

**Universidade Aberta do SUS - UNASUS**  
**Universidade Federal de Pelotas**  
**Especialização em Saúde da Família**  
**Modalidade a Distância**  
**Turma 4**



**Melhoria da Atenção aos Adultos Portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica  
e/ou Diabetes Mellitus, USF José Araújo, Ananindeua/ PA**

**Ellaine Valéria Araújo da Silva Lima**

**Pelotas, 2014**

**Ellaine Valéria Araújo da Silva Lima**

**Melhoria da Atenção aos Adultos Portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, USF José Araújo, Ananindeua/ PA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família, da Universidade Federal de Pelotas como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Claudiane Mahl

Pelotas, 2014

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas  
Catalogação na Publicação

L732m Lima, Ellaine Valéria Araújo da Silva

Melhoria da atenção aos adultos portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus, USF José Araújo, Ananindeua, PA / Ellaine Valéria Araújo da Silva Lima ; Claudiane Mahl, orientadora. — Pelotas, 2014.

82 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3. Hipertensão . 4. Diabetes. I. Mahl, Claudiane, orient. II. Título.

CDD : 362.14

Elaborada por Elionara Giovana Rech CRB: 10/1693

- ✚ A Deus, dono do conhecimento, pela oportunidade de realizar mais este sonho.
- ✚ Ao meu esposo e filhos, pelo amor e compreensão.
- ✚ A todos os profissionais de saúde que lutam por uma atenção diferenciada e de qualidade no SUS.

## Agradecimentos

✚ Em primeiro lugar, quero agradecer a Deus pela sabedoria e pela oportunidade de viver e concretizar meus sonhos.

✚ Ao meu esposo pela dedicação e cuidado para comigo em todos os momentos.

✚ Aos meus pais por me ensinarem a vencer, romper barreiras e lutar em busca do sucesso.

✚ A orientadora Claudiane Mahl pela paciência e incentivo à busca de mais conhecimentos.

✚ A Marcínia Moreno Bueno pelo apoio pedagógico

✚ Aos pareceristas pelas considerações

✚ A minha equipe de trabalho na ESF pela participação na intervenção deste projeto.

✚ Aos pacientes portadores de hipertensão e diabetes por acreditarem no nosso trabalho.

✚ Aos colaboradores da Secretaria Municipal de Saúde de Ananindeua pelas informações cedidas sobre o Município.

✚ A todos que direta e indiretamente contribuíram para o sucesso desta pesquisa. Recebam o meu muito obrigado!

*“Escolhendo ações que levam felicidade e sucesso aos outros utilizando-se as forças da harmonia, da alegria, do trabalho, do amor, atraímos sucesso e boa sorte facilmente a todos”.*

*(CHOPRA, 2007).*

## Lista de figuras e Tabelas

Figura 1.	Pirâmide etária	20
Figura 2.	Cronograma	44
Figura 3.	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde	52
Figura 4.	Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde	52
Figura 5.	Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com a patologia	54
Figura 6.	Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com a patologia	54
Figura 7.	Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo	55
Figura 8.	Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo	56
Figura 9.	Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento	57
Figura 10.	Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento	58
Figura 11.	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular com exame clínico em dia	59
Figura 12.	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular com exame clínico em dia	59
Figura 13.	Proporção de hipertensos com avaliação odontológica	60
Figura 14.	Proporção de diabéticos com avaliação odontológica	61
Figura 15.	Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável	62
Figura 16.	Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável	62
Figura 17.	Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular	63
Figura 18.	Proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular	63
Figura 19.	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo	64
Figura 20.	Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo	65
Tabela 01.	Estrutura da rede municipal de saúde	15

## **Lista de abreviaturas/siglas**

**ACS** - Agente Comunitário de Saúde

**AIDS** – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

**DM** - Diabetes Mellitus

**DST**- Doenças sexualmente transmissíveis

**ESF**- Estratégia Saúde da Família

**HAS**- Hipertensão Arterial Sistólica

**MS** - Ministério da Saúde

**MH**- Mal de Hansen

**NOB** - Norma Operacional Básica

**NOAS** - Norma Operacional da Assistência a Saúde

**PROAME**- Programa de Aleitamento Materno Exclusivo

**PCCU**- Preventivo do Câncer Cérvico Uterino

**PACS** - Programa Agentes Comunitário de Saúde

**PAB**- Piso Atenção Básica

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**TRO**- Terapia de Rehidratação Oral

**TB**- Tuberculose

**USF**- Unidade Saúde da Família

**USG**- Ultrassonografia

**UNICEF** - Fundo das Nações Unidas para a Infância



## Sumário

Apresentação	
1. Análise situacional.....	14
1.1 Texto Inicial sobre a Situação da ESF.....	14
1.2 Relatório Situacional.....	15
1.3 Comentário Comparativo sobre o Texto Inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	26
2. Análise estratégia – projeto de intervenção.....	27
2.1 Justificativa.....	27
2.2 Objetivos e metas.....	28
2.2.1 Objetivo geral .....	28
2.2.2 Objetivos específicos .....	29
2.2.3 Metas .....	29
2.3 Metodologia.....	31
2.3.1 Ações .....	31
2.3.2 Indicadores.....	38
2.3.3 Logística.....	43
2.3.4 Cronograma.....	46
3. Relatório da intervenção.....	47
3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.....	47
3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.....	50
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.....	50
3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.....	51
4. Avaliação da intervenção.....	53
4.1 Resultados.....	53
4.2 Discussão.....	67

4.3 Relatório da intervenção para gestores.....	70
4.4 Relatório da intervenção para comunidade.....	73
5. Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem.....	74
Bibliografia.....	75
Anexos	
Anexo A – Documento do comitê de ética.....	78
Anexo B –Planilha de coleta de dados.....	79
Anexo C – Ficha Espelho .....	80
Apêndices	

## Resumo

LIMA, Ellaine Valéria A. S. **Melhoria da Atenção aos Adultos Portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, USF José Araújo, Ananindeua/ PA.** 2014. 79 Folhas. Trabalho de Conclusão de Curso-Especialização em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Rio Grande do Sul.

A Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus constituem os principais fatores de risco para as doenças do aparelho circulatório. Entre as complicações mais frequentes decorrentes desses agravos encontram-se o Infarto Agudo do Miocárdio, o Acidente Vascular Encefálico, a Insuficiência Renal Crônica, as amputações de pés e pernas, a cegueira definitiva, os abortos e as mortes perinatais. No Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis representam cerca de metade de todos os óbitos ocorridos e as doenças cardiovasculares e o Diabetes Mellitus tem destacada posição nesses coeficientes de morbimortalidade. Isso ocorre em decorrência da baixa adesão destes usuários ao tratamento e às orientações pra melhora da qualidade de vida. Definimos como objetivo da nossa intervenção a Melhoria na atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da Unidade Saúde da Família José Araújo no município de Ananindeua/ Pará. Tendo como objetivos específicos: Ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos; Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa; Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde; Melhorar o registro das informações; Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular e Promover a saúde. A partir da análise situacional de todas as áreas de atuação da unidade, identificamos o foco da intervenção, realizamos o projeto com ações nos quatro eixos pedagógicos, monitoramento e avaliação; organização e gestão do serviço; engajamento público; qualificação da prática clínica e iniciamos a intervenção que teve duração de quatro meses. Através da coleta de dados em ficha espelho e planilha para monitoramento da assistência aos hipertensos e diabéticos, pudemos reconhecer e avaliar a qualidade do atendimento prestado a fim de buscar melhorias quanto à busca ativa dos faltosos e melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Obtivemos resultados importantes para nossa região. Realizamos o monitoramento de mais de 90% dos hipertensos e 100% dos diabéticos cadastrados, assim como 100% na busca ativa dos faltosos às consultas na unidade. Graças à disposição de uma equipe comprometida e o apoio de alguns setores tais como: Supervisão Técnica de Saúde, gerente e funcionários da unidade José Araújo, realizamos um trabalho importante que superou nossas expectativas e nos deu forças para superar cada obstáculo, servindo como base para as próximas intervenções já iniciadas este ano.

Palavras - chave: saúde da família, atenção primária à saúde, hipertensão e diabetes.

## **Apresentação**

O foco desta intervenção é a melhoria na atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da área de abrangência da USF José Araújo localizada na cidade de Ananindeua/ PA.

Neste trabalho abordamos as atividades realizadas na USF José Araújo, como é composto os Recursos Humanos (RH) e sua estrutura física; discutimos a organização da triagem, busca ativa e coleta de dados; no relatório da intervenção analisamos todo o trabalho realizado, revivendo desde o início as conquistas e os momentos de dificuldades que encontramos para realizar nossa intervenção, seja por falta de materiais ou até mesmo pela ausência de funcionários.

Durante a avaliação da intervenção realizamos a análise dos dados obtidos, e proporcionamos aos gestores e à comunidade o produto da intervenção e por fim foi feita uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem levando em consideração as expectativas iniciais da intervenção, avaliamos o que de mais relevante conquistamos através da intervenção.

## **1. Análise situacional**

### **1.1 Texto Inicial sobre a Situação da ESF**

A Unidade onde atuo como enfermeira fica localizada no bairro do Distrito Industrial no município de Ananindeua que é um município brasileiro, situado no Estado do Pará a 19 km da capital, fazendo parte da área metropolitana de Belém. As unidades municipais de saúde oferecem assistência ambulatorial com programas materno-infantil, imunização, terapia de reidratação oral (TRO), hanseníase (MH), tuberculose (TB), preventivo do câncer cérvico-uterino (PCCU), teste para diagnóstico de fenilcetonúria e hipotireoidismo congênito, profilaxia da raiva humana e atenção à saúde do idoso, DST/HIV e AIDS. Presta atendimento por meio de quatro clínicas básicas (médica, pediátrica, ginecológica e obstétrica), assistência odontológica (preventiva e curativa), exames complementares laboratoriais, realizam curativos e injetáveis, fornece medicamentos aos pacientes por meio de farmácia. Os atendimentos de urgência e emergência clínicas dispõem de quatro leitos de observação. Estas unidades de saúde contam também com serviços de arquivo e estatística.

Mas falando exclusivamente da Unidade Saúde da Família (USF) onde trabalho, a estrutura conta com dois consultórios (médico e de enfermagem), uma sala de curativos, uma farmácia, um arquivo, uma sala de espera e um arquivo. Contamos com seis ACS, um médico, um enfermeiro (eu), uma técnica de enfermagem e um ag. Administrativo. Nossa população atendida é aproximadamente de 3.900 pessoas.

Normalmente, os usuários passam pela triagem com a técnica de enfermagem, em seguida os mesmos são encaminhados para o profissional que atenda a sua necessidade. Durante a semana, desenvolvemos todos os programas regidos pela estratégia, como: saúde da mulher (PCCU realizados em mutirões), Crescimento e Desenvolvimento, saúde do homem, imunização (mutirões devido não termos sala de vacina), saúde mental, saúde do idoso (mutirões) e saúde na escola. Seguimos um cronograma semanal com consultas e visitas domiciliares por parte do enfermeiro e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). As visitas médicas ficam restritas aos usuários acamados e idosos que se encontram impossibilitados de ir, a UBS.

É realizada distribuição da farmácia básica e os pacientes do programa saúde mental recebem seus medicamentos na unidade de referência.

No que se refere à relação com a comunidade, a mesma ocorre de forma harmoniosa normalmente com alguns “vícios” por parte dos usuários, pois muitos ainda estão acostumados com as medidas curativas e ficam um pouco resistentes às orientações dadas por nossa equipe.

Em nosso município, também reclamamos dos baixos salários pagos para os profissionais não médicos, impossibilitando assim o trabalho por um período integral dos profissionais na estratégia, tendo que ter outra fonte de renda, prejudicando dessa forma a qualidade da atenção.

Enfim, pra terminar, acredita-se que a mudança deva começar em cada um de nós na tentativa de alcançarmos excelência no atendimento à população.

## **1.2 Relatório Situacional**

Ananindeua é um município brasileiro localizado no estado do Pará, distante cerca de 19 km da capital do estado, fazendo parte da área metropolitana de Belém é o segundo município mais populoso do estado, e o terceiro da Região Amazônica. Sua população é estimada em 499.776 habitantes (IBGE, 2014). Sendo fundada no dia 30 de dezembro de 1943, por meio do Decreto-Lei Estadual nº. 4.505, promulgado pelo Interventor Federal, Magalhães Barata. O ato oficial de instalação ocorreu em 03 de janeiro de 1944, passando a ser reconhecida como cidade em 31 de dezembro de 1947, por meio da aprovação da Lei Estadual nº. 62, publicada no diário Oficial do Estado em 18 de janeiro de 1948 segundo dados de Ananindeua (2012).

O nome Ananindeua é de origem tupi, deve-se a grande quantidade de árvore chamada Ananin, uma árvore que produz a resina de cerol utilizada para lacrar as fendas das embarcações.

O município possui nove ilhas com áreas de uso intenso, outras de baixa exploração por parte dos ribeirinhos e outras quase intocadas, que serve como um verdadeiro centro de reprodução de toda diversidade biológica da floresta Amazônica. Vale destacar que as ilhas são quase todas habitadas e seus moradores (os ribeirinhos) tem como via hidroviária os próprios rios e seu principal meio de transporte são as pequenas embarcações, sendo que grande parte das mesmas são

construídas de forma artesanal e sem normas de segurança. Essas embarcações são usadas como fonte de sobrevivência para as famílias (ribeirinhas) que residem nessas ilhas, usando os caminhos do rio, sua hidrovia, para transportar suas produções agrícolas para os centros urbanos. Em cada um destes povoados é possível encontrar uma igreja, um campo de futebol, uma pequena escola e muito verde.

Ananindeua possui uma extensão territorial aproximadamente de 190,503 Km<sup>2</sup>, e sua área de vegetação já não é mais considerada nativa, sendo classificada como “floresta secundária, em vários estágios” (IBGE, 2014), devido à ação do desmatamento efetuado em sua região para o cultivo da produção agrícola.

Essa produção agrícola do município ocorre por meio da agricultura de subsistência (são o cultivo de espécies alimentícias considerada de ciclo curto como: arroz, milho, feijão, mandioca, etc...).

Devido o município estar situado às margens de uma área hidrográfica, apresenta áreas de várzea (são determinadas áreas sujeitas a inundações) onde ocorre o extrativismo vegetal de algumas espécies de vegetação como o açaí, o miriti ou buriti, a andiroba, etc.

É importante destacar que o município apresenta como patrimônio natural, também, o manancial de águas do Utinga e sua preservação são para garantir a boa qualidade e quantidade de água, pois, este manancial é responsável pelo abastecimento de água da Grande Belém, devido parte deste, estar situado no município de Belém.

O clima é considerado como Equatorial Amazônico, úmido (85% de umidade do ar) com temperatura elevada em torno de 25° C, com chuvas regulares, sendo que de dezembro a maio é mais intenso o período chuvoso e de junho a novembro é mais intenso o período de seca (IBGE,2014).

Segundo o IBGE (2014), o município tem uma população residente de 471.980 habitantes, sendo 226.635 habitantes do sexo masculino e 245.345 femininos.

Na área da saúde, o município Ananindeua faz parte da 1ª Regional de Proteção Social, da Secretaria Executiva de Saúde Pública (SESPA). Por meio da Secretaria Municipal de Saúde, criada pela Lei Municipal n 0984 de 26/12/1990 e redefinida pela Lei Municipal n 1202 de 28/12/93 (informação verbal), oferece vários serviços à população através do atendimento do SUS – Sistema Único de Saúde.

As unidades básicas de saúde oferecem assistência ambulatorial com programas materno-infantil, imunização, terapia de reidratação oral (TRO), Mal de hansen (MH), tuberculose (TB), preventivo do câncer cérvico-uterino (PCCU), teste para diagnóstico de fenilcetonúria e hipotireoidismo congênito, profilaxia da raiva humana e atenção à saúde do idoso, DST/HIV e AIDS. Presta atendimento por meio de quatro clínicas básicas (médica, pediátrica, ginecológica e obstétrica), assistência odontológica (preventiva e curativa), exames complementares laboratoriais, realizam curativos e injetáveis, fornece medicamentos aos pacientes por meio de farmácia. Os atendimentos de urgência e emergência clínicas dispõem de quatro leitos de observação. Estas unidades de saúde contam também com serviços de arquivo e estatística.

Os “recursos de custeio” da esfera federal para os estados e municípios para a manutenção desses programas e projetos ocorre por meio da Transferência Regular Automática Fundo a Fundo conforme determinado pela NOB – Norma Operacional Básica 96 e executado pelo PAB – Piso da Atenção Básica Fixo e Variável.

Segundo a NOB/96 (BRASIL, 1996) “o PAB consiste em um montante de recursos financeiros destinados ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica de responsabilidade tipicamente municipal”.

Dentre os serviços oferecidos existem aqueles que são de Gerência estadual: 01 Hospital Regional Metropolitano e 02 Unidades de Referência Estadual (URE). Rede privada: 09 hospitais, 05 unidades de serviços ambulatoriais especializados e 04 laboratórios credenciados e da rede municipal está estruturado da seguinte maneira conforme a tabela 1:

<b>Nº</b>	<b>Tipologias</b>	<b>Quantidades</b>
01	Unidade Básica de Saúde (Tradicionais )	09
02	Unidade Saúde da Família	45
03	Central de Regulação de Serviços de Saúde	01
04	Clinica/ambulatório especializado (convenio com SUS)	05
05	Farmácia Popular do Brasil – FPB	05
06	Hospital Geral Conveniado ao SUS	06
07	Hospital Dia	01
08	Unidade de Pronto Atendimento – UPA	02
09	Unidade de Urgência e Emergência	05
10	Unidade Móvel de Nível Pré-hospitalar-Urg. /Emerg. - SAMU	05



11	Centro Especializado em Odontologia – CEO	01
12	Centro de Atenção Psicossocial Adulto (tipo II)	01
13	Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil	01
14	Núcleo de Apoio a Saúde da Família	01
15	SAE (Serviço de Assistência Especializada) / CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento)	01
16	Laboratórios Públicos	09
17	Melhor em Casa	02

Fonte: DATASUS/MS

O município de Ananindeua tem atualmente 107 equipes de saúde da família implantada, habilitada pelo Ministério da Saúde 91 equipes (65.68% de cobertura). Referente à EACS tem 677 cadastrados e 671 habilitados. Não tem Unidade de Saúde na área rural, existe uma equipe que uma vez por semana presta serviços de saúde através de visita domiciliar as famílias das ilhas, nos casos de urgência e emergência os moradores das ilhas procuram atendimento na cidade.

Vale ressaltar que com a municipalização, atualmente as Unidades de Saúde passaram a ser gerenciadas através de Pólos de Saúde, também conhecido como distritos sanitários, que tem como objetivo proporcionar qualidade no atendimento e nas ações da atenção básica em toda rede de assistência à saúde, para que a população de Ananindeua-PA tenha seus direitos de saúde garantidos conforme a legislação brasileira.

Através da Secretaria Municipal de Saúde os Pólos foram criados como forma de descentralizar a gestão nas áreas de atendimento da saúde que visam aproximar os serviços de saúde oferecidos pela rede do SUS, à população.

Referente à Unidade José Araújo onde estamos atuando é uma unidade municipal com sede própria, situada na zona urbana com vínculo 100% SUS com 100% de cobertura da área adstrita e sem vínculo com instituições de ensino. Com 01 equipe cujo modelo de atenção é o da Estratégia de Saúde da Família. O quadro de recursos humanos da unidade é: 01 gerente, 01 médico, 06 Agentes Comunitários de Saúde, 01 enfermeiro e 01 técnica de enfermagem e 01 agente administrativo.

A USF José Araújo foi inaugurada há 10 anos, construída para uma equipe de saúde e na sua estrutura física contém: 01 sala de espera, 01 arquivo, 01 farmácia, 02 consultórios (médico e enfermagem), 01 sala de procedimentos, 01

banheiro para usuários sem adaptações para portadores de necessidades especiais e 01 banheiro para funcionários. A Unidade não tem meios que favoreçam a acessibilidade de usuários com deficiência física e/ou dificuldade de locomoção, gestantes e idosos o qual infringe o primeiro princípio da carta de direitos dos usuários que garante à acessibilidade com o fim das barreiras arquitetônicas e de comunicabilidade.

As deficiências que mais atrapalham o desenvolvimento do trabalho na UBS é o fato da estrutura não estar conforme os padrões do Ministério da Saúde, não possui sala de vacina, sala de PCCU, não possui lavatório no consultório de enfermagem, sala de armazenamento de material de limpeza, almoxarifado, copa, sala de reunião e consultório odontológico. Outra dificuldade é a não informatização da unidade, com isso dificulta a elaboração dos relatórios, acompanhamento dos programas e avaliação das atividades da UBS e a falta de manutenção preventiva dos equipamentos e estrutura.

Sobre as necessidades observadas na Unidade, observa-se o quanto está distante do que preconiza o “Manual da Estrutura da UBS – MS”. Em sua estrutura oferece as condições mínimas para o atendimento em saúde e acesso muito dificultado aos usuários portadores de necessidades especiais e idosos. Não dispõe da maioria das salas importantes para a equipe e usuários atendidos, entre elas, a sala de vacina para descentralizar esta ação da Unidade Básica de saúde, ora distante da população cadastrada em nossa estratégia.

Quando são avaliadas as atribuições da equipe, pode-se dizer que a mesma procura desenvolver da melhor maneira possível suas atribuições, porém muitas vezes fica impossibilitada de realizar algumas ações devido à falta de equipamentos, deficiência da logística, a lentidão dos processos a nível central. Se houvesse mais investimentos para a realização das medidas de prevenção com certeza teríamos melhores resultados e resolutividade na assistência prestada ao usuário.

As áreas da Equipe de Saúde da Família por sua vez foram subdivididas, para efeito de organização do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), em micro áreas, de acordo com o tamanho da população e índice de vulnerabilidade à saúde de seu território e respeitando o número de famílias por ACS.

A equipe foi orientada a reservar o turno da manhã para o acolhimento dos usuários, as dificuldades na organização do trabalho, decorrentes do excesso de demanda e da difícil negociação com a população para priorização de ações já

programadas; A ESF se organiza de uma maneira, pois não há padronização desse atendimento. O processo de trabalho em saúde visa à organização da demanda espontânea. A ferramenta que se poderia utilizar para superar essa demanda seria a classificação de risco.

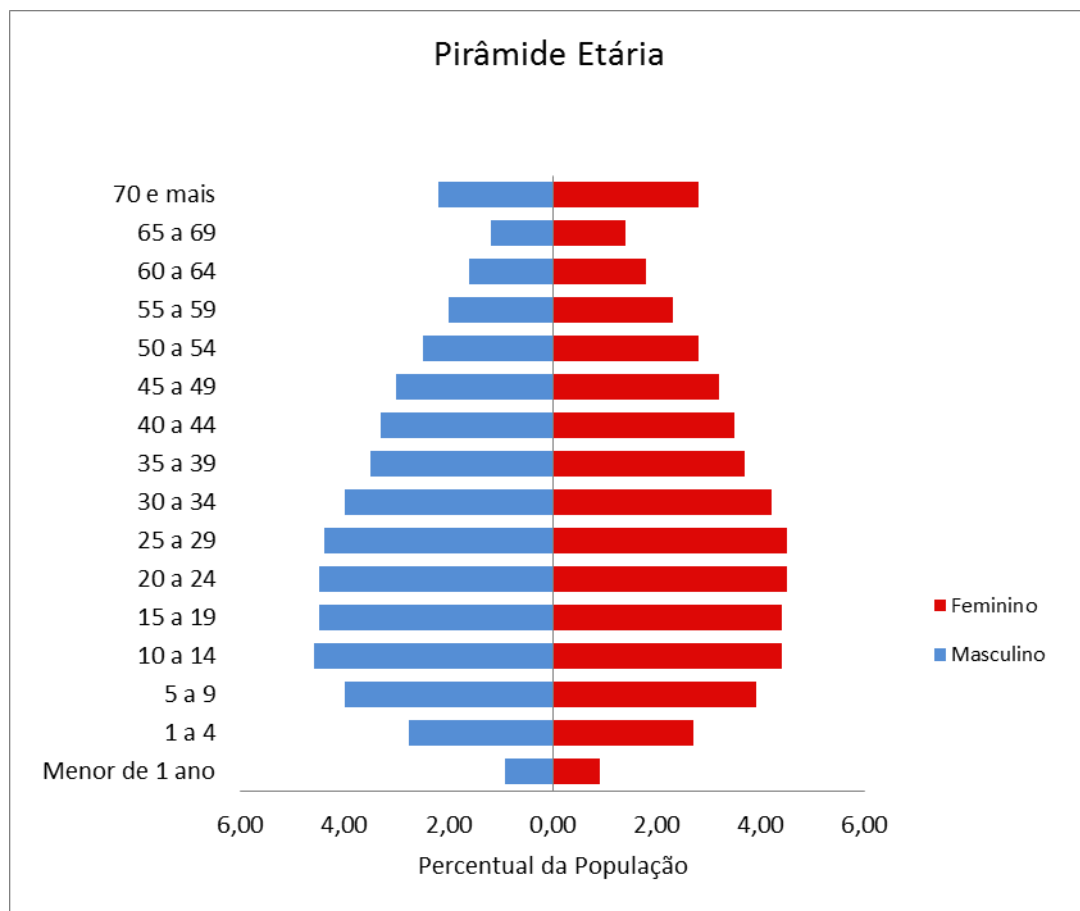
Na ESF, o enfermeiro, especificamente, desenvolve ações individuais e coletivas, sejam na unidade de saúde, durante as consultas ou em lares. São realizadas ações em saúde voltadas para as faixas etárias. Essas ações têm como foco as estratégias de promoção, prevenção e assistência à saúde, com especial destaque para crescimento e desenvolvimento saudável. As ações realizadas na unidade são: Proame (Programa de Aleitamento Materno Exclusivo), acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, complementação de ferro. As dificuldades apresentadas são principalmente de falta de infraestrutura física e de pessoal para a implantação de um programa de saúde da criança, efetivo e com acesso que possa garantir a equidade prevista nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, realidade esta vivenciada por diversos municípios. Prioridades e possibilidades de enfrentamento são atitudes que tomamos todos os dias através das ações desenvolvidas dentro e fora da unidade de saúde. Entretanto, não temos condições de superar todas as dificuldades estruturais devido à falta de recursos financeiros, porém, continuaremos enviando relatórios sobre nossas condições físicas aos gestores e informando o que preconiza o Ministério da Saúde na tentativa de alcançarmos o necessário para oferecermos um atendimento digno e de qualidade aos usuários do SUS.

Dessa forma, a ESF surge embasada, principalmente, na temática da família como foco de sua ação, em busca da reorientação de um modelo de saúde pautado na construção coletiva, reafirmando o sujeito como cidadão responsável pelo seu crescimento e desenvolvimento na família e no coletivo. Para atingir este enfoque, é necessário olhar para este indivíduo dentro de sua realidade, ou seja, de sua família e de suas relações sociais, com as quais interlaçam as atividades do cuidar em saúde. É nesta perspectiva que a ESF foge da concepção usual dos programas tradicionais, por não se tratar da intervenção pontual no tempo e no espaço e, tampouco, de forma vertical e paralela nas atividades rotineiras dos serviços de saúde. Ao contrário, objetiva a integração e a organização das atividades em território definido, com o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados. Ainda tem como premissa a humanização das práticas de saúde, a

busca pela satisfação do usuário, a criação de vínculos entre os usuários e os profissionais da equipe de saúde e o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania.

Em relação às atribuições da equipe, diante do que expressa a Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011, cada setor e cada profissional têm sua função no sistema de saúde no intuito de fazer funcionar os serviços com equidade, universalidade e integralidade. Na USF José Araújo, pode-se observar certo descuido por alguns profissionais na execução de suas atribuições, devido queixarem-se de falta de recursos, treinamentos e/ou estrutura física. Nota-se a dificuldade de acompanhamento dos programas, busca ativa, recadastramento e mapeamento das áreas e vigilância epidemiológica observada pelas notificações compulsórias. Infelizmente, essas dificuldades prejudicam o planejamento e a seleção de prioridades. Outro entrave observado durante a realização do questionário é quanto à participação do profissional médico inserido nesta unidade, pois o mesmo está muito centrado nas consultas curativas dentro da unidade, deixando a desejar no que diz respeito ao trabalho paralelo em equipe, na educação em saúde, no planejamento e outras ações. Já se tentou várias conversas com o profissional mencionado acima no intuito de aproximá-lo do que preconiza a Saúde da Família, porém, o mesmo não tem mudado o seu perfil dentro da equipe, onde se observa que a única solução a essa altura é substituí-lo por alguém que se enquadre nos critérios estabelecidos na portaria 2488. Outra forma de tentar superar essas dificuldades dentro das atribuições profissionais é estabelecer treinamentos permanentes junto à equipe para esclarecer o papel que cada um representa para a Estratégia Saúde da Família.

Em relação à população da área adstrita, a ESF José Araújo, atende 3.931 pessoas sendo que 1.926 são do sexo masculino e 2005 do sexo feminino, dividindo por faixa etária da seguinte forma, segundo o caderno das ações programáticas quanto a estimativa populacional: menores de 1 ano (72 pessoas); 1 a 4 (215 pessoas); 5 a 9 (311 pessoas); 10 a 14 anos (354 pessoas); 15 a 19 anos (354 pessoas); 20 a 24 anos (350 pessoas); 25 a 29 anos (350 pessoas); 30 a 34 anos (322 pessoas); 35 a 39 anos (283 pessoas); 40 a 44 pessoas (267 pessoas); 45 a 49 anos (244 pessoas); 50 a 54 anos (208 pessoas); 55 a 59 anos (189 pessoas); 60 a 64 anos (134 pessoas); 65 a 69 anos (102 pessoas); 70 anos e mais (197 pessoas) conforme a figura 1:



**Figura 1-** Pirâmide etária

Em relação à atenção à demanda espontânea, busca-se atender a todos que chegam à busca de auxílio de forma acolhedora, independentemente de serem cadastrados em nossa Unidade. O que deixa a desejar realmente é o tamanho da estrutura física da unidade que poderia ser maior para acolher de forma mais humanizada a população. Diante desta dificuldade são feitos mutirões periodicamente para alcançar a todos os usuários de diversos grupos.

Em relação à saúde da criança 72 crianças menores de um ano residem na área, sendo que apenas 70 delas são acompanhadas pela estratégia, correspondendo a 98% a cobertura de puericultura com consultas de enfermagem e médicas não programadas, sem seguir nenhum protocolo. Após o preenchimento do caderno de ações programáticas, passamos a programar essas consultas pra todas as segundas-feiras sendo que 01 vez ao mês damos uma atenção especial às crianças menores de 6 meses que encontram-se em aleitamento materno exclusivo que chamamos de PROAME (Programa de Aleitamento Materno Exclusivo). Acompanhamos o crescimento, desenvolvimento e imunizações, além de

encaminhar para outras referências como pediatria, odontologia, nutricionista, fonoaudiologia e outros que se fizerem necessários. Realizamos o preenchimento dos dados no cartão espelho e no caderno dos programas existente na unidade.

É importante demonstrar a relevância da assistência à mulher no pré-natal contribuindo para diminuir a morbidade e mortalidade relacionada à gravidez. Segundo o Caderno de ações programáticas estima-se que 59 gestantes residem na área, porém apenas 16 estavam sendo acompanhadas correspondendo a 27% a cobertura do pré-natal na área pela USF. Oferecemos as seguintes ações de atenção a gestante: consultas médica e de enfermagem, encaminhamos para exames laboratoriais, USG, vacinas, aos serviços de nutrição e odontologia existentes em outra unidade de referência e realizamos atividades educativas sobre o pré-natal, cuidados com as mamas e Aleitamento materno exclusivo durante os primeiros 6 meses de vida do RN. No serviço utilizamos o manual de assistencial ao pré-natal do MS para as ações programáticas. Possuímos um registro específico (livro) onde anotamos todas as informações das grávidas além do preenchimento nos prontuários. Quanto às dificuldades encontradas relativas à cobertura da atenção à gestante observa-se o início tardio da mesma ao pré-natal prejudicando assim o seu acompanhamento pleno e a falta de registro do profissional médico nos instrumentos para esse fim. Como forma de enfrentamento, são realizadas palestras periódicas durante a semana para grupo de mulheres sobre a importância do início precoce do pré-natal e conversas frequentes com o profissional médico quanto a necessidade do registro das informações no prontuário clínico.

Na unidade realizamos uma vez por semana a coleta do material citopatológico e exame das mamas no consultório de enfermagem, tanto das mulheres da área como da demanda espontânea. Segundo o caderno das ações programáticas estima-se que 1022 mulheres com idade entre 25 e 64 anos residem na área de cobertura, contudo, apenas 38 delas são acompanhadas na unidade para prevenção de câncer de colo uterino, correspondendo a 4% a cobertura deste programa na área. Contamos com um registro próprio durante a coleta do material citopatológico, onde através do qual realizamos o monitoramento do segmento dos casos com resultado alterados e avaliação da qualidade do programa realizado na unidade. Utilizamos o manual do Controle dos cânceres do colo uterino e de mama do MS (2013). Os aspectos positivos que apontamos é o acesso ao exame e as dificuldades que enfrentamos além da estrutura física, são a demora na entrega dos

resultados por parte do laboratório conveniado e o difícil acesso aos exames complementares para confirmar diagnósticos que algumas mulheres necessitam.

Dentro dessa perspectiva, durante o exercício de minhas atribuições na ESF, temos observado uma baixa adesão das mulheres, ao exame citopatológico de Papanicolau, justificadas por muitas delas em suas falas pelos sentimentos de medo de descobrir alguma alteração de saúde, vergonha de expor o corpo, constrangimento e contrariedade diante do procedimento.

Algumas estratégias podem contribuir para a adesão das mulheres ao exame preventivo do câncer de colo uterino. É aconselhado melhorar as condições de acesso e recepção das mulheres. Devem ser oferecidos horários diferenciados e flexíveis para a realização do exame. Os profissionais de saúde devem interagir com as mulheres a fim de individualizar a assistência prestada. É necessário criar um vínculo de confiança para assegurar seu retorno ao serviço de saúde. Isso propicia uma relação de segurança que pode resultar na busca dentre amigas e familiares, de um maior número de mulheres para a adesão ao exame Papanicolau. Acreditamos que além da manutenção do processo de organização da oferta da atenção à saúde da mulher, a necessidade de maior investimento em educação em saúde, tanto dos profissionais da rede, como dos pacientes expostos a este risco.

O programa de atenção aos hipertensos e diabéticos é o que tem a maior quantidade de usuários acompanhados. São 155 hipertensos com 20 anos ou mais e 43 diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área, a cobertura do programa de hipertensão e diabetes corresponde a 19% e 18% respectivamente, porém não existe nos registros o quantitativo de pacientes com estratificação de risco cardiovascular por critério clínico e com consulta atrasada por mais de 7 dias, no entanto, é realizado o acompanhamento médico e de enfermagem dos portadores de hipertensão e diabetes mensal. São realizadas ações educativas com orientações sobre alimentação saudável e atividade física e os usuários que precisam são referenciados para avaliação cardiovascular e para avaliação de saúde bucal. As maiores dificuldades são a pouca adesão dos usuários diabéticos às consultas e ao tratamento não medicamentoso, a baixa frequência em que são avaliados os pés dos mesmos e a palpação dos pulsos tibial posterior e pediosos dos pacientes diabéticos cadastrados no programa. Considerando os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à DM e HAS na Unidade,

nota-se a importância de realizar busca ativa de novos casos de hipertensos e diabéticos na área de abrangência, planejar estratégias pra atrair os usuários para as consultas clínicas, realizar atividades extramuros com a clientela específica com a participação de outros profissionais, orientar a equipe sobre o protocolo do Ministério da saúde sobre as consultas e estimular a equipe para que registre as informações completas sobre o programa, nos livros e prontuários para futuras avaliações.

Em relação à saúde do idoso, estima-se que 432 idosos com 60 anos ou mais residem na área de cobertura, no entanto, 363 destes usuários são acompanhados na unidade correspondendo a 84% a cobertura do Programa de saúde do idoso na área conforme o caderno de ações programáticas. O Saúde do idoso é um programa que ainda não está bem implantado e a forma de registro na Unidade não nos permite uma avaliação completa sobre o mesmo, porque as informações estão incompletas sobre a assistência dada a este grupo de usuários. Outro fator é a quantidade de idosos cadastrados no programa, devido não serem encontrados muitas vezes em suas residências em decorrência das viagens ao interior do estado (muito comum nesta faixa etária) e saída dos mesmos no horário das visitas. Dessa forma, a qualidade da assistência fica prejudicada, pois não há uma programação específica para estes usuários. Portanto, precisa-se avançar no sentido de programar ações que de fato acompanhem o idoso em sua integralidade e fragilidade, incentivando práticas saudáveis de vida e frequência à unidade de saúde, mesmo nos períodos em que não se encontram enfermos. E para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção a essa população, faz-se necessário realizar um recadastramento de todos, planejar ações de acompanhamento integral a estes usuários, melhorar o acolhimento, incentivar os profissionais quanto a forma de registro e buscar melhorias junto ao gestor municipal das condições de acesso estrutural na Unidade.

Considerando os maiores desafios que enfrentamos, observa-se a dificuldade na estrutura física, falta de recursos materiais, falta de profissionais treinados e a baixa adesão dos usuários aos programas. A Unidade não oferece os melhores recursos para desenvolvermos as ações em saúde, porém é necessário arregañar as mangas para alcançarmos resultados satisfatórios.



### **1.3 Comentário Comparativo sobre o Texto Inicial e o Relatório da Análise Situacional**

Realizando um comentário comparativo sobre o texto inicial e o relatório da análise situacional, observam-se poucas diferenças entre os dois, porém pode-se concluir que o segundo apresenta uma abordagem mais completa sobre a situação da Estratégia Saúde da Família em relação aos programas realizados na Unidade, mostrando as dificuldades e trazendo as prioridades e as possibilidades de enfrentamento para os mesmos.

Este segundo texto, esclarece as atribuições de cada profissional e destaca os entraves que enfrentamos no serviço como a falta de estrutura física, a falta de registro por alguns profissionais da estratégia e a falta de mais recursos para desenvolvermos certas ações com mais qualidade e frequência como é o caso dos exames Papanicolau.

Entretanto, faremos o possível de continuar informando estas situações para o nível central (gestor municipal) na esperança de alcançarmos melhorias para um atendimento digno de saúde à população de nossa área de abrangência.

## **2. Análise estratégica – Projeto de intervenção**

### **2.1 Justificativa**

As doenças do aparelho circulatório representam um importante problema de saúde pública em nosso país. Há algumas décadas, é a primeira causa de morte no Brasil, segundo os registros oficiais (Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM).

Conforme a Secretaria de Políticas Públicas/ MS (2001), a Hipertensão Arterial (HA) e o Diabetes Mellitus (DM) constituem os principais fatores de risco para as doenças do aparelho circulatório. Entre as complicações mais frequentes decorrentes desses agravos encontram-se o Infarto Agudo do Miocárdio, o Acidente Vascular Encefálico, a Insuficiência Renal Crônica, as amputações de pés e pernas, a cegueira definitiva, os abortos e as mortes perinatais (BRASIL, 2001). No Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis representam cerca de metade de todos os óbitos ocorridos e as doenças cardiovasculares e o Diabetes Mellitus tem destacada posição nesses coeficientes de morbimortalidade. Isso ocorre em decorrência da baixa adesão destes usuários ao tratamento e às orientações pra melhora da qualidade de vida.

O programa de atenção aos hipertensos e diabéticos, na Unidade de Saúde da Família José Araújo é o que tem o maior número de participantes, são 124 hipertensos acompanhados com 20 anos ou mais residentes na área e 39 diabéticos, porém não existe nos registros o quantitativo de pacientes com estratificação de risco cardiovascular por critério clínico e com consulta atrasada por mais de sete dias, no entanto, é realizado o acompanhamento médico e de enfermagem dos portadores de hipertensão e diabetes mensal. São realizadas ações educativas com orientações sobre alimentação saudável e atividade física e os usuários que precisam são referenciados para avaliação cardiovascular e para avaliação de saúde bucal. As maiores dificuldades são a pouca adesão dos usuários diabéticos às consultas e ao tratamento não medicamentoso, a baixa frequência em que são avaliados os pés dos mesmos e a palpação dos pulsos tibial, posterior e pediosos dos pacientes diabéticos cadastrados no programa. Considerando os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à DM e HAS

na Unidade, nota-se a importância de realizar busca ativa de novos casos de hipertensos e diabéticos na área de abrangência, planejar estratégias pra atrair os usuários para as consultas clínicas, realizar atividades extramuros com a clientela específica com a participação de outros profissionais, orientar a equipe, sobre o protocolo do Ministério da Saúde sobre as consultas e estimular a equipe para que registre as informações completas sobre o programa, nos livros e prontuários para futuras avaliações.

Logo, este projeto de intervenção é de grande relevância para a Estratégia Saúde da Família José Araújo porque visa atingir principalmente a população mais carente de informação, atendendo as ações programáticas para o grupo de hipertensos e diabéticos e proporcionando melhor adesão dos usuários.

Justifica-se ainda porque oferece informações aos pacientes sobre seus acometimentos de saúde, com o intuito de ajudá-los a enfrentar da melhor forma possível, e ao mesmo tempo, propicia à equipe participante o contato e a interação com estes pacientes, conhecendo as dificuldades e resistências vividas pelos portadores de doenças crônicas com o propósito de amenizá-las.

Tem relevância ainda pela elevada prevalência de doenças crônicas, como a Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus, e os impactos que as mesmas trazem para a vida dos pacientes e seus familiares, propondo com a formação de grupos operativos socializar estes pacientes através da troca de informações e experiências, aliviando o sofrimento e auxiliando na busca por soluções decorrentes das limitações impostas, educando assim para a prevenção de agravos, complicações e recorrências destes acometimentos.

## **2.2 Objetivos e Metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus acompanhados na Unidade Saúde da Família José Araújo no município de Ananindeua/ Pará.

### 2.2.2 Objetivos específicos

1. Ampliar a cobertura à hipertensos e/ou diabéticos;
2. Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa;
3. Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde;
4. Melhorar o registro das informações;
5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular;
6. Promover à saúde.

### 2.2.3 Metas

**Relativa ao objetivo 1:** Ampliar a cobertura de Hipertensos e/ou Diabéticos.

**Metas 1:** Cadastrar 40% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Meta 2:** Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Relativa ao objetivo 2:** Melhorar a adesão do Hipertenso e/ou diabético ou programa.

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

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

**Relativa ao objetivo 3:** Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde

**Meta 1:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

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

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

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

**Meta 5:** Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos.

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

**Relativa ao objetivo 4:** Melhorar o registro das informações.

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

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

**Relativa ao objetivo 5:** Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

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

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

**Relativa ao objetivo 6:** Promoção da saúde

**Meta 1:** Garantir o encaminhamento para avaliação odontológica a 100% dos pacientes hipertensos.

**Meta 2:** Garantir o encaminhamento para avaliação odontológica a 100% dos pacientes diabéticos.

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

**Meta 4:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

**Meta 5:** Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes hipertensos.

**Meta 6:** Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes diabéticos.

**Meta 7:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

**Meta 8:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos.

## 2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de quatro meses na Unidade Saúde da Família José Araújo no município de Ananindeua/PA.

Participarão da intervenção todos os adultos portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes, pertencentes à área de abrangência da USF. Será utilizado como protocolo, os Cadernos de Atenção Básica número 36 e 37 “Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica”, Ministério da Saúde, 2013.

### 2.3.1 Ações

Para o alcance das metas, a equipe realizará as ações nos eixos de monitoramento e avaliação; organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

Para ampliar **a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos**, com a finalidade de atingir a meta de cadastrar 40% dos hipertensos e 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, **no eixo monitoramento e avaliação** a ação será monitorado o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, através dos registros do livro específico, os quais serão averiguados com a finalidade de verificar se as metas estão sendo alcançadas. Esta ação ficará a cargo da enfermeira da Unidade que irá avaliar os registros das ações da população atendida. Posteriormente os dados serão discutidos em reunião de equipe onde será avaliada a eficácia das ações desenvolvidas até o momento e elencados propostas para melhorias dos resultados.

No **eixo organização e gestão do serviço** as ações são atualizar o registro dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa durante a primeira semana de intervenção, através de visitas domiciliares pelos ACS, que utilizarão uma ficha de levantamento de dados onde consta, nome do usuário, idade, data de nascimento, endereço, telefone, se tem plano de saúde privado, etc. Caso o usuário hipertenso e/ou diabético ainda não seja cadastrado, deverá ser feito o cadastramento do mesmo no programa. Ainda no eixo de organização e gestão, serão acolhidos na Unidade os cadastrados no programa em questão, para as

consultas de enfermagem e médica em dois dias da semana respectivamente. Os usuários deverão ser agendados pela primeira vez em seu domicílio pelo ACS e reagendado o retorno na Unidade a cada ida com o profissional enfermeiro ou médico. Serão abertas exceções, a fim de facilitar a implementação das ações. Para garantir um atendimento de qualidade a estes usuários, deveremos dispor de material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde pelo técnico de enfermagem.

No **eixo engajamento público** a comunidade será esclarecida sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na Unidade de saúde e sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente e sobre a necessidade do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 130/80 mmHg, sobre os fatores de risco para o desenvolvimento da hipertensão e diabetes., em palestras na comunidade pelas equipes de saúde da família, que acontecem mensalmente em cada área e em salas de espera.

No **eixo qualificação da prática clínica** a equipe da USF será capacitada para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg. E os ACS serão capacitados para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde. A capacitação será realizada na sala de espera da unidade, sendo utilizados como referência, os Cadernos de Atenção Básica “Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde”. Os ACS serão orientados quanto ao cadastramento dos usuários, sobre controle e prevenção de complicações. A capacitação para os ACS será realizada por uma enfermeira.

Para **a meta de buscar 100% dos hipertensos e 100% de diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada, no eixo monitoramento e avaliação** será monitorado o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia), através dos registros em livro específico, os quais serão monitorados a cada semana, a fim de verificar se as metas estão sendo alcançadas. Este monitoramento será realizado pelos ACS, sendo que cada um ficará responsável pelo monitoramento das ações de sua área adscrita. Posteriormente estes dados serão

discutidos em reunião de equipe e se necessário serão criadas novas estratégias de implementação das ações.

No **eixo organização e gestão do serviço** serão organizados as visitas domiciliares para buscar os faltosos e uma agenda para acolher os hipertensos e/ou diabéticos provenientes das buscas domiciliares, serão acolhidas pela enfermeira que realizará orientações referentes à patologia, riscos e detecção precoce da hipertensão e diabetes bem como providenciará a solicitação de exames para acompanhamento. No **eixo engajamento público** a comunidade será esclarecida sobre a importância de realização das consultas e ao mesmo tempo será ouvida sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes. A comunidade será esclarecida sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas nas reuniões destinadas aos Grupos de Hipertensos e Diabéticos e nas palestras na comunidade, que ocorrem mensalmente, nas salas de espera e durante as visitas domiciliares.

No **eixo qualificação da prática clínica** os ACS da USF serão capacitados para orientarem os diabéticos e/ou hipertensos quanto à realização das consultas e sua periodicidade. A capacitação será realizada por uma enfermeira.

Para a **meta, realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos**. No **eixo monitoramento e avaliação** será monitorada a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na USF, através do monitoramento anual, mais especificamente no mês de dezembro de cada ano, dos registros, em livro específico. No **eixo organização e gestão do serviço** serão definidas atribuições para cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e/ou diabéticos, será organizada uma capacitação para os profissionais de acordo com os protocolos do Ministério da saúde, ficando estabelecido um cronograma periódico para atualização dos profissionais. Será providenciada a versão atualizada do protocolo impressa, para que todos da equipe tenham acesso. No **eixo engajamento público** a comunidade será esclarecida quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e/ou diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, por meio de salas de espera semanais, de palestras mensais nas comunidades, nos Grupos de Hipertensos e Diabéticos às quintas - feiras pela manhã, além das informações a serem passadas pelos ACS nas visitas domiciliares.



No **eixo qualificação da prática clínica** a equipe da USF será capacitada para a realização de exame clínico apropriado, por ocasião da capacitação a ser realizada na sala de espera, na primeira semana de intervenção, baseada no Caderno de Atenção Básica citado anteriormente.

Para alcance da **meta de garantir a solicitação de exames complementares em dia de acordo com o protocolo recomendada pelo Ministério da Saúde a 100% dos hipertensos e 100% diabéticos**, no **eixo avaliação e monitoramento** será monitorada o número de hipertensos e/ou diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde e o número de hipertensos e/ou diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada. Através do monitoramento dos registros em livros específicos, que será realizado anualmente, no mês de dezembro, sendo que cada ACS ficará responsável pelo monitoramento dos registros da sua área adstrita. No **eixo organização e gestão do serviço** será garantida a solicitação dos exames complementares e solicitado para o gestor municipal agilidade para a realização dos mesmos. Será organizado junto à equipe um sistema de alerta para os exames complementares preconizados. No **eixo engajamento público** a comunidade e os pacientes serão orientados quanto a necessidade e a periodicidade de realização de exames complementares, por meio de salas de espera semanais, palestras nas comunidades mensais, e em palestras nos Grupos de Hipertensos e Diabéticos às quintas-feiras pela manhã, além das informações a serem passadas pelos ACS nas visitas domiciliares. No **eixo qualificação da prática clínica** a equipe da USF será capacitada quanto à utilização do protocolo adotado para solicitação de exames complementares, por ocasião da capacitação a ser realizada na sala de espera, na primeira semana de intervenção, baseada no Caderno de Atenção Básica, escolhido como protocolo para as ações.

Em relação a **meta de garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e 100% de diabéticos** cadastrados na unidade de saúde, no **eixo monitoramento e avaliação** será monitorado o acesso destes usuários aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Para isso, os usuários serão questionados durante o atendimento, sobre a possibilidade de conseguirem suas medicações nas farmácias populares. No **eixo organização e gestão do serviço** será realizado o controle de estoque

(incluindo validade) de medicamentos e mantido um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde. A fim de não faltar medicamentos necessários para dispensação mensal conforme o protocolo utilizado. No **eixo engajamento público** a comunidade e os pacientes serão orientados quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, por meio de salas de espera semanais e em palestras nos grupos de hipertensos e diabéticos na unidade. No **eixo qualificação da prática clínica** os profissionais serão atualizados quanto ao tratamento da hipertensão e diabetes e a equipe será capacitada para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, por ocasião da capacitação a ser realizada na sala de espera, pelo médico da unidade na primeira semana de intervenção, baseada no Caderno de Atenção Básica, escolhido como protocolo para as ações.

Para melhorar o registro das informações, a meta será manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde, portanto, no **eixo monitoramento e avaliação** será monitorado a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde, durante inspeção mensal dos registros realizados pela enfermeira da unidade. No **eixo organização e gestão do serviço** buscaremos manter as informações do SIAB atualizadas, será implantada a planilha/registro específico de acompanhamento e pactuado com a equipe o registro das informações. O técnico de enfermagem da unidade será o responsável pelo monitoramento dos registros e informará 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. No **eixo engajamento público** a comunidade e os pacientes serão esclarecidos sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Através de palestras mensais nas comunidades e nos encontros no Grupo de Hipertensos e Diabéticos as quintas-feiras pela manhã. No **eixo qualificação da prática clínica** a equipe da USF será capacitada quanto ao preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e/ou diabético e quanto ao registro adequado dos procedimentos clínicos em todas

as consultas, por ocasião da capacitação que será realizada na sala de espera da USF.

Para mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular, buscando a meta de estratificar 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde quanto ao risco cardiovascular de saúde, no **eixo monitoramento e avaliação** será monitorado o número de pacientes hipertensos e/ou diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano. No **eixo organização e gestão do serviço** os pacientes avaliados como de alto risco serão atendidos com prioridade e será organizada a agenda para o atendimento desta demanda. No **eixo engajamento público** os usuários serão orientados quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular. E os pacientes e a comunidade serão esclarecidos quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação), através de palestras mensais nas comunidades e nos encontros no Grupo de Hipertensos e Diabéticos as quintas-feiras pela manhã. No **eixo qualificação da prática clínica** a equipe será capacitada para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, quanto a importância do registro desta avaliação e sobre as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Para promover a saúde no sentido de garantir o encaminhamento para avaliação odontológica à 100% dos pacientes hipertensos e 100% dos diabéticos no **eixo monitoramento e avaliação** será monitorada a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista. No **eixo organização e gestão do serviço** será organizado um registro dos encaminhamentos dos pacientes cadastrados no programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus para o dentista, será estabelecido prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico e buscar-se-á junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes pacientes. No **eixo engajamento público** buscar-se-á parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde e a comunidade será mobilizada para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista. No **eixo qualificação da prática clínica** a equipe será capacitada para avaliar e encaminhar para o tratamento bucal o paciente hipertenso e/ou diabético.

Ainda com o objetivo de promover a saúde e garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos, no **eixo**

**monitoramento e avaliação** será monitorada a realização de orientação nutricional aos hipertensos e aos diabéticos durante o acolhimento para as consultas de enfermagem e médica. No **eixo organização e gestão do serviço** será organizada uma programação para expor práticas coletivas sobre alimentação saudável através de parcerias com o serviço de nutrição de referência do município. No **eixo engajamento público** os hipertensos e diabéticos receberão orientações sobre a importância da alimentação saudável durante as visitas domiciliares na presença de seus familiares. No **eixo qualificação da prática clínica** a equipe da unidade de saúde receberá treinamento sobre práticas de alimentação saudável e sobre metodologias de educação em saúde.

Para a meta de garantir orientação a 100% dos pacientes hipertensos e 100% dos diabéticos em relação à prática de atividade física regular no **eixo monitoramento e avaliação** os hipertensos e diabéticos serão monitorados quanto a realização de atividade física regular, por meio de entrevistas aos seus familiares durante as visitas domiciliares e no preenchimento de ficha de acompanhamento mensal. No **eixo organização e gestão do serviço** nestes 4 meses de intervenção será organizada uma programação para os hipertensos e diabéticos com a participação de um educador físico para orientar a prática de atividade física adequada por estes pacientes. Para tanto, buscar-se-á parcerias institucionais junto ao gestor. No **eixo engajamento público** os hipertensos, diabéticos e a comunidade serão orientados sobre a importância da prática de atividade física regular através de palestras mensais na comunidade e nos encontros no Grupo de Hipertensos e Diabéticos as quintas-feiras pela manhã. No **eixo qualificação da prática clínica** a equipe da unidade de saúde receberá treinamento sobre práticas a promoção da prática clínica regular e sobre metodologias de educação em saúde.

Em relação à meta de garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos e 100% dos pacientes diabéticos, no **eixo monitoramento e avaliação** os hipertensos e diabéticos serão monitorados quanto realização de orientação sobre riscos do tabagismo por meio de entrevistas aos seus familiares durante as visitas domiciliares e no preenchimento de ficha de acompanhamento mensal. No **eixo organização e gestão do serviço** será demandado junto ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo". No **eixo engajamento público** os hipertensos, diabéticos tabagistas e a comunidade, serão orientados sobre a existência de tratamento para

abandonar o tabagismo através de palestras mensais na comunidade e nos encontros no Grupo de Hipertensos e Diabéticos as quintas-feiras pela manhã. No **eixo qualificação da prática clínica** a equipe da unidade de saúde receberá treinamento para o tratamento de pacientes tabagistas e sobre metodologias de educação em saúde.

### 2.3.2 Indicadores

**Meta 1:** Cadastrar 40% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Indicador 1:** Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

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

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

**Meta 2:** Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

**Indicador 2:** Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

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

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

**Meta 3:** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 3:** Proporção de hipertensos faltosos com a consulta médica com busca ativa

Numerador: Número de hipertensos faltosos à consulta médica com busca ativa.

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

**Meta 4:** Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 4:** Proporção de diabéticos faltosos com a consulta médica com busca ativa

Numerador: Número de hipertensos faltosos à consulta médica com busca ativa.

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

**Meta 5:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

**Indicador 5:** Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo;

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

**Meta 6:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

**Indicador 6:** Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo;

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

**Meta 7:** Garantir a 100% dos hipertensos a solicitação de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 7:** 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 8:**Garantir a 100% dos diabéticos a solicitação de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 8:** 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 9:**Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 9:**Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

**Meta 10:**Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 10:**Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

**Meta 11:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 11:**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 12:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 11:** 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.

**Meta 13:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 13:** 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 14:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 14:** 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.

**Meta 15:** Garantir encaminhamento para avaliação odontológica a 100% dos pacientes hipertensos.

**Indicador 15:** Proporção de hipertensos encaminhados para avaliação odontológica.

Numerador: Número de hipertensos encaminhados para avaliação odontológica.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.



**Meta 16:** Garantir encaminhamento para avaliação odontológica a 100% dos pacientes diabéticos.

**Indicador 16:** Proporção de diabéticos encaminhados para avaliação odontológica.

Numerador: Número de diabéticos encaminhados para avaliação odontológica.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 17:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

**Indicador 17:** Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 18:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

**Indicador 18:** 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 19:** Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes hipertensos.

**Indicador 19:** Proporção de hipertensos com orientação sobre prática de atividade física regular.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 20:** Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes diabéticos.

**Indicador 20:** Proporção de diabéticos com orientação sobre prática de atividade física regular.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Meta 21:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

**Indicador 21:** 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 22:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

**Indicador 22:** 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.

### 2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção na melhoria da atenção aos portadores de HAS e DM vamos adotar o Manual Técnico de Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde, 2013, que será impresso na Secretaria de saúde do município e ficará disponível na Unidade para todos os profissionais consultarem. Utilizaremos a ficha espelho disponível no curso. Estimamos alcançar com a intervenção 122 hipertensos e 60 diabéticos. Faremos contato com o gestor municipal para dispor das 200 cópias da ficha espelho que necessitamos garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e do hemoglicoteste na unidade de saúde. Demandaremos também parcerias

institucionais para envolver nutricionistas do NASF existente no município, da Unidade de referência nesta atividade e verificar a possibilidade em conseguir a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo" junto ao gestor municipal. Para o acompanhamento semanal da intervenção pela enfermeira, será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados fornecida pelo curso.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os pacientes que vieram ao serviço para o controle nos últimos três meses. A profissional juntamente com os Agentes Comunitários de Saúde localizarão os prontuários destes usuários e transcreverão todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso e avaliação de risco em atraso.

A Análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe da USF pela enfermeira. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o manual técnico de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos hipertensos e diabéticos. Abordaremos temas como a correta verificação da PA, incluindo uso adequado do manguito, realização do hemoglicoteste em adultos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg, realização de estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e orientações sobre a alimentação saudável, a prática de exercícios físico e riscos do tabagismo. Esta capacitação ocorrerá no consultório médico da própria unidade, por ser o único local mais confortável com aparelho de ar condicionado, para isto será reservada 3 horas toda sexta-feira pela manhã para treinamento da equipe. Usaremos recursos emprestados na secretaria municipal de saúde pela enfermeira como notebook e televisão para amostra de vídeos didáticos. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe, utilizando-se da metodologia problematizadora.

Os pacientes confirmarão suas consultas no arquivo com a agente administrativo e serão acolhidos inicialmente pela técnica de enfermagem. Para os pacientes hipertensos serão verificadas as pressões arteriais sistólica e diastólica e do paciente diabético serão monitorados seus níveis glicêmicos, além de ser calculado o IMC de ambos os casos e circunferência abdominal. Pacientes com resultados alterados terão prioridade no atendimento para agilizar o tratamento de

intercorrências e prevenir complicações. Idosos também terão prioridade no atendimento. Os pacientes que vierem à consulta de rotina sairão da Unidade com a próxima consulta agendada para 30 dias com a enfermeira ou o médico.

Os ACS farão contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade nas duas igrejas da área de abrangência e apresentarão o projeto esclarecendo a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes e a importância da realização do acompanhamento dos hipertensos e diabéticos para prevenir as complicações. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação de hipertensos e diabéticos.



### 3. Relatório da intervenção

#### 3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.

Dentre as ações previstas no projeto estava aumentar o cadastramento dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Portanto, foi feita uma atualização do livro de registro para identificar aqueles hipertensos e diabéticos que não estavam com seus cadastros completos no sistema e os ACS realizaram busca ativa nas microáreas a fim de identificar novos casos desta patologia. Como uma forma de melhorar esta atenção, a primeira consulta do usuário era agendada em seu domicílio pelo ACS e o retorno era agendado a cada ida com o profissional médico ou enfermeiro.

Durante as visitas domiciliares a comunidade era esclarecida sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na Unidade de saúde e sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente e sobre a necessidade do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 130/80 mmHg, sobre os fatores de risco para o desenvolvimento da hipertensão e diabetes.

Para realizarmos estas ações, não tivemos dificuldades, porém tínhamos dificuldade em atrair esta população para aderirem ao acompanhamento adequado.

Outra ação cumprida integralmente foi a busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada. Porém, muitos diziam que iriam à consulta no dia agendado, mas não compareciam, tendo que novamente o ACS ir neste domicílio a fim de saber o motivo da ausência do paciente. Esta era a maior dificuldade encontrada nesta ação. Mas os que compareciam, eram orientados quanto à patologia, riscos e detecção precoce da hipertensão e diabetes bem como era providenciado uma solicitação de exames para acompanhamento.

A ação de realizar exame clínico em todos os hipertensos e diabéticos foi cumprida parcialmente por dois motivos, a falta deles às consultas de rotina mensais e a falta de tempo do profissional durante as consultas médicas que precisava atender uma grande demanda de pacientes de outros programas, portanto, não

dava tempo de realizar o exame clínico conforme o protocolo do Ministério da Saúde.

Quanto à solicitação de exames complementares, tivemos dificuldade no cumprimento integral desta ação devido a falta dos pacientes às consultas de rotina e também devido a demora na marcação de alguns exames pela unidade, desestimulando assim o retorno do paciente para o atendimento agendado de rotina. Porém, o monitoramento foi feito nestes quatro meses de intervenção, através das visitas domiciliares e das anotações nos registros.

Garantimos nesta intervenção a totalidade dos usuários hipertensos e diabéticos usando os medicamentos da farmácia popular. Esta ação foi monitorada através de questionamentos aos mesmos durante o atendimento. Mas infelizmente tivemos dificuldade em controlar o estoque da unidade a fim de não faltar medicamentos necessários para dispensação mensal conforme o protocolo, porque em alguns momentos a secretaria municipal de saúde atrasou as entregas e alguns pacientes de outras unidades acabavam recebendo os seus medicamentos em nossa unidade. Haja vista, a comunidade e os pacientes eram orientados quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso durante as salas de espera semanais na unidade. Dentro desta ação, não foi possível a participação do médico na realização de capacitação da equipe sobre os tratamentos de hipertensão e diabetes, novamente devido a falta de tempo deste profissional, visto que havia um acordo entre ele e o gestor municipal de atender a comunidade em apenas três dias da semana.

Para melhorar o registro das informações, não conseguimos manter atualizadas as fichas de acompanhamento de 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos conforme proposto, primeiro pela ausência de alguns pacientes às consultas, segundo pela baixa qualidade nos registros nas consultas médicas. Desta forma, se tornou difícil o monitoramento dos registros pelo técnico de enfermagem da unidade afim de que pudesse informar possíveis 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.

Outra ação desenvolvida parcialmente foi a estratificação dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde quanto ao risco cardiovascular de

saúde e não foi possível durante o período de intervenção, priorizar o atendimento aos pacientes avaliados como de alto risco, podendo ser melhorado esta ação com o decorrer do tempo. A dificuldade encontrada foi a falta de capacitação para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

No sentido de garantir o encaminhamento para avaliação odontológica a todos dos pacientes hipertensos e diabéticos, encontramos várias dificuldades porque primeiramente não temos uma equipe de saúde bucal na unidade onde foi realizada a intervenção e os pacientes que eram encaminhados para realização de consultas com o dentista na unidade de referência ora não conseguiam o agendamento devido às poucas cotas ofertadas ora faltavam às consultas devido à distância de seu domicílio ou a dificuldade de locomoção.

Portanto, esperamos que seja implantado o mais breve possível na Unidade de Saúde da Família José Araújo, uma equipe de saúde bucal para alcançarmos 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos com este atendimento conforme o protocolo do Ministério da Saúde.

No que se refere à promoção à saúde e garantia de orientação nutricional sobre alimentação saudável aos hipertensos e diabéticos, os pacientes eram monitorados durante as consultas de enfermagem e recebiam orientações sobre práticas saudáveis. Esta ação foi concluída na íntegra porque todos os pacientes cadastrados no programa receberam de alguma forma orientações nutricionais. Durante o período da intervenção, foi realizada uma programação na unidade com exposição de práticas coletivas sobre alimentação saudável através da parceria com o serviço de nutrição de referência do município. Portanto, esta ação foi desenvolvida com a participação de toda a equipe que cooperou com a doação dos alimentos expostos durante a atividade citada.

Quanto à orientação relacionada à prática de atividade física regular, todos os pacientes hipertensos e diabéticos foram orientados durante as consultas e visitas domiciliares pelos ACS, pela técnica de enfermagem, pelo médico e pela enfermeira. Porém, a programação proposta com a participação de um educador físico para orientar a prática de atividade física adequada por estes usuários, não foi possível de ser realizada devido não conseguirmos um espaço adequado em tempo hábil para esta ação. Entretanto, esta programação será desenvolvida em outro momento, assim que conseguirmos um espaço físico e o apoio do gestor municipal.



Em relação a garantir orientação sobre os riscos do tabagismo aos usuários hipertensos e diabéticos, realizamos orientações sobre riscos do tabagismo por meio de conversas dialogadas com os usuários e seus familiares durante as visitas domiciliares. Quanto à proposta de demandar junto ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo" não foi possível devido o desencontro de horários para esta ação. Todavia, os hipertensos, diabéticos tabagistas e a comunidade, foram orientados sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo através das palestras mensais na Unidade durante as salas de espera, podendo estender-se esta ação nos encontros no Grupo de Hipertensos e Diabéticos que ocorrem às quintas-feiras pela manhã.

### **3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.**

Dentre as ações previstas no projeto, a programação extramuros com a participação de um educador físico para orientar a prática de atividade física adequada aos pacientes hipertensos e diabéticos, não foi possível devido não conseguirmos apoio intersetorial em decorrência da falta de tempo, pois necessitaria de documentações para este fim. Mas mesmo assim, foi desenvolvida na unidade palestras incentivando a prática de atividade física pela equipe da estratégia. Além disso, como mencionado acima, não foi possível contactar o gestor e solicitar a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo" devido à incompatibilidade dos horários para agendamento com o mesmo.

### **3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.**

As dificuldades encontradas na coleta de dados estão relacionadas à ausência de pacientes do programa em seus domicílios durante as visitas dos agentes comunitários de saúde e a precariedade dos registros médicos nos prontuários, assim, o monitoramento ficava mais demorado, pois tínhamos que fazer a busca ativa destes pacientes para colher novamente dados relacionados a

realização de exames preconizados no protocolo, realização de consultas odontológicas, uso de medicações, realização de estratificação de risco para doenças cardiovasculares etc. Além da falta do usuário às consultas agendadas mesmo após a busca ativa dos faltosos.

Quanto ao fechamento das planilhas de coleta de dados e o cálculo dos indicadores não tivemos dificuldade por que o curso disponibilizou um programa que facilitou estes cálculos.

### **3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.**

Todas as ações previstas no projeto tem possibilidade de serem incorporadas à rotina da unidade como, por exemplo, a monitorização do número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, através dos registros e atualização dos mesmos em livro específico, o cadastramento do usuário hipertenso e/ou diabético que ainda não seja cadastrado, a verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia), através dos registros em livro específico e quanto a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na USF, realização de estratificação de risco nos pacientes e priorizar o atendimento àqueles como de alto risco e organizar uma agenda para o atendimento desta demanda.

Estas ações já estão sendo incorporadas à rotina da unidade apesar das dificuldades relatadas em reuniões com a equipe como a dificuldade na adesão total dos usuários ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, na falta de equipe de saúde bucal na unidade que dificulta o acesso dos usuários às consultas anuais com odontólogo, a falta ou a precariedade dos registros médicos nos prontuários, a falta de espaço físico para realizações de atividades de grupo e a falta de recursos para obtenção de tratamento do tabagismo. Mas enfim, essas dificuldades podem ser enfrentadas com a participação de toda a equipe e com a formação de parcerias intersetorial que vamos continuar em busca para melhorar a

atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da Unidade Saúde da Família José Araújo no município de Ananindeua/Pará.

## 4. Avaliação da intervenção

### 4.1 Resultados

A intervenção tratou da melhoria da atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da Unidade Saúde da Família José Araújo no município de Ananindeua/ Pará. Na área adstrita à USF existem 124 hipertensos com 20 anos ou mais e 39 diabéticos residentes no território que foram cadastrados no programa, porém, encontram-se com o atendimento incompleto de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde. Entretanto a intervenção nestes quatro meses acompanhou 115 hipertensos e 39 diabéticos alcançando ao final da intervenção uma cobertura na área adstrita de 92% e 100% respectivamente.

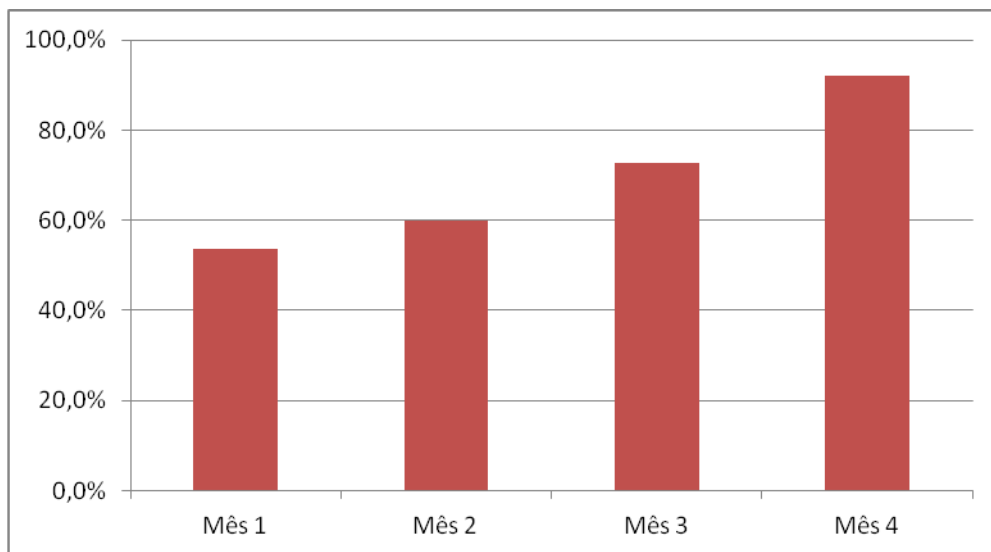
**Objetivo:** Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos;

**Meta:** Cadastrar 40% dos hipertensos e 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

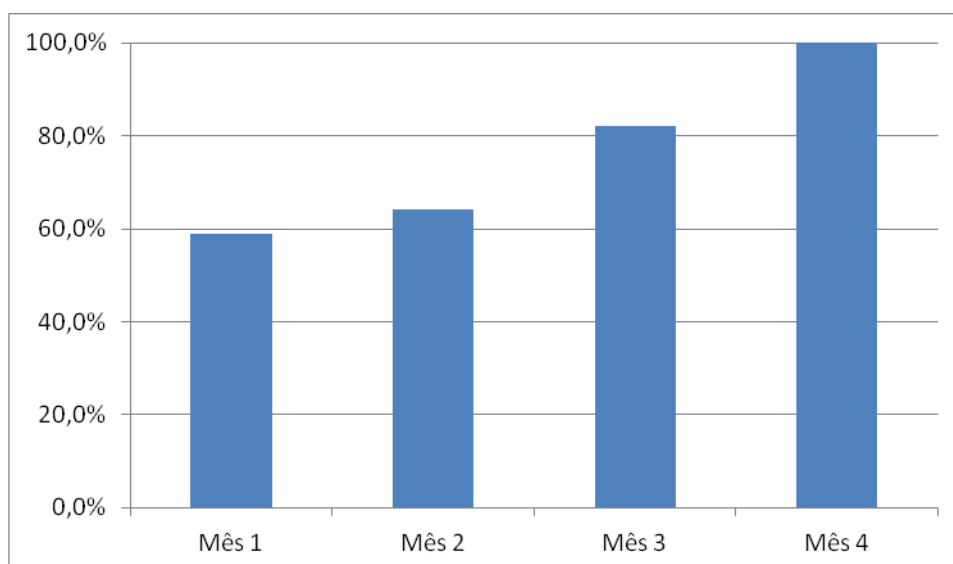
Na minha área adstrita à USF existem 124 hipertensos com 20 anos ou mais e 39 diabéticos residentes no território e cadastrados no programa. No primeiro mês de intervenção alcançamos apenas 67 (53,6%) hipertensos e 23 diabéticos (59%) para o acompanhamento e atualização de cadastros. Ao longo dos quatro meses da intervenção mais 48 hipertensos e 16 diabéticos foram avaliados e receberam o acompanhamento de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde.

Entretanto a intervenção nestes quatro meses acompanhou 115 hipertensos e 39 diabéticos alcançando ao final da intervenção uma cobertura na área adstrita de 92% e 100% respectivamente.

A ação que mais auxiliou na cobertura e atualização dos cadastros dos hipertensos e diabéticos foi a visita domiciliar por parte dos agentes comunitários de saúde que realizaram o monitoramento na área adstrita, dos usuários cadastrados e que estavam em dia com o acompanhamento. Os usuários que não foram avaliados em parte são os que resistem aos questionários e aqueles que insistem em não fazer as consultas segundo o protocolo do Ministério da Saúde conforme a Figura 3 e 4.



**Figura 3.** Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde



**Figura 4.** Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde

**Objetivo:** Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa;

**Meta:** Buscar 100% dos hipertensos e 30% de diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

A ação que mais auxiliou na busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas conforme a periodicidade recomendada foi a visita domiciliar por parte dos agentes comunitários de saúde e o acompanhamento da frequência dos pacientes agendados de sua área adstrita. Percebemos no decorrer dos quatro meses de intervenção que os pacientes que faltavam às consultas eram aqueles que trabalhavam e “não” dispunham de tempo para se cuidar, eram pacientes que

estavam acostumados a ir ao médico somente a cada três meses para receber a receita que liberava a medicação na farmácia popular e aqueles que realizavam acompanhamento em clínicas particulares por meio de planos de saúde. Entretanto, todos receberam busca ativa e foram orientados quanto a importância e a periodicidade das consultas na Unidade de Saúde da Família.

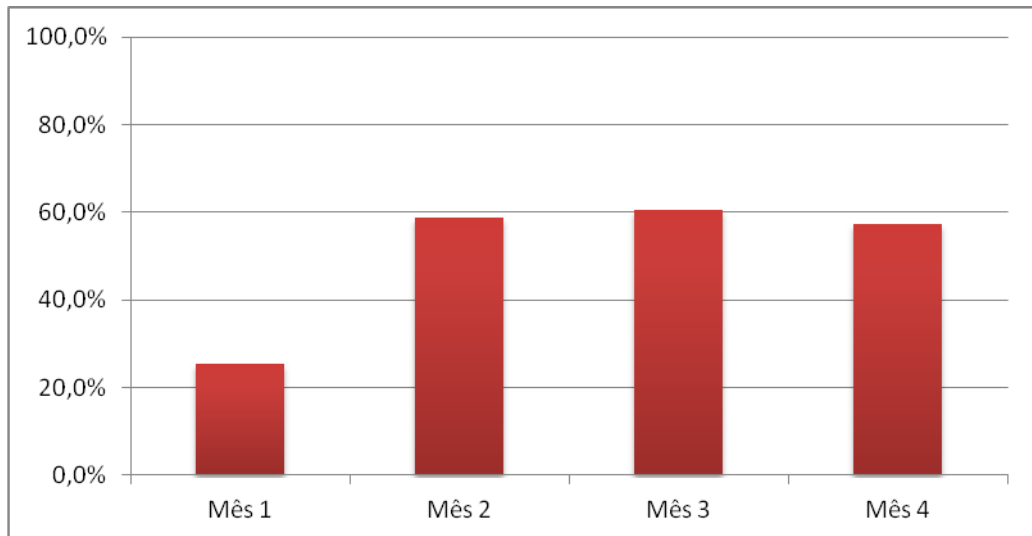
O número de hipertensos faltosos às consultas conforme a periodicidade recomendada no primeiro mês era 19 para hipertensos e nove para os diabéticos. No entanto, este número infelizmente aumentou para 56 e 20 respectivamente conforme aumentamos os acompanhamentos no decorrer dos quatro meses de intervenção. Porém, todos os hipertensos e diabéticos receberam busca ativa após a ausência às consultas alcançando a meta de 100% dos hipertensos e superando o indicador de 30% de diabéticos faltosos às consultas, em todos os meses.

**Objetivo:** Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde;

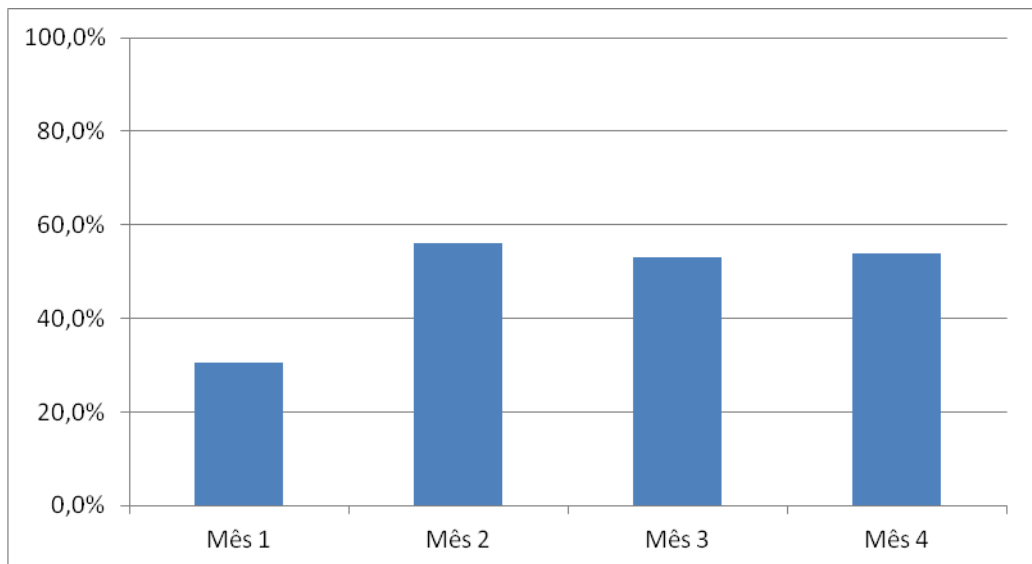
**Meta:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos acompanhados na Unidade de Saúde da Família.

Para melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na Unidade de Saúde, definimos como meta realizar exame clínico apropriado em todos os hipertensos e diabéticos. No início da intervenção apenas 17 hipertensos e 7 diabéticos acompanhados estavam com os exames clínicos em dia realizado na unidade.

Para os usuários hipertensos atingimos, 25,4% (17) no primeiro mês, 58,7% no segundo mês (44), 60,4% (55) no terceiro mês e 57,4% no último mês totalizando 66 hipertensos que realizaram o exame clínico conforme preconiza o protocolo. Em relação aos usuários com diabetes, atingimos 30,4% (7) no primeiro mês, 56% (14) no segundo, 53,1% (17) no terceiro mês e no quarto mês 53,8% (21), conforme mostram as Figuras 5 e 6.



**Figura 5.** Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

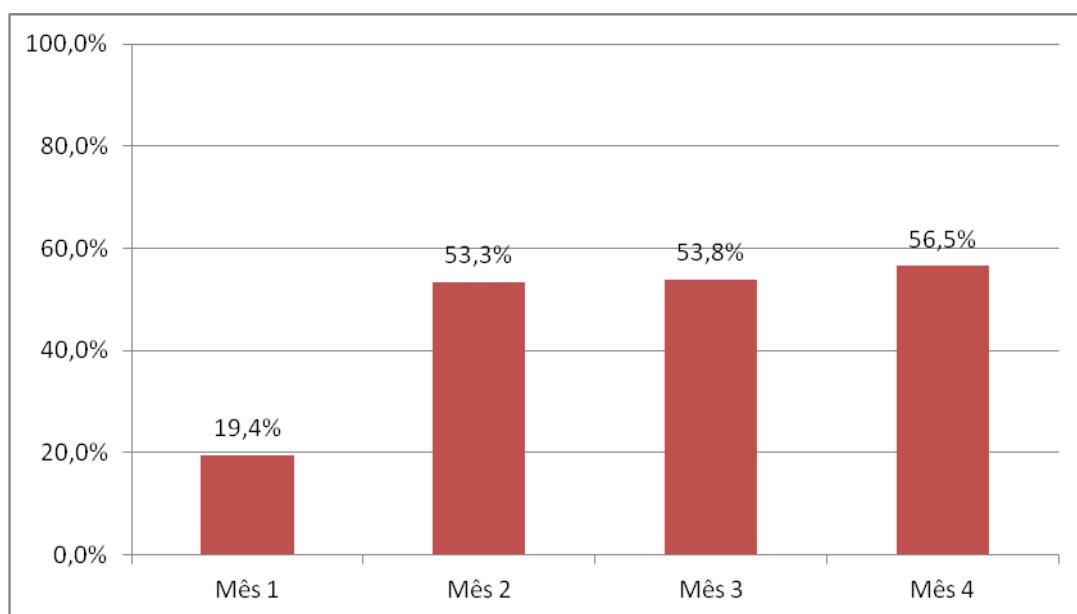


**Figura 6.** Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Esse aumento foi devido à capacitação da equipe para a realização de exame clínico apropriado e a partir do momento em que foram definidas atribuições para cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e/ou diabéticos. Além do monitoramento da realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na USF nos registros da unidade.

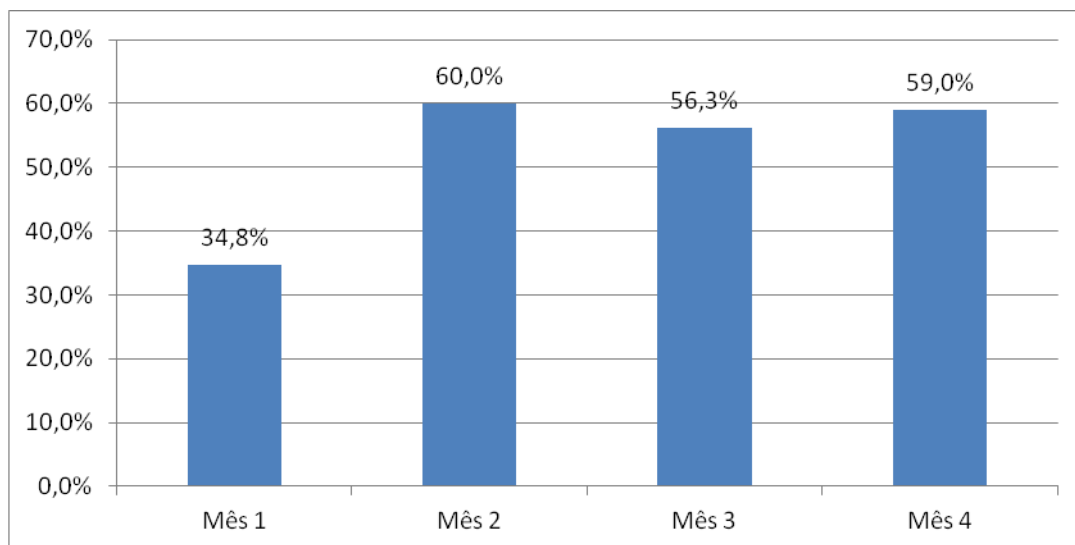
**Meta:** Garantir a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos a solicitação de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Também dentro do objetivo de melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde garantindo a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo a 100% dos pacientes hipertensos e 100% de diabéticos, a proporção de hipertensos com exames em dia no início da intervenção era de 19,4% e de diabéticos era de 34,8%, alcançando ao término dos quatro meses os respectivos valores 56,5% e 59%. Em relação aos hipertensos, no primeiro mês de intervenção conseguimos 19,4% (13) no primeiro mês, 53,3% no segundo mês (40), 53,8% (49) no terceiro mês e 56,5% no último mês totalizando 65 hipertensos que realizaram os exames complementares em dia conforme preconiza o protocolo. Em relação aos usuários com diabetes, atingimos 34,8% (8) no primeiro mês, 60,0% (15) no segundo, 56,3% (18) no terceiro mês e no quarto mês 59% (23), conforme mostram as Figuras 7 e 8.



**Figura 7.** Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo





**Figura 8.** Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Apesar de não termos alcançado a meta proposta nesta intervenção, obtivemos certo aumento em relação aos pacientes hipertensos e/ou diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Esse aumento ocorreu devido à melhoria do acesso aos exames complementares e aumento do número de cotas ofertadas pelo gestor de saúde.

**Meta:** Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 90% dos hipertensos e 90% de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

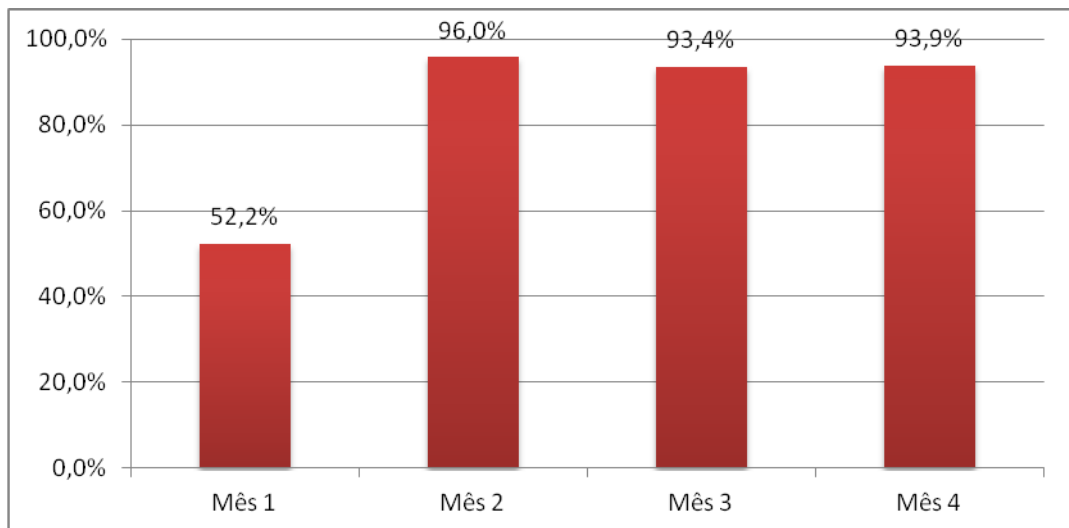
Em relação à meta de garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 90% dos hipertensos e 90% de diabéticos cadastrados na unidade de saúde, superamos a expectativa nesta intervenção para 100% dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos com tratamento medicamentoso da lista do HIPERDIA ou da farmácia popular, numa proporção de 100% para cada grupo através da sensibilização do profissional médico para prescrever estes medicamentos conforme o protocolo do Ministério da Saúde.

Esse sucesso foi devido à capacitação da equipe para orientar os usuários sobre as alternativas em obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular /HIPERDIA nas farmácias conveniadas para que quando faltasse na unidade, os pacientes não ficassem sem seus medicamentos de controle.

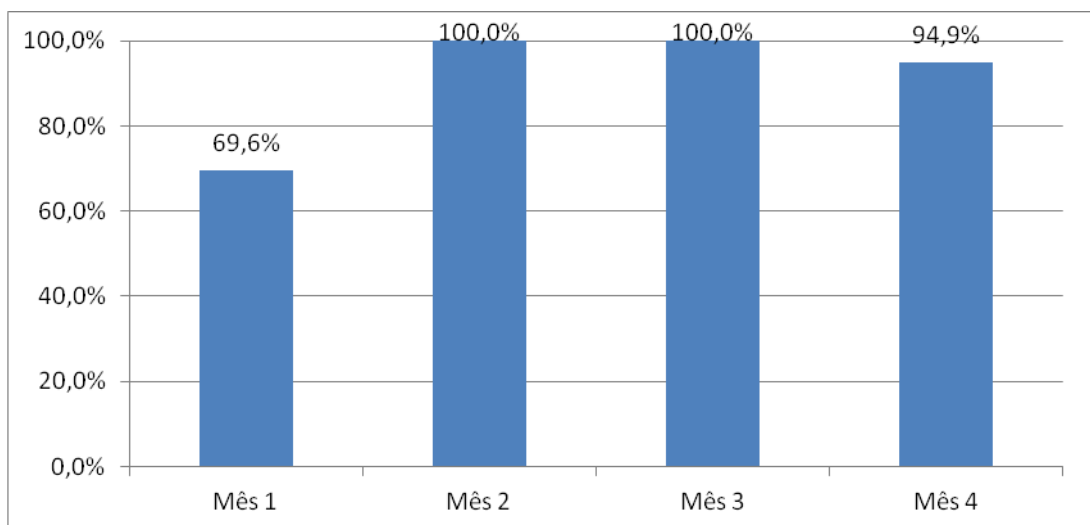
**Objetivo:** Melhorar o registro das informações.

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

Para esta meta apesar de obtermos um aumento na proporção de 41,7% para o registro dos hipertensos e 25,3% dos diabéticos, nos quatro meses de intervenção, não conseguimos atingir a 100%. Para os usuários hipertensos atingimos 52,2% (35) no primeiro mês, 96% no segundo mês (72), 93,4% (85) no terceiro mês e 93,9% no último mês totalizando 108 hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento. Em relação aos usuários com diabetes, atingimos 69,6% (16) no primeiro mês, 100% (25) no segundo, 100% (32) no terceiro mês e no quarto mês 94,4% (37), conforme demonstra Figura 9 e 10.



**Figura 9.** Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento



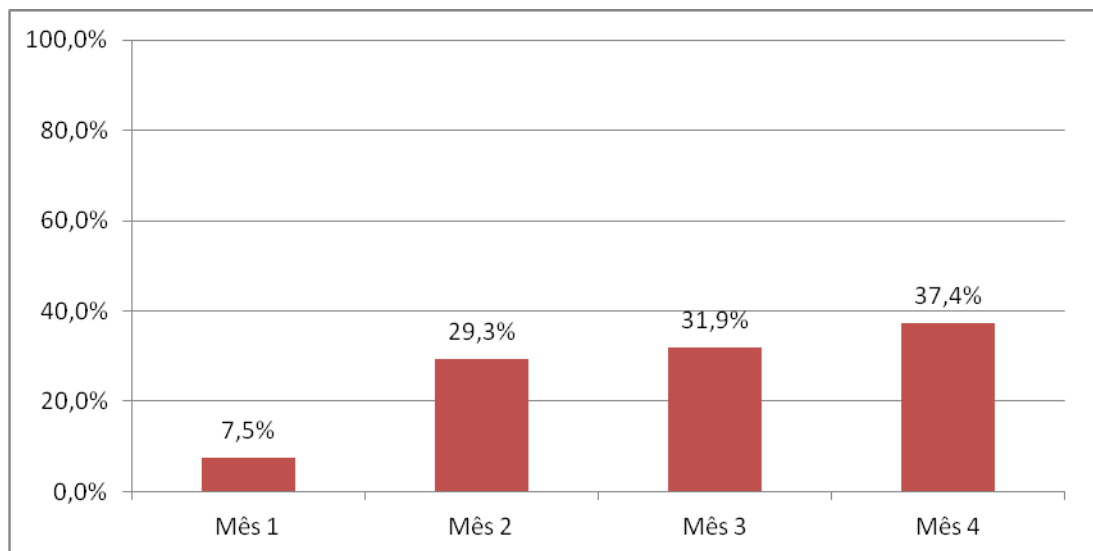
**Figura 10.** Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Portanto, melhoramos o registro das informações, mas não conseguimos manter atualizadas as fichas de acompanhamento de 100% dos usuários hipertensos e diabéticos conforme proposto, primeiro pela ausência de alguns usuários às consultas, segundo pela baixa qualidade nos registros nas consultas médicas. Desta forma, se tornou difícil o monitoramento dos registros pelo técnico de enfermagem da unidade afim de que pudesse informar possíveis 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.

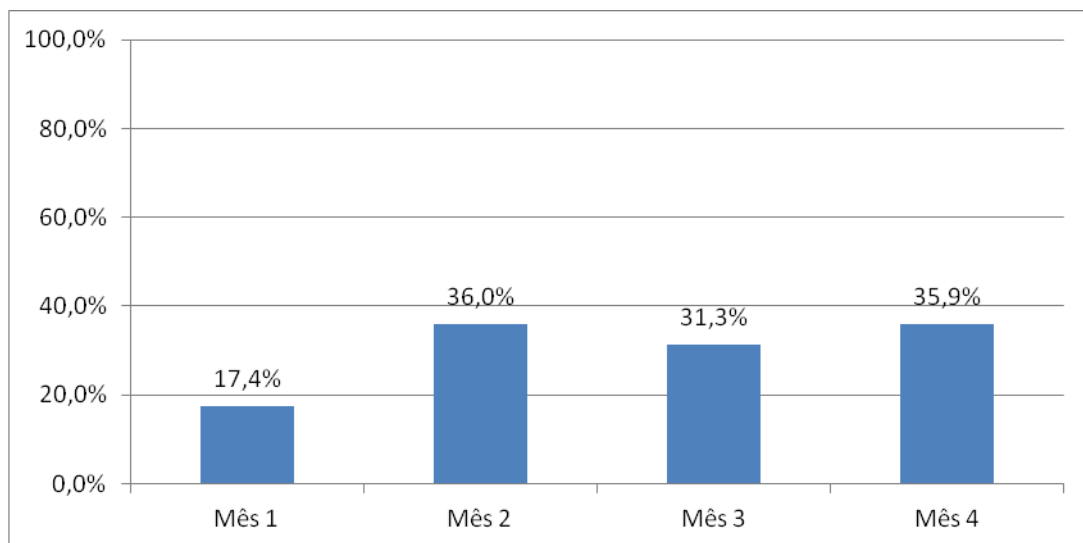
**Objetivo:** Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

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

Nesta meta alcançamos 37,4% para os hipertensos e 35,9% para os diabéticos durante os quatro meses de intervenção. Para os usuários hipertensos atingimos 7,5% (5) no primeiro mês, 29,3% no segundo mês (22), 31,9% (29) no terceiro mês e 37,4% no último mês totalizando 43 hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. Em relação aos usuários com diabetes, atingimos 17,4% (4) no primeiro mês, 36% (9) no segundo, 31,3% (10) no terceiro mês e no quarto mês 35,9% (14), conforme mostra Figura 11 e 12.



**Figura 11.** Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia



**Figura 12.** Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

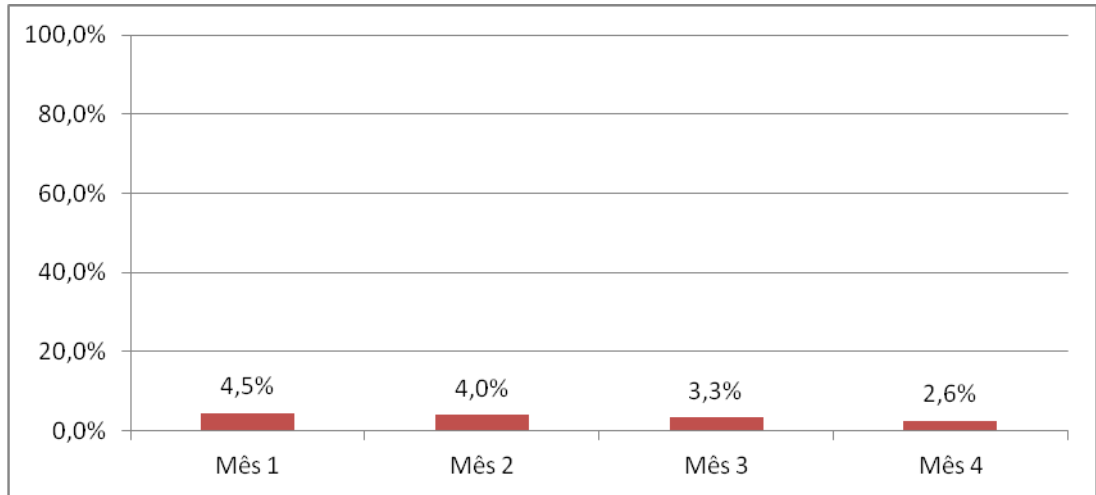
Dentro desta ação não foi possível, durante o período de intervenção, priorizar o atendimento aos pacientes avaliados como de alto risco. A dificuldade encontrada foi a falta de capacitação para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo. Pois não conseguimos o profissional para realizar esta capacitação para a equipe, no entanto, pretendemos melhorar este quesito para que não traga prejuízo nenhum à qualidade do atendimento a estes usuários.

**Objetivo:** Promoção da saúde.

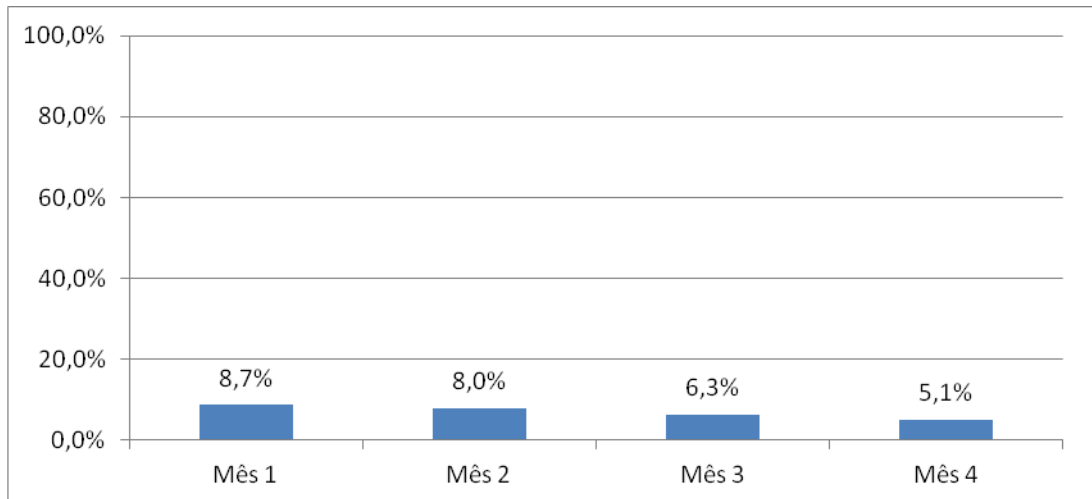
**Meta:** Garantir encaminhamento para avaliação odontológica a 100% dos usuários hipertensos e 100% dos diabéticos.

Para promover a saúde no sentido de garantir o encaminhamento para avaliação odontológica a 100% dos pacientes hipertensos e 100% dos diabéticos, encontramos várias dificuldades porque primeiramente não temos uma equipe de saúde bucal na unidade onde foi realizada a intervenção e os pacientes que eram encaminhados para realização de consultas com o dentista na unidade de referência ora não conseguiam o agendamento devido às poucas cotas ofertadas, ora faltavam às consultas devido à distância de seu domicílio ou a dificuldade de locomoção, porém 100% dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos foram encaminhados para avaliação odontológica. Entretanto, a proporção de hipertensos com avaliação odontológica ficou baixa durante os quatro meses de intervenção com 4,5% (3) no

primeiro mês, 4% (3) no segundo mês, 3,3% (3) no terceiro mês e 2,6% no quarto mês. Para os diabéticos também não ficou muito diferente variando entre 8,7% (2) no primeiro mês, 8% (2) no segundo mês, 6,3% (2) no terceiro mês, caindo para 5,1% no quarto mês conforme quadros a seguir totalizando dois diabéticos com avaliação odontológica no mês conforme o protocolo do MS, conforme mostra Figura 13 e 14.



**Figura 13.** Proporção de hipertensos com avaliação odontológica.

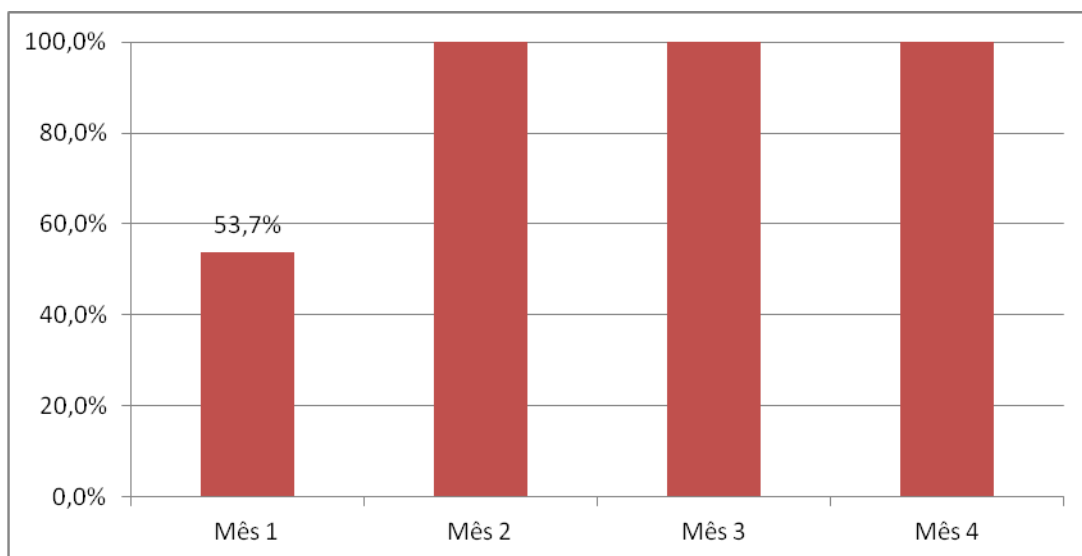


**Figura 14.** Proporção de diabéticos com avaliação odontológica

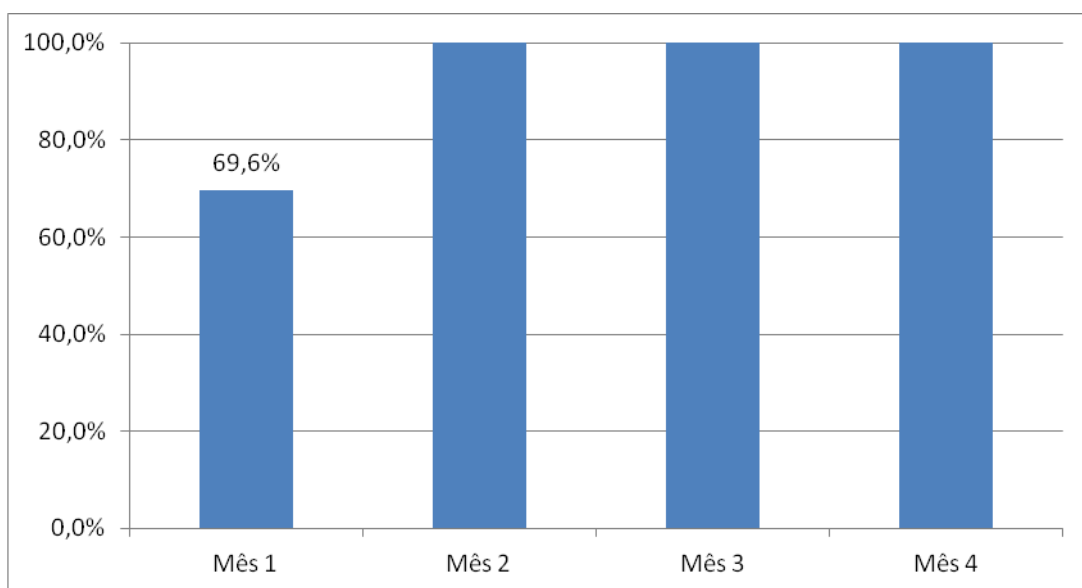
Portanto, esperamos que seja implantado o mais breve possível na Unidade de Saúde da Família José Araújo, uma equipe de saúde bucal para alcançarmos 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos com este atendimento conforme o protocolo do Ministério da Saúde.

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

No que se refere à promoção à saúde e garantia de orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos, a meta foi garantida com resultados de 100% aos pacientes hipertensos e diabéticos no final da intervenção. Apenas no primeiro mês não conseguimos alcançar 100%, por conta da falta de alguns pacientes às consultas e de envolvimento de toda a equipe nesta intervenção conforme Figura 15 e 16:



**Figura 15.** Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.



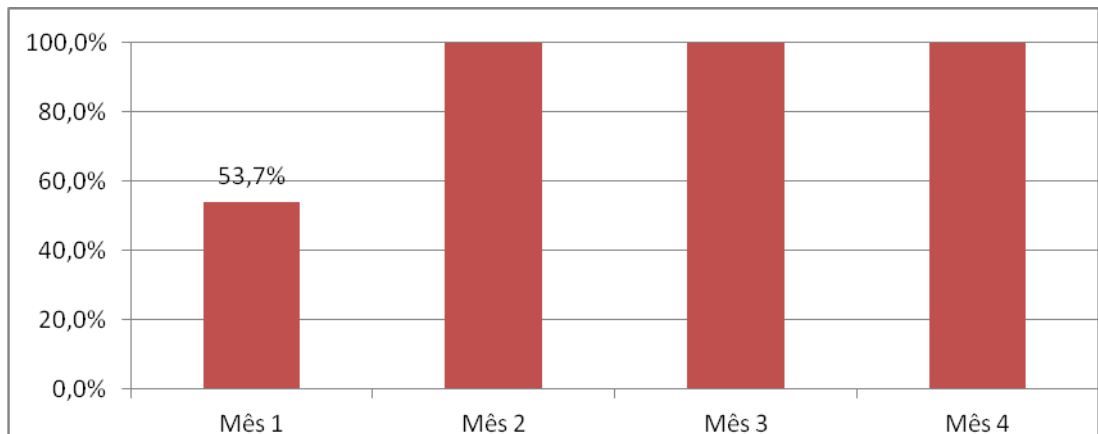
**Figura 16.** Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Os usuários eram monitorados durante as consultas de enfermagem e recebiam orientações sobre práticas saudáveis. Esta ação foi concluída na íntegra

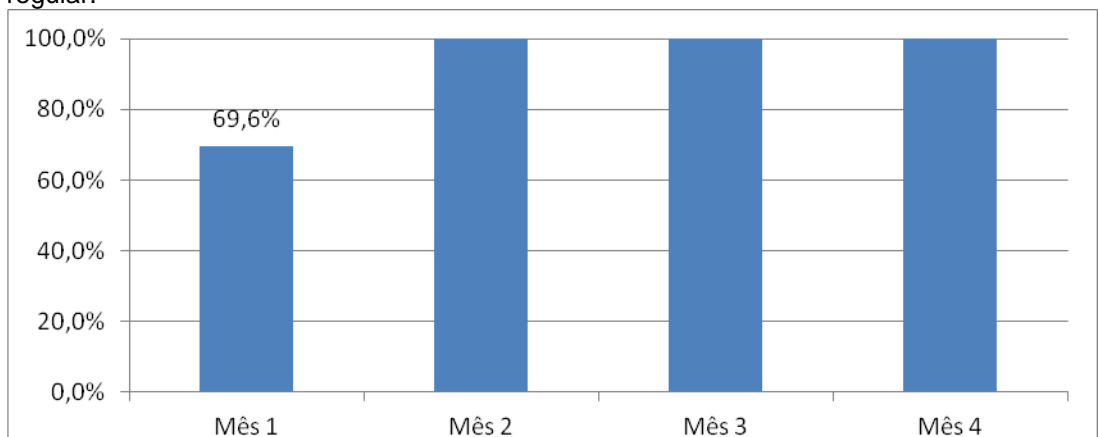
porque todos os usuários cadastrados no programa receberam de alguma forma orientações nutricionais. Durante o período da intervenção, foi realizada uma programação na unidade com exposição de práticas coletivas sobre alimentação saudável através da parceria com o serviço de nutrição de referência do município. Portanto, esta ação foi desenvolvida com a participação de toda a equipe que cooperou com a doação dos alimentos expostos durante a atividade citada.

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

Quanto à orientação relacionada à prática de atividade física regular, todos os usuários hipertensos e diabéticos foram orientados durante as consultas e visitas domiciliares pelos ACS, pela técnica de enfermagem, pelo médico e pela enfermeira. Obtemos 100% de resultado, apenas no primeiro mês de intervenção não alcançamos 100% também devido a falta de alguns pacientes às consultas e de envolvimento de toda a equipe nesta intervenção conforme Figura 17 e 18:



**Figura 17.** Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

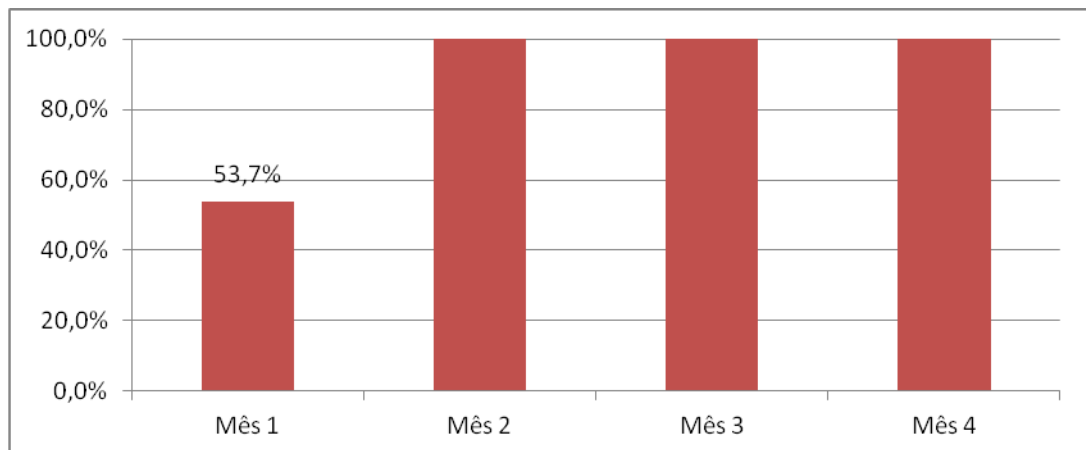


**Figura 18.** Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.

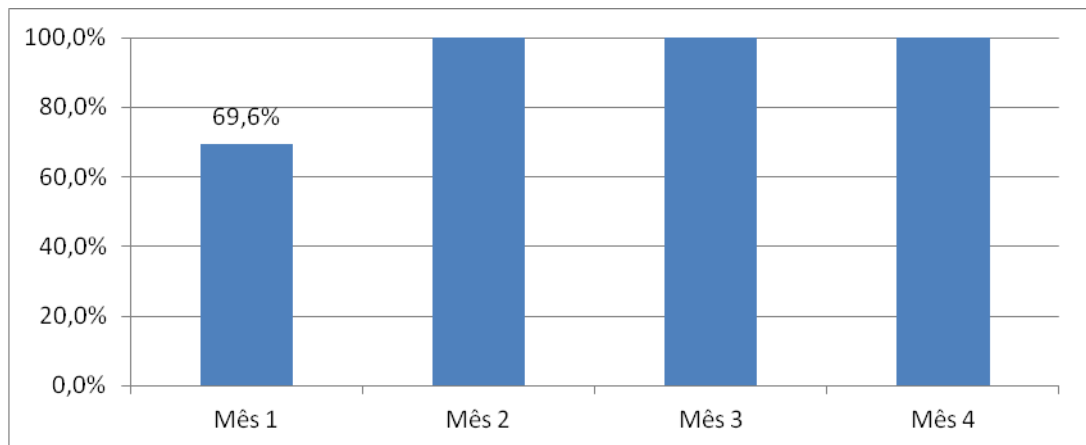
Porém, a programação proposta com a participação de um educador físico para orientar a prática de atividade física adequada por estes usuários. Para os hipertensos e diabéticos não foi possível ser realizada por não conseguirmos um espaço adequado em tempo hábil para esta ação. Entretanto, esta programação será desenvolvida em outro momento, assim que conseguirmos um espaço físico e o apoio do gestor municipal.

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

Em relação à meta de garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e 100% dos pacientes diabéticos, os hipertensos e diabéticos receberam orientações sobre riscos do tabagismo por meio de entrevistas aos seus familiares durante as visitas domiciliares. E o resultado foi de 100% para os dois grupos de usuários conforme as Figura 19 e 20.



**Figura 19.** Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo



**Figura 20.** Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo



Quanto à proposta de demandar junto ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo" não foi possível devido à incompatibilidade dos horários para agendamento com o mesmo. Todavia, os hipertensos e os diabéticos tabagistas além da comunidade, foram orientados sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo através das palestras mensais na Unidade durante as salas de espera, podendo estender-se esta ação nos encontros no Grupo de Hipertensos e Diabéticos que ocorrem às quintas-feiras pela manhã.

## 4.2 Discussão

O presente trabalho possibilitou-nos conhecer a realidade da Estratégia Saúde da Família onde atuo, assim como as possibilidades de priorização e enfrentamento das dificuldades na tentativa de melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e /ou Diabetes Mellitus acompanhados na Unidade.

Devido a temática do projeto ter um aspecto transformador, enfrentamos diversas dificuldades para a coleta de dados e uma certa limitação por falta de recursos e sensibilização de alguns profissionais. Porém, conseguimos concluir a intervenção apesar dos entraves encontrados no decorrer do curso relacionado a vários motivos, inclusive pessoal.

Entretanto, para alcançar avanços percebemos que muitas vezes eles aparecem permeados de entraves, os quais foram identificados neste trabalho dando ênfase à falta de estrutura física e de profissionais como é o caso da equipe de saúde bucal. Podemos perceber que quando a unidade não é bem estruturada, pode levar os programas a sérios problemas como: ausência dos usuários nas programações da unidade, a falta de profissionais e baixas qualidades na atenção à saúde.

Diante desta realidade, acreditamos que a participação de todos e o planejamento são ferramentas importantes para a melhoria da atenção a saúde e um dos critérios do planejamento é a previsão futura das necessidades, para assim poder atingir as metas e objetivos propostos dentro dos protocolos do Ministério da Saúde.

Portanto, a intervenção em nossa unidade de saúde propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação do exame dos pés dos diabéticos e para a classificação de risco de ambos os grupos. A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes. Esta atividade promoveu o trabalho integrado do médico, da enfermeira, da técnica de enfermagem, dos agentes comunitários de saúde e da recepção. Dentre as atribuições que coube a cada profissional estão: agendamento das consultas e retornos (agente administrativo/recepção), acolhimento e triagem dos

pacientes, bem como o monitoramento da realização dos exames complementares solicitados pelo médico e enfermeira aos pacientes (técnica de enfermagem), consulta, exame clínico e avaliação da estratificação de risco para doenças cardiovasculares (médico), consulta, exame clínico, monitoramento dos registros, capacitação da equipe e avaliação (enfermeira); visitas domiciliares, monitoramento dos registros e busca ativa dos faltosos (ACS).

Isto acabou tendo impacto também em outras atividades no serviço como a realização regular de atividades educativas para todos os públicos e aumento na adesão dos pacientes ao tratamento, na adoção de medidas preventivas, nas consultas e na realização de práticas saudáveis de alimentação e de atividades física, bem como na tentativa e busca de tratamento para o abandono do tabagismo.

Antes da intervenção as atividades de atenção a Hipertensão e Diabetes eram concentradas no médico. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas.

A melhoria do registro e o agendamento dos Hipertensos e Diabéticos viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. A classificação de risco dos hipertensos e diabéticos tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

O impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade. Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos muitos hipertensos e diabéticos sem cobertura e precisamos melhorar ainda mais os registros.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional eu tivesse discutido as atividades que vinha desenvolvendo com a equipe. Também faltou uma articulação com outros setores da comunidade e do município para apresentar o projeto e discutir a melhor maneira de implementar as ações. Agora que estamos no fim do projeto, percebo que a equipe está integrada, porém, como pretendemos manter as ações da intervenção à rotina do serviço, teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas.

Para que a intervenção se mantenha na rotina do serviço, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade e de outros setores em relação à colaboração dos mesmos nas ações que serão desenvolvidas para melhorar a atenção dos hipertensos e diabéticos. Notamos que a falta de algumas informações em nossos registros acabaram prejudicando a coleta de quatro indicadores. Vamos

adequar a ficha dos hipertensos e diabéticos para poder coletar e monitorar todos os indicadores que tínhamos previsto no projeto.

A partir do próximo ano, segundo informações do gestor municipal, quando teremos disponível uma equipe de saúde bucal na unidade, pretendemos investir na ampliação da cobertura dos hipertensos e diabéticos nesta área. Tomando este projeto como exemplo, também pretendemos implementar o programa de prevenção de câncer de mama e colo uterino na Unidade Saúde da Família.

Todavia, no contexto da realidade vivenciada nesta intervenção, observamos a necessidade de apresentar e enfatizar algumas propostas viáveis para melhorar a qualidade na atenção aos adultos portadores de HAS e DM acompanhados na unidade e de outros programas:

- ✚ Implantação de um instrumento de coleta de dados que monitore o tratamento e avalie a satisfação do usuário em relação ao serviço e do profissional sobre o atendimento oferecido.

- ✚ Elaboração de Boletim informativo das atividades desenvolvidas pelo PSF com informações educativas sobre saúde.

- ✚ Implantação da Política Nacional de Humanização- Humaniza SUS em todos os programas.

- ✚ Qualificação da equipe multiprofissional dando ênfase ao atendimento humanizado com qualidade.

Com esta intervenção, buscamos desvendar que fatores interferem no desenvolvimento da atenção à Saúde por meio de ações junto aos adultos portadores de HAS e DM acompanhados na Unidade Saúde da Família José Araújo no município de Ananindeua-Pa. E pretendemos avançar com essas ações em outros programas de saúde desenvolvidos na Unidade supracitada.

### 4.3 Relatório da intervenção para os Gestores

Prezado Secretário Municipal de Saúde Sr. Marco Antônio Luz e Silva, foi realizada entre os meses Abril e julho na unidade Saúde da Família José Araújo uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção aos adultos portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus.

Para iniciar esta intervenção, uma de nossas ações era aumentar o cadastramento atualizado dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Portanto, foi feita uma atualização do livro de registro para identificar aqueles hipertensos e diabéticos que não estavam com seus cadastros completos no sistema e os ACS realizaram busca ativa nas micro-áreas a fim de identificar novos casos desta patologia, assim, os usuários identificados na área, eram apazados na unidade para a primeira consulta e o retorno era agendado a cada ida com o profissional médico ou enfermeiro. Vale ressaltar que durante as visitas domiciliares, a comunidade era esclarecida sobre a existência do programa e sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente e sobre a necessidade do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 130/80 mmHg, sobre os fatores de risco para o desenvolvimento da hipertensão e diabetes.

Outra ação foi para realizar exame clínico em todos os hipertensos e diabéticos a qual foi cumprida parcialmente por dois motivos, a falta deles às consultas de rotina mensais e a falta de tempo do profissional durante às consultas médicas que precisava atender uma grande demanda de pacientes de outros programas, portanto, não dava tempo de realizar o exame clínico conforme o protocolo do Ministério da Saúde. Portanto, para melhorar esta ação necessitamos de um profissional que atenda integralmente a estratégia saúde da família com um dia específico para este programa.

Quanto à solicitação de exames complementares, tivemos um avanço, pois com o aumento das cotas de exames na unidade, pudemos alcançar 56,5% dos hipertensos e 59% dos diabéticos com exames complementares em dia conforme o protocolo do Ministério da Saúde no final dos 4 meses de intervenção.

Garantimos nesta intervenção a totalidade de 100% dos usuários hipertensos e diabéticos usando os medicamentos da farmácia popular.

Dentre as ações desenvolvidas parcialmente encontra-se a estratificação dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde quanto ao risco cardiovascular na tentativa de priorizar o atendimento àqueles com alto risco. A dificuldade encontrada foi a falta de capacitação para realizar esta estratificação segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo. Portanto, sugerimos que haja uma capacitação para os profissionais médicos e enfermeiros sobre este tema pela secretaria municipal de saúde com um profissional especializado no assunto. Também tivemos dificuldades em garantir avaliação odontológica à todos os usuários do programa conforme o que determina o protocolo do MS, porque primeiramente não temos uma equipe de saúde bucal na nossa unidade e os usuários reclamavam da dificuldade em agendar essas consultas devido as poucas cotas ofertadas pela unidade de referência, além disso, os que conseguiam agendamento muitas vezes faltavam às consultas devido a distância de seu domicílio ou a dificuldade de locomoção.

Portanto, esperamos que seja implantada o mais breve possível na Unidade de Saúde da Família José Araújo, uma equipe de saúde bucal para alcançarmos 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos com este atendimento conforme o protocolo do Ministério da Saúde.

No que se refere à promoção à saúde e garantia de orientação nutricional sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular e combate ao tabagismo, os pacientes eram monitorados durante as consultas de enfermagem e recebiam orientações sobre estes temas nas visitas domiciliares e nas reuniões dentro da unidade. Esta ação foi concluída na íntegra porque todos os pacientes cadastrados no programa receberam de alguma forma orientações preventivas. No entanto é preciso mais investimentos por parte desta secretaria para a confecção de folders, locação de espaço físico, disponibilização de recursos audiovisuais, disponibilização de profissionais especializados nestas áreas e para a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Todas as ações previstas no projeto já estão sendo incorporadas à rotina da unidade apesar das dificuldades relatadas em reuniões com a equipe como a dificuldade na adesão total dos usuários ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, na falta de equipe de saúde bucal na unidade que dificulta o acesso dos usuários às consultas anuais com odontólogo, a falta ou a precariedade dos

registros médicos nos prontuários, a falta de espaço físico para realizações de atividades de grupo e a falta de recursos para obtenção de tratamento do tabagismo. Mas enfim, essas dificuldades podem ser enfrentadas com a participação de toda a equipe e com a formação de parcerias intersetoriais que vamos continuar em busca para melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da Unidade Saúde da Família José Araújo no município de Ananindeua/ Pará.

#### **4.4 Relatório da intervenção para a Comunidade**

Durante os meses de abril e julho do corrente ano foi realizada uma intervenção na Unidade Saúde da Família José Araújo que visou a melhoria da qualidade da assistência aos hipertensos e diabéticos cadastrados na Unidade de saúde, incentivando a equipe a seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes. Isto promoveu o trabalho integrado do médico, da enfermeira, da técnica de enfermagem, dos agentes comunitários de saúde e da recepção com um só objetivo. O que acabou tendo impacto também em outras atividades no serviço como a realização regular de atividades educativas para todos os públicos e aumento na adesão dos usuários ao tratamento, na adoção de medidas preventivas, nas consultas e na realização de práticas saudáveis de alimentação e de atividades física, bem como na tentativa e busca de tratamento para o abandono do tabagismo.

Antes da intervenção a quantidade de usuários cadastrados no programa com o acompanhamento em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde era muito pouca e através da busca ativa realizada pelos agentes comunitários de saúde nas casas destes usuários, essa demanda aumentou fortalecendo a prevenção de complicações por essas patologias.

Percebemos uma maior integração da equipe, por isso, após a incorporação da intervenção à rotina do serviço, estamos constantemente superando as dificuldades encontradas. Entretanto, precisamos do apoio desta comunidade no sentido de fortalecer este programa através do incentivo aos familiares com algumas dessas patologias a seguirem o tratamento adequado e recomendado, serem participantes das atividades educativas agendadas em nossas programações e a compreenderem as mudanças nas rotinas do atendimento da unidade dando prioridade a estes usuários.



## **5. Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem**

O curso de especialização Saúde da Família da UNASUS pela UFPEL veio nos ajudar no embasamento teórico e prático para atuação nesta estratégia com mais eficácia e qualificação. As trocas de experiências entre os colegas das diversas localidades e profissões nos propiciaram dicas e sugestões para enfrentarmos algumas dificuldades que estão dentro de nossas possibilidades.

Quanto ao meu processo de aprendizagem, enfrentei diversas dificuldades para concluir esta pós-graduação, entre elas estão os problemas pessoais, dificuldades com o acesso a internet em alguns períodos, a falta de tempo e o desânimo devido às circunstâncias da vida. Entretanto, a equipe de colaboradores deste curso, muito capacitada, nos incentiva a continuar e a buscar as possibilidades de enfrentamento das dificuldades encontradas, nos proporcionando um leque de conhecimentos que podem ser introduzidos no nosso dia-a-dia durante o cuidado aos usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família.

## Bibliografia

Albanese M, Brumini R. **O tabagismo e o diabetes**. Diabetes clinica 5(1): 55-61; 2001.

Alves, V.S. **Um modelo de educação em saúde para o programa de saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. v.9, n.16, 2004.

Ananindeua (PA). Prefeitura. 2012. Disponível em: <http://www.ananindeua.pa.gov.br>. Acesso em: nov. 2014. 2 Enciclopédia dos Municípios Brasileiros. Rio de Janeiro : IBGE, 1957. v. 14. Grande Regi

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus**. Proposta de Educação Permanente em Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus para os Municípios com população acima de 100 mil habitantes. Brasília, agosto, 2001.

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

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

BRASIL. Lei nº. 8.080, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 31 de dez de 1990. Disponível em <http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/>. Acesso em: 09 novembro. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: MS, 2001.

Faeda, A.; Poce de Leon, C.G.R.M. **Assistência de enfermagem a um paciente portador de Diabetes Mellitus**. Revista Brasileira de Enfermagem. v.59, n.6, p.818-21, 2006.

Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB 01/96. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>. Acesso em: 23 nov. 2014.

IBGE Infográficos histórico. Disponível em:  
<<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=150080>>  
Acesso em: 12 jun. 2014, 16:30:30.

PARÁ (Estado). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE. **Dados Populacionais de Ananindeua**. Belém: 2014. Disponível em [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2014/estimativa\\_tcu.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2014/estimativa_tcu.shtm). Acesso em: 25 novembro 2014.

\_\_\_\_\_. Secretaria Executiva de Estado de Saúde Pública – SESPA. **Plano Diretor de Regionalização – Organização da Assistência à Saúde no Estado**. Belém: 2003.

Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus: fase de detecção de casos suspeitos de DM. **Rev. Saúde Pública vol.35 no.5 São Paulo Oct. 2001**. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-9102001000500014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-9102001000500014)> .  
Acesso em: 23 nov. 2014.

Tavares, D.M.S.; Reis, N.A.; Dias, F.A.; Lopes, F.A.M. **Diabetes mellitus: fatores de risco, ocorrência e cuidados entre trabalhadores de enfermagem**. Acta Paulista de Enfermagem. V.23, n.5, p.671-6, 2010.

## **Anexos**

**Anexo A – Documento do comitê de ética**

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

---

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>  
Prof<sup>a</sup> Ana Cláudia Gastal 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

## AnexoB - Planilha de coleta de dados

Microsoft Excel (Falha na Ativação do Produto) - 2013\_08\_15 Coleta de dados HAS e DM [Modo de Compatibilidade]

Indicadores HAS e DM - Mês 1									
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está cadastrado no Programa HIPERDIA?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente foi examinado no dia de atendimento?
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
	1								
	2								
	3								
	4								
	5								
	6								
	7								
	8								
	9								
	10								
	11								
	12								
	13								
	14								
	15								
	16								
	17								

Apresentação / Orientações / Dados da UBS / Mês 1 / Mês 2 / Mês 3 / Mês 4 / Indicadores

PT 20:55 02/10/2014



## Apêndice



## Apêndice A



**VERIFICAÇÃO DE PA E GLICEMIA NOS USUÁRIOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS DURANTE A PROGRAMAÇÃO NA UNIDADE**



**PARTICIPAÇÃO DOS USUÁRIOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NA PROGRAMAÇÃO**



**PARTICIPAÇÃO DE UMA NUTRICIONISTA NA PROGRAMAÇÃO E DEMONSTRAÇÃO DE PRÁTICAS ALIMENTARES SAUDÁVEIS**