

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma 7**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e  
Diabetes Mellitus na UBS Francisco de Assis, Brasileia/AC**

**Pedro Gerardo Tamayo Torres**

**Pelotas, 2015**

**Pedro Gerardo Tamayo Torres**

**Melhoria da atenção aos usuários com hipertensão arterial  
sistêmica e diabetes mellitus na ESF Francisco de Assis, Brasileia/AC**

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

Orientador: Leandro Leitzke Thurow

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

T693m Torres, Pedro Gerardo Tamayo

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na ESF Francisco de Assis, Brasileia/AC / Pedro Gerardo Tamayo Torres; Leandro Leitzke Thurow, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

90 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Thurow, Leandro Leitzke, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a minha família e ao povo Brasileiro.

## **Agradecimentos**

A minha família e pelo e incentivo que me fazem continuar sempre.

A meu orientador Leandro Leitzke Thurow pela sua ajuda incondicional.

Obrigado!

## Lista de Figuras

Figura 1: Gráfico: Cobertura do programa de atenção ao Hipertenso na  
68

unidade de saúde.

Figura 2: Gráfico: Cobertura do programa de atenção ao Diabético na  
69

unidade de saúde.

Figura 3: Gráfico: Proporção de Hipertensos com o exame clínico em dia  
70

de acordo com o protocolo.

Figura 4: Gráfico: Proporção de Diabéticos com o exame clínico em dia  
71

de acordo com o protocolo.

Figura 5: Gráfico: Proporção de Hipertensos com os exames complementares  
71

em dia de acordo com o protocolo.

Figura 6: Gráfico: Proporção de Diabéticos com os exames complementares  
72

em dia de acordo com o protocolo.

Figura 7: Gráfico: Proporção de Hipertensos com prescrição de medicamentos  
73

da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Figura 8: Gráfico: Proporção de Diabéticos com prescrição de medicamentos  
73

da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Figura 9: Gráfico: Proporção de Hipertensos com avaliação da necessidade  
74

de atendimento odontológico .

Figura 10: Gráfico: Proporção de Diabéticos com avaliação da necessidade  
75

de atendimento odontológico

Figura 11: Gráfico: Proporção de Hipertensos faltosos às consultas com  
75

busca ativa

Figura 12: Gráfico: Proporção de Hipertensos com registro adequado na  
76

ficha de acompanhamento.

Figura 13: Gráfico: Proporção de Diabéticos com registro adequado na ficha  
77

de acompanhamento.

Figura 14: Gráfico: Proporção de Hipertensos com estratificação de risco  
78

cardiovascular por exame clínico em dia.

Figura 15: Gráfico: Proporção de Diabéticos com estratificação de risco  
78

cardiovascular por exame clínico em dia.

Figura 16: Gráfico: Proporção de Hipertensos com orientação nutricional  
79

sobre alimentação saudável.

Figura 17: Gráfico: Proporção de Diabéticos com orientação nutricional  
80

sobre alimentação saudável

Figura 18: Gráfico: Proporção de Hipertensos com orientação sobre a prática  
80

de atividade física regular.

Figura 19: Gráfico: Proporção de Hipertensos que receberam orientação  
80

sobre os riscos do tabagismo.

Figura 20: Gráfico: Proporção de Diabéticos que receberam orientação  
82

sobre os riscos do tabagismo.

Figura 21: Gráfico: Proporção de Hipertensos que receberam orientação  
82

sobre higiene bucal.

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

ACS	Agente comunitário da saúde
APS	Atenção Primária de Saúde.
CAPS	Centro de apoio psicossocial
CAP	Caderno de ações programáticas.
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia da Saúde da Família
ESB	Equipe de saúde bucal
HAS	Hipertensão arterial Sistêmica.
HPV	Vírus Papiloma Humano.
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de apoio à saúde da família
PMM	Programa Mais médicos.
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas

## Resumo

TAMAYO TORRES, Pedro Gerardo. **Melhoria da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos na ESF Francisco de Assis do Município de Brasileia/AC.** 2015. 100 folhas. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A hipertensão arterial Sistêmica e Diabetes mellitus são doenças que constituem a primeira causa de hospitalizações no sistema público de saúde do Brasil. A HAS tem aproximadamente uma prevalência de mais de 24% na população adulta, chegando a 63% na população maior de 65 anos. No caso da Diabetes Mellitus estima-se a presença em 5,8% da população brasileira com 18 anos ou mais. Mais de 12,5 Milhões de Brasileiros apresentam esta doença, muitos deles sem controle. Melhorar a qualidade da atenção a usuários hipertensos e diabéticos na atenção básica é muito importante. Na ESF Francisco de Assis, do Município de Brasileia- Acre identificava-se uma baixa cobertura do programa, muitos usuários faltosos e sem controle por diferentes razões. Alguns com sequelas destas doenças. Fatos estes que motivaram a realização de um trabalho de intervenção. A unidade de ESF é da área urbana com uma população de 4.024 habitantes cadastrados, possui uma equipe de saúde. A intervenção realizada envolveu 220 Hipertensos e 61 Diabéticos, residentes na área de abrangência, alcançando uma cobertura de atenção de 96,9% e 100%, respectivamente. Todos os indicadores quantitativos e qualitativos avaliados na intervenção foram melhorados, destacando que a cobertura do programa superou as metas propostas no projeto de intervenção. A maioria dos indicadores de qualidade alcançou as metas planejadas. A equipe recebeu uma melhor preparação para o desenvolvimento desta e de outras ações programáticas na unidade, melhorando a qualidade dos atendimentos, além de incorporar todas essas melhorias à rotina do serviço. A comunidade foi favorecida, pois as melhorias no atendimento repercutiram de forma positiva nos indicadores de saúde da área. A população demonstra satisfação com o atendimento recebido, tendo aumentado a adesão dos usuários nesta ação programática.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Saúde da família; Melhoria da Atenção; Hipertensão; Diabetes Mellitus.

## **Apresentação**

O presente volume trata da intervenção para a melhoria da atenção à saúde dos Hipertensos e Diabéticos nos três primeiros meses do ano de 2015, na ESF Francisco de Assis, do município de Brasiléia-Acre. A primeira parte do volume é a análise situacional, que aborda todo o processo de trabalho e a estrutura da ESF. A segunda parte do volume traz o projeto da intervenção onde mostramos os objetivos, as metas, as ações, o detalhamento das ações, os indicadores, a logística e o cronograma da intervenção proposta. A terceira parte constitui o relatório final da intervenção. A quarta parte é a avaliação da intervenção. A quinta e sexta parte traz o relatório da intervenção para os gestores e o relatório da intervenção para a comunidade e a sétima parte é uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

# **1 Análise Situacional**

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

A ESF está localizada na Rua Pedro Alexandrino Neto, no Barrio Samauma do município de Brasileia, estado do Acre. A cidade está localizada a 237 km ao Sul de Rio Branco na fronteira com a Bolívia. Têm limites com os municípios de Epitaciolândia, Assis Brasil, Sena Madureira e Xapuri.

A estrutura da unidade de saúde é pequena, embora tenha sido construída para esse fim. O modelo de atenção é ESF. Quanto à estrutura física, consta de sala de espera, sala de vacina, sala de esterilização, nebulização e curativo, sala de preconsulta, um consultório para médico, e outro para enfermeira, um consultório odontológico. Copa, Banheiro para usuários e pessoal de saúde. Temos algumas dificuldades em ambientes específicos que limitam um bom desenvolvimento das atividades feitas aqui. A sala de espera e recepção é pequena, o que dificulta para a realização das atividades de educação em saúde. A sala de nebulização, procedimentos e curativos ficam juntas. Mesmo a lavagem e descontaminação de material são feitos neste lugar, pode-se afetar a qualidade do processo. Neste momento estão sendo feitas novas instalações com mais espaço que tem melhores condições estruturais. Sem dúvida vai melhorar os serviços de saúde.

Em relação aos recursos humanos, na ESF temos uma equipe de saúde composta por dois licenciados, uma auxiliar de enfermagem, quatro agentes comunitários de Saúde, uma recepcionista, uma pessoa que atende os serviços gerais e um médico, uma equipe odontológica composta por um dentista e um auxiliar. Devemos esclarecer que temos quatro vagas de ACS. Ainda pendente por falta de pessoal qualificado segundo informações da secretaria de saúde. Todos os trabalhadores provisórios foram demitidos.

Nos serviços que oferecemos à população, ainda temos muitas dificuldades com as referências, já que o usuário tem que aguardar muito tempo para ser avaliado por alguma especialidade e quase todas elas ficam na capital do estado. A cobertura laboratorial é muito baixa.

Os motivos mais frequentes de consulta são as doenças crônicas tais como hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças respiratórias agudas, parasitoses, dermatoses, infecções vaginais e urinárias. A equipe tem como objetivo aumentar o número de controles e acompanhamentos de doenças crônicas como HAS e DM. Temos aumentado o número de consultas de pré-natal e puericultura. Estamos fazendo visitas domiciliares com maior participação da equipe, especialmente com ajuda das ACS para às pessoas que precisam e não podem vir até o posto de saúde. As atividades de promoção e educação em saúde já formam parte de nossa rotina de trabalho. Estamos planejando nosso trabalho, a fim de fazer mais progressos.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

Brasileia é um município brasileiro localizado no sul do estado do Acre. Sua população é estimada em 21.398 habitantes. Sua área é de 3.916,507 km<sup>2</sup> (com uma densidade de 5,46 h/km<sup>2</sup>).

O município ocupa o sexto lugar em número de habitantes, com 20.237 habitantes, na proporção de 64,22% urbana, 12.243 habitantes; e 35,78% rural, 6.822 habitantes. Sendo que destes, 1.060 são ribeirinhos, que habitam em comunidades nas margens do rio Acre.

Está localizado numa altitude média de 250 metros. Possui um clima equatorial, caracterizado por chuvas abundantes durante boa parte do ano, principalmente entre os meses de novembro a março, e uma breve estação seca que se estende de junho a setembro. As temperaturas na maior parte do ano são elevadas, chegando até aos 36°C.

Sua agricultura é tradicional. A pecuária possui um efetivo considerável, principalmente de gado de corte.

A rede de atenção básica de saúde está formada por nove unidades de saúde do tipo ESF e um centro de Saúde com atendimento para população rural, oferecendo cobertura populacional estimada em 100%. Temos equipes multiprofissionais de apoio (NASF) e (CAPS) que realizam atendimento complementar aos usuários da atenção básica de forma planejada.

Na atenção secundária temos um hospital de referência Municipal, que realiza atendimento aos usuários vindos tanto da atenção básica como de demanda espontânea. Neste hospital os pacientes têm disponibilidade de laboratório clínico e RX, como especialidade só tem Infectologista e um Pediatra. Neste momento está em construção um novo hospital com mais capacidade e mais serviços. Os usuários, que precisam ser encaminhados tem que fazer uma viagem até a capital do estado uma distancia de 237 km.

Temos vínculo com unidades de saúde - Hospital municipal, CAPS, NASF e mesmo com instituições de ensino tais como escolas que ficam dentro da área de abrangência e creche municipal.

Em relação à população da área adstrita, temos cadastradas mais de 1.128 famílias e mais de 4.071 habitantes. Deles 1.984 são do sexo masculino e 2.087 do sexo feminino. Estão distribuídos segundo idade e sexo da seguinte forma: menores de 01 ano - 53 (26 femininos e 27 masculinos), de 1 a 4 anos - 286 (120 femininos e 166 masculinos), de 5 a 6 anos - 156 (71 femininos e 85 masculinos), de 7 a 9 anos - 243 (119 femininos e 124 masculinos), de 10 a 14 anos - 479 (232 femininos e 247 masculinos), de 15 a 19 anos - 456 (237 femininos e 219 masculinos), de 20 a 39 anos - 1.379 (748 femininos e 631 masculinos), de 40 a 49 anos - 415 (213 femininos e 202 masculinos), de 50 a 59 anos - 260 (137 femininos e 123 masculinos) e maiores de 60 anos - 344 (168 femininos e 176 masculinos). A população maior de 15 anos é de 2.874. O número de mulheres entre 10 a 59 anos é de 1.576. Segundo dados do último cadastro.

Em relação à estrutura física da ESF a mesma consta de sala de espera, nebulização e vacina, curativo, um consultório para médico, e outro para enfermeira, um consultório odontológico, sala de esterilização, sala de curativo e nebulização. Existem barreiras arquitetônicas entre outras dificuldades e limitações que afetam direta ou indiretamente o processo de atendimento com qualidade. A sala de espera e recepção é pequena, temos superlotação, é difícil realizar atividades de educação em saúde. A sala de curativo, e nebulização fica junta provocando incômodo nos usuários alguma que outra vez. Mesmo, as lavagens e a descontaminação de materiais utilizados são feitos neste lugar, afetando a qualidade do processo. Não temos

consultórios com lavatórios. O depósito de lixo não tem boas condições. A biosegurança neste caso, não é feita adequadamente. O consultório ginecológico não tem sanitário privativo anexo. Não existe sala de administração nem sala de reuniões. Dificulta-se o processo de ensino, comunicação e discussão de problemas em geral da UBS. Está sendo feitas novas instalações com mais espaço que vai ter melhores condições estruturais.

Temos dois turnos de atendimento. O atendimento médio é de 30 a 35 usuários por dia. A área geográfica de abrangência é grande. Recebemos ajuda de outros profissionais da equipe NASF e CAPS.

A população da área de abrangência da ESF na grande maioria, é composta por pessoas de baixo nível de renda, uma grande parte da população da área vive em condições precárias nas margens do rio Acre, elas têm sofrido muitos danos, devido a ocorrência da enchente acontecida no princípio do ano e ainda correm esse risco no futuro. A maioria da população recebe água potável, tem sistemas para evacuar os resíduos líquidos de dentro das suas casas, mas existem dificuldades com a rede de esgoto pública.

Em relação às atribuições das equipes já está se promovendo a importância da participação de representantes da comunidade nas reuniões mensais da ESF. Existem problemas que comprometem nosso processo de atendimento entre eles temos que não existe cobertura laboratorial, mesmo o longo tempo que tem que aguardar os pacientes encaminhados para ser avaliados por especialistas, que por demais praticamente não existem em nosso município, mas a gente se esforça para cumprir com os programas estabelecidos pelo Ministério e ajudar a consolidação da estratégia saúde da família como forma prioritária para reorganização a atenção básica como porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, garantir a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. Trabalhamos para montar o conselho de saúde local. Fazemos planejamentos de ações de saúde em conjunto com a equipe e comunidade.

Em relação à atenção, à demanda espontânea temos como limitação o fato de que a população está acostumada a apenas ir a ESF quando está doente, não acredita na importância da prevenção em saúde e não tem percepção de risco. O processo de atenção à demanda espontânea em nossa unidade de saúde, ainda é alta. Esperamos que na medida em que nosso

trabalho avança o planejamento das consultas de puericultura, grávidas e usuários com doenças crônicas não transmissíveis seja de melhor qualidade e com maior organização. O atendimento por dia é de 25 a 30 consultas agendadas por dia.

Em relação à saúde da criança (faixa etária de 0 a 72 meses), temos um atendimento estimado de 81 crianças menores de um ano, segundo o CAP, até agora só recebem acompanhamento 36 crianças (44 %).

As puericulturas são feitas de segunda a sexta preferivelmente no primeiro turno de trabalho, temos melhorado o número de puericulturas, pois é de grande importância para garantir uma boa saúde na criança. Permite fazer uma avaliação integral desde os primeiros dias após o nascimento. Por isto foi à primeira ação programática estabelecida na atenção primária, sendo fator relevante na redução da mortalidade infantil no país. Em minha ESF fazemos puericultura de forma planejada, de acordo aos protocolos do Ministério da Saúde. A mesma é feita pela enfermagem e clínico geral uma vez por semana, além disso, aproveitamos outros momentos e espaços do atendimento. Também existem demandas de crianças para atendimentos de problemas de saúde agudas que são resolvidas em menor medida.

A assistência à consulta programática ainda é pouca, a maioria da população não entende a importância da puericultura, só quando precisam de assistência por motivos de doença. Enfrentamos problemas que vão desde a falta de recursos humanos, especialistas, até a falta de insumos básicos.

Os recém-nascidos e as puérperas são visitados nos primeiros sete dias após chegada a comunidade fazendo uma visita integral, inclui indicações sobre o cuidado da criança, importância do aleitamento materno exclusivo, vacinação, importância das consultas de puericultura entre outras orientações e geralmente aproveitamos para agendar a primeira consulta de puericultura.

A frequência de palestras em locais fora da unidade de saúde está em aumento, especificamente em escolas e grupos de pais em creche municipal que fica perto da UBS, além disso, em associações de bairro, sobre a importância da amamentação, pré-natal, acompanhamento do desenvolvimento infantil.

Para melhorar a qualidade e cobertura da atenção às saúdes da criança em minha UBS estão fazendo ações que começaram para os

integrantes da equipe de trabalho revisando todos os protocolos de atuação, conscientizando especialmente aos ACS, melhorar progressivamente os registros estatísticos.

Em relação ao pré-natal, os indicadores relacionados com atenção maternos infantil denotam qualidade de vida e desenvolvimento, portanto a atenção pré-natal e puerpério são muito importantes. Segundo as estimativas pelo CAP, nas áreas temos 61 gestantes e só 33 (54 %) recebem acompanhamento na ESF. A cobertura de atenção é muito desfavorável, pois não temos 100% da população cadastrada pelas dificuldades apresentadas com as ACS, apenas temos quatro ativas o invés de oito , como deve ser, tendo em conta a quantidade de habitantes da área. Temos melhorado a quantidade e qualidade dos atendimentos às grávidas, assim como as atividades de educação em saúde onde participa toda a equipe.

O atendimento em consulta é feito segundo protocolo do Ministério da Saúde, ainda temos muitas dificuldades para realização de exames complementares. Para fazer uma boa atenção pré-natal precisamos de uma equipe multidisciplinar, isso ainda não é possível no município de atuação por falta de recursos humanos disponíveis. As consultas de atenção pré-natal sempre acima de seis, são de acordo aos riscos de cada paciente. O seguimento das puérperas é de acordo ao protocolo e estamos fazendo mais visitas domiciliares e aproveitando todos os momentos para fazer as puericulturas com os poucos recursos humanos que temos para lograr melhores resultados.

Em relação à prevenção do câncer de colo do útero e controle do câncer de mama, na minha ESF temos um estimado pelo CAP de 857 mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos. A realização do preventivo é organizada pela enfermeira todas as quintas-feiras no horário da manhã e a tarde, é feito segundo os protocolos do Ministério da Saúde. Os indicadores de cobertura do câncer do colo também são desfavoráveis, devido à falta de registros pelo cadastramento inadequado da população. No entanto, acredito que a adesão das mulheres para este programa é boa, pois muitas mulheres fazem o exame ano por ano mostrando desconhecimento na frequência do mesmo. Existe o livro de controle dos preventivos realizados com seus

resultados, até agora temos dois casos que levam acompanhamento por esta patologia. A qualidade deste atendimento é afetada pela demora do resultado do exame que geralmente demora mais de três meses. Fazemos atividades educativas para promover a importância do preventivo. O nível de vacinação do HPV nas pré-adolescentes e adolescentes tem uma cobertura alta especificamente na ESF que resultou ser uma das mais destacadas neste processo.

Em relação à prevenção do câncer de mama, na área temos um estimado pelo CAP de 203 mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos. Segundo o cadastro da UBS temos 137. A adesão das mulheres neste programa é menor com relação ao câncer de colo. Estamos fazendo atividades de educação sobre esta patologia, falamos sobre a importância da mamografia depois dos 50 anos, especialmente nas mulheres com fatores de risco. Não temos controle de quantas mulheres fizeram o rastreamento e quantas levam acompanhamento por esta patologia. Os indicadores de cobertura do câncer de mama são afetados pela falta de registros e cadastro da população. Temos muitas dificuldades para fazer este exame. Depois é indicada a mamografia. A falta de médicos diagnósticos para o rastreamento do câncer de mama atenta contra o bom desenvolvimento deste programa. As usuárias tem que aguardar muito tempo para pegar uma consulta especializada. As mamografias são feitas de acordo ao programa priorizando usuárias com alto risco, indicamos ultrassonografia mamária de forma inicial em caso de suspeita de alguma lesão.

Em relação à atenção aos hipertensos e diabéticos, o Brasil, mesmo que muitos países do mundo vivem grandes mudanças e tem um aumento das doenças crônicas como Diabetes Mellitus e Hipertensão arterial. A prevalência destas doenças ainda fica por baixo em relação ao estimado.

Temos cadastrados 239 hipertensos para 8% de prevalência, ainda muito abaixo, segundo os dados estimados de outras regiões do país. Tenho certeza de que em nossa área temos um sub-registro do número de usuários com esta doença, por isso estamos recadastrando toda a população e fazendo pesquisa ativa de toda a população possível com mais de 15 anos e principalmente aqueles com maior risco. Como aspecto positivo temos

aumentado o número de consultas de acompanhamento, agora o número de usuários controlados é maior. Ainda temos muitas dificuldades para fazer um bom acompanhamento e avaliação laboratorial destes.

Em relação à Diabetes Mellitus, a situação é similar, temos cadastrados 61 usuários, o que representa apenas 32% de cobertura destes, apenas 70% com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico; 30% com atraso das consultas, 39% com exames complementares periódicos em dia; 38% com exame físico dos pés nos últimos três meses, entre outros indicadores de qualidade que ainda ficam muito aquém do desejado. Mesmas dificuldades. Nosso objetivo é conseguir o maior número de usuários controlados e, na medida do possível, modificar os fatores de risco na população vulnerável. Aumentar de forma paulatina a qualidade da atenção à saúde, à qualidade dos registros e aumentar as atividades de educação em saúde, envolvendo a todos os membros da equipe de saúde.

Em relação à saúde dos idosos, tendo em consideração que Brasil é um país que tem bom desenvolvimento socioeconômico, a esperança de vida aumenta. Por isto, o atendimento desta população cada dia é mais importante a fim de melhorar a qualidade de vida. Segundo estimado pela CAP em minha ESF, nós deveríamos ter 260 pessoas acima de 60 anos. Na realidade temos 344 cadastrados (132 %) mais, da estimativa. A cobertura de saúde da pessoa idosa oferecida pela equipe de trabalho é aceitável, além das dificuldades que ainda temos. Temos problemas para fazer todas as visitas domiciliares em tempo e forma segundo os protocolos de atenção. A área de abrangência é extensa. Temos problemas de transporte. Baixa cobertura laboratorial para fazer um bom acompanhamento das doenças mais frequentes nesta faixa etária. A atenção em saúde bucal é precária, predomina a extração do dente, como principal tratamento. Com relação aos encaminhamentos e contrareferência de usuários idosos, enfrentamos os mesmos problemas.

Alguns aspectos do processo de trabalho podem ser melhorados para contribuir com a ampliação da cobertura e melhora à qualidade dos registros, ao planejamento e monitoramento das ações de saúde mesmo que a qualidade da atenção aos idosos. Estamos fazendo estratificação de risco e aumentando o número das ações e atividades de promoção em saúde envolvendo a equipe NASF e CAPS do município neste processo.

Entre os desafios estão alcançar maior inter-relação entre associações do bairro e equipe de trabalho da ESF de forma progressiva para receber maior apoio. Aumentar as atividades de educação e promoção de saúde aproveitando todos os espaços. Mudar e promover estilos de vida mais saudáveis na população com maior risco de doenças crônicas. Recadastrar a toda a população da área de abrangência. Melhorar a qualidade dos registros de saúde até que sejam confiáveis. Diminuir consideravelmente os principais indicadores de mobilidade.

Recursos - equipe de trabalho completa e com vontade de trabalhar. Experiência de trabalho em outros espaços.

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

Fazendo uma comparação entre a atividade realizada na segunda semana de ambientação com o relatório final, podemos dizer que o primeiro foi uma avaliação mais geral. Agora fazemos uma análise mais profunda, temos mais conhecimento do estado de saúde da comunidade e de toda a região. Temos a mesma equipe de trabalho, a mesma estrutura, quase as mesmas dificuldades, mas o trabalho é feito com maior fluência. Podemos falar com uma estatística mais exata, metas de trabalho bem definidas. Com certeza fizemos algumas mudanças em relação à organização e ambiente de trabalho.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A hipertensão arterial (HA) e diabetes mellitus são doenças que constituem a primeira causa de hospitalizações no sistema público de saúde do Brasil. A HA tem aproximadamente uma prevalência de mais de 24% na população adulta de 18 anos, chegando a 63% na população maior de 65 anos. No caso da diabetes mellitus estima-se a presença em 5,8% da população brasileira com 18 anos ou mais (1).

Na minha área de saúde são os primeiros motivos de consulta além de que temos muitos usuários com sequelas destas doenças. No entanto, não sabemos exatamente quais são as prevalências. Ainda temos muitos usuários faltosos e sem controle por diferentes razões. Sem dúvida precisamos fazer uma intervenção a fim de melhorar o processo de atendimento e conseqüentemente os indicadores de saúde da população.

Na ESF Francisco de Assis temos uma equipe de saúde integrada por um médico, uma odontóloga, uma auxiliar em saúde bucal, duas enfermeiras, um técnico de enfermagem, quatro agentes comunitários de saúde, uma recepcionista e uma auxiliar de serviços geral. Estruturalmente temos algumas dificuldades em ambientes específicos que limitam um bom desenvolvimento das atividades e afetam direta ou indiretamente o processo de atendimento com qualidade. Estão sendo feitas novas instalações com mais espaço e melhores condições estruturais. Temos cadastradas mais de 1.128 famílias e mais de 4.024 habitantes (1.984 são masculinos e 2.040 femininos, segundo dados do último cadastro). A área geográfica de abrangência é grande. A grande maioria é composta por pessoas de baixo nível de renda.

Tendo em conta os problemas de saúde que afetam a qualidade de vida dos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus, decidimos tomar estas doenças como objetivos de nosso trabalho e fazer ações para seu controle. A cobertura destas doenças ainda fica abaixo do estimado. Temos cadastrados 227 hipertensos acompanhados que representa 32% de cobertura ainda abaixo do estimado de outras regiões do país (3) (6). Só 56% deles têm feita estratificação de risco cardiovascular e apenas 20% tem feito exames

complementares em dia entre outros aspectos de adesão e qualidade do atendimento, por exemplo, a avaliação da saúde bucal que atinge apenas 12%.

No caso dos diabéticos temos cadastrados 61 usuários, o que representa apenas 32% de cobertura, destes, apenas 70% com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico; 30% com atraso das consultas, 39% com exames complementares periódicos em dia; 38% com exame físico dos pés nos últimos três meses, entre outros indicadores de qualidade que ainda ficam muito aquém do desejado.

Como aspecto positivo temos aumentado o número de consultas de acompanhamento, agora o número de usuários controlados é maior que há um tempo. Estamos aumentando as atividades de promoção de saúde visando estilos de vida saudáveis, como a alimentação adequada, a prática regular de atividade física, os malefícios do tabagismo, a importância da higiene bucal entre outras orientações.

Como limitação nossa equipe enfrenta dificuldades para fazer visitas domiciliares aos usuários que moram longe da UBS, mesmo a população do interior, principalmente idosos, pessoas com limitações físicas, para chegar até a UBS. Outra dificuldade é o encaminhamento para o serviço especializado e a baixa cobertura laboratorial.

O projeto de intervenção pretende melhorar o acolhimento dos usuários, na ESF, envolver a comunidade e todos os profissionais da área de saúde da família e líderes comunitários. Serão adotadas ações que consistem na formulação do fluxo de atendimento e protocolo de avaliação, classificação de risco, entre outras medidas. Entre os resultados esperados desta intervenção destacam-se alcançar maior qualidade no acolhimento e acompanhamento da população da área de abrangência e o fortalecimento do trabalho em geral.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a Atenção à Saúde aos usuários Hipertensos e Diabéticos na ESF Francisco de Assis, no município de Brasileia/AC.

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

- **Objetivo 1:** Ampliar a cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos.

**Meta 1.1:** Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da unidade de saúde.

**Meta 1.2:** Cadastrar 90% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

- **Objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção a 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.

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

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

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

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

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

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

- **Objetivo 3:** Melhorar a adesão da atenção a hipertensos e diabéticos.

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

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

**-Objetivo 4:** Melhorar registros das informações.

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

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

**- Objetivo 5:** Realizar estratificação de risco cardiovascular.

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

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

**- Objetivo 6:** Promover a saúde dos hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 03 meses na ESF Francisco de Assis do Município de Brasiléia, estado do Acre. Serão convidados a participar os usuários portadores de hipertensão arterial e Diabetes Mellitus, moradores da área de abrangência da UBS que serão cadastrados no programa de atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus. O trabalho será feito em equipe e com o apoio de líderes comunitários. Será utilizado o protocolo do Ministério da Saúde de 2013 – Cadernos de Atenção Básica nº 36 – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica - Diabetes mellitus e Caderno de Atenção Básica nº 37 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica - Hipertensão arterial sistêmica. Também será utilizada ficha espelho oferecida pelo curso de especialização.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

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

**Meta 1.1:** Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes.

### **Monitoramento e avaliação**

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

A enfermeira da unidade fará revisão semanal das fichas de atendimento da área para avaliar o número de hipertensos que recebem atendimento na ESF.

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

**Ação:** Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.

O cadastro será feito pelos ACS. Os hipertensos serão acolhidos pela enfermeira que também vai fazer o monitoramento atualizando as informações no Sistema.

**Ação:** Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HA.

O acolhimento destes pacientes normalmente será iniciado na sala de recepção pela recepcionista e pela enfermeira, seguindo posteriormente de responsabilidade do profissional que o atender, conforme a necessidade.

O acolhimento também será adotado como princípio de equidade, uma vez identificada uma maior necessidade de um ou outro usuário, este receberá maior atenção.

**Ação:** Garantir material adequado para garantir a realização da preconsulta e para a tomada de sinais vitais e mensurações (esfigmomanômetro, estetoscópio, balança, fita métrica).

O material e todos os instrumentos de exame em bom estado técnico e em número adequado, incluindo o Glucotest, devem ficar na unidade de saúde, assegurados pela enfermeira e técnico de enfermagem junto à gestão.

### **Engajamento público**

**Ação:** Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Os ACS e a enfermeira organizarão nas sete micro áreas, um encontro mensal em cada comunidade, para informar da existência do programa e da importância de seu desenvolvimento.

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

Os ACS e a enfermeira informarão às comunidades sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, com uma frequência mensal.

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

A enfermeira e os ACS orientarão às comunidades sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial maior que 135/80 mmHg.

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

Os ACS e os demais membros da equipe de trabalho orientarão às comunidades sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. Aproveitando os encontros semanais e as visitas domiciliares por meio de palestras e outras atividades de grupo.

### **Qualificação da prática clínica**

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

A capacitação dos ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde será feita pela enfermeira e desenvolvida pelo médico em todas as sextas-feiras do primeiro mês.

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

A verificação da pressão arterial de forma criteriosa é feita pela enfermeira. Ela será responsável por capacitar a equipe.

**Meta 1.2: Cadastrar 90% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.**

### **Monitoramento e avaliação**

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

O monitoramento do número de diabéticos cadastrados no programa será feito a partir de reuniões semanais realizadas às sextas-feiras pela Equipe de Saúde.

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

**Ação:** Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.

O cadastro será realizado pelos ACS, com o monitoramento da enfermeira que vai atualizar as informações no SIAB.

**Ação:** Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de diabetes.

O acolhimento destes pacientes normalmente será iniciado na sala de recepção pela recepcionista e pela enfermeira, seguindo posteriormente de responsabilidade do profissional que o atender, conforme a necessidade.

O acolhimento também será adotado como princípio de equidade, uma vez identificada uma maior necessidade de um ou outro usuário, este receberá maior atenção.

**Ação:** Garantir material adequado para a realização de hemoglicoteste na unidade de saúde.

O material adequado será garantido pela enfermeira e/ou técnico em enfermagem. O fornecimento deste recurso será cobrado dos gestores de saúde.

### **Engajamento público**

**Ação:** Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao paciente com Diabetes Mellitus.

Os ACS e a enfermeira organizarão em suas áreas palestras e outras atividades como dinâmica de grupo com pacientes Diabéticos, utilizando banners, entre outros recursos, para informar da existência do programa. Frequência semanal.

**Ação:** Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente. Os ACS e a enfermeira informarão às comunidades sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, mensalmente durante a intervenção.

**Ação:** Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Os ACS e a enfermeira orientarão às comunidades sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

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

Os ACS e enfermeiro orientarão às comunidades sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes por meio de palestras, reuniões e cartazes semanalmente.

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

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

A capacitação para o cadastramento de diabéticos será feita pela enfermeira, monitorada e desenvolvida pelo médico especializando. Utilizar-se-á metodologia segundo o programa do Ministério da Saúde.

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

A capacitação será realizada pela enfermeira. Pode-se utilizar o aparelho de mostra.

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

**Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos cadastrados no programa da unidade de saúde.**

### **Monitoramento e avaliação**

**Ação:** Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos.

O monitoramento dos exames clínicos apropriados será feito pelo médico a partir do registro na ficha-espelho e das fichas de acompanhamento, segundo os protocolos e as necessidades de cada paciente com frequência semanal.

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

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

Serão especificadas atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos nas reuniões semanais pelo médico especializando.

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

A capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde será realizada semanalmente pelo médico e a enfermeira.

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

A periodicidade para atualização dos profissionais será a cada duas semanas, de acordo com os protocolos de atuação estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

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

A versão atualizada do protocolo deve ficar impressa na unidade de saúde. Será providenciada pelo gestor de acordo com os protocolos de atuação estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

### **Engajamento público**

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

Aproveitar todo contato possível da equipe de trabalho com as comunidades também através das visitas domiciliares e orientar sobre os riscos de doenças cardiovasculares decorrentes da hipertensão e diabetes. Fazendo palestras e dinâmicas grupais.

### **Qualificação da prática clínica**

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

A capacitação da equipe para a realização de exame clínico apropriado será durante as reuniões realizadas pela equipe de saúde, semanalmente na UBS, pelo médico.

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

### **Monitoramento e avaliação**

**Ação:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos cadastrados no programa da unidade de saúde

O monitoramento de exames clínicos apropriados será realizado pelo médico, a partir das fichas-espelho e fichas de atendimento com periodicidade semanal.

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

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

Serão especificadas atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes diabéticos pelo médico.

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

A capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde será realizada a cada duas semanas pelo médico e a enfermeira.

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

A periodicidade para atualização dos profissionais será mensalmente.

**Ação:** Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde. A versão atualizada do protocolo ficará impressa na unidade de saúde sendo providenciada pelo gestor.

### **Engajamento público**

**Ação:** Orientar os pacientes e 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.

Aproveitar todo contato possível da equipe de trabalho com as comunidades. Também através das visitas domiciliares e orientar sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes.

### **Qualificação da prática clínica**

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

A capacitação da equipe para a realização de exame clínico apropriado será durante as reuniões realizadas pela equipe de saúde, semanalmente na UBS, pelo médico.

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

### **Monitoramento e avaliação**

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

Será realizado monitoramento semanal através da verificação das fichas-espelho e dos prontuários pelo médico e a enfermeira.

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

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

Os exames complementares serão indicados pelo médico especializando em cada consulta e visitas domiciliares de acordo com cada paciente e segundo os protocolos de atuação.

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

Os exames complementares serão indicados pelo médico e agilizados pelos gestores municipais.

**Ação:** Estabelecer sistemas de alerta aos exames complementares preconizados.

O sistema de alerta aos exames complementares serão preconizados pela enfermeira.

### **Engajamento público**

**Ação:** Orientar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Os ACS farão orientação aos pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

**Ação:** Orientar os pacientes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Os ACS farão orientação aos pacientes e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados os exames complementares.

### **Qualificação da prática clínica**

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

A capacitação da equipe será realizada pelo médico durante a reunião de equipe feita semanalmente no local destinado para reuniões.

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

### **Monitoramento e avaliação**

**Ação:** Monitorar o número de diabéticos com exames complementares solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Será realizado semanalmente através da revisão das fichas-espelho pelo médico e a enfermeira.

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

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

Os exames complementares serão indicados pelo médico em cada consulta e visitas domiciliares.

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

Conveniar com os gestores municipais para tornar mais viável a realização dos exames complementares.

**Ação:** Estabelecer sistemas de alerta nos exames complementares preconizados.

O sistema de alerta aos exames complementares será preconizado pela Enfermeira.

### **Engajamento público**

**Ação:** Orientar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

A orientação aos pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares se realizará com ajuda dos ACS e através das visitas domiciliares feitas periodicamente.

**Ação:** Orientar os pacientes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

A orientação aos pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares se realizará com ajuda dos ACS e através das visitas domiciliares feitas periodicamente.

### **Qualificação da prática clínica**

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

A capacitação da equipe será realizada pelo médico especializando durante a reunião de equipe que acontece semanalmente.

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

### **Monitoramento e avaliação**

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

A farmacêutica realizará o controle do acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

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

O registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde é feito pelo farmacêutico e a coordenadora da UBS.

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

O registro das necessidades de medicamentos será feito a partir da ficha-espelho pela farmacêutica e revisado mensalmente.

### **Engajamento público**

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

As orientações aos pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos na Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso serão feitas pelo ACS e a enfermeira, em cada consulta e visitas domiciliares.

### **Qualificação da prática clínica**

**Ação:** Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão

A atualização do profissional no tratamento da hipertensão será feita pelo médico.

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

A capacitação da equipe será realizada pelo médico e farmacêutica durante a reunião de equipe semanalmente.

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

### **Monitoramento e avaliação**

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

A farmacêutica fará o controle do acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

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

O registro das necessidades de medicamentos será feito a partir da ficha-espelho pela farmacêutica e coordenadora da UBS e revisada mensalmente.

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

O registro das necessidades de medicamentos será feito a partir da ficha-espelho pela farmacêutica e a coordenadora da UBS e revisado mensalmente.

### **Engajamento público**

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

As orientações aos pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos na Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso serão feitas pelo ACS e a enfermeira, em cada consulta e visitas domiciliares.

### **Qualificação da prática clínica**

**Ação:** Realizar atualização do profissional no tratamento dos diabéticos.

A atualização do profissional no tratamento da diabetes será feita pelo médico.

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

A capacitação da equipe será realizada pelo médico especializando e pela a farmacêutica durante a reunião de equipe semanal.

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

### **Monitoramento e avaliação**

**Ação:** Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

O monitoramento dos hipertensos que necessitam de atendimento odontológico será feito pela enfermeira.

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

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

A Organização das ações para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos será feita pela odontóloga, em cada consulta odontológica.

**Ação:** Organizar a agenda de saúde bucal para a realização do atendimento dos hipertensos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

A organização da agenda para o atendimento odontológico dos hipertensos será realizada pela odontóloga e sua auxiliar a partir da necessidade de atendimento dos usuários encaminhados pelo ACS e a enfermeira.

### **Engajamento público**

**Ação:** Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

A auxiliar de saúde bucal, as ACS e a enfermeira farão orientação sobre a importância da saúde bucal, aproveitando os encontros com a comunidade e as visitas domiciliares.

### **Qualificação da prática clínica**

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

A capacitação da equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos será feita pela odontóloga durante a reunião de equipe.

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

### **Monitoramento e avaliação**

**Ação:** Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Monitoramento dos diabéticos que necessitam de atendimento odontológico será feito pelo ACS e enfermeiro.

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

**Ação:** Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos

Organização da ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos será realizada pela odontólogo, em cada consulta odontológica.

**Ação:** Organizar a agenda de saúde bucal para a realização da consulta odontológica dos diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

A Organização da agenda para o atendimento odontológico dos hipertensos será realizada pela odontóloga e sua auxiliar a partir das necessidades de atendimento dos usuários encaminhados pelo ACS e a enfermeira.

### **Engajamento público**

**Ação:** Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

O ACS e a enfermeira farão orientação sobre a importância da saúde bucal, aproveitando os encontros com a comunidade e as visitas domiciliares.

### **Qualificação da prática clínica**

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

A capacitação da equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos será feita pela odontóloga na reunião semanal com a equipe.

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

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

### **Monitoramento e avaliação**

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

O monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) será feito pelos ACS e a enfermeira.

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

**Ação:** Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

A organização de visitas domiciliares para buscar os faltosos será feita pelos ACS e a enfermeira de forma semanal.

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

A organização de visitas domiciliares para buscar os faltosos será realizada pelos ACS, de acordo a cada caso.

### **Engajamento público**

**Ação:** Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas. A informação à comunidade sobre a importância de realização das consultas será feita pelos ACS em cada visita domiciliar.

**Ação:** Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão

Os ACS e a enfermeira orientarão a comunidade em cada visita domiciliar, sobre a importância de não faltar às consultas programadas. Além de aproveitar todos os encontros com a comunidade.

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

Através de reunião mensal com a comunidade que será realizada pela enfermeira.

### **Qualificação da prática clínica**

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

A capacitação dos ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade será feita pela enfermeira, semanalmente.

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

### **Monitoramento e avaliação**

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

O monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) será feito pelos ACS e a enfermeira semanalmente.

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

**Ação:** Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

A organização de visitas domiciliares para buscar os faltosos será feita por os ACS e a enfermeira de forma semanal.

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

A organização de visitas domiciliares para buscar os faltosos será realizada pelos ACS, buscando dois casos diários aproximadamente.

### **Engajamento público**

**Ação:** Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas. A informação à comunidade sobre a importância de realização das consultas será realizada pelos ACS em cada visita domiciliar.

**Ação:** Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes em caso de número excessivo de faltosos.

Os ACS e a enfermeira orientarão a comunidade em cada visita domiciliar, sobre a necessidade de não faltar às consultas programadas.

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

Através de reunião mensal com a comunidade que será realizada pela enfermeira.

### **Qualificação da prática clínica**

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

A capacitação dos ACS para a orientação de diabéticos quanto à realização das consultas e sua periodicidade será feita pela enfermeira, semanalmente.

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

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

### **Monitoramento e avaliação**

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

O monitoramento da qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde será feita pela enfermeira.

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

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

As informações do SIAB atualizadas serão feitas pela enfermeira mensalmente.

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

A ficha de acompanhamento será implantada pela enfermeira de forma diária.

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

O registro de informações será feita pela enfermeira de forma mensal.

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

O monitoramento dos registros será feito pelo médico especializando de forma mensal.

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

Será adotado modelo de ficha-espelho para acompanhamento dos hipertensos fornecido pelo curso e o monitoramento dos registros será feito pelo médico e a enfermeira alertando sobre a necessidade da atenção às consultas programadas por parte dos pacientes com periodicidade semanal.

### **Engajamento público**

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

A orientação dos pacientes será feita na reunião mensal com a comunidade pelos ACS.

### **Qualificação da prática clínica**

**Ação:** Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso.

As capacitações da equipe no preenchimento dos registros de acompanhamento aos hipertensos serão feitos pelo médico e pela enfermeira em reunião semanal.

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

A capacitação da equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso será realizada pela enfermeira durante a reunião de equipe semanal.

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

### **Monitoramento e avaliação**

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

O monitoramento da qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde será feita pela enfermeira.

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

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

As informações do SIAB atualizadas serão feitas pelo enfermeiro mensalmente.

**Ação:** Implantar ficha de acompanhamento.

A ficha de acompanhamento será implantada pela enfermeira de forma diária.

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

O registro de informações será feita pela enfermeira de forma mensal.

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

O monitoramento dos registros será feito pela enfermeira de forma semanal.

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

Será adotado modelo de ficha-espelho para acompanhamento dos hipertensos fornecido pelo curso e o monitoramento dos registros será feito pelo médico e a enfermeira alertando sobre a necessidade da atenção às consultas programadas por parte dos pacientes.

### **Engajamento público**

**Ação:** Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. A orientação dos pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, será feito pela enfermeira.

### **Qualificação da prática clínica**

**Ação:** Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do diabético.

A capacitação da equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do diabético será realizada pelo médico e a enfermeira.

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

A capacitação da equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do diabético será realizada pelo médico e a enfermeira durante a reunião semanal da equipe.

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

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

### **Monitoramento e avaliação**

**Ação:** Monitorar o número de pacientes hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

O monitoramento do número de pacientes hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano será feita pelo médico.

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

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

O atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco será realizado pelo médico, tanto em consultas como em visitas domiciliares.

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

O atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco será realizado pelo médico. A agenda será organizada para garantir o atendimento dos pacientes de alto risco sem exceções.

### **Engajamento público**

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

Os usuários serão orientados pelos ACS e pela enfermeira em cada visita domiciliar.

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

A orientação aos pacientes quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular será feita pela equipe durante a reunião mensal com a comunidade.

### **Qualificação da prática clínica**

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

A capacitação da equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo será feita pelo médico.

**Ação:** Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

A equipe será capacitada pelo médico e a enfermeira em reunião semanal.

**Ação:** Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

A capacitação da equipe quanto a estratégia para o controle de fatores de riscos modificáveis será realizado pelo médico e a enfermeira mensalmente.

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

### **Monitoramento e avaliação**

**Ação:** Monitorar o número de pacientes diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

O monitoramento do número de pacientes diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano será feita pelo médico.

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

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

O atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco será realizado pelo médico, em consulta médica e visitas domiciliares.

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

O atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco será realizado pelo médico e a agenda será organizada pela recepcionista para garantir atendimento a todos os pacientes.

### **Engajamento público**

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

A orientação aos pacientes quanto ao seu nível de risco e a importância de acompanhamento será realizada pela equipe, em cada consulta e visita domiciliar.

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

A orientação aos usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular será feita pela equipe e também durante os encontros com a comunidade.

### **Qualificação da prática clínica**

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

A capacitação da equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo será feita pelo médico durante a reunião semanal da equipe.

**Ação:** Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Detalhamento: O atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco será realizado pelo médico e a agenda será organizada pela recepcionista para garantir atendimento a todos os pacientes.

**Ação:** Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

A capacitação da equipe quanto à estratégia para o controle de fatores de riscos modificáveis será realizado pelo médico e a enfermeira mensalmente.

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

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

### **Monitoramento e avaliação**

**Ação:** Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.

O monitoramento será feito através das fichas-espelho pela enfermeira, mensalmente.

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

**Ação:** Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável

A organização das práticas coletivas sobre alimentação saudável é realizada pela nutricionista da equipe NASF em visitas às comunidades de forma mensal.

**Ação:** Demandar junto ao gestor municipal, parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade assim como membros da equipe NASF.

A secretaria de saúde envolverá a nutricionista da equipe NASF na atenção aos pacientes hipertensos e diabéticos de forma mensal.

### **Engajamento público**

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

A orientação aos hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável será feita pelos ACS em visitas domiciliares e também durante os encontros com a comunidade.

### **Qualificação da prática clínica**

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

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

A capacitação da equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável e metodologias de educação em saúde será feita pela nutricionista da equipe NASF durante a reunião de equipe com frequência mensal.

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

#### **Monitoramento e avaliação**

**Ação:** Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos através das fichas-espelho pela enfermeira, com periodicidade mensal.

.

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

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

A organização das práticas coletivas sobre alimentação saudável é realizada pela nutricionista da equipe NASF em visitas as comunidades de forma mensal.

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

A secretaria de saúde envolverá a nutricionista na atenção aos pacientes hipertensos e diabéticos de forma mensal.

#### **Engajamento público**

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

A orientação aos diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável será feita pela equipe em visitas domiciliares e também durante os encontros com a comunidade.

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

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

A capacitação da equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável será realizada pela nutricionista da equipe NASF durante a reunião da equipe com frequência mensal.

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

A capacitação da equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde será feita por trabalhadora social da equipe NASF municipal, mediante prévio convenio com eles. Em reunião com os integrantes da UBS.

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

#### **Monitoramento e avaliação**

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

Será feita pela enfermeira por meio das fichas-espelho mensalmente.

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

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

As práticas coletivas para orientação de atividade física serão organizadas pelo médico e a enfermeira mensalmente.

**Ação:** Demandar junto ao gestor municipal, parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

A secretaria de saúde envolverá professores de Educação Física na atenção aos pacientes hipertensos e diabéticos de forma semanal.

#### **Engajamento público**

**Ação:** Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

A orientação aos hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular será realizada pela equipe, em visitas domiciliares. Também durante os encontros com a comunidade.

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

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

As práticas físicas regulares de promoção de atividade física serão feitas pelo médico e pela enfermeira na reunião da equipe.

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

A capacitação será realizada pelo médico e a enfermeira durante a reunião da equipe.

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

### **Monitoramento e avaliação**

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

O monitoramento será feito pela enfermeira por meio das fichas-espelho mensalmente.

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

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

As práticas coletivas para orientação de atividade física serão feitas pelo médico e pela enfermeira na reunião da equipe semanalmente.

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

A secretaria de saúde envolverá professores de Educação Física na atenção aos pacientes hipertensos e diabéticos de forma semanal.

### **Engajamento público**

**Ação:** Orientar diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

A orientação aos diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular será realizada pela equipe em visitas domiciliares e também durante os encontros com a comunidade.

### **Qualificação da prática clínica**

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

A capacitação da equipe sobre a promoção das práticas de atividade física regular será feita pelo médico e a enfermeira na reunião da equipe de forma semanal.

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

A capacitação será realizada pelo médico e a enfermeira durante a reunião da equipe semanal.

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

### **Monitoramento e avaliação**

**Ação:** Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.

Será feito pela enfermeira por meio das fichas-espelho mensalmente.

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

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

A solicitação de compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo" será feita pela coordenadora da UBS mensalmente.

### **Engajamento público**

**Ação:** Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Os hipertensos tabagistas serão orientados sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo pela equipe, nas visitas domiciliares e durante os encontros com a comunidade.

### **Qualificação da prática clínica**

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

A capacitação da equipe para o tratamento de pacientes com tabagismo será feita pelo médico e pela enfermeira de forma semanal na reunião da equipe.

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

A capacitação será realizada pelo médico e a enfermeira durante a reunião da equipe na sexta-feira.

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

### **Monitoramento e avaliação**

**Ação:** Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos.

Será feito pela enfermeira através das fichas-espelho com periodicidade mensal.

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

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

A solicitação de compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo" será feita pela coordenadora da UBS mensalmente.

### **Engajamento público**

**Ação:** Orientar os diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Os diabéticos tabagistas serão orientados sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo pela equipe, nas visitas domiciliares e durante os encontros com a comunidade.

### **Qualificação da prática clínica**

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

A capacitação da equipe para o tratamento de pacientes de tabagismo será feita pelo médico e a enfermeira semanalmente.

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

A capacitação será realizada pelo médico durante a reunião de equipe.

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

### **Monitoramento e avaliação**

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

O monitoramento será realizado por meio das fichas-espelho pela enfermeira com periodicidade mensal.

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

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

As orientações serão feitas durante a consulta clínica pelo médico, enfermeira e odontóloga.

### **Engajamento público**

**Ação:** Orientar os hipertensos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Os hipertensos e seus familiares serão orientados sobre a importância da higiene bucal pelo médico, enfermeira e pelos ACS nas visitas domiciliares. A odontóloga terá participação na reunião mensal com a comunidade e realizará palestra na sala de espera uma vez por semana.

### **Qualificação da prática clínica**

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

A capacitação à equipe para oferecer orientações de higiene bucal será feita pela odontóloga durante a reunião da equipe na sexta-feira.

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

#### **Monitoramento e avaliação**

**Ação:** Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos diabéticos. Será feito pela enfermeira por meio das fichas-espelho com periodicidade mensal.

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

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

As orientações serão realizadas durante a consulta clínica pelo médico, enfermeira e odontóloga.

#### **Engajamento público**

**Ação:** Orientar os diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Os diabéticos e seus familiares serão orientados sobre a importância da higiene bucal pelo médico, a enfermeira e pelos ACS nas visitas domiciliares. O odontólogo terá participação na reunião mensal com a comunidade e realizará palestra na sala de espera uma vez por semana.

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

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

A capacitação à equipe para oferecer orientações sobre higiene bucal será feita pela odontóloga mensalmente.

### **2.3.2 Indicadores**

**Objetivo 1. Ampliar a cobertura do programa da HTA e Diabetes Mellitus.**

**Meta 1 -** Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial.

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

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

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

**Meta 2.** Cadastrar 90 % dos diabéticos da área de abrangência.

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

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

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

**Objetivo 2. Oferecer mais qualidade no processo de atenção.**

**Meta 1.** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos pacientes hipertensos e Diabéticos.

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

**Meta 2.** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

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

**Meta 3.** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

**Meta 4.** Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

**Meta 5.** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

**Meta 6.** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

**Meta 7.** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

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

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

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

**Meta 8.** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

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

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

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

### **Objetivo 3. Melhorar a adesão da atenção a hipertensos e diabéticos.**

**Meta 1.** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

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

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

**Meta 2.** Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

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

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

### **Objetivo 4. Melhorar qualidade dos Registros.**

**Meta 1.** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

**Meta 2.** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento

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

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

#### **Objetivo 5. Avaliação do Risco.**

**Meta 1.** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

Indicador: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

#### **Objetivo 6. Incrementar as atividades de Promoção da saúde.**

**Meta 1.** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

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

Numerador: Número de pacientes hipertensos e que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 2.** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 3.** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 4.** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 5.** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 6.** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 7.** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 8.** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador. Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **2.3.3 Logística**

O nosso projeto de intervenção no programa de Atenção aos usuários hipertensos e diabéticos adotará o Caderno de Atenção Básica Hipertensão Arterial Sistêmica (3) (4) e Cadernos de Atenção Básica - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus (4). Ambos disponíveis na ESF. Anexaremos uma ficha espelho disponibilizada pelo curso,

e previamente impressa em quantidade suficiente, aos prontuários dos usuários para facilitar o registro e monitoramento dos dados de nosso interesse, que inclui a necessidade de atendimento odontológico e a estratificação de risco.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os hipertensos e diabéticos cadastrados na área de abrangência. Organizaremos um arquivo específico, com uma nova reestruturação dos prontuários médicos, no local previsto, neste arquivo, as fichas serão separadas por micro áreas. As mesmas serão monitoradas semanalmente pelo médico e a enfermeira, que buscarão informações no prontuário clínico relativo, as consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso, prescrições de medicamentos da farmácia popular e avaliação das necessidades de atendimento odontológico, vacinas em atraso entre outros aspectos de interesse. Os dados da intervenção serão coletados na planilha eletrônica de coleta de dados.

Será ofertada capacitação para os profissionais de saúde da UBS sobre os protocolos de atuação. Participarão todos os membros da equipe. Realizaremos estudo dos protocolos e Cadernos de atenção básica número 36 Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. E também o caderno de atenção básica número 37. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Hipertensão Arterial Sistêmica. Cadernos de Atenção Básica, nº 37 Brasília – DF 2013. Toda a equipe deve utilizar esta referência na atenção aos hipertensos e diabéticos. Esta capacitação será feita no local de reuniões da UBS nas sextas-feiras, para isto serão utilizadas 4 horas em horário destinado a reuniões de equipe, onde cada membro da equipe terá responsabilidades atribuídas, todos os temas tratados na capacitação serão abordados nestas reuniões que será liderada pelo médico especializando, serão abordados assuntos de caráter geral, dentre eles, haverá a discussão do projeto de intervenção. Todos os membros da equipe poderão participar ou abordar algum tema da intervenção.

O acolhimento dos usuários portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus que procurarem o serviço serão recebidos por qualquer

membro da equipe. Serão atendidos no mesmo dia ou terão consulta agendada com espera máxima de dois a três dias, inclui a demanda ou produto das buscas ativas dos ACS. Se o paciente chegar à unidade com um problema agudo, será avaliado no mesmo turno pelo médico, se chega para consulta agendada também será atendido no mesmo turno e com prioridade de atendimento para evitar complicações futuras, e sairá da unidade com a próxima consulta marcada.

As ações de saúde coletiva serão feitas nas quartas-feiras à tarde pela equipe de trabalho, médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, odontólogos, ACS e até membros do NASF, caso seja necessário. Serão utilizados banners, cartazes, folders, escova dental e modelo educacional para temas de odontologia, entre outros recursos. Os temas abordados serão registrados no livro habilitado para isto.

Para sensibilizar a comunidade com nossa intervenção faremos contato com os representantes da mesma na escola e na creche que fica perto da UBS e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da atenção primária especialmente no rastreamento, cadastro e acompanhamento dos pacientes hipertensos e diabéticos. Aproveitaremos todo espaço do tempo possível para estimular a comunidade em geral a participar nos grupos de apoio como, atividade física, alimentação saudável, grupo de tabagismo e outros.

O atendimento será realizado primeiramente pela enfermeira na pré-consulta. Depois de tomados os sinais vitais, assim como peso e altura, feito o hemoglicoteste, o paciente será conduzido ao consultório do médico, este realizará uma avaliação integral e detalhada, solicitará exames complementares segundo o protocolo e as necessidades do usuário, e orientará sobre a saúde bucal, sobre hábitos saudáveis de alimentação, sobre atividade física, entre outros tópicos de acordo com cada usuário. O preenchimento para receber atendimento odontológico será feito pela auxiliar em saúde bucal. Os pacientes com necessidades especiais ou incapacidade, terão o benefício da visita domiciliar, que será feita pela equipe de trabalho. Quando o ACS identificar necessidades de atendimento aos pacientes deverá solicitar o agendamento. As consultas serão todas pela manhã.





### **3 Relatório da Intervenção**

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

As ações previstas no projeto de Melhoria da Atenção à Saúde dos Hipertensos e Diabéticos da minha área foram desenvolvidas integralmente. Desde o início da intervenção a equipe sempre teve vontade para executar e manter as conquistas alcançadas. Logo depois de concluído o cronograma de atividades, começaram as capacitações da equipe, segundo os protocolos de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos disponíveis na ESF. O projeto da intervenção começou no dia 26 de janeiro 2015.

Desde o início da intervenção falamos sobre as dificuldades encontradas e como estas poderiam ser resolvidas. Dentro delas temos os recursos humanos que ainda não cobrem as necessidades, pois ainda temos três micros áreas sem ACS. Durante as capacitações tivemos algumas dificuldades, por exemplo, alguns membros da equipe estavam ausentes em algumas reuniões de trabalho. Necessitávamos um local com estrutura adequada, uma data show, notebook entre outros materiais importantes. Também sofremos um pouco pela falta de transportes para realizarmos as visitas domiciliares. Ainda temos problemas em ambientes específicos que limitam um bom desenvolvimento das atividades e afetam diretamente ou indiretamente o processo de atendimento com qualidade. Estão sendo feitas novas instalações com mais espaços e melhores condições estruturais. Tivemos muitas sobrecargas de trabalho na ESF, pois a população é de mais de 4000 habitantes e, mais de 1.128 famílias cadastradas. Situação que piorou muito depois que praticamente 80% da cidade ficaram alagadas pela enchente do Rio Acre.

Embora o cronograma de trabalho fosse adiado um pouco, durante as primeiras quatro semanas, as atividades previstas no cronograma foram cumpridas. A capacitação dos profissionais de saúde da ESF sobre os protocolos de atenção aos usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus foi realizada com uma sessão semanal, de acordo com o cronograma. Durante as reuniões realizadas toda sexta-feira do primeiro mês, ficou esclarecido o papel de cada profissional na atenção ao usuário com hipertensão arterial e diabetes mellitus. O cadastramento dos hipertensos e diabéticos da área

adstrita e a busca ativa de usuários faltosos foram feitos diariamente pelas ACS.

No início o contato com as lideranças comunitárias ocorreu bem, após as inundações que aconteceu, o trabalho comunitário teve algumas mudanças nesses dias, tendo como objetivo a prevenção e recuperação de doenças. No entanto, recuperamos algumas visitas que estavam pendentes. As atividades de educação em saúde para grupos de hipertensos e diabéticos foram feitas praticamente todos os dias. Fazendo principalmente palestras para mudar o estilo de vida para práticas mais saudáveis, como a alimentação adequada, a prática regular de atividade física, os malefícios do tabagismo, a importância da higiene bucal entre outras orientações.

Desde o início definimos como objetivo principal ampliar a cobertura do programa de atenção aos hipertensos e diabéticos. A meta foi cadastrar 80% dos hipertensos e 90% dos diabéticos da área de abrangência. Esta meta foi cumprida. A revisão das fichas de atendimento da área para avaliar o número de hipertensos que recebem atendimento na ESF foi feita semanalmente. O registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa ganhou em qualidade mesmo com o aumento do número de usuários em acompanhamento. Apesar do curto espaço de recepção, o acolhimento dos usuários melhorou consideravelmente, assim como a qualidade da preconsulta. Algumas vezes apresentamos problemas para fazer hemoglicoteste.

Também para tomar temperatura por falta de material. O fornecimento deste recurso é cobrado aos gestores de saúde, nem sempre temos a resposta. As ações de engajamento público também melhoraram e foram desenvolvidas sem dificuldades. Durante as atividades educativas as ACS esclareceram à comunidade a importância da realização dos controles aos usuários com doenças crônicas e sobre as facilidades de realizá-las na ESF. Como prova disso temos notado que as pessoas estão mais calmas e confiantes, porque eles sabem que sempre têm um médico no posto de saúde de forma estável. Agora o fluxo de pacientes é maior.

O rastreamento do DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg e as orientações para as comunidades sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes, são muito importantes,

mais a intervenção precisou de mais tempo para atingir um valor mais elevado de usuários pesquisados.

Precisamos ressaltar que o atendimento oferecido pela odontóloga e sua auxiliar, tem sido bom. O número de usuários diabéticos e hipertensos em tratamento odontológico agora é maior.

As ações de qualificação da prática clínica também foram desenvolvidas sem dificuldades e integralmente, só tivemos dificuldades nos dias de alagação, devido à baixa participação dos convidados, mas ela foi desenvolvida nos dias seguintes, durante as reuniões da equipe mensal onde a equipe recebeu capacitação.

Cada mês fazia um fechamento da intervenção com minha equipe, avaliando o número de usuários que vieram para a consulta, e planejando as visitas principalmente para os faltosos.

As ações planejadas no projeto já formam parte da rotina do serviço na nossa unidade, só que algumas ações precisam ser melhoradas como a pesquisa ativa de hipertensos e diabéticos, aumentar o número de atividades educativas oferecidas fundamentalmente pelas ACS, que devem envolver mais pessoas da comunidade, para melhorar a adesão do programa. Melhorar ainda mais a organização e qualidade dos registros. Também devemos continuar cobrando os nossos gestores para que forneçam os recursos necessários para continuar o nosso trabalho na ESF.

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

Algumas outras ações não foram desenvolvidas como planejado. Não foi possível cadastrar todos os usuários hipertensos da área de abrangência. Não conseguimos chegar até a meta proposta na realização de exame clínico apropriado em dia de acordo ao protocolo, o mesmo aconteceu com a realização da estratificação de risco cardiovascular. Ainda temos muitos dos faltosos à consulta e sem controle adequado. Temos certeza de que estes indicadores podem ser melhorados. O fato de que a equipe está incompleta, afeta em grande medida atingir essa meta. Infelizmente apenas a metade dos usuários cadastrados no programa da unidade de saúde tem os exames complementares em dia. O pedido de exames pode alcançar um maior

percentual, mas a cobertura laboratorial do município é insuficiente, apenas 42,7% dos hipertensos fica com exames complementares em dia. A prescrição também é um problema, porque muitos, hipertensos e diabéticos não têm acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia ou não podem encontrar o medicamento que necessitam. Tem havido alguns esforços, mas a resposta dos gestores não é suficiente.

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

Na coleta e sistematização de dados durante a nossa intervenção, tivemos algumas dificuldades com a interpretação da planilha de coleta de dados no início, tínhamos dúvidas em relação à coleta de dados do segundo mês porque não sabíamos que os mesmos eram acumulativos, também preencher os modelos da ficha espelho foi tedioso, mas finalmente conseguimos avançar.

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

As ações planejadas no projeto já formam parte da rotina do serviço em nossa unidade, só que algumas ações precisam ser melhoradas como a pesquisa ativa de usuários hipertensos e diabéticos, aumentar o número de atividades educativas oferecidas fundamentalmente pelas ACS, que devem envolver mais pessoas da comunidade, para melhorar a adesão do programa. Melhorar ainda mais a organização e qualidade dos registros. Também devemos continuar cobrando os nossos gestores para que forneçam os recursos necessários para continuar o nosso trabalho na ESF.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A intervenção tratou sobre a Melhoria da Atenção à Saúde dos Hipertensos e Diabéticos da área adstrita à ESF (Francisco de Assis), no Município Brasileia, Estado do Acre.

Segundo dados do SIAB o número de hipertensos registrados na área era de 227.

Ao longo da intervenção foram cadastrados na unidade 65 hipertensos (28,6%) no primeiro mês da intervenção, 128 (56,4%) no segundo mês, e 220 (96,9%) no terceiro mês da intervenção. Conseguimos alcançar e passar a meta do cadastro proposta no projeto (80%) dentro do objetivo de ampliar a cobertura do programa da HÁ.

Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Francisco de Assis, Brasileia/AC.

Segundo dados iniciais do SIAB o número de usuários da área de abrangência que frequentam o programa de atenção ao diabético foi 61.

Ao longo da intervenção foram cadastrados na unidade 20 diabéticos (32,8%) no primeiro mês da intervenção, 37 (60,7%) no segundo mês, e 61 (100%) no terceiro mês da intervenção. Conseguimos alcançar e passar a meta do cadastro proposta no projeto (90 %) dentro do objetivo de ampliar a cobertura do programa de Diabetes Mellitus.

Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao Diabético na unidade de saúde Francisco de Assis, Brasileia/AC.

Achamos que isto se deve ao acolhimento e prioridade de atendimento oferecida pela equipe aos usuários hipertensos e diabéticos da área, às atividades educativas realizadas pela equipe tanto dentro quanto fora da unidade, à divulgação do projeto na comunidade, à busca ativa dos faltosos na área especialmente feita pelos ACS, à dedicação da equipe para melhorar a atenção aos usuários que frequentam o programa, à aceitação do médico pela população e sua estabilidade na ESF. O fornecimento de medicamentos de forma mais estável.

Entre os objetivos principais temos oferecer mais qualidade no processo de atenção. A meta inicial foi realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos. Antes da intervenção apenas um 30% apresentava exame clínico feito. Ao longo da intervenção a proporção de usuários com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo foram 45 (69,2%) no primeiro mês da intervenção, 89 (69,5%) no segundo mês, e 164 (74,5%) no terceiro mês da intervenção. Este indicador foi melhorando ao longo da intervenção, mas não alcançou a meta proposta, entre os motivos mais frequentes nós achamos muitos usuários faltosos que nunca frequentam a unidade e só são atendidos em visitas domiciliares. É uma população que tem muito movimento, um tempo vivendo na área urbana e se alternam com períodos na zona rural, nas colônias. Ainda temos três microareas que ficam sem ACS com um alto número de hipertensos e diabéticos. Esta situação torna mais difícil o trabalho e o acompanhamento destes. O tempo de intervenção foi de apenas 12 semanas com uma área de abrangência muito extensa.

Figura 3: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Francisco de Assis, Brasileira/AC.

A meta inicial foi realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos. Ao longo da intervenção a proporção de usuários com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo foram 17 (85,0%) no primeiro mês da intervenção, 30 (81,1%) no segundo mês, e 53 (86,9%) no terceiro mês da intervenção. Não conseguimos alcançar a meta de 100% dos diabéticos com exame clínico em dia proposta no projeto. As razões são as mesmas encontradas no caso dos hipertensos.

Figura 4: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Francisco de Assis, Brasileia/AC.

Antes da intervenção apenas 20% dos hipertensos tinha os exames complementares em dia. Ao longo da intervenção a proporção de usuários com o exame complementares em dia foram 20 (30,8%) no primeiro mês da intervenção, 44(34,4%) no segundo mês e 94 (42,7%) no terceiro mês da intervenção. Este indicador foi melhorando ao longo da intervenção, mas não alcançou a meta proposta, o motivo principal é a falta de cobertura laboratorial dentro do município. Temos alguns laboratórios privados dentro do município, mas a maioria da população para receber este tipo de serviço tem que viajar 240 quilômetros até a capital do estado, Rio Branco.

Figura 5: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Francisco de Assis, Brasileia/AC.

Ao longo da intervenção a proporção de diabéticos com os exames complementares em dia foram Oito (40,0%) no primeiro mês da intervenção, 14 (37,8%) no segundo mês, e 35 (57,4 %) no terceiro mês da intervenção. A falta de teste capilar de glicose, na unidade, às vezes, também prejudicou esse indicador.

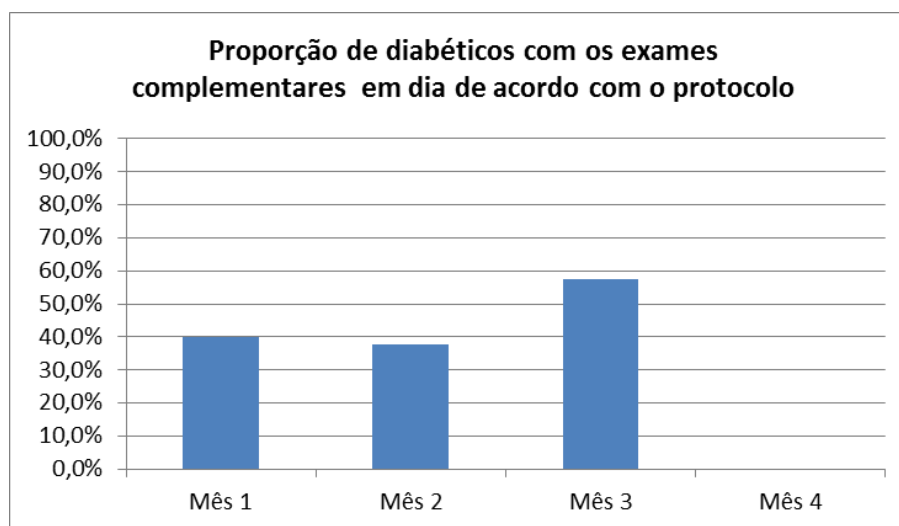


Figura 6: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Francisco de Assis, Brasileia/AC.

A prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde é uma meta de qualidade

importante. Antes da intervenção apenas 40% dos hipertensos tinham indicação de medicamentos da farmácia popular. A grande maioria tinha que comprar medicamentos para controlar a doença nas farmácias privadas com indicação de medicamentos de marca, muito custosos e inacessíveis para as pessoas de baixa renda. Ao longo da intervenção a proporção de usuários com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia foi de 44 (60,3%) no primeiro mês da intervenção, 90 (67,2%) no segundo mês, e 179 (79,6%) no terceiro mês da intervenção.

Figura 7: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na unidade de saúde Francisco de Assis, Brasileia/AC.

Para os diabéticos o comportamento deste indicador é muito semelhante. Durante a intervenção a proporção de usuários com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia foram 10 (50,0%) no primeiro mês da intervenção, 22 (59,5%) no segundo mês e 46 (75,4%) no terceiro mês da intervenção. Este resultado também está relacionado com uma maior estabilidade no fornecimento de medicamentos, como também mérito dos gestores.

Figura 8: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na unidade de saúde Francisco de Assis, Brasileia/AC.

Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos é sem dúvida uma parte da atenção integral que todo usuário deve receber. Por exemplo, antes da intervenção a avaliação da saúde bucal era de apenas 12%. Alcançar 100% foi à meta proposta. Ao longo da intervenção a proporção de usuários hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico foi de 40 (61,5%) no primeiro mês da intervenção, 71 (55,5%) no segundo mês, e 123 (55,9%) no terceiro mês da intervenção. O indicador também foi melhorando ao longo da intervenção, mas não alcançou a meta proposta. Este resultado ocorreu devido aos efeitos apresentados nas primeiras semanas da intervenção. A situação crítica após alagação de mais de

70 % da cidade. A odontologista também deve prestar serviços em outra unidade de saúde.

Figura 9: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde Francisco de Assis, Brasileia/AC.

A capacitação da equipe durante as reuniões e a divulgação deste tipo de atenção para manter a saúde foi de grande ajuda. Esse tipo de atendimento está sendo feito na unidade com mais estabilidade, pois agora temos um odontólogo fixo todo tempo nas duas sessões de trabalho. Ao longo da intervenção a proporção de usuários diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico foi de 14 (70,0%) no primeiro mês da intervenção, 23 (62,2%) no segundo mês, e 42 (68,9%) no terceiro mês da intervenção. O indicador também foi melhorando ao longo da intervenção.

Figura 10: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde Francisco de Assis, Brasileia/AC.

Melhorar a adesão da atenção de hipertensos e diabéticos é um objetivo estratégico. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada foi nossa meta inicial. Ainda com a falta de três ACS este indicador teve uma melhoria notável. A proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa, foi de nove (90,0%) no primeiro mês, 41 (100%) no segundo mês, e 79 (98,8%) no terceiro mês.

Figura 11: Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na unidade de saúde Francisco de Assis, Brasileia/AC.

No caso dos diabéticos este indicador alcançou a meta planejada no projeto, isto foi alcançado devido à capacitação da equipe durante as reuniões mensais e a divulgação da sua importância durante as atividades educativas dentro e fora da unidade. A proporção de diabéticos faltosos às consultas com

busca ativa foi três (100,0%) no primeiro mês, 11 (100%) no segundo mês e 15 (100%) no terceiro mês.

Melhorar os registros das informações é um objetivo específico da nossa intervenção.

Para garantir a qualidade das informações é necessário ter um controle adequado dos registros. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde foi nossa meta inicial.

Antes da intervenção, as fichas de acompanhamento estavam muito desorganizadas. Alguns usuários tinham mais de uma. Às vezes perdiam. Por isso, foi necessário organizar esta importante informação. A proporção de hipertensos com registrado adequado na ficha de acompanhamento foi de 64 (98,5%) no primeiro mês, 123 (96,1%) no segundo mês e 211 (95,9%) no terceiro mês.

Figura 12: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na unidade de saúde Francisco de Assis, Brasileira/AC.

A proporção de diabéticos com registrado adequado na ficha de acompanhamento foi de 20 (100 %) no primeiro mês, 36 (97,3%) no segundo mês e 61 (98,4%) no terceiro mês.

Figura 13: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na unidade de saúde Francisco de Assis, Brasileira/AC.

A fim de oferecer atendimento de qualidade aos hipertensos e diabéticos a avaliação de risco é um elemento essencial. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde foi nossa meta inicial. A Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia foram 57 (87,7%) no primeiro mês, 104 (81,3%) no segundo mês, 190 (86,4%) no terceiro mês da intervenção. Este indicador foi melhorando ao longo da intervenção, mas não alcançou a meta proposta, entre os motivos mais frequentes muitos usuários faltosos que nunca frequentam a unidade. O tempo de intervenção foi de apenas 12 semanas com uma área de abrangência muito extensa. Dificuldades

com o transporte para chegar até as comunidades mais isoladas. Este indicador deve melhorar na medida do seu desenvolvimento.

Figura 14: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na unidade de saúde Francisco de Assis, Brasileia/AC.

A Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia foram 19 (95,0%) no primeiro mês, 33 (89,2%) no segundo mês e 57 (93,4%) no terceiro mês da intervenção. Antes da intervenção apenas 56% deles tinham feita a estratificação de risco cardiovascular. O indicador foi melhorando ao longo da intervenção, mas não alcançamos 100% como planejado. Isto está relacionado ao trabalho da equipe na comunidade que além de ter melhorado, ainda pode e deve melhorar. Não se alcança a meta estabelecida por razões semelhantes aos hipertensos.

Figura 15: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na unidade de saúde Francisco de Assis, Brasileia/AC.

Na atenção básica, a educação e a promoção de saúde são tarefas muito importantes. Incrementar as atividades de promoção da saúde é um objetivo primordial.

Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos foi nossa meta inicial. A proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável foram 65 (100%) no primeiro mês, 122 (95,3%) no segundo mês e 210 (95,5%) no terceiro mês da intervenção.

Este indicador alcançou a meta planejada no projeto. Isto foi alcançado devido à capacitação da equipe e a divulgação da sua importância durante as atividades educativas dentro e fora da unidade.

Figura 16: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na unidade de saúde Francisco de Assis, Brasileia/AC.

A proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável foi de 20 (100%) no primeiro mês, 36 (97,3%) no segundo mês e 60 (98,4%) no terceiro mês da intervenção. Devemos manter este nível de atividade e melhorar a qualidade.

Figura 17: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na unidade de saúde Francisco de Assis, Brasileia/AC.

Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos é uma meta muito importante para mudar e alcançar um estilo de vida mais saudável, é parte do tratamento não farmacológico.

A proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular foi de 65 (100%) no primeiro mês, 121 (94,5%) no segundo mês e 209 (95,0%) no terceiro mês da intervenção.

Figura 18: Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular na unidade de saúde Francisco de Assis, Brasileia/AC.

A proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular foi de 20 (100%) no primeiro mês, 37 (100%) no segundo mês e 61 (100%) no terceiro mês da intervenção. Independentemente dos resultados, ainda temos muito trabalho pela frente.

Estão cientificamente comprovados os danos causados pelo mau hábito de fumar. Aumenta o número de complicações neste grupo de usuários. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos é e será nossa meta.

A proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo foram 65 (100%) no primeiro mês, 121 (94,5%) no segundo mês e 209 (95,0%) no terceiro mês da intervenção.

Figura 19: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na unidade de saúde Francisco de Assis, Brasileia/AC.

A proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo foram 20 (100%) no primeiro mês, 36 (97,3%) no segundo mês e 60 (98,4%) no terceiro mês da intervenção. Estes resultados foram alcançados devido à capacitação da equipe, à divulgação da sua importância durante as atividades educativas que ainda continuam.

Figura 20: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na unidade de saúde Francisco de Assis, Brasileia/AC.

Todos os usuários devem receber atenção integral. A saúde bucal e a atenção odontológica especialmente em pacientes diabéticos e hipertensos são importantes. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos é nossa meta. A Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal foi de 65 (100%) no primeiro mês, 121 (94,5%) no segundo mês e 207 (94,1%) no terceiro mês da intervenção. O número de usuários diabéticos e hipertensos em tratamento odontológico agora é maior.

Figura 21: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal na unidade de saúde Francisco de Assis, Brasileia/AC.

A Proporção de Diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal foram 20 (100%) no primeiro mês, 37 (100%) no segundo mês, 31 (100%) no terceiro mês da intervenção. Este indicador alcançou a meta planejada no projeto. Devemos destacar o trabalho realizado pela equipe especialmente da odontóloga e das ACS.

Podemos dizer que os objetivos gerais e específicos do programa de intervenção foram cumpridos. A intervenção está incorporada à rotina, havendo ainda muito trabalho a ser desenvolvido.

## 4.2 Discussão

A intervenção tratou sobre a melhoria da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos. Propiciou a ampliação da cobertura da atenção à população alvo da intervenção. Melhoramos a qualidade dos atendimentos. Conseguimos alcançar e passar a meta do cadastro proposta no projeto. Alcançamos a realização de exame clínico apropriado na maioria dos usuários. A proporção de usuários com os exames complementares em dia foi melhorando ao longo da intervenção, mas não alcançou a meta proposta. A prescrição de medicamentos da farmácia popular Hiperdia aumento consideravelmente.

A avaliação da necessidade de atendimento odontológico mesmo que o numero de usuários com tratamento agora é maior, mas não alcançou a meta proposta. A busca dos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada teve uma melhoria notável. O numero de fichas de acompanhamento é maior. A Proporção de usuários com estratificação de risco cardiovascular, por exame clínico em dia, foi melhorando ao longo da intervenção, mas não alcançou a meta proposta. O número de hipertensos e diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, a pratica regular de atividade física e os riscos de o mau hábito de fumar, com certeza é maior.

A intervenção foi muito importante para a nossa equipe de trabalho, já que alcançamos uma melhor preparação para o desenvolvimento de nosso trabalho em saúde. Teve um impacto positivo no desenvolvimento de outras ações programáticas. Reforçou o papel de cada profissional na equipe. As ACS são responsáveis pelo monitoramento da microárea, pela busca ativa dos usuários faltosos às consultas, além de realizar atividades educativas dentro e fora da ESF, sempre contando com o apoio dos outros membros da equipe. A coordenadora é responsável pelo gerenciamento dos insumos, imprescindíveis para o funcionamento da ESF e pela realização das atividades de grupo e reuniões da equipe.

A intervenção também foi importante para o nosso serviço. Com a capacitação do pessoal melhoramos a qualidade dos atendimentos. A melhora dos registros facilita o trabalho, além disso, temos melhor controle dos

tratamentos indicados e também de exames complementares. Com a avaliação e estratificação dos riscos em usuários hipertensos e diabéticos, conseguimos priorizar o atendimento.

A nossa comunidade também foi favorecida com a intervenção. As melhoras no atendimento à população repercutiram de forma positiva nos indicadores de saúde da área. Alcançamos uma maior cobertura do programa de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos. A população alvo da intervenção demonstra satisfação com o atendimento recebido, agora o fluxo de pacientes é maior.

Se a intervenção fosse começar neste momento na minha unidade, teríamos que insistir mais com nossos gestores sobre às necessidades de recursos indispensáveis para oferecer um atendimento de qualidade. Trabalhar em parceria com hospitais e laboratórios da área, afim de que as pessoas possam ter mais acesso aos serviços de laboratório clínico e imagem. Melhorar a qualidade de cada uma das ações, fundamentalmente, aumentar as atividades de orientação e promoção de saúde oferecida para a população alvo da intervenção e comunidade geral. Incorporar líderes comunitários para receber maior apoio destes.

A nossa intervenção já é parte da rotina de nosso serviço. Daqui em diante pretendemos manter os indicadores de qualidade que foram cumpridos em 100% durante a intervenção e melhorar os que não alcançaram esse percentual. Enfocaremos o trabalho fundamentalmente na busca ativa de hipertensos e diabéticos sem cadastrar, a recuperação dos faltosos na área de abrangência. Aumentar as atividades educativas com a comunidade relacionadas com a importância das consultas e de manter um controle adequado das doenças crônicas. Cobraremos mais aos nossos gestores a necessidade de disponibilizar os recursos necessários para oferecer um atendimento de qualidade para à população. Alcançar melhor cobertura laboratorial e facilitar o acesso aos medicamentos da farmácia popular.

## 5 Relatório da intervenção para gestores

Venho por meio de este apresentar o relatório das atividades relacionadas ao curso de especialização em Saúde da Família realizado por intermédio do Programa “Mais Médicos”. As atividades ocorreram durante os três primeiros meses do ano em curso e constam de uma intervenção na melhoria da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos da área adstrita à ESF Francisco de Assis do nosso município.

Ao longo da intervenção foram cadastrados na unidade 220 hipertensos e 61 diabéticos, o que corresponde a 96,6% e 100% de cobertura dos usuários portadores das doenças, respectivamente. Dentro do objetivo de ampliar a cobertura do programa, conseguimos alcançar e passar a meta do cadastro proposta inicialmente que era de 80 e 90%, respectivamente. Abaixo segue gráfico evolutivo mensal da cobertura:

Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde na unidade de saúde Francisco de Assis, Brasileia/AC.

Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde na unidade de saúde Francisco de Assis, Brasileia/AC.

A proporção de usuários com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo alcançou em média 80,7%.

Antes da intervenção apenas 40% dos hipertensos tinham indicação de medicamentos da farmácia popular. A grande maioria tinha que comprar medicamentos para controlar a doença nas farmácias privadas com indicação de medicamentos de marca, muito custosos e inacessíveis para as pessoas de baixa renda. Depois da intervenção a proporção de usuários com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia alcança 79,6%.

A proporção de usuários com avaliação da necessidade de atendimento odontológico alcança hoje 62,3% destes usuários. Esse tipo de atendimento está sendo feito na unidade com mais estabilidade, pois agora contamos com um odontólogo fixo em tempo integral.

Melhorar a adesão da atenção de hipertensos e diabéticos é um objetivo estratégico. Ainda com a falta de três ACS este indicador teve uma

melhoria notável. A proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa foi de 98,8%. No caso dos diabéticos, este indicador alcançou a meta planejada no projeto, isto foi alcançado devido à capacitação da equipe durante as reuniões mensais e a divulgação da sua importância durante as atividades educativas dentro e fora da unidade.

Com a intervenção também foram melhorados os registros, visto que as fichas de acompanhamento estavam muito desorganizadas. Alguns usuários possuíam registros duplos, com histórico de perdas. Por isso, foi necessário organizar esta importante informação.

A fim de oferecer atendimento de qualidade aos hipertensos e diabéticos a avaliação de risco é um elemento essencial. A Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia foi em média 89%. Este indicador foi melhorando ao longo da intervenção, mas não alcançou a meta proposta, entre os motivos mais frequentes muitos usuários faltosos que nunca frequentam a unidade com uma área de abrangência muito extensa. Este indicador deve melhorar na medida do seu desenvolvimento.

Na atenção básica, a educação e a promoção de saúde são tarefas muito importantes. Incrementar as atividades de promoção da saúde é um objetivo primordial. Com certeza agora o número de hipertensos e diabéticos que receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, orientação em relação à prática regular de atividade física, higiene bucal e sobre os riscos do tabagismo é muito maior. Estes resultados foram alcançados devido à capacitação da equipe e à divulgação da sua importância durante as atividades educativas que continuam.

Achamos que isto se deve ao acolhimento e prioridade de atendimento oferecido pela equipe aos usuários hipertensos e diabéticos da área, às atividades educativas realizadas pela equipe tanto dentro quanto fora da unidade, à divulgação do projeto na comunidade, à busca ativa de faltosos na área, especialmente feita pelos ACS, à dedicação da equipe para melhorar a atenção aos usuários que frequentam o programa, à aceitação do médico pela população e sua estabilidade na ESF. Podemos dizer que os objetivos gerais e específicos do programa de intervenção foram cumpridos. A intervenção está incorporada à rotina, havendo ainda muito trabalho a ser desenvolvido.

Durante a intervenção tivemos dificuldades. Ainda temos três microareas que ficam sem ACS com um alto número de hipertensos e diabéticos. Esta situação torna mais difícil o trabalho e o acompanhamento dos usuários. Falta de cobertura laboratorial dentro do município. Temos alguns laboratórios privados dentro do município, mas a maioria da população para receber este tipo de serviço tem que viajar 240 quilômetros até a capital do estado, Rio Branco. O fornecimento de medicamentos não é estável. Dificuldades com o transporte para chegar ainda mais longe da comunidade. Atraso com o processo de encaminhamento dos usuários para outras especialidades.

Aproveitamos este momento de comemoração dos resultados alcançados e almejando melhorar muito mais, para solicitar à gestão que seja avaliada a possibilidade de nos fornecer mais recursos mínimos indispensáveis para viabilizar a melhora do nosso trabalho na ESF. Também aproveitamos para agradecer a gestão pela sua escuta em todos os momentos da intervenção e pelo apoio recebido, no sentido de permitir que a intervenção ocorresse de forma tranquila e com sucesso!

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

Foi realizado um trabalho pelos profissionais da UBS Francisco de Assis para a melhoria da atenção a saúde dos hipertensos e diabéticos durante os três primeiros meses do presente ano, sendo a comunidade muito favorecida com a intervenção. Conseguimos melhorar e ampliar os atendimentos. Também conseguimos gerenciar melhor os recursos

indispensáveis, como medicamentos na farmácia popular e indicação precisa de exames laboratoriais. As melhoras no atendimento à população já são percebidas com satisfação pela equipe e pela comunidade e repercutiram de forma positiva no estado de saúde da população.

O trabalho hoje já é parte da rotina do serviço, estamos dando continuidade! Os atendimentos estão sendo feitos seguindo o recomendado pelo Ministério da Saúde e com os recursos disponíveis. Daqui em diante o trabalho será focado fundamentalmente na busca de novos casos e a recuperação de usuários faltosos. Aumento das atividades educativas na comunidade relacionadas com a importância das consultas e o controle das doenças. Cobrança aos nossos gestores da necessidade de disponibilizar os recursos necessários para oferecer um atendimento de qualidade à população.

A comunidade pode contribuir muito com o serviço na melhora da atenção à saúde na ESF. Através dos líderes da comunidade, pode nos ajudar na busca dos hipertensos, diabéticos, ou outros usuários com doenças crônicas para receber acompanhamento médico. Também podem ajudar com uma maior participação nas atividades educativas de promoção de saúde e prevenção de doenças realizadas na área pela equipe da ESF.

A nossa equipe pretende reforçar a aliança com a comunidade com a criação do conselho local de saúde, que ainda não existe na unidade, onde a população possa intervir na tomada de decisões pela saúde. Também tentamos reforçar a aliança com a comunidade desenvolvendo mais atividades de educação em saúde para a população toda, e para os grupos específicos da área como o grupo de idosos, o grupo de gestantes e o grupo de crianças menores de um ano. Nas atividades educativas e nas visitas domiciliares seguiremos oferecendo conhecimento sobre a organização dos atendimentos na unidade de saúde e sobre os grupos com prioridade de atendimento, sobre seus direitos como usuários do SUS. Informe-se! Participe!

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

Refletindo sobre o aprendizado neste período, posso dizer que o curso tem sido uma experiência muito interessante. Em primeiro lugar, devo dizer que no começo foi um pouco difícil, devido à barreira da língua, que foi superado com o passar do tempo e com a prática diária e com a ajuda dos nossos orientadores. Interagir com os colegas enriquece nosso conhecimento. Minhas expectativas iniciais eram de apenas um simples curso, trabalhando temas básicos. No entanto, recebemos questões importantes para o nosso trabalho diário e também com a bibliografia recomendada acessível a qualquer momento. A metodologia é boa e nos ensina de uma maneira muito prática.

Desde o ponto de vista profissional o curso significa uma oportunidade para conhecer, interagir com colegas de diferentes nacionalidades sobre as suas experiências de trabalho em matéria de saúde, especialmente na atenção básica onde 80% dos problemas de saúde são resolvidos. Eu tive a oportunidade de discutir casos clínicos interessantes. Com certeza o curso cumpriu e superou muito todas as minhas expectativas. Todas as documentações recebidas assim como o conteúdo dos TQC foram uma ferramenta muito importante para nosso trabalho. Eu acredito que os temas mais interessantes estão relacionados com o manejo de doenças endêmicas, por exemplo, Leishmaniose, além de outras doenças pouco frequentes em meu país, como são a Hanseníase, algumas Dermatoses frequentes na região e também casos clínicos de tuberculose que em algum momento pode gerar dúvidas sobre a gestão destas doenças.

As melhorias nos atendimentos já formam parte da rotina no serviço, e temos que continuar nosso processo de trabalho, de acordo os princípios éticos do SUS brasileiro

## Referências

1-PANORAMICO V.III. Painel de Indicadores do SUS, 7. 2010: p 84.

2-MINISTERIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira: Promovendo a alimentação saudável / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição – Brasília: Ministério da Saúde, 2005: p 236.

3-MINISTERIO DA SAÚDE. Caderno de Atenção Básica Hipertensão Arterial Sistêmica nº15. 1º. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

4-SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Algoritmo para o Tratamento do Diabetes Tipo 2. Atualização 2011. Posicionamento Oficial Sociedade Brasileira de Diabetes nº3 – 2011. Julho de 2011.

5-BRASILIA: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). p160

6-MINISTERIO DA SAÚDE. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37) p128.

## **Anexos**

### **Anexo A - Documento do comitê de ética**



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Srª  
Profª Ana Cláudia Gestal Fassa

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

Prezada Pesquisadora;

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

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

**Anexo B - Planilha de coleta de dados**

### Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1

Indicadores para Cole	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											

### Anexo C - Ficha espelho

**FICHA ESPELHO**  
PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

Data do ingresso no programa \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Número do Prontuário: \_\_\_\_\_ Cartão SUS \_\_\_\_\_  
 Nome completo: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Telefones de contato: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Necessita de cuidador? (  ) Sim (  ) Não Nome do cuidador: \_\_\_\_\_  
 Tem HAS? (  ) Sim (  ) Não Tem DM? (  ) Sim (  ) Não Tem HAS e DM? (  ) Sim (  ) Não Há quanto tempo tem: HAS? \_\_\_\_\_ DM? \_\_\_\_\_ HAS e DM? \_\_\_\_\_  
 Foi realizada avaliação da necessidade de tratamento odontológico? (  ) Sim (  ) Não Data da primeira consulta odontológica \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ cm Perímetro Braquial: \_\_\_\_\_ cm

MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO	FLUXOGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS
DATA	DATA
POSIOLOGIA	Glicemia de Jejum
Hidroclorotiazida 25 mg	HGT
Captopril 25 mg	Hemoglobina glicosilada
Enalapril 5mg	Colesterol total
Enalapril 10 mg	HDL
Losartan 50mg	LDL
Propranolol 40	Triglicerídeos
Atenolol 25 mg	Creatinina Sérica
Atenolol 50 mg	Potássio sérico
Anlodipina 5 mg	Triglicerídeos
Anlodipina 10 mg	EQU
Metformina 500 mg	Infecção urinária
Metformina 850 mg	Proteinúria
Glibenclamida 5 mg	Corpos cetônicos
Insulina NPH	Sedimento
Insulina regular	Microalbuminúria
	Proteinúria de 24h
	TSH
	ECG
	Hemograma
	Hematócrito
	Hemoglobina
	VCM
	CHCM
	Plaquetas

**FICHA ESPELHO**  
PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

Data	Profissional que atendeu	Pressão arterial (mmHg)	Peso (kg)	IMC (kg/m²)	ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO		Exame dos pés (normal ou alterado)
					Framingham (Baixo/Moderado/Alto)	Lesões órgão alvo (descrever)	

Exame físico (normal ou alterado)	Orientação nutricional	Orientação sobre atividade física	Orientação sobre tabagismo	Orientação sobre higiene bucal	Data da próxima consulta

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

Eu, (Pedro Gerardo Tamayo torres), (Clínico Geral RMS AC 1200048 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.

Pedro Gerardo Tamayo torres

---

Nome

Contato:

Telefone: (68 81030882)

Endereço Eletrônico: pedrotamayo048@gmail.com

Endereço físico da ESF: Brasileia

Endereço de e-mail do orientador: UFPEL