usar os medicamentos conforme prescrição, comparecer as consultas agendadas e as complicações destas patologias.

Para monitoramento da ação programática semanalmente a enfermeira examinará as fichas-espelho dos usuários hipertensos e diabéticos identificando aqueles que estão. Para realizar a intervenção no programa de HAS e DM iremos adotar o Manual Técnico Caderno de Atenção Básica do MS 2013. Utilizaremos a ficha dos hipertensos e diabéticos e a ficha espelho disponibilizada pelo curso. A enfermeira localizará os prontuários de hipertensos e diabéticos e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho, realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas, exames clínicos laboratoriais e vacinas em atraso.

Para o acompanhamento da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados para a coleta de informações sobre dados relativos à classificação de risco dos hipertensos e diabéticos. Assim, para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, o médico e o enfermeiro vai elaborar uma ficha complementar.

Estimamos cadastrar e acompanhar 71 hipertensos e 8 diabéticos por mês durante os três meses de intervenção, alcançando assim 70% da estimativa de hipertensos e 70% da estimativa de diabéticos da área de abrangência. Faremos contato com o gestor municipal para dispor das 234 fichas espelho necessária. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados. A UBS não possui sistema informatizado de dados, por isso tudo é feito de maneira manual o que torna a tarefa mais difícil.

Começaremos a intervenção com a capacitação sobre o manual técnico de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus disponíveis na unidade de saúde, para que toda equipe utilize esta referência na atenção aos usuários com essas doenças. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto será reservada 2 horas, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe e não afetará as outras atividades da ESF. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe. A médica da ESF será a responsável pela condução da capacitação de toda equipe, inclusive dos ACS para cadastramento e busca de usuários faltosos às consultas.

Para viabilizar a reunião com a equipe de saúde e os membros da gestão da secretaria municipal de saúde vamos elaborar um convite que será entregue a todos os funcionários que de uma forma ou outra se envolvem com a aquisição de materiais, com a contratação de laboratórios para realização dos exames complementares e com a aquisição dos medicamentos da farmácia popular. Durante esta reunião buscaremos o explicar a importância de nosso foco de intervenção e garantir o apoio em todas as ações que temos que realizar durante a intervenção.

O acolhimento aos usuários diabéticos e hipertensos que chegam a UBS será realizado pelo técnico de enfermagem. Usuários com problemas agudos serão atendidos no mesmo turno para evitar complicações. As consultas serão agendadas pelos ACS com antecedência de 3 ou 4 dias, sendo que após a primeira consulta o usuários já terá agendado seu retorno.

Para acolher a demanda de intercorrências agudas dos usuários hipertensos e diabéticos serão priorizadas 5 consultas diárias para pronto atendimento. Os ACS terão disponíveis três consultas para agendamento de usuários provenientes de busca ativa por semana.

Faremos contato com os representantes das igrejas, escolas e líderes comunitários para sensibilizar a comunidade com nosso trabalho de intervenção e receber apoio da população em geral, explicaremos a importância de fazer a consulta médica, usar os medicamentos conforme prescrição, comparecer as consultas agendadas e as complicações destas patologias.

Para monitoramento da ação programática semanalmente a enfermeira examinará as fichas-espelho dos usuários hipertensos e diabéticos identificando aqueles que estão com consultas, exames clínicos, exames laboratoriais ou vacinas em atraso. Os ACS farão busca ativa de todos os hipertensos e diabéticos em atraso. Estima-se cinco usuários hipertensos e um diabéticos por semana proveniente de busca ativa, totalizando 23 hipertensos e 2 diabéticos por mês. A organização das atividades com o grupo de hipertensos e diabéticos ficará ao encargo da médica e o diretor da UBS ficará responsável por disponibilizar os insumos necessários (material de apoio, veículo, meios multimídias, etc.), a enfermeira caberá a tarefa de dar suporte durante as visitas e as conversas com os grupos auxiliando na atividade, além de acompanhar a triagem dos usuários prioritários e mais vulneráveis.

As ACS terão a tarefa chave de localizar os usuários que ainda não se encontram cadastrados no programa de atenção aos hipertensos e diabéticos na UBS ou que estão faltosos as consultas, com exames clínicos, exames laboratoriais ou vacinas em atraso. Os ACS farão busca ativa de todos os hipertensos e diabéticos em atraso. Estima-se cinco usuários hipertensos e um diabéticos por semana proveniente de busca ativa, totalizando 23 hipertensos e 2 diabéticos por mês. A organização das atividades com o grupo de hipertensos e diabéticos ficará a encargo da médica e o diretor da UBS ficará responsável por disponibilizar os insumos necessários (material de apoio, veículo, meios multimídias, etc.), a enfermeira caberá a tarefa de dar suporte durante as visitas e as conversas com os grupos auxiliando na atividade, além de acompanhar a triagem dos usuários prioritários e mais vulneráveis. As ACS terão a tarefa chave de localizar os usuários





### **3 Relatório da Intervenção**

Este relatório tem o objetivo de descrever as ações desenvolvidas durante a intervenção que foi realizada na Unidade de Saúde Rural Ada Rodrigues Viana, do município de Manaus/AM, que teve como finalidade melhorar a atenção à saúde dos adultos com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus, a fim de aumentar a cobertura e qualidade nos atendimentos dos hipertensos e diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da equipe

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

A intervenção foi desenvolvida em uma unidade básica de saúde localizada em área rural com uma equipe de estratégia de saúde da família que de maneira voluntária colaborou com a intervenção. Todas as ações previstas para nosso projeto foram desenvolvidas, com maior ou menor grau de dificuldade.

Iniciamos a primeira semana da intervenção cumprindo 100% das atividades programadas no cronograma. Procuramos garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa. No início não tivemos uma quantidade suficiente de fichas espelhos para desenvolver toda a intervenção, mas deu para iniciar sem dificuldades. O material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) esteve garantidos na unidade de saúde.

A equipe depois de ser capacitada em relação ao trabalho no processo da intervenção participou ativamente em 100% de todas as atividades programadas. A busca ativa dos usuários em todas as comunidades, participando ativamente nas coletas dos dados. O entusiasmo e o estímulo de todos também foi favorável

para a realização das ações, além da facilitação do gestor municipal quanto à obtenção dos materiais e recursos necessários.

A equipe também foi instruída para realizar estratificação de risco segundo o escore de *Framingham* ou de lesões em órgãos alvo, sobre metodologias de educação em saúde, sobre a promoção da prática de atividade física regular, para oferecer orientações de higiene bucal, e para o tratamento de pessoas tabagistas e quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Tivemos dificuldade para realizar os exames laboratoriais durante algumas semanas devido a muitos feriados.

Tivemos dificuldades quanto ao atendimento odontológico, pois não temos uma Equipe de saúde Bucal na UBS, mas remanejamos os nossos usuários com necessidade de atendimento odontológico para a Equipe de saúde Bucal em uma UBS próxima (em Pão Rosa).

Durante o acolhimento diário, antes de começar as consultas, através de “Sala de Espera” falávamos aos usuários que se encontravam na UBS sobre o Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde e sobre a importância de aferir a pressão arterial, a partir dos 18 anos, e a importância do rastreamento para Diabetes Mellitus em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Aproveitou-se o espaço da UBS e também de outros locais na comunidade para também orientar os usuários e a comunidade, sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal e salientando sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas. Também orientamos quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e do diabetes. Em cada consulta tratou-se de esclarecer as pessoas com hipertensão e diabetes da comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.



**Figura 3** Fotografia de Palestra realizada em igreja da área de abrangência da UBSR Ada Rodrigues Viana em Manaus-AM

Apresentamos algumas dificuldades para o funcionamento adequado da UBS e para os usuários ter acesso a unidade de saúde, como falta de energia elétrica e de água para o consumo e higiene da USB em alguns dias nos diferentes turnos. Também enfrentamos dificuldades devidas aos períodos de chuvas e a falta de combustível para os veículos que impossibilitaram muitas vezes as visitas domiciliares e as atividades de educação em saúde nas comunidades mais distantes. Também salientamos que as férias em dezembro de muitos membros da equipe trouxeram prejuízos à intervenção, mas ainda assim realizamos um bom trabalho.



**Figura 4** Fotografia de utilização de transporte fluvial utilizado para realização de visita domiciliar a comunidades . da área de abrangência da UBS Ada Rodrigues Viana em Manaus-AM



**Figura 5:** Fotografia de momentos de dificuldades de deslocamento da equipe para realização de visita domiciliar a comunidades. Da área de abrangência da UBS Ada Rodrigues Viana em Manaus-AM

A interação de todos os membros da equipe foi fundamental para a realização das atividades programadas. Todos estavam engajados para oferecermos aos nossos usuários os nossos serviços de forma qualificada bem como para a fortalecermos os princípios e as diretrizes do SUS.



**Figura 6** Fotografia da Equipe de saúde da UBS Ada Rodrigues Viana em Manaus-AM

Tivemos dificuldades para garantir o acesso aos exames laboratoriais bem como a outros exames que complementavam as avaliações do risco cardiovascular devido a dificuldades do laboratório com falta de insumos para a realização dos exames e também pela deficiência do acesso dos usuários a consulta com serviços de média e alta complexidade e consultas com especialidades médicas.



**Figura 7** : Fotografia de momento de coleta de material para exame laboratorial em usuária da UBS Ada Rodrigues Viana em Manaus-AM

Salientamos que a equipe continua buscando junto ao gestor a viabilização da realização dos exames complementares para realizarmos uma boa avaliação do risco cardiovascular.

Também nas primeiras semanas tivemos dificuldades para o acesso dos usuários aos medicamentos da farmácia básica para tratamento/acompanhamento da HAS e/ou DM. Informamos a dificuldade o gestor da UBS e conseguimos resolver o problema, garantindo cerca de 90% dos medicamentos que precisamos para o programa de atenção ao usuário com HAS e/ou DM.

Realizamos adequadamente o monitoramento das consultas de acompanhamento para garantir a periodicidade recomendada e também para avaliarmos os retornos dos resultados dos exames laboratoriais e os demais complementares que foram solicitados. Salientamos que para isto fora importante para melhorar a adesão dos usuários ao plano de tratamento estabelecido que

incorporassem um adequado acolhimento graças ao engajamento de todos os membros que estavam realmente buscando a qualificação da atenção as pessoas com HAS e/ou DM em nossa UBSR.



**Figura 8** Fotografias de Atendimento clínico a usuárias da UBS durante a Visita Domiciliar por membros da equipe da UBS Ada Rodrigues Viana em Manaus-AM

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

Tivemos dificuldades no tocante a solicitações junto ao gestor de parcerias institucionais para envolver nutricionistas em atividades da intervenção e também na compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo.". Além disso, tivemos dificuldade de encaminhamento para algumas especialidades pela falta de atendimento especializado em nosso município. Estivemos sem cardiologista, por exemplo, o que dificultou a avaliação de alguns hipertensos e diabéticos pela especialidade. Muitas vezes não dispomos de recursos financeiros para o transporte de usuários até Manaus.

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

No período da intervenção nós encontramos algumas dificuldades no início da intervenção no que se refere à coleta e sistematização dos dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculo dos indicadores. No entanto, as fichas espelho e a planilha de coleta de dados foram muito importantes e também os diários de intervenção, pois permitiram o

acompanhamento semanal das atividades realizadas e ajudou na construção dos resultados da intervenção junto ao preenchimento semanal da planilha de coleta de dados, registrando-se informações de forma ordenada, cronológica com observações importantes, dando embasamento para o preenchimento correto da planilha. As fotografias foi uma ferramenta importante para mostrar o trabalho que foi realizado.

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

Estas ações da intervenção já foram incorporadas à rotina diária em nossa UBSR. A unidade possui condições que favorecem o desenvolvimento das atividades e que podem garantir a efetividade do programa.



**Figura 9** Fotografia de registro de finalização de atividade de educação em saúde com usuáris da UBS UBS Ada Rodrigues Viana em Manaus-AM

Podemos concluir que o Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus pode ser desenvolvido em uma unidade rural e que uma vez cadastrado a totalidade dos usuáris estimados como hipertensos e diabéticos da área, a continuidade da atenção poderá ser feita sem dificuldade. Sabemos que para alcançar resultados positivos faz-se necessário a existência de algumas mudanças funcionais e gerenciais na unidade.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A intervenção tratou da qualificação da atenção à saúde dos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBSR Ada Rodrigues Viana

Iniciamos a Intervenção em Outubro e finalizamos em janeiro. Na área adstrita à UBS existem 2310 pessoas, e a estimativa pelo CAP é que teríamos na área de abrangência da UBS uma estimativa de 1298 pessoas com 20 anos ou mais e desta população seriam estimados que tivessem 409 hipertensos com 20 anos e 117 pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes. Na área de abrangência da UBS antes da intervenção tínhamos um total de 102(25%) usuários com Hipertensão Arterial e 12(10 %) usuários com Diabetes Mellitus cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus na UBS. Por não termos dados atualizados sobre a população de hipertensos e diabéticos da área de abrangência da equipe trabalhamos com a estimativa calculada pela Planilha de Coleta de Dados (PCD) que nos dizia que para a população de 2.310 habitantes teríamos na área adstrita à equipe 351 hipertensos com 20 anos e 87 pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes .

Antes de iniciar a intervenção, estabelecemos as metas de cobertura para a atenção à saúde das pessoas com HAS e/ou DM em 70%. Essas metas foram consideradas, uma vez que a intervenção teria a duração de apenas 3 meses e também a equipe apresentava inúmeras fragilidades quanto à organização do processo de trabalho.

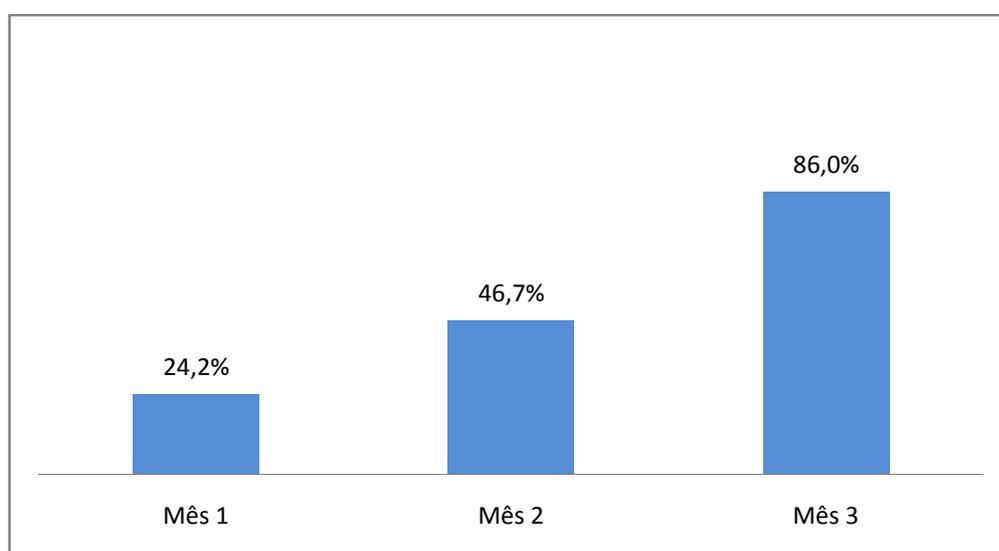
O objetivo principal desse trabalho foi ampliar e qualificar a cobertura da atenção aos usuários com HAS e DM. Para isso, foram realizadas inúmeras ações com a participação da equipe, da comunidade e da gestão.

A seguir apresentamos os resultados alcançados para as metas propostas:

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

**Meta 1.1:** Cadastrar 70% das pessoas com HAS no programa de atenção à HAS e à DM da unidade de saúde.

De acordo com a Figura 10 no primeiro mês de intervenção foram cadastrados um total de 85(24%) usuários hipertensos, no segundo mês foram 164 (46,7%) e ao terceiro mês tivemos um total de 302 (86,0%) de usuários hipertensos cadastrados, dessa forma alcançamos a meta de cobertura esperada.



**Figura 10** Gráfica Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBSR Ada Rodrigues Viana, Manaus/AM. 2015

**Meta 1.2:** Cadastrar 70% das pessoas com DM no programa de atenção à HAS e à DM da unidade de saúde.

No caso de portadores de Diabetes Mellitus, cadastramos 25 no mês 1 o que representou 28,7% de cobertura. No segundo mês cadastramos 47(54,0%) e no terceiro mês finalizamos com 72 pessoas portadoras de DM cadastradas, o que nos levou a fechar a intervenção com uma cobertura de 82,8% conforme demonstrado na Figura 11.

As metas foram atingidas com algumas dificuldades, pois no primeiro e terceiro mês a realização das atividades previstas em nosso projeto foram afetadas pela presença de condições climáticas desfavoráveis, falta de energia elétrica,

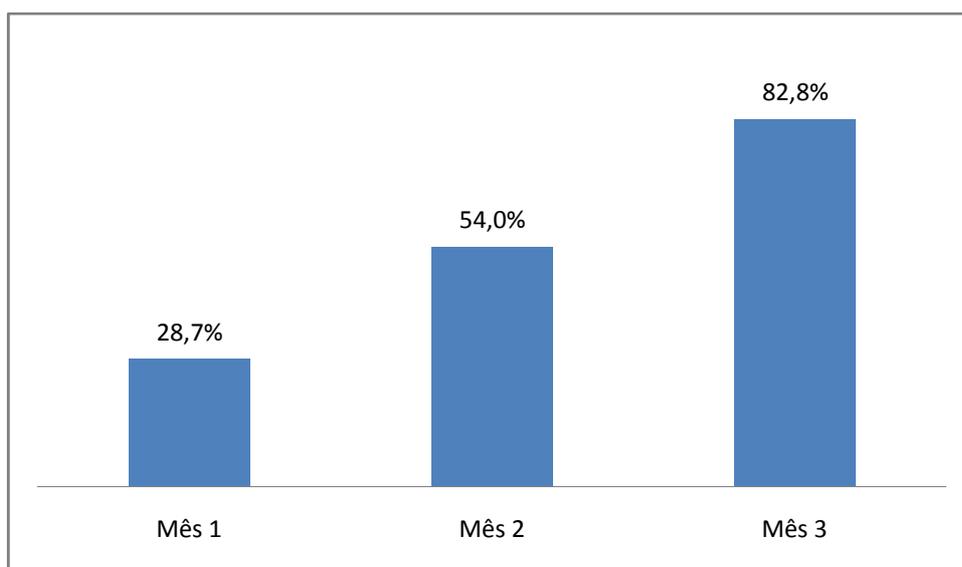
alagamentos, estragos das carreiras, não disponibilidade de transporte para deslocamento dos usuários à UBSR, problemas na estrutura da própria unidade. Além disso, o terceiro mês coincidiu com as festividades de final de ano período em que todos os ACS tiveram uma semana de recesso.

Esses fatos impossibilitaram o adequado acesso dos usuários do programa à unidade de saúde, a busca de faltosos às consultas pelos ACS, a atualização do cadastro, visitas domiciliares e atividades de promoção em saúde para a divulgação do funcionamento do programa e ações que estávamos realizando com a implementação deste projeto.

Por outra parte, a situação geográfica existente em nossa área de abrangência, onde grandes quantidades dos usuários moram em comunidades muito afastadas da unidade e não tem meio de transporte para se deslocar.

Essas situações ocorridas diminuiriam em grande medida o fluxo de usuários, não prejudicando assim, os resultados de nossos indicadores de cobertura e o alcance de nossas metas propostas.

Já no segundo e terceiro mês, tivemos um incremento do fluxo de usuários, uma vez que conseguimos realizar o maior número de atendimentos na unidade e durante as visitas domiciliares, obtendo avanços positivos neste importante indicador que nos colocou mais perto de nossas metas propostas.



**Figura 11** Gráfico Cobertura do programa de atenção à Diabetes Mellitus na UBS Ada Rodrigues Viana, Manaus/AM. 2015.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção a hipertenso e/ou diabético.

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

Ao longo da intervenção foi realizado o exame clínico em cada atendimento individual a todos os usuários cadastrados, uma vez que essa avaliação nos permitia conhecer cada usuário e oferecer uma avaliação integral para evitar e tratar oportunamente as complicações. No primeiro mês foram examinados 85(100%), no segundo 164(100%) e ao terceiro 302 (100%) dos Hipertensos cadastrados no programa.

Atingimos as metas propostas, com algumas dificuldades no preenchimento da PCD. No segundo e terceiro mês, os registros foram preenchidos com a qualidade requerida, se completaram as ações que faltaram no retorno do usuário à unidade e, assim, tivemos um incremento desses indicadores.

Para melhorar esses indicadores na gestão do serviço, definimos o papel que correspondia a cada profissional na realização do exame clínico apropriado em 100% desses usuários. Nós programamos e realizamos a qualificação da prática clínica para todos os profissionais da equipe, principalmente com o foco em relação a importância de realizar esse exame e a periodicidade conforme aos protocolos estabelecidos, atividades que daremos continuidade nos próximos meses.

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

Em relação aos diabéticos, ao longo da intervenção foi realizado o exame clínico apropriado em todos os usuários com diabetes em todos os meses. No primeiro mês foram examinados 25 (100%), no segundo 47(100%) e ao terceiro 72 (100%) dos diabéticos cadastrados no programa no primeiro mês 32(100%) no segundo mês 65 (100%) e ao terceiro 97(100%) dos diabéticos cadastrados foi realizado o exame clínico apropriado.

Meta alcançada graças a cooperação, assistência a consultas agendadas e paciências de os usuários, além disso, a capacitação profissionais feita de exame clínico apropriado, mais de a ajuda de gestor de a 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).

Para melhorar a qualidade da atenção a pessoas com hipertensão e/ou diabetes, tínhamos como meta 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), esse indicador desde o início da intervenção se manteve em 100%, pois os usuários com Diabetes Mellitus tinham examinados seus pés no momento da consulta pelo médico ou enfermeiro da equipe. No primeiro mês tivemos 25(100%) dos usuários com Diabetes Mellitus com exame clínico dos pés realizados, no mês 2 foram os 47 (100%) cadastrados e finalizamos o mês 3 com os 72 (100%) usuários com DM que tiveram realizado o exame dos pés 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.

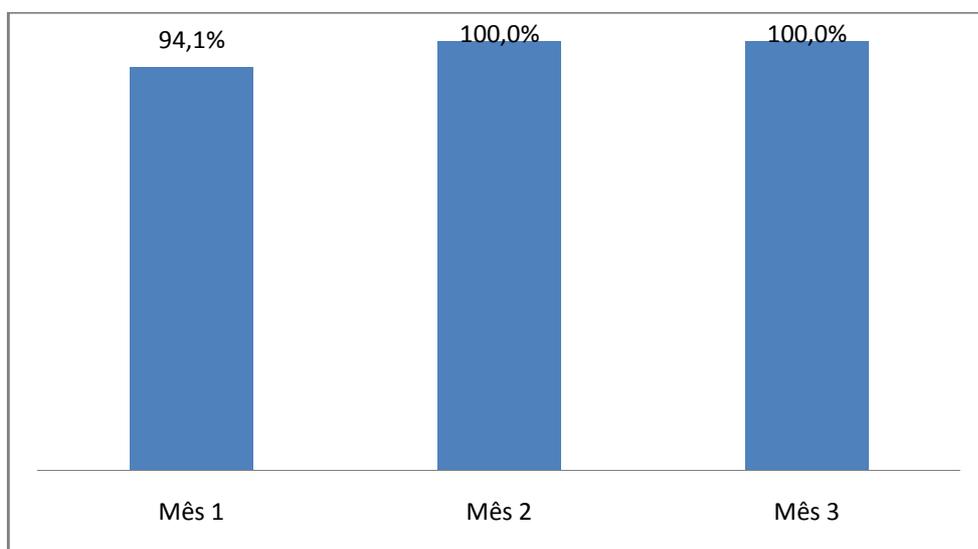
Para melhorar a qualidade da atenção a pessoas com hipertensão e/ou diabetes, tínhamos como meta Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Não conseguimos alcançar a meta no primeiro mês como vemos na Figura 12, onde fica demonstrado que no primeiro mês foram solicitados/realizados os exames complementares 80 (94,1%) das pessoas com hipertensão, no segundo mês foram os 164 (100%) e ao terceiro mês os 302 (100%) dos Hipertensos cadastrados no programa tiveram a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Não foi possível alcançar a meta de 100% no primeiro já que contamos com laboratório no município, mas a demanda foi muito maior e os usuários precisam se deslocar das comunidades muito distantes para realizar os exames.

No segundo e terceiro mês a enfermeira de atenção básica coordenou para estabelecer prioridade no laboratório para essas pessoas, dando a oportunidade que

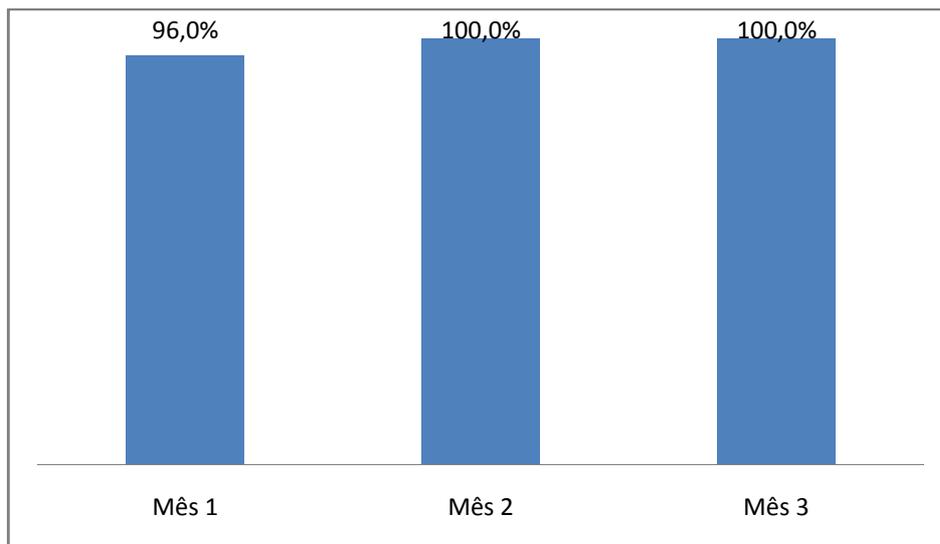
um grande número de usuários realizasse seus exames, favorecendo também o incremento deste indicador no segundo e no terceiro mês.



**Figura 12** Gráfico Proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Ada Rodrigues Viana, Manaus/AM.2015.

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

Para os usuários com Diabetes Mellitus também não alcançamos a meta no primeiro mês, como podemos ver na Figura 13, porém no segundo e terceiro mês conseguimos alcançar a meta proposta. No primeiro mês tivemos 24 (96,0%) dos usuários com Diabetes Mellitus com exames realizados. No mês 2 foram os 47 (100%) e finalizamos o mês 3 com os 72 (100%) usuários com DM que tiveram realizado os exames complementares em dia.



**Figura 13** Gráfico Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Ada Rodrigues Viana, Manaus/AM.2015.

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

Nem todos os medicamentos utilizados pelos usuários hipertensos e diabéticos são exclusivos da farmácia popular, pois muitos apresentam doenças cardiovasculares associadas a outras doenças e precisam comprar em outras farmácias. Além disso, temos uma baixa cobertura de medicamentos na farmácia popular para o tratamento dessas doenças crônicas.

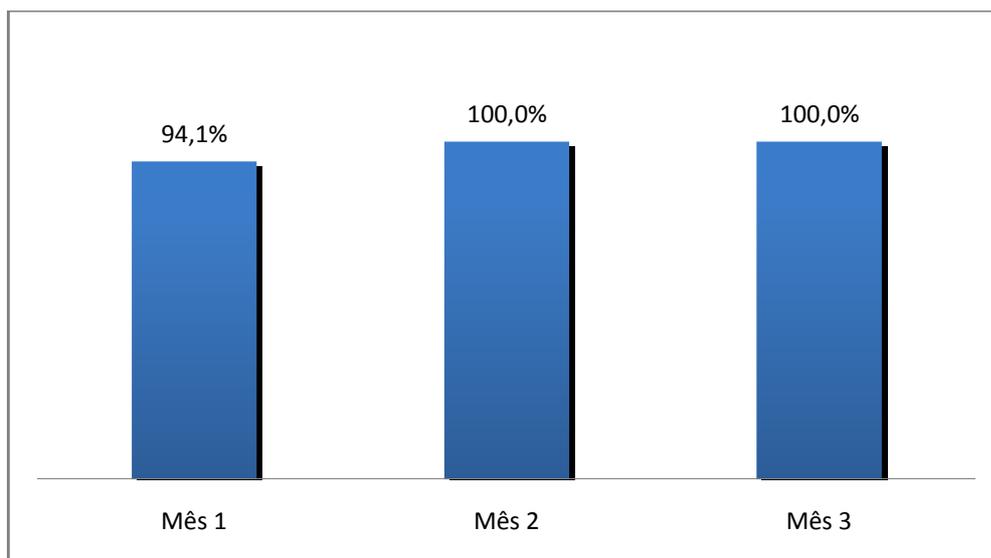
Como vemos na Figura 14, esta meta não foi alcançada no primeiro mês da nossa intervenção já que nem todos os usuários tiveram prescritos medicamentos disponíveis nas Farmácias populares uma vez que para alguns usuários a medicação que usam foi prescrita por especialistas não estão na lista de medicação da farmácia popular.

No primeiro mês foram examinados 85(100%), no segundo 164(100%) e ao terceiro 302 (100%) dos Hipertensos cadastrados no programa.

No primeiro mês foram 80 (94,1%) das 85 pessoas com hipertensão, que precisavam fazer usos de medicação, que estavam com a prescrição de medicamentos da farmácia popular e que faziam uso do medicamento fornecido pela farmácia popular. No segundo mês foram 164(100%) e ao terceiro mês tínhamos

302 (100%) hipertensos cadastrados no programa que tinham prescrição de medicamento da farmácia popular/ Hiperdia priorizada.

Os aumentos identificados no segundo e terceiro meses se devem à aquisição de medicamento da Farmácia o Popular pela Gestão, conforme a solicitação da equipe e isto trouxeram uma melhor estabilidade na adesão ao tratamento pelos usuários.



**Figura 14** Gráfico Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia priorizada na UBS Ada Rodrigues Viana, Manaus/AM.2015.

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

Para esta meta foi atingido 100% já que todas as pessoas com diabetes foram contempladas com a medicação fornecida nas farmácias popular, ou seja que todas as pessoas atendidas com diabetes tiveram prescritas medicação que está na lista das farmácias populares.

Não apresentando dificuldade na prescrição da medicação que requeria cada pessoa para o seu tratamento.

No primeiro mês tivemos 25(100%) dos usuários com Diabetes Mellitus com a prescrição de medicamentos da farmácia popular. No mês 2 foram os 47(100%) e finalizamos o mês 3 com os 72 (100%) usuários com DM que tiveram a prescrição de medicamentos da farmácia popular.

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

Para atingir nossa meta em cada consulta clinica realizada pelo médico e/ou enfermeiro foi avaliada a necessidade de atenção odontológica aos usuários onde conseguimos 100% das pessoas com hipertensão avaliadas em todos os meses da intervenção. No, primeiro mês 85(100%), no segundo mês foram 164(100%), e no terceiro os 302 (100%) usuários com HAS cadastrados tiveram a avaliação da necessidade de atenção odontológica.

A cada consulta clínica quando nós (profissional médico e enfermeira) diante da anamnese e exame físico detectávamos problemas bucais em nossos usuários os encaminhávamos ao odontologista para avaliação e estabelecimento de plano de tratamento adequado à situação, mas infelizmente nem todos tiveram a consulta com o odontologista uma vez que em nossa UBS não temos equipe de saúde bucal

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

Para atingir nossa meta em cada consulta foi avaliada a necessidade de atenção odontológica conseguindo 100% das pessoas com diabetes avaliadas, primeiro mês foram 25 (100%), no segundo mês 47 (100%), e no terceiro mês os 72 (100%) tiveram a avaliação da necessidade de atenção odontológica, mas ainda assim nem todas tiveram a consulta com o odontologista já que não tínhamos este profissional na equipe.

**Objetivo 3:** Melhorar a adesão das pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes.

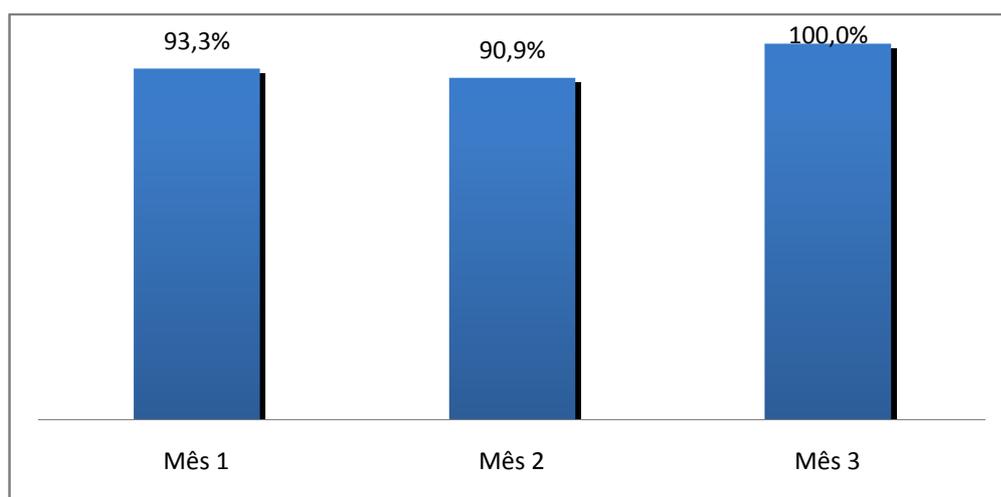
**Meta 3.1:** Buscar 100% das pessoas com Hipertensão faltosas a consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Em relação com os usuários hipertensos e diabéticos faltosos a consulta, é importante esclarecer que iniciamos as primeiras semanas da intervenção com

aqueles usuários que não compareciam ao serviço por mais de um ano, ou seja, que se tratava de usuários sem acompanhamento na unidade, mesmo assim morando na área adstrita, só comparecia a unidade quando precisavam de medicamentos para o controle da sua doença.

Esses usuários foram priorizados para iniciar nosso projeto, visitados pelos ACS e registrados no cadastro do programa, por este motivo ficou registrado na PCD um grande número de usuários faltosos no primeiro mês da intervenção. Essa ação foi desenvolvida sem dificuldade e de vital importância para aumentar a adesão dos usuários ao programa.

Segundo a Figura 15, no mês 1 da intervenção tivemos 30 hipertensos faltosos à consulta clínica agendada e foram buscados 28 (93,3%) destes hipertensos faltosos. No segundo mês faltaram 11 e foram buscados 10 (90,9%) e no terceiro mês finalizamos com 11 hipertensos faltosos às consultas médicas onde tivemos os 11 (100%) com busca ativa realizada.



**Figura 15** Gráfico Proporção de pessoas com hipertensão faltosas às consultas com busca ativa na UBS Ada Rodrigues Viana, Manaus/AM. 2015.

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

Já em relação às pessoas com DM, a meta foi atingida nos três meses onde no mês 1 da intervenção tivemos 9 diabéticos faltosos à consulta clínica agendada e foram buscados os 9 (100%). No segundo mês faltaram 4 e foram buscados e no terceiro mês finalizamos com 5 (100%) pessoas com DM faltosas às consultas médicas com busca ativa realizada.

**Objetivo 4:** Melhorar o registro das informações dos usuários com Hipertensão e/ou Diabetes

**Meta 4.1** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Podemos observar que contemplamos 100% da meta em todos os meses já que a ficha de acompanhamento foi preenchida durante a consulta com o médico ou com o enfermeiro e monitorada semanalmente pela equipe.

No primeiro mês foram 85 (100%) dos hipertensos cadastrados com registro adequado na ficha de acompanhamento e prontuário clínico, no segundo mês foram 164 (100%) e no terceiro mês foram 302 (100%) hipertensos cadastrados com registro adequado na ficha de acompanhamento. A cada consulta clínica era atualizada a ficha espelho e o prontuário clínico com registro adequado do acompanhamento dos usuários com HAS.

**Meta 4.2** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Em relação aos diabéticos no primeiro mês foram registrados adequadamente na Ficha espelho e prontuários os atendimentos das 25 (100%) pessoas com DM cadastradas, no mês 2 foram 47(100%) e finalizamos o mês 3 com as 72 (100%) pessoas com DM cadastradas com registro adequado do atendimento em ficha espelho e prontuário clínico.

**Objetivo 5 :** Mapear usuários com diabetes e/ou hipertensão de risco para doença cardiovascular.

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

Esta meta foi contemplada 100% em cada mês já que foi estratificado o risco cardiovascular calculado a traves do escore de Framingham (O escore de risco de Framingham é uma de uma série de sistemas de pontuação utilizados para determinar as chances de um indivíduo de desenvolver doença cardiovascular).

Para cada paciente contemplado no programa isto foi possível já que cada paciente teve sua consulta com o médico e além de ter disponibilidade de tempo para realizá-lo.

Durante a intervenção alcançamos a meta de avaliação do risco cardiovascular nos hipertensos em todos os meses. No primeiro mês foram 85 (100%), no segundo mês foram 164 (100%) e ao terceiro finalizamos com 302 (100%) pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

O aumento observado de os três meses refere-se a organização do trabalho com as fichas espelho e completamente da PCD, a assistência dos usuários às consultas para avaliação, ainda que tivemos dificuldades uma vez que não contamos no município com especialistas.

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

Também com relação aos usuários portadores de diabetes também conseguimos cumprir a meta em todos os meses da intervenção. No primeiro mês conseguimos mapear 25 (100%) usuários diabéticos cadastrados com estratificação de risco cardiovascular em dia, no segundo mês foram 47 (100%) e no terceiro mês 72 (100%) usuários diabéticos cadastrados estavam com estratificação de risco cardiovascular em dia.

**Objetivo 6:** Promover a saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

**Meta 6.1-** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a **100% dos usuários com hipertensão.**

**Meta 6.2-** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com diabetes.

Nesses indicadores alcançamos uma meta dos 100% no primeiro, segundo e terceiro mês. Em relação à pessoas com HAS, o número de pessoas atingido foi 85 (100,0%), 164 (100,0%) e 302 (100,0%). Já para DM, 25 (100,0%), 47 (100,0%) e 72 (100,0%).

Esses resultados foram alcançados graças ao trabalho em equipe, as capacitações do pessoal envolvido no processo da intervenção, as palestras realizadas, conversas e na própria consulta.

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

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

Em relação à prática regular de atividade física atingimos 100% nos três meses. Em relação às pessoas com HAS, o número alcançado no primeiro, segundo e terceiro mês foi, respectivamente, 85 (100,0%), 164 (100,0%) e 302 (100,0%), enquanto que para as pessoas com DM foram 25 (100,0%), 47(100,0%) e 72 (100,0%).

O alcance dessas metas foi o resultado das orientações após de receber capacitações o pessoal envolvido, fazendo caminhada, passeio com os idosos, Hipertensos e Diabéticos.

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

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

Atingimos essas metas nos três meses da intervenção. Em relação as pessoas com HAS, o número alcançado no primeiro, segundo e terceiro mês foi, respectivamente, 85 (100,0%), 164(100,0%) e 302 (100,0%). Já para as pessoas com DM, o número foi 25 (100,0%), 47 (100,0%) e 72 (100,0%).

Esses resultados foram alcançados pela realização de palestra, conversas, em cada uma das atividades realizadas com isso usuários, tendo em conta os riscos para a vida e comprometimento das doenças.

**Meta 6.7-** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com hipertensão.

**Meta 6.8-** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com diabetes.

A divulgação do programa e a incorporação das ações previstas, organização do serviço, féis possível o cumprimento de 100% nos três meses. Em relação as pessoas com HAS, o número alcançado no primeiro, segundo e terceiro mês foi, respectivamente, 85 (100,0%), 164 (100,0%) e 302 (100,0%), enquanto para as pessoas com DM, o número foi 25 (100,0%), 47 (100,0%) e 72 (100,0%), respectivamente no primeiro, segundo e terceiro mês

## 4.2 Discussão

A intervenção na minha unidade básica de saúde Rural Ada Rodrigues Viana proporcionou a ampliação da cobertura da atenção aos usuários com HAS e/ou DM, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção, com destaque para a ampliação do exame dos pés das pessoas com DM e para a classificação de risco de ambas as doenças.

O trabalho desenvolvido exigiu para sua cumprimento com a qualidade requerida, que a equipe se capacitasse para cumprir com as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamentos, diagnósticos e monitoramento do foco escolhido. Essas atividades promoveram o trabalho integrado de todos os profissionais da equipe.

As auxiliares de enfermagem junto com as ACS acolheram os usuários desde sua entrada na unidade de saúde, médicas e enfermeiras assistiam aos mesmos de forma integral, com apoio da equipe toda nas coletas de dados.

Isso repercutiu positivamente em a organização também em outras atividades no serviço, tais como, organização e aumento das consultas planejamento familiar, no programa de atenção aos idosos, atenção as crianças, atenção à mulher, programando um dia para cada ação sem deixar nenhum usuário sem atendimento.

Antes de iniciarmos a intervenção, as atividades de atenção aos usuários com HAS e/ou DM eram concentradas na médica, e só assistiam para renovação de

receitas e esporadicamente, poucos usuários assistiam as consultas com enfermeira. A intervenção reviu as atribuições da equipe, ofereceu maior compreensão aos usuários sobre o processo de cuidado, viabilizando assim, a atenção a um maior número de pessoas.

A melhoria do registro e o agendamento das pessoas com HAS e/ou DM tem sido cruciais para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

O impacto é percebido pelas comunidades fundamentalmente aquelas pessoas que residem distantes da unidade de saúde, demonstrando satisfação com o nosso trabalho, com a prioridade no atendimento e realização dos exames de controle, segundo o protocolo para essas doenças. No início do nosso trabalho gerou insatisfação entre outros membros das comunidades mais com a organização dos serviços ninguém ficou afetado.

Agora que estamos no fim do projeto, percebo que a equipe está integrada, e como a intervenção está incorporada na rotina do serviço, temos condições de superar algumas das dificuldades encontradas.

As poucas ações que ainda precisam se efetivar na rotina do serviço será os objetivos de nossa equipe nos próximos meses. Pretendemos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção das pessoas com HAS e/ou DM em especial os de alto risco.

Percebemos que a falta de algumas informações com nosso registros acabaram prejudicando a coleta em algum os indicadores tais como: do risco cardiovascular, exame clínico, o exame do pé nos diabéticos. Vamos adequar a ficha dos hipertensos e diabéticos para coletar e monitorar todos os indicadores que temos previstos no projeto.

A partir da organização do micro áreas pretendemos investir na ampliação de cobertura dos hipertensos e diabéticos.

Trabalhamos com a população mais vulnerável, com maior iniquidade social e de saúde onde o programa de saúde à família pode melhorar e mudar a saúde da população mais necessitada.

Pretendemos continuar trabalhando com as pessoas hipertensas e diabéticas já cadastradas e sem afetar as outras ações programáticas. Além disso, daremos continuidade às visitas domiciliares sem importar o médio de transporte e a distancias de as comunidades para conseguir aumentar ainda mais a cobertura de atendimento.

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

Prezado Gestor,

Por meio deste viemos demonstrar os resultados da realização de uma intervenção com o foco na atenção à saúde das pessoas com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e/ou diabetes mellitus (DM) que foi desenvolvida na unidade de saúde rural Ada Rodrigues Viana, com o objetivo de ampliar a cobertura e melhorar a atenção à saúde da população residente na nossa área de abrangência.

A Intervenção fez parte dos requisitos formativos do Curso de Especialização em Saúde da Família promovido pela da Universidade Aberta do SUS em parceria com a Universidade Federal de Pelotas- UFPEL, e eu Teresa Alba Alba, médica do Programa Mais Médicos no Brasil fui a especializanda que deu início a esta intervenção e a mesma só fora possível devido ao apoio da equipe e da gestão.

É muito importante reconhecer que, nossa equipe conseguiu atingir 100% na maioria dos indicadores relacionados com a qualidade da atenção, além do desenvolvimento de ações de prevenção de agravos e promoção da saúde tanto na unidade, como nos equipamentos sociais da comunidade o que repercutiu na organização dos registros, melhor adesão dos usuários ao tratamento. Esses bons resultados vão ao encontro da integralidade do cuidado bem como com os princípios e diretrizes do SUS.

Na área de abrangência da UBS antes da intervenção tínhamos um total de 102 (25%) usuários com Hipertensão Arterial e 12 (10 %) usuários com Diabetes Mellitus cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus na UBS. Por não termos dados atualizados sobre a população de hipertensos e diabéticos da área de abrangência da equipe trabalhamos com a estimativa calculada pela Planilha de Coleta de Dados (PCD) que nos dizia que para a população de 2.310 habitantes tínhamos na área adstrita à equipe 351 hipertensos com 20 anos e 87 pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes. Durante a intervenção conseguimos cadastrar e acompanhar 302 hipertensos e 72 diabéticos o

que corresponde a uma cobertura de 86,0% e 82,8% respectivamente. Com a intervenção melhoramos de forma significativa as condições de saúde e qualidade de vida da população da área de abrangência, foi possível reorganizar as atribuições da equipe na atenção aos usuários hipertensos e diabéticos assim como melhorar a qualidade dos registros e o agendamento dos mesmos. A realização da intervenção nos permitiu melhorar o trabalho em equipe e alcançar maior união entre todos os membros entre si e com a comunidade.

Tivemos êxito na intervenção, graças à compreensão, respeito ao trabalho da equipe e dedicação cotidiana da gestão uma vez que não pouparam esforços para dar o apoio logístico. Desde o início tivemos o apoio para impressão e disponibilização das fichas espelho a na garantia dos recursos e logística necessária para o transporte até as comunidades residentes mais distantes de nossa unidade de saúde rural, bem como para o apoio logístico para a realização dos exames complementares para todos os usuários cadastrados e a busca ativa de casos novos, além de haver garantido que os medicamentos para estas doenças sejam mais freqüentes na farmácia da UBS. Isso gerou grande satisfação dos usuários e possibilitou a priorização dos exames laboratoriais.

É relevante destacar que as ações foram incluídas na rotina do serviço, apesar de ainda apresentarmos algumas fragilidades, principalmente àquelas relacionados com o sistema de informação na unidade de saúde, acesso facilitado a exames laboratoriais, acesso ao serviço de especialidades bem como a falta de serviço odontológico na UBS. Também precisamos de incorporar à equipe mais profissionais, visto que a demanda da equipe está aumentando. Também precisamos de melhorias na estrutura física da UBS. Acreditamos que melhor seria construir uma nova UBS para acolher bem melhor a toda a população vinculada à equipe. Contamos com o apoio da gestão para sanarmos estas pendências.

Apesar de alguns aspectos terem limitados nossa atuação, tais como as falta de combustível, falta de energia elétrica, falta de água potável, intensas chuvas e o período de recesso do final do ano, o processo de trabalho da equipe está melhor (re) organizado, a comunidade está satisfeita e os profissionais qualificaram as suas práticas clínicas. Consideramos que tivemos um impacto positivo da intervenção nos indicadores epidemiológicos e na qualidade de vida da comunidade.

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

Moradores da área acompanhada pela UBSR Ada Rodrigues Viana,

Como parte das iniciativas da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) e Universidade Federal de Pelotas, há um ano iniciou uma especialização em Saúde da Família, O curso do suporte ao Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB). Ele foi bastante prático e como resultado nós realizamos uma reorganização no programa de Saúde de Hipertensos e Diabéticos que servirá de modelo para reorganização de outras ações programáticas na equipe e na UBS e poderá servir para todo o município. Realizou-se um projeto de intervenção com o objetivo de melhorar a saúde das pessoas com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus em usuários de 20 anos ou mais pertencentes à área adstrita.

Esta intervenção foi desenvolvida desde outubro do ano de 2015 e teve uma duração de três meses (outubro, novembro e dezembro). A proposta foi atingir 100% os atendimentos dos usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus. Como resultado de nosso trabalho conseguimos cadastrar e acompanhar 302 hipertensos e 72 diabéticos. Embora que a cobertura foi (86.0% nos hipertensos e num 82.2% nos diabéticos) demonstrou que este tipo de programa pode lograr se com reorganização das estratégias e pode-se atingir uma cobertura melhor.

As ações desenvolvidas dentro da intervenção foram incorporadas à rotina diária da unidade, graças à dedicação dos profissionais e o apoio da gestão e da comunidade. e continuaremos realizando atividades para dar segmento ao trabalho até atingir cadastrar todos os hipertensos da área. Para isso continuaremos com a divulgação do serviço e contamos com o apoio de nossa comunidade.

Dentro das atividades educativas desenvolvidas estão palestras, distribuição de panfletos e cartazes a toda a população, com o propósito de explicar a

importância do programa de Hiperdia. Os usuários foram orientados sobre a importância de uma alimentação saudável, higiene bucal, diminuição do consumo de álcool e cigarro, prática de exercício físico, conheceram os principais fatores de risco que possibilitam o surgimento da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus assim como as medidas para evitar aqueles que são modificáveis. Agradecemos a todos sua colaboração e contribuição nas atividades que foram desenvolvidas para a comunidade. Nossa equipe está satisfeito com o apoio dos líderes comunitários de saúde. Gostaria de agradecer também a todos os usuários hipertensos e diabéticos que participaram do trabalho, pois deles dependeram os resultados obtidos na intervenção.

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

No início do curso O idioma foi uma limitação que foi superada com o transcurso do tempo e ajuda de colegas na UBSR além disso eu fiquei impressionada com a leitura e a redação na língua portuguesa, por meio do curso, foi aprimorando ao longo do tempo. . Em alguns momentos tive dificuldades com a internet onde moro e por a situação geográfica de minha UBSR não tem internet, mas que não afetou o desenvolvimento das atividades do curso. Foram implantadas novas ações de prevenção e promoção de saúde na Unidade de saúde da família onde atuo com o fim de melhorar o estado de saúde da população e acrescentou o vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade. Sobre o material de estudo oferecido pela universidade considero muito valioso, pois através dele consegui ampliar e enriquecer mais meus conhecimentos sobre o SUS no Brasil e sobre o trabalho na Estratégia de Saúde da Família.

Considero que A especialização foi muito oportuna e serviu de guia, já que disponibilizou materiais de apoio para aprofundar e enriquecer meu conhecimentos sobre o SUS no Brasil e (re)orientar o nosso trabalho na unidade de saúde.

Além disso permitiu o intercâmbio de experiência com outros colegas mediante as conversas nos Fóruns de Saúde Coletiva e Prática Clínica foi muito interessante e me proporcionou conhecer a realidade dos serviços de saúde nos diferentes sítios do Estado de Amazonas e refletir sobre isso, também Mediante os casos clínicos, as atividades de prática clínica e os testes de qualificação cognitiva, meus conhecimentos foram fortalecendo-se muito mais. Acredito que realizar o curso a modalidade a distância é possível e que com o tempo pode-se melhorar muito mais a qualidade dele, viabilizou e favoreceu ao alcance de melhores resultados sanitários positivos na comunidade.

## Referências

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

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

## **Anexos**





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

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

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

\_\_\_\_\_

Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_,

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

\_\_\_\_\_

Assinatura do declarante