

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma 5**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria do programa de atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM na  
UBS Belo Jardim I, Rio Branco/AC**

**Nestor Diego Vaca Ponz**

**Pelotas, 2015**

**Nestor Diego Vaca Ponz**

**Melhoria do programa de atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM na  
UBS Belo Jardim I, Rio Branco/AC**

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

Orientador: Maria Emilia Nunes Bueno

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

P819m Ponz, Nestor Diego Vaca

Melhoria do Programa de Atenção à Saúde dos Usuários com HAS e/ou DM na UBS Belo Jardim I, Rio Branco/AC / Nestor Diego Vaca Ponz; Maria EmiliaNunes Bueno, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

75 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Bueno, Maria EmiliaNunes, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

À minha Família minha razão de viver.

“Ajudar ao que necessita não só é parte do dever, mais também da felicidade.”

José Martí

## **Agradecimentos**

Agradeço a Deus porque foi Ele que me capacitou;

Ao Programa Mais Médicos pela oportunidade de fazer parte desse projeto;

À minha equipe de trabalho da UBS Belo Jardim I, pelo acolhimento desde o início, seu apoio, dedicação, sem os quais esse trabalho não seria possível;

Às minhas orientadoras Maria Emília Nunes Bueno, Luiza Helena Silva de Almeida, que durante essa trajetória colaboraram em todos os módulos desse curso, com carinho, dedicação e sabedoria;

Aos gestores do município pelo apoio para o desenvolvimento deste projeto

Agradeço a todos que participaram da intervenção, em especial aos portadores de hipertensão e diabetes que participaram do programa.

## Resumo

PONZ, Nestor Diego Vaca. **Melhoria do Programa de atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM na UBS Belo Jardim I, Rio Branco/AC.**2015. 75f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus representam importantes problemas de saúde pública e frequentemente coexistem na prática clínica. Na atualidade, observa-se uma tendência ao aumento das prevalências de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, possivelmente relacionado ao crescimento da população de idosos e das taxas de sobrepeso e obesidade. A presente intervenção teve como objetivo melhorar a atenção aos portadores de HAS e DM na UBS Belo Jardim I, levando em consideração a alta incidência dos mesmos e pela baixa cobertura de usuários cadastrados. Foi realizada por um período de 12 semanas e focou os usuários maiores de 20 anos que são um total de 1.478. Segundo as estimativas da vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL), que abastece a planilha de coleta de dados para essas ações, deveríamos ter na nossa área de abrangência, 336 portadores com HAS e 83 com DM. Na realização da intervenção conseguimos cadastrar um total de 116 portadores de HAS e 38 com DM, representando uma cobertura de 34,5% e 45,8% respectivamente. Foram ainda melhorados diversos aspectos relacionados à qualidade da atenção, tendo sido adequadamente acompanhados todos os usuários cadastrados e inseridos no programa. Todos os 154 usuários cadastrados (100%) no Programa de atenção a HAS e DM exame clínico apropriado, realizaram exames complementares e estão em dia, de acordo com o protocolo. Receberam prescrição de medicamentos da farmácia popular, avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Paralelamente, fizemos busca dos portadores com HAS e DM faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada. Mantivemos as fichas de acompanhamento de 100% dos portadores com HAS e DM cadastrados na unidade de saúde, realizamos estratificação do risco cardiovascular, orientação nutricional sobre alimentação saudável, sobre prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal dos portadores com HAS e DM cadastrados na nossa área de abrangência. A intervenção trouxe excelentes resultados não somente para os usuários envolvidos na intervenção, mas para toda a comunidade. A equipe de trabalho atuou de forma engajada e comprometida, todos unidos e adquirindo novos conhecimentos para um acompanhamento adequado dos usuários e resultando numa oferta de cuidado em saúde mais qualificada e resolutiva. A comunidade desempenhou um papel importante para a elaboração dessa intervenção já que são os atores principais e os mais beneficiados.

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

## Lista de Figuras

Figura 1: Equipe de trabalho USF Belo Jardim I, Rio Branco/AC, 2015.....	47
Figura 2: Maior Inundação da Historia em Rio Branco-Acre, 2015. ....	47
Figura 3: Visitas domiciliares na área adstrita da USF Belo Jardim I, Rio Branco/AC, 2015. ....	47
Figura 4: Atividades de equipe desenvolvidas na USF Belo Jardim I, Rio Branco/AC, 2015. ....	48
Figura 5: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Belo Jardim I, Rio Branco/AC, 2015. ....	50
Figura 6: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Belo Jardim I, Rio Branco/AC, 2015. ....	51
Figura 7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde Belo Jardim I, Rio Branco/AC, 2015. ....	53
Figura 8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde Belo Jardim I, Rio Branco/AC, 2015. ....	54



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

ACS	Agente comunitário da Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CEAFAM	Central de Abastecimento Farmaceutica
CEO	Centro de especialidades odontológicas
CV	Cardiovascular
DAC	Doença Arterial Coronariana
DM	Diabetes Mellitus
DTS	Doenças sexualmente transmissíveis
ESB -	Equipe de Saúde Bucal
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HOSMAC	Hospital de Saúde Mental do Acre
IMC	Índice de Massa Corporal
NASF	Núcleos de Apoio a Saúde da Família
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PA	Pressão Arterial
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
UBS	Unidade Básica Saúde
URAP	Unidade de Referencia de Atenção Primaria
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VIGITEL	Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico

## Sumário

1	Análise Situacional.....	10
1.1	Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	10
1.2	Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3	Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	16
2	Análise Estratégica .....	17
2.1	Justificativa.....	17
2.2	Objetivos e metas.....	19
2.2.1	Objetivo geral .....	19
2.2.2	Objetivos específicos e metas.....	19
2.3	Metodologia.....	21
2.3.1	Detalhamento das ações.....	21
2.3.2	Indicadores.....	33
2.3.3	Logística.....	38
2.3.4	Cronograma .....	41
3	Relatório da Intervenção.....	42
3.1	Ações previstas e desenvolvidas .....	42
3.2	Ações previstas e não desenvolvidas .....	46
3.3	Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	46
3.4	Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	46
4	Avaliação da intervenção.....	49
4.1	Resultados .....	49
4.2	Discussão.....	57
5	Relatório da intervenção para gestores .....	59
6	Relatório da Intervenção para a comunidade .....	64
7	Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	67
	Referências .....	69
	Anexos .....	70

## **Apresentação**

O presente volume trata do Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) de Pós-Graduação – Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS. Onde se realizou uma intervenção para melhorar a atenção aos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus pertencentes à área da UBS: Belo Jardim I – Rio Branco/AC. O volume está dividido em partes de forma organizada pelos respectivos conteúdos.

A primeira parte, a Análise Situacional, na qual consta uma avaliação geral do cenário, resultante da apropriação do município e da área de abrangência da UBS, com suas particularidades, características, processos de trabalho e ações desenvolvidas no âmbito desta.

A segunda parte é constituída pela Análise Estratégica com o objetivo de elaborar um projeto de intervenção, na qual é apresentado o projeto de intervenção propriamente dito, com a justificativa, os objetivos, metas propostas e aspectos da metodologia.

Na terceira parte vem o Relatório da Intervenção, trazendo as ações desenvolvidas, aquelas não desenvolvidas e aspectos relacionados à coleta de dados e viabilidade de incorporação da intervenção à rotina do serviço.

Na quarta parte estão a Avaliação dos Resultados da Intervenção expostos por meio da apresentação dos resultados alcançados na intervenção e sua discussão

Nas partes cinco e seis temos os Relatórios da Intervenção para os Gestores e para a comunidade, respectivamente.

A parte sete é dedicada a uma reflexão crítica do processo pessoal de aprendizagem ao longo do curso, encerram este volume as referências utilizadas e uma parte dedicada aos apêndices e anexos que foram instrumentos para o acompanhamento da intervenção.

## **1 Análise Situacional**

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

A unidade de saúde a qual atuo é um pouco afastada do centro da cidade, mas se encontra bem localizada em uma das principais ruas ao lado da rodovia federal. Apresenta uma estrutura de porte pequeno, conta com uma sala de enfermagem, sala odontológica, sala de medicação e curativo, sala de atendimento médico, sala de vacina, recepção, farmácia, administração e uma pequena copa. Contamos também com uma área externa para o atendimento dos grupos de idosos e gestantes quando necessário. No portão principal há uma rampa que permite fácil acesso das pessoas com deficiência física que venham a utilizar cadeira de rodas.

Devido ao seu tamanho restrito, principalmente a sala de recepção, encontramos dificuldades para a realização dos atendimentos, devido ao grande número que se encontra em seu interior. A farmácia é bem estruturada e organizada, no entanto, algumas vezes há falta de medicamentos na rede o que nos deixa desabastecidos.

Os usuários ao chegarem na unidade, são atendidos primeiramente na recepção onde fazem o prontuário, depois é feita a avaliação antropométrica (peso e altura), depois são encaminhados para a verificação de pressão arterial (PA) e glicemia. Disponibilizamos atendimento médico, odontológico, curativo, farmácia entre outros. Contamos com seis agentes comunitários de saúde (ACS), uma técnica de enfermagem, um cirurgião dentista, uma auxiliar de saúde bucal, um médico, uma copeira, uma servente e a coordenadora administrativa. Temos uma boa relação com a comunidade, a qual se encontrava carente de atendimento médico e graças ao Programa Mais Médicos estão tendo a oportunidade de receber um pouco mais de atenção por parte dos serviços de saúde na atenção básica.

## 1.2 Relatório da Análise Situacional

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a população residente no município de Rio Branco é de aproximadamente 331.296 habitantes. Quanto a distribuição por faixa-etária, Rio Branco possui 5.662 crianças menores de 5 anos, 69.906 pessoas entre 5 a 14 anos, 232.117 pessoas entre 15 a 59 anos e 23.611 pessoas com 60 anos ou mais (IBGE, 2010).

A rede de Atenção Primária do município de Rio Branco está dividida em 13 seguimentos de saúde, com a distribuição de 04 Unidades de Referência da Atenção Primária – URAP, 08 Centros de Saúde e 01 Centro de Formação sob a gestão do estado. Nas Unidades de Referência da Atenção Primária - URAP são ofertados os serviços de clínica geral, pediatria e ginecologia/obstetrícia, bem como os serviços de enfermagem, odontologia, imunização, farmácia dentre outros, com atendimento por demanda espontânea e por referência das Equipes de Saúde da Família de sua área de abrangência. Também possui sistema de agendamentos para as especialidades de média e alta complexidade, cujas ações são oferecidas pela Rede Estadual de Saúde.

Além das 13 Unidades Básicas de Saúde, a Atenção Primária conta ainda com 53 Unidades de Saúde da Família com equipes completas, destas, 23 possui equipe de saúde bucal (DATASUS agosto/2013), 07 Unidades de Saúde da Família com equipes incompletas, 07 equipes do Programa de Agente comunitário de Saúde- PACS, 02 Unidades Móveis de Saúde na Comunidade para atendimento à população rural e ribeirinha; 02 Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF, 01 central de abastecimento Farmacêutica – CEAFAM, 02 Centros de Apoio Diagnóstico, 01 Centro de Especialidade Odontológica – CEO, 01 dispositivo Consultório na RUA, e 01 Unidade de Acolhimento Adulto para atendimento das pessoas em uso abusivo de álcool, crack e outras drogas.

Esta estrutura vem ofertando à comunidade local, ações de promoção à saúde, prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento, através dos Serviços de Assistência Médica, Enfermagem, Assistência Farmacêutica, Programas de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente, Atenção ao Idoso, Saúde em Movimento, Saúde do Homem, Controle do Tabagismo, Saúde do Trabalhador, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), Saúde Mental, Educação em Saúde, Hipertensão, Diabetes, Hanseníase, Leishmaniose, Tuberculose e o Programa Saúde do Homem.

Atualmente, a rede de Atenção Primária também é constituída por 02 Centros de Apoio Diagnóstico. Dentre as ações realizadas por esses Centros, destaca-se a descentralização da coleta para a atenção básica com a instalação de laboratórios em 08 Centros de Saúde e 04 Unidades de Referência da Atenção Primária – URAP's. Atualmente os exames realizados pelo Centro de Apoio Diagnóstico – CAD são: Bioquímica, hematologia, imunologia, hormônio, urinálises, parasitologia e baciloscopia.

Quanto aos serviços de média complexidade temos duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA), localizadas no segundo Distrito do município e em Tucumã. Dos serviços referentes a alta complexidade contamos com cinco hospitais da rede pública que são: Hospital das Clínicas – antiga Fundação Hospitalar do Acre, Maternidade Bárbara Heliodora, Hospital de Saúde Mental do Acre – HOSMAC, Hospital de Urgência e Emergência – HUERB e Hospital da Criança e Maternidade Bárbara Heliodora. O município conta ainda com o hospital e maternidade filantrópico Santa Juliana. Vale ressaltar, que está em fase de construção um Instituto de Trauma-ortopedia que irá compor a rede do estado, financiado pela esfera federal.

A Unidade de Saúde Belo Jardim I está localizada na periferia da cidade de Rio Branco, na BR 364. Trata-se de uma unidade urbana, que disponibiliza os benefícios do Sistema Único de Saúde, não existe nenhum vínculo com as instituições de ensino, o modelo de atenção é tradicional. A equipe de trabalho é composta de um médico clínico geral, um cirurgião dentista, um auxiliar de saúde bucal, uma técnica de enfermagem, quatro agentes comunitários de saúde, uma copeira, uma servente e uma coordenadora administrativa.

A estrutura física da Unidade de Saúde é de alvenaria, sendo um espaço bastante pequeno, apresenta: um consultório médico, um consultório de enfermagem, um consultório odontológico, uma sala de vacina, uma farmácia, uma sala de curativos, uma copa onde realizamos nossas refeições, recepção, almoxarifado e administração. Devido ao tamanho reduzido da recepção, a mesma não suporta a demanda dos usuários.

Com relação às atribuições dos profissionais, há atendimento médico pela manhã e tarde as segundas, terças e quartas-feiras (atendimento prioritário para idosos e HAS e DM), as quintas-feiras as agentes comunitárias em saúde e médicos realizam visitas domiciliares no período da manhã, dando ênfase às visitas de

acordo com a gravidade do usuário. A tarde nestes mesmos dias realiza-se consulta na unidade de saúde. Os cirurgiões-dentistas atuam de segunda a quinta dentro da unidade de saúde ofertando tratamento odontológico aos usuários e na sexta-feira se deslocam para o atendimento nas escolas. Os Agentes Comunitários de Saúde realizam visitas de segunda a sexta-feira. A equipe de enfermagem fica responsável pela gestão do serviço, acolhimento e administração de medicamentos, nebulização verificação de pressão arterial e glicemia. Os aspectos positivos é que a equipe tem uma boa organização para realizar as ações e atingir as metas estabelecidas no serviço. No entanto, apresentamos limitações já que temos uma grande área descoberta por falta de Agentes Comunitários de Saúde.

Com relação ao número de população da área de abrangência, são 2.206 pessoas no total, sendo 1.049 homens e 1.157 mulheres. A unidade não se encontra dentro da média sugerida pelo Ministério da Saúde (MS) que é de 3000 habitantes por equipe, não devendo ultrapassar 4000 pessoas. Dentro de outras estratégias estamos realizando novos cadastramentos para obter dados mais atualizados a respeito da população total. Daremos continuidade às estratégias que podem ser utilizadas por meio de campanhas de saúde como, por exemplo, promoção de saúde, palestras, orientações e diferentes atividades específicas como o grupo de idosos, grupo de gestantes, planejamento familiar, prevenção do Câncer de colo de útero (PCCU), pré-natal, vacina entre outros.

O excesso de demanda espontânea é regularizado pelo pessoal do acolhimento que conta com a técnica de enfermagem e agentes comunitários que viabilizam os usuários de risco e as prioridades para idosos, crianças e gestantes. Com os usuários com um estado de saúde muito crítico se realiza a devida atenção e informação quando tem que ser encaminhado.

Com relação à saúde da criança, devido ao fato da nossa equipe não estar completa, pois falta o profissional de enfermagem, não desenvolvemos ações específicas de atenção a criança entre 0 a 72 meses. Realizamos apenas controle de estatura e peso. Não possuímos também a cobertura desta população. De acordo com a estimativa do Caderno das Ações programáticas, há 40 crianças menores de um ano na área adstrita, porém não possuímos registros dos atendimentos realizados. Nas consultas das crianças realizadas pelo médico clínico geral, normalmente orienta-se sobre alimentação, higiene, acidentes mais freqüentes nesta faixa etária. As anotações são feitas nos prontuários como

sintomas, antecedentes de alergia e tudo o que for importante e diz respeito à saúde.

O programa de pré-natal em nossa Unidade não está bem estruturado, não temos enfermeiro lotado nessa unidade de saúde, apenas técnicos em enfermagem, o que dificulta muitas ações a serem realizadas com êxito. Porém, as gestantes que chegam à nossa unidade procurando atendimento médico realizam a consulta e são solicitados os exames de rotina de acordo com o protocolo de pré-natal. Segundo o caderno a estimativa de gestantes para nossa população é de 33 gestantes e uma cobertura de 30%, o que representa que apenas 10 delas estão em acompanhamento na unidade participando das consultas pré-natais de acordo com o protocolo do MS.

Pelo mesmo motivo da falta de enfermeiro a ação prestada com relação a prevenção do Câncer de colo de útero e mama ficam prejudicadas. São ofertadas orientações as mulheres a fazer o exame preventivo de câncer de colo do útero (Papanicolau) a partir da primeira relação sexual ou após os 18 anos. Este exame é feito anualmente. A equipe de saúde em parceria com a URAP conseguiu uma enfermeira para realizar o preventivo de câncer do colo do utero uma vez na semana para assim poder ter uma cobertura parcial do Câncer de Colo de Útero. A estimativa segundo os cadernos das ações é que há 464 mulheres entre 25 e 64 anos de idade.

O exame clínico de palpação das mamas é realizado pelo médico e solicitado mamografia para a detecção precoce de câncer de mama de acordo com o protocolo. Segundo a estimativa dos cadernos das ações é que há 111 mulheres entre 50 e 69 anos.

As ações de atenção aos 308 hipertensos e 83 diabéticos não são estruturadas de forma programática. A unidade adota o manual técnico disponibilizado pelo MS, para realizar os devidos procedimentos com esta população. Em referência aos registros específicos, contamos com os prontuários no qual se avalia a PA, peso, índice de massa corporal, e carteira de hipertenso e diabético. Faz-se um monitoramento a cada três meses para avaliar se os medicamentos prescritos não estão causando efeitos colaterais ou se estão realmente fazendo o efeito desejado. A qualidade de atenção à saúde está melhorando porque a área estava descoberta devido à falta de médico.



Um ótimo aspecto em relação a esse cuidado continuado é que os hipertensos e diabéticos já estão mais conscientes da importância de estar indo na unidade para fazer a avaliação da pressão arterial como também o teste de glicemia. Já por outro ponto, tem aqueles que não tomam os medicamentos como deveriam e em não cumprir com as dietas estipuladas para uma boa melhoria de seu estado clínico e chegam com pressão arterial descontrolada. O mesmo vale para os diabéticos, os insulinos dependentes deixam de tomar suas doses diariamente devido ao desconforto das “agulhadas”, e chegam a unidade com níveis muito elevados de glicose.

Para a saúde dos 129 idosos a unidade básica de saúde apresenta uma equipe organizada e com interesse para melhorar o estilo da vida desta faixa etária e com isso ajudá-los com seu estado de saúde. Ações de atenção se fazem através de visita domiciliar de acordo com as demandas, consulta médica e orientações de acordo com a doença própria da idade. As ações de qualidade se dão através da prioridade aos idosos em momento de atendimento na unidade. Em relação à qualidade dos registros nós temos prontuários de cada idoso e caderneta de idoso, o registro é realizado por diferentes membros da equipe. As ações de promoção da saúde para os idosos se fazem por meio de reunião na unidade com palestras onde são abordadas orientações sobre como ter uma melhor qualidade de vida, não adotamos nenhum tipo de protocolo ou manual técnico.

O aspecto positivo que se pode destacar em relação aos idosos é referente a um acompanhamento contínuo, em especial aos acamados, com deficiências físicas e com dificuldade de locomoção. Fazemos o planejamento de visitas deixando a população ciente que eles têm direito de receber esse tipo de atendimento priorizado. Buscamos através desse ato tentar inseri-los da melhor maneira possível dentro da sociedade e da sua realidade para que não venham a se sentir excluídos e muito menos esquecidos.

Referente a saúde bucal, temos um cirurgião dentista que faz o atendimento de segunda a quinta e nas sextas-feiras comparece as escolas para o realização de palestras ensinado a maneira correta de escovação bem como aplicação de flúor.

Durante a realização da análise situacional foi possível perceber que a UBS encontra-se fora das medidas adotadas pelo MS, pois há muitas deficiências estruturais, falta de medicação e falta de profissionais especializados em diferentes ramos. Há muito para adequar e melhorar e assim chegar às metas estabelecidas

pelo Ministério de Saúde. No entanto, avaliando a situação acredito que estamos no caminho certo para realizar um atendimento adequado a população adscrita. Para tanto é importante termos o apoio da equipe de saúde, da gestão e comunidade a fim de que todos se conscientizem da importância de se ter um atendimento qualificado na atenção primária em saúde.

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

Ao fazer uma comparação entre a situação da Unidade Básica de Saúde da unidade e o Relatório da Análise Situacional, podemos apreciar que existem pontos de convergência entre eles, como por exemplo, os referentes à estrutura da unidade, serviços prestados à nossos usuários, a composição da equipe, também a logística, materiais e insumos; todos eles segundo os parâmetros que exige o Ministério de Saúde Brasileiro. No entanto, ocorre que o texto inicial traz somente uma **ideia** da nossa unidade e dos aspectos gerais e já o Relatório da Análise Situacional estabelece uma avaliação mais ampla da unidade e do trabalho da nossa equipe. Dessa forma, com a análise situacional foi possível detalhar processos e aspectos como serviços prestados, dados populacionais, o trabalho com grupos específicos e programas, oferecendo uma melhor avaliação através de indicadores que puderam ser melhorados para beneficiar os nossos usuários com ações desenvolvidas para mudar o estilo e modo de vida da população. Por outro lado, a diferença observada é, sobretudo, um retrato, do processo de apropriação da UBS e da realidade de saúde da comunidade.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A HAS e DM representam importantes problemas de saúde pública e frequentemente coexistem na prática clínica. Na atualidade, observa-se uma tendência ao aumento das prevalências das mesmas, possivelmente relacionado ao crescimento da população de idosos e das taxas de sobrepeso e obesidade (ALESSI, et al., 2013).

Segundo a International Diabetes Federation, existiam 285 milhões de DM no mundo em 2010 e a projeção é de que, em 2030, sejam 438 milhões, sendo 90% dos casos de DM tipo 2. O impacto dessa situação em países em desenvolvimento é imenso. A associação entre HAS e DM foi inicialmente descrita na década de 1970, observada em ambos os sexos e em qualquer faixa etária. A prevalência de HAS é de duas a três vezes maiores que em usuários portadores de DM do que na população geral e cerca de 70% dos usuários com DM são portadores de HAS (ALESSI, et al., 2013).

Uma meta-análise envolvendo 102 estudos prospectivos e 698.782 indivíduos mostrou que a presença de DM aumenta em duas vezes o risco de Doença Arterial Coronariana (DAC), Acidente Vascular Encefálico (AVE) e morte Cardiovascular (CV). Segundo essa meta-análise, 10% das mortes por problemas CV em países desenvolvidos podem ser atribuídas à presença de DM. Os usuários com HAS têm um risco maior de desenvolver alterações cardíacas; entretanto, na associação com o DM, essas alterações são mais intensas e precoces. (ALESSI, et al. 2013)

A UBS, onde realizamos as atividades profissionais, chama-se Unidade de Saúde Belo Jardim I e acredita-se que a infra-estrutura seja adequada para que se possa realizar uma atenção à saúde, de acordo com as necessidades da população. Nela trabalha uma equipe básica de saúde composta por médico, técnica de

enfermagem, dentista, auxiliar de dentista e agentes comunitários de saúde. A UBS situa-se na zona urbana e estão cadastradas 2.206 pessoas, sendo 1.049 do sexo masculino e 1.157 do sexo feminino. Para essa população temos cinco ACS. Segundo as estimativas da Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico VIGITEL, deveríamos ter na nossa área de abrangência, 336 portadores com HAS e 83 com DM.

As ações de saúde desenvolvidas na unidade básica são: clínica médica dentro dos programas do Pré-natal, Hipertensão e Diabetes, Saúde da mulher, do Idoso, do Homem, oferecendo sempre atenção integral ao usuário. Os Programas de Atenção à HAS e DM já estão implantados, e a população-alvo é atendida às quartas-feiras nos dois períodos. Independentemente desse dia, os usuários portadores de DM e HAS poderão ser atendidos a qualquer dia que chegue à nossa unidade de saúde. As reuniões de planejamento das ações em saúde da equipe ocorrem uma vez no mês.

Uma intervenção na atenção ao portador de HAS e DM é de fundamental importância, uma vez que estas doenças constituem a primeira causa de morbimortalidade no mundo e no Brasil (BRASIL, 2013). Além disso, considerando os indicadores de cobertura, segundo estimativas dos dados demográficos para nossa UBS, o programa responsável pela atenção aos usuários portadores de DM e HAS, apresenta maior dificuldade no cadastramento dos usuários e isso implica que na nossa área de abrangência haja muitos usuários sem diagnóstico precisos para suas patologias e este é um problema de saúde, que necessita de resolução imediata.

A respeito das dificuldades que enfrentaremos, acredita-se que a maior delas, será o retorno dos portadores de HAS e DM à consulta. Uma das dificuldades presentes na vida da população é não ter o hábito de realizar acompanhamento de doenças crônicas, sendo que somente buscam a UBS por doenças agudas ou necessidade de aquisição de medicamentos. Temos algumas dificuldades de recursos materiais como instrumentais, equipamentos e insumos, o que afeta na oferta de melhor qualidade de atendimento aos usuários. A questão de recursos, que está dificultando o trabalho, é da competência da gestão e os gestores devem saber como fazer para dar solução ao problema, trabalhando para obter o que for necessário, de forma a garantir uma atenção básica de qualidade para toda população.

Acredito que os aspectos que viabilizam a realização da intervenção sejam a participação de toda a equipe de saúde, com apoio de outros parceiros, para realizar ações educativas de promoção e prevenção de saúde. Além disso, o apoio dos gestores com os recursos necessários e as organizações e o planejamento das atividades a serem realizadas, também serão de grande importância.

Esta intervenção irá melhorar a atenção à saúde da população-alvo, capacitará e atualizará a Equipe Básica de Saúde, em relação aos temas relacionados à hipertensão, diabetes e permitirá que sejam pesquisados os portadores assintomáticos dessas doenças crônicas, podendo ser realizados diagnósticos e tratamentos oportunos dessas doenças. Além disso, serão realizadas orientações sobre hábitos saudáveis de vida, a fim de evitar complicações das patologias e também estimular o hábito de frequentar a UBS, passando a fazer parte de suas vidas para cadastramento, acompanhamento e tratamentos adequados.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar o programa de atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM na UBS Belo Jardim I, Rio Branco/AC.

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

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

**Meta 1.1:** Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Belo Jardim I, no município de Rio Branco/AC. Participarão da intervenção 336 usuários portadores de HAS e 83 usuários portadores de DM com 20 anos ou mais residentes no território da UBS.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

**Objetivo 1** - Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

**Meta 1.1:** Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

##### **Ação:**

- Monitorar o número de usuários portadores de DM e HAS cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

##### **Detalhamento:**

O médico, enfermeira e os ACS cadastrarão os usuários portadores de DM e HAS que ainda precisam cadastrar-se se inclinando em visitas domiciliares e consultas, anotarão nos registros planilhas e prontuários dos usuários que são acompanhados e os que faltam ser acompanhados.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

##### **Ação:**

- Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS e DM.

- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.
- Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

**Detalhamento:**

O serviço vai priorizar as consultas a todos os usuários portadores de DM e HAS que estejam agendados. Na USB temos todo o material (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica, glicômetro, fitas para glicômetro) e todo o material será garantido pelo gestor da unidade.

**ENGAJAMENTO PÚBLICO****Ações:**

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

**Detalhamento:**

As informações e orientações serão realizadas pelo médico, ACS e enfermeira, em consultas, visita domiciliar e em palestras na recepção da unidade.

**QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA****Ações**

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

**Detalhamento:**



Planejaremos um momento de capacitação com o médico e a equipe de trabalho, com o objetivo de capacitar a verificação da pressão e medir a glicose com glicômetro.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

#### **Ações:**

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos
- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.
- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

#### **Detalhamento:**

Será realizado exame clínico pelo médico em todas as consultas a todos os usuários portadores de DM e HAS e revisão dos exames laboratoriais. O médico irá realizar a

avaliação de todos os usuários que necessitarem de atendimento odontológico e fará o encaminhamento para o odontólogo.

### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

#### **Ações:**

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e diabéticos.
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.
- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.
- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos; • organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

#### **Detalhamento:**

Serão estabelecidas as atribuições dos membros da equipe e serão capacitados segundo prioridade pelo médico e a enfermeira em atendimento aos **usuários** portadores de DM e HAS; Será garantida a realização dos exames complementares a todos os usuários pela administração; Serão garantidos todos os medicamentos que estão disponíveis para todos os usuarios pela administração e a secretaria de saúde, contando com todos os recursos necessários na farmácia da unidade de saúde.

Para a ação do atendimento odontológico será programado com a equipe odontológica da unidade para avaliação dos usuários.

## ENGAJAMENTO PÚBLICO

### **Ações**

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.
- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

### **Detalhamento:**

Será realizado pelo médico, ACS e enfermeira, em consultas, visitas domiciliares e em palestras na recepção da unidade.

Será realizada uma atividade de qualificação, preparatória planejada pelo o médico a os ACS e a enfermeira.

Serão realizadas as ações de promoção e prevenção de saúde com a comunidade todas as semanas e serão encaminhados para a equipe odontológica.

## QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

### **Ações**

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.
- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.
- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia
- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

**Detalhamento:**

Planejaremos um momento de atividade preparatória e capacitação com o médico e a equipe de trabalho, com o objetivo de fazer o seguimento adequado dos usuários portadores de DM e HAS

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

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

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

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO****Ação:**

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

**Detalhamento:**

O médico, enfermeira e os ACS cadastraram os usuários portadores de DM e HAS que ainda precisa cadastrar-se, identificado através das visitas domiciliares e consultas, anotarão nos registros planilhas e prontuários dos usuários que tem acompanhamentos e os que faltam por acompanhamento.

**ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO****Ação:**

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos
- Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

**Detalhamento:**

Serão realizadas as visitas domiciliares todas as semanas pelo médico, ACS, enfermeira. Temos agendadas as visitas domiciliares todas as quintas feiras para buscar os faltosos.

**ENGAJAMENTO PÚBLICO****Ação**

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabéticos (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer aos portadores de hipertensão, diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

**Detalhamento:**

As informações e orientações serão realizadas pelo médico, ACS e enfermeira, em consultas, visita domiciliar e em palestras na recepção da unidade.

**QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA****Ação:**

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

**Detalhamento:**

Planejaremos um momento de atividade preparatória e capacitação com o médico e a equipe de trabalho, com o objetivo de fazer o seguimento adequado dos usuários portadores de DM e HAS, para realizar suas consultas.

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

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

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

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO****Ação:**

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

**Detalhamento:**

O médico, enfermeira e os ACS cadastrarão os usuários portadores de DM e HAS que ainda precisa cadastrar-se se inclinando em visitas domiciliares e consultas,

anotarão nos registros planilhas e prontuários dos usuários que tem acompanhamentos e os que faltam por acompanhamento.

### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

#### **Ação:**

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

#### **Detalhamento:**

O médico, enfermeira e os ACS cadastrarão os usuários portadores de DM e HAS que ainda precisam cadastrar-se se inclinando em visitas domiciliares e consultas, anotarão nos registros planilhas e prontuários dos usuários que tem acompanhamentos e os que faltam por acompanhamento. Registrarão o atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco. Além de alimentar o SIAB.

### ENGAJAMENTO PÚBLICO

#### **Ação:**

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

#### **Detalhamento:**

Será realizado pelo médico, ACS e enfermeira, em consultas, visitas domiciliar e em palestras na recepção da unidade.

### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

**Ação:**

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

**Detalhamento:**

Planejaremos um momento de atividade preparatória e capacitação com o médico e a equipe de trabalho, com o objetivo de fazer o seguimento adequado dos usuários portadores de DM e HAS, para realizar o registro dos procedimentos clínicos.

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

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

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

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO****Ação:**

- Monitorar o número de pacientes hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

**Detalhamento:**

O médico, enfermeira e os ACS cadastrarão os usuários portadores de DM e HAS que ainda precisam cadastrar-se, identificado através das visitas domiciliares e consultas, anotarão nos registros planilhas e prontuários dos usuários que tem acompanhamentos e os que faltam por acompanhamento para realizar sua estratificação de risco cardiovascular.

**ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO****Ação:**

- Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco.
- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

**Detalhamento:**

O médico, enfermeira e os ACS cadastrarão os usuários portadores de DM e HAS que ainda precisam cadastrar-se, identificado através das visitas domiciliares e consultas, anotarão nos registros planilhas e prontuários dos usuários que tem acompanhamentos e os que faltam por acompanhamento priorizando os usuários avaliados de alto risco.

### ENGAJAMENTO PÚBLICO

#### **Ação:**

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.
- Esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

#### **Detalhamento:**

As informações e orientações serão realizadas pelo médico, ACS e enfermeira, em consultas, visita domiciliar e em palestras na recepção da unidade.

### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

#### **Ação:**

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

#### **Detalhamento:**

Planejaremos um momento de atividade preparatória e capacitação com o médico e a equipe de trabalho, com o objetivo de fazer o seguimento adequado dos usuários portadores de DM e HAS, para realizar o registro da estratificação segundo o escore de Framingham e para o controle dos fatores de risco modificáveis.

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

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



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

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

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

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

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

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

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

##### **Ações:**

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.
- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.
- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.

##### **Detalhamento:**

Planejaremos um momento de atividade preparatória e capacitação com o médico e a equipe de trabalho, com o objetivo de fazer o seguimento adequado dos usuários portadores de DM e HAS, anotarão nos registros planilhas e prontuários dos usuários onde toda a equipe tem bem definido seu papel para fazer promoção e prevenção de saúde com os usuários.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

##### **Ações:**

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.
- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.
- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

**Detalhamento:**

Iremos organizar em parceria com o gestor um fim de semana ações para realizar atendimento integral na comunidade bem como orientação de práticas de exercícios físicos, alimentação saudável e o abandono do cigarro para uma boa qualidade de vida.

**ENGAJAMENTO PÚBLICO****Ações:**

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

**Detalhamento:**

As informações e orientações serão realizadas pelo médico, ACS e enfermeira, em consultas, visita domiciliar e em palestras na recepção da unidade.

**QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA****Ações:**

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas.
- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

**Detalhamento:**

Planejaremos um momento de atividade preparatória e capacitação com o médico e a equipe de trabalho, com o objetivo de fazer o seguimento adequado dos usuários portadores de DM e HAS, onde toda a equipe tem bem definido seu papel para orientar, educar e atender de forma correta a todos os usuários.

**2.3.2 Indicadores**

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

**Meta 1.1:** Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Indicador 5.1:** 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 5.2:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

**Denominador:** 78 é o Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 2.3.3 Logística

Esta intervenção realizada no Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus acontecerá na USF Belo Jardim I no município de Rio Branco, estado do Acre. Para realizá-la vamos adotar o Protocolo de Hipertensão arterial; Brasil (2013 b) e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde; Brasil (2013a), que será solicitado aos gestores.

Serão utilizados para registro e acompanhamento dos usuários portadores de HAS e DM cadastrados no programa, a ficha espelho e planilha de coleta de dados disponibilizados pela UFPEL (Anexos B e C), onde serão registradas as informações necessárias ao acompanhamento destes usuários. Serão impressas inicialmente 250 fichas espelho pela direção da unidade para o acompanhamento dos usuários. Os números necessários de fichas serão de 510 fichas estas serão impressas na unidade básica.

Será definido na reunião da equipe o profissional responsável pelo monitoramento mensal do registro e da planilha de coleta de dados, bem como pela atualização diária das informações da planilha e das informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).



Iniciaremos com a capacitação da equipe que será realizada com a leitura prévia do protocolo a ser utilizado além de saciar quaisquer dúvidas sobre Hipertensão e Diabetes Mellitus aos ACS e técnicos de enfermagem. Será realizado treinamento para a verificação adequada da pressão arterial e o uso correto do glicôsimetro. A equipe será capacitada para a avaliação bucal dos usuários portadores de DM e HAS e orientar os serviços disponíveis para realização de revisão e tratamento odontológico pactuados com a gestão. O responsável pela capacitação dos ACS será o profissional médico da área de abrangência e ocorrerá na UBS em dias e horários pré-determinados.

Os responsáveis a realizar a atualização dos cadastros dos usuários portadores de DM e HAS serão os ACS, e serão realizados em mutirões e semanalmente após um novo caso diagnosticado sempre nas reuniões realizadas com os ACS, e após os expedientes das consultas cotidianas. Os cadastros dos usuários serão realizados em forma impressa na mesma UBS, inicialmente serão impressas 300 fichas de cadastro.

Iremos realizar atividades voltadas para melhorar o acolhimento aos usuários portadores de HAS e DM. Informaremos a comunidade sobre a importância da verificação da PA para os maiores de 20 anos, além de ressaltar a importância sobre o significado do rastreamento da DM em adultos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg, destacando que de acordo a lei N° 8.080 de 19 de setembro de 1990, art. 2° “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”, lembrando da gratuidade do serviço de saúde e a importância do controle periódico trimestralmente, explicar os fatores de riscos, as complicações da HAS e DM não controladas corretamente e alguns aspectos relacionados ao tratamento não farmacológico e farmacológico. Estas atividades farão parte do acolhimento diário destes usuários, além de acontecer também durante as visitas domiciliares semanais e atividades educacionais que ocorrerão quinzenalmente em forma de realização de grupos.

Irão ocorrer ações de saúde para melhorar a qualidade de atendimento aos usuários portadores de HAS e DM na unidade de saúde Belo Jardim I, realizando-se exame clínico adequado, solicitando a realização de exames laboratoriais, agendando vagas durante o período de 16 semanas em um laboratório clínico que for pactuado com a gestão municipal de saúde, bem como solicitar a realização do eletrocardiograma priorizando o atendimento a estes usuários para garantir o

controle adequado do Programa. Irá ser priorizada a prescrição de medicamentos disponibilizados pelo SUS, realizando-se reuniões com o farmacêutico, solicitando o abastecimento de estoque e monitoramento da medicação do programa HIPERDIA, (incluindo validade).

Organizaremos um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença. Essas situações serão sinalizadas em vermelho na ficha espelho do usuário pelo profissional que realizar o atendimento e sinalizadas em verde após a atualização da situação.

As atividades voltadas à busca ativa dos usuários serão realizadas nas Residências/domicílios pelos profissionais ACS. Os usuários faltosos serão registrados em um livro específico para agendamentos, apresentando em relatórios semanais para um adequado controle. Serão feitas atividades de capacitação aos ACS, para que orientem adequadamente aos portadores de HAS e DM sobre a importância e periodicidade de consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde. Também serão brindadas informações aos usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Serão efetuados os registros do acompanhamento aos usuários na unidade, onde enfermeiros e médicos serão os responsáveis por esta atividade, atualizando nas consultas e/ou visitas domiciliares. O registro será realizado nas consultas médicas por um profissional técnico de enfermagem que irá preencher os dados de forma fidedigna. Definiremos um profissional responsável para o monitoramento destes registros e pela atualização do SIAB.

Foi Aprovado o projeto pelo comitê quanto as questões éticas e metodológicas de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Anexo A).

Será utilizado um termo de responsabilidade livre e esclarecido para uso de fotografias (Anexo B).



### **3 Relatório da Intervenção**

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

A intervenção estava prevista no projeto para ser realizada em 16 semanas, no entanto foi realizada em 12 semanas por orientação da coordenação geral do Curso de Especialização em Saúde da Família, para o término do curso dentro do cronograma da Turma 5.

Durante as 12 semanas da intervenção, realizamos as ações programadas a fim de dar cumprimento às metas estabelecidas nesse projeto. Realizamos ações para monitoramento e avaliação da intervenção, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

Nas ações de monitoramento e avaliação foram monitorados o número de usuários portadores de DM e HAS cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, a realização do exame clínico apropriado aos hipertensos e diabéticos, a indicação dos exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde, o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada, o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular aos usuários portadores de DM e HAS, a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista.

Também foi monitorado o número de usuários portadores de DM e HAS com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, a realização de orientação nutricional aos usuários portadores de DM e HAS, a realização de orientação para atividade física regular, a realização de orientação sobre riscos do tabagismo, sobre higiene bucal e cuidados com a saúde bucal. Essas ações foram monitoradas, por meio de controle das fichas-espelho e da planilha de coleta de dados, disponibilizadas pelo curso, que contém registro de

nome, idade do usuário e todos os dados que são monitorados, durante a intervenção. Todos os materiais necessários para a intervenção foram impressos na própria UBS. Na unidade foram feitos ajustes para incrementar as visitas domiciliares, aos usuários portadores de DM e HAS, que têm mais dificuldades para chegarem à unidade e, além disso, proporcionar visitas aos faltosos.

Nas ações de organização e gestão do serviço, foi garantido o registro dos usuários portadores de DM e HAS cadastrados no Programa, promovemos a divulgação da intervenção, a investigação do usuário portador de DM e HAS na área de abrangência e seu acolhimento para cadastro, que foi melhorado e para isso, todo usuário portador de DM e HAS que chegava na unidade foi atendido no mesmo dia, tanto aqueles com doenças agudas, como os de demanda espontânea. Foi garantido material adequado para a verificação da medida da PA, para realização do teste de glicemia. Devido a constantes pedidos foi enviada para nossa Unidade de Saúde uma enfermeira, que começou a participar do projeto na etapa da intervenção e fez um levantamento do material necessário para realizar a triagem dos usuários, informando a coordenadora, caso haja necessidade de algum material.

Definimos as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários portadores de DM e HAS e para isso, informamos toda a equipe de saúde quais as ações que deveriam ser realizadas por cada membro, desde a chegada do usuário na UBS (Figura 1).

O ACS que estava escalado no dia foi responsável pelo acolhimento, a enfermeira foi responsável pela triagem, e pela anotação das ações realizadas na ficha-espelho. Solicitamos os exames complementares, sendo que todo usuário, portador de HAS e DM foi orientado a realizar os exames necessários, para que na próxima consulta fosse avaliado.

Realizamos controle de estoque, incluindo validade de medicamentos, realizados pela farmacêutica a cada 15 dias, mantivemos um registro, baseado nas necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Uma vez na semana revisamos a programação das consultas dos portadores, de HAS e DM e após uma semana, organizamos visitas domiciliares para buscar os faltosos, as quais foram realizadas pelos ACS, a partir de uma semana após a falta. Quando esses usuários chegam à UBS, foram acolhidos e, de preferência, atendidos no mesmo dia. Além disso, incrementamos as visitas domiciliares aos

usuários portadores de DM e HAS mais idosos, que têm dificuldades para ir à UBS. Foram mantidas as informações do SIAB atualizadas e para isso, enviamos as informações (Figura 4)

Distribuímos folhetos sobre a realização das atividades na comunidade, informando sobre hábitos alimentares saudáveis. Para colaborar com os usuários que pretendem aderir ao tratamento de abandono ao tabagismo, encaminhamos para o local onde é realizado o grupo de tabagismo. Para dar cumprimento às ações referentes ao engajamento público, fizemos contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade, apresentamos o projeto esclarecendo a importância da realização da pesquisa de HAS e DM para tratamento adequado e prevenção de complicações. Solicitamos apoio da comunidade no sentido de ampliar a intervenção de hipertensos e diabéticos e de esclarecermos a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional. Orientamos a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Orientamos a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes, orientamos os usuários portadores de DM e HAS, seus familiares e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da HAS e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Orientamos também quanto à necessidade de realização de exames complementares, sua importância na prevenção de complicações e a periodicidade recomendada, a realização desses exames deverá ser anual, para que possa ser feita uma avaliação adequada do estado de saúde dos usuários portadores de HAS e DM. Orientamos quanto ao direito do usuário ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular para tratar DM e HAS e as possíveis alternativas para obter este acesso.

Para as ações de qualificação da prática clínica realizamos capacitações direcionadas aos membros da equipe e aos ACS. Estas capacitações estão ocorrendo na UBS e têm por base o protocolo sobre HAS DM do MS, ano de 2013. Toda a equipe tem participado, até então. Os membros da equipe responsáveis pelas capacitações são o médico e a enfermeira. Treinamos os ACS para a orientação de usuários portadores de DM e HAS, quanto à realização de consultas e sua periodicidade, em casos de HAS e DM, baseadas no protocolo do MS.

Tivemos como principais dificuldades na intervenção o aumento das chuvas no território que dificultou o acesso dos usuários à unidade, e para fazer visita domiciliar. As ruas da minha área de abrangência 70 % são de terra, por tal motivo elas ficaram com lama dificultando o acesso e locomoção dos pacientes para nossa unidade. Também apresentamos dificuldades com o atendimento odontológico, pois a cadeira quebrou, impedindo o odontólogo de dar continuidade aos atendimentos. Depois de solucionar o problema, conseguimos fazer algumas consultas mas logo em seguida tivemos problemas com o compressor, que foi levado para a assistência e retornou depois da alagação.

Com os recentes acontecimentos que tivemos em nossa cidade, como a enchente do Rio Acre que foi a maior da história do estado, tivemos que atender muitos usuários fora de área. Foi algo impressionante, temos quatro pontes de acesso aos dois lados da cidade e apenas uma ficou com livre acesso, as outras foram interditadas. A cidade ficou um caos, milhares de famílias foram atingidas pelas águas. Todas as secretarias se mobilizaram para ajudar essas famílias, foram montados vários abrigos na cidade, muitos funcionários não tinham como chegar aos seus locais de trabalho, o centro da cidade foi interditado para tráfego de carros e de pedestres. Aulas foram suspensas, muitas UBS foram alagadas, e até mesmo duas URAPS foram atingidas pelas águas. Vários abrigos foram montados para dar suporte para as famílias atingidas, pela primeira vez na história tivemos vários bairros que nunca haviam alagados sendo atingidos pelas águas (Figura 2).

Outra dificuldade apontada é referente a realização dos exames complementares e a demora dos resultados. Alguns dos usuários reclamam da demora em sair o resultado e também alguns chegam com os resultados incompletos, muitas vezes minha coordenadora liga na URAP para saber o que houve com o restante dos exames que foram solicitados, às vezes e só falta de atenção na hora de imprimir, eles não conferem na hora de entregar para o usuário. Também enfrentamos dificuldades quanto a demora na marcação de consultas com especialistas, pois alguns demoram mais de 6 meses para conseguir uma vaga, o que dificulta também a internet para marcar pelo sistema.

Muitas das equipes estão incompletas algumas faltam ACS, pois temos apenas 30% de ACS cobrindo a nossa área, outras faltam técnicos de enfermagem ou enfermeiros e até mesmo faltam médicos. Já conversei com minha coordenadora que solicite da secretaria mais ACS mesmo assim não enviaram, e também tive a

oportunidade de poder pedir na pré-conferência de saúde do município onde foi aprovado minha sugestão.

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

Todas as ações previstas no cronograma foram desenvolvidas mesmo que algumas de forma parcial devido às dificuldades já mencionadas.

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

Na coleta e sistematização de dados foram preenchidas as fichas espelhos e com isso surgiram muitas dúvidas de como fazer esse preenchimento, já que não poderíamos inserir os usuários fora de área e também tive momentos de estresse porque às vezes os dados não batiam. No final da intervenção elas não estavam sendo preenchidas corretamente nas planilhas de coleta de dados e os indicadores estavam muito baixos, mas após conversas com a minha orientadora, reconheci os problemas e tive que fazer alguns ajustes para que ficasse resolvido.

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

Acredito que a unidade de saúde tem como continuar fazendo todas as atividades programadas, manter a qualidade das consultas com uma ótima triagem, manter o cadastramento e seguimento segundo os protocolos do Ministério da Saúde de 100% dos usuários hipertensos e diabéticos. Faremos o possível para realizar o grupo com estes usuários, com elaboração de cafés da manhã saudáveis, passeios nos parques ambientais, organizando passeios nos pontos turísticos da cidade entre outras que vamos elaborar em equipe e, além disso, manter as visitas domiciliares aos idosos hipertensos e diabéticos com dificuldade para acessar a unidade.





Figura 1: Equipe de trabalho USF Belo Jardim I, Rio Branco/AC, 2015.



Figura 2: Maior Inundação da História em Rio Branco-Acre, 2015.



Figura 3: Visitas domiciliares na área adstrita da USF Belo Jardim I, Rio Branco/AC, 2015.



Figura 4: Atividades de equipe desenvolvidas na USF Belo Jardim I, Rio Branco/AC, 2015.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A intervenção realizada por nossa equipe teve como objetivo geral melhorar a atenção aos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus da Unidade Básica de Saúde Belo Jardim I, onde estão cadastrados 2.206 usuários. Entretanto, a intervenção focalizou os usuários maiores de 20 anos que são um total de 1478, entre os portadores de hipertensão e diabetes. Segundo as estimativas da VIGITEL, que abastece a planilha de coleta de dados para essas ações, deveríamos ter na nossa área de abrangência, 336 hipertensos e 83 diabéticos. Com a intervenção cadastramos um total de 116 pessoas com HAS e 38 pessoas com DM, com uma cobertura de 34,5% e 45,8% respectivamente.

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

**Meta 1.1** Ampliar para 70% o cadastro dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Com relação aos indicadores de cobertura do programa de atenção aos hipertensos na UBS, obtidos no decorrer da intervenção, de um total de 308 usuários portadores de HAS, no primeiro mês cadastramos 43 (12,8%) hipertensos, no segundo mês atingimos 86 (25,6%) do total de hipertensos da área de abrangência e no último mês chegamos a 116 hipertensos representando 34,5% do total de hipertensos adscritos na área de abrangência da unidade de saúde (Figura 1).

As ações que mais auxiliaram no cadastramento foram às visitas domiciliares, em conjunto com os agentes comunitários, que facilitaram o cadastramento dos

hipertensos que não tinham acesso à unidade por sua idade ou outras limitações e a busca dos usuários faltosos e outros que não visitavam a unidade pela falta de conhecimento sobre a importância do controle da doença. Não chegamos a atingir a meta devido ao fato de ter ocorrido alguns problemas por falta de ACS e falta de enfermeira e o tempo de realização da intervenção que foi reduzido de 4 para somente 3 meses. Mesmo assim chegamos a fazer um atendimento de boa qualidade com os que já tínhamos cadastrados.

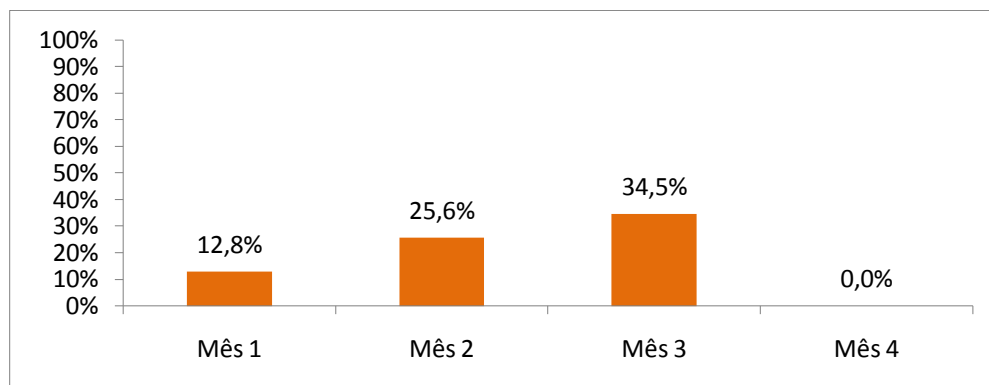


Figura 5: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Belo Jardim I, Rio Branco/AC, 2015.

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

Nossa área de abrangência da UBS tem 1478 usuários maiores de 20 anos, sendo que a estimativa da VIGITEL para os portadores de Diabetes Mellitus é de 83 usuários. Com relação aos indicadores de cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS, obtidos no decorrer da intervenção, no primeiro mês atingimos 14 (16,9%) usuários diabéticos moradores da área de abrangência, no segundo mês atingimos 30 (36,1%) usuários diabéticos e no último mês chegamos a 38 usuários diabéticos, representando 45,8% dos diabéticos moradores da área de abrangência da unidade (Figura 2).

As ações que mais auxiliaram o cadastramento dos diabéticos também foram às visitas domiciliares, em conjunto com agentes comunitários, visto que contribuíram para o cadastramento dos diabéticos que não podiam acessar a unidade por sua idade, ou qualquer outra limitação e a busca dos usuários faltosos e outros usuários que não tinham o hábito de frequentar a UBS, pela falta de conhecimento sobre a importância do controle da doença. Não chegamos a atingir a

meta devido ao fato de ter ocorrido alguns problemas por falta de ACS e falta de enfermeira e o tempo de realização da intervenção que foi reduzido de 4 para somente 3 meses. Mesmo assim chegamos a fazer um atendimento de boa qualidade com os que já tínhamos cadastrados

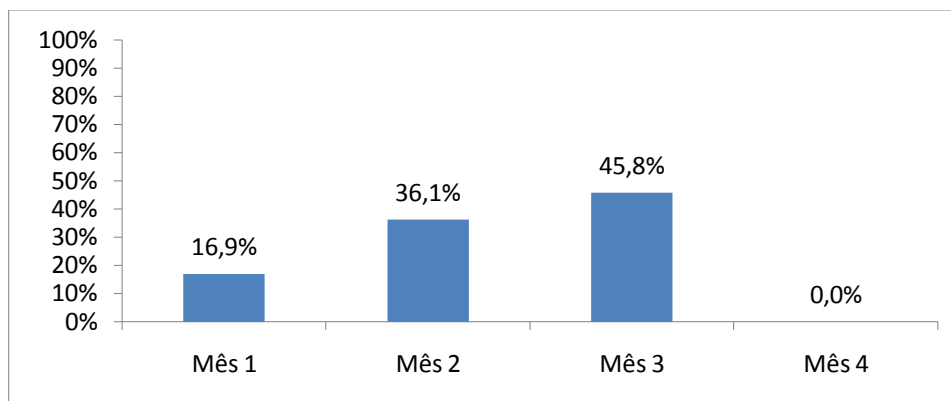


Figura 6: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Belo Jardim I, Rio Branco/AC, 2015.

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

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

No primeiro mês, foram realizados exames clínicos apropriados em 43 (100%) hipertensos, no segundo mês em 86 (100%), e no terceiro mês 116 (100%) hipertensos receberam os exames clínicos. Em todos os meses alcançamos 100% da meta, totalizando os 116 hipertensos cadastrados na unidade básica de saúde e cumprindo com nossa meta.

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

No primeiro mês, foram realizados exames clínicos apropriados em 14 (100%) hipertensos, no segundo mês em 30 (100%) hipertensos e no terceiro mês 38 (100%) hipertensos realizaram os exames clínicos. Em todos os meses alcançamos 100% da meta, totalizando os 38 diabéticos cadastrados na unidade básica de saúde, cumprindo com nossa meta.

Tanto os usuários hipertensos como os diabéticos, quando acessaram a UBS, passaram pela triagem e realizaram procedimentos como: verificação da pressão arterial, teste de glicemia capilar, aferição do peso corporal e da altura. De posse destes dados, os usuários seguiram para a consulta, onde se realizou o interrogatório, exame físico, avaliação do risco cardiovascular e nutricional,

orientações de hábitos saudáveis, encaminhamento para avaliação nutricional e odontológica e, se houvesse necessidade, eram encaminhados para as especialidades. Todos os usuários saíram desta consulta com as indicações médicas, com as solicitações de exames complementares e com a próxima consulta agendada.

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

Todos os usuários saíram da consulta com as indicações médicas, com as solicitações de exames complementares e com a próxima consulta agendada. Desta forma do primeiro ao terceiro mês, os 43, 86 e 116 hipertensos respectivamente realizaram os exames complementares e a meta foi cumprida em sua totalidade.

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

Todos os usuários saíram da consulta com as indicações médicas, com as solicitações de exames complementares e com a próxima consulta agendada. Desta forma do primeiro ao terceiro mês, os 14, 30 e 38 usuários com diabetes respectivamente realizaram os exames complementares e a meta foi cumprida em 100% durante todos os meses de intervenção.

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

No primeiro mês 43 hipertensos obtiveram prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada, no segundo mês 86 hipertensos obtiveram prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada, no terceiro mês 116 hipertensos obtiveram prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada, obtendo assim 100% de prescrição em todos os meses de intervenção.

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

No primeiro mês 14 diabéticos obtiveram prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada, no segundo mês 30 diabéticos obtiveram prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada, no terceiro mês 38 diabéticos obtiveram prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada, obtendo assim 100% de prescrição a todos os usuários portadores de diabetes.

Todos os usuários hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS e que receberam a consulta, saíram com a receita prescrita de medicamentos que podem adquiri-los na farmácia popular/HIPERDIA ou na própria unidade de saúde, priorizando estes medicamentos e não deixando os usuários sem seus remédios de uso contínuo.

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

No primeiro mês, 12 (27,9%) de 43 hipertensos foram avaliados pelo dentista, no segundo mês 20 (23,3%) de 86 hipertensos foram avaliados pelo dentista, e no terceiro mês 50 (43,1%) de 116 hipertensos foram avaliados pelo dentista chegando a um total de 82 hipertensos (Figura 3).

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

No primeiro mês, 4 (28,6%) de 14 diabéticos foram avaliados pelo dentista, no segundo mês 7 (23,3%) de 30 diabéticos foram avaliados pelo dentista, e no terceiro mês 16 (42,1%) de 38 diabéticos foram avaliados pelo dentista chegando a um total de 27 diabéticos durante os três meses da intervenção (Figura 4).

Todos os portadores de hipertensão e diabetes foram orientados para realizar avaliação odontológica e esta avaliação ocorreu no mesmo dia da consulta médica ou foram agendados para outro dia. A equipe da odontologia não colaborou com 100% dos atendimentos aos usuários devido a problemas com os aparelhos, por isso não chegamos a cumprir com a meta proposta.

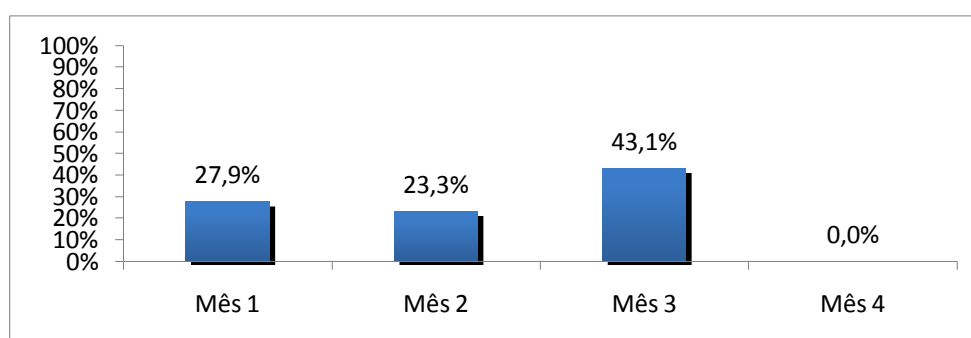


Figura 7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde Belo Jardim I, Rio Branco/AC, 2015.

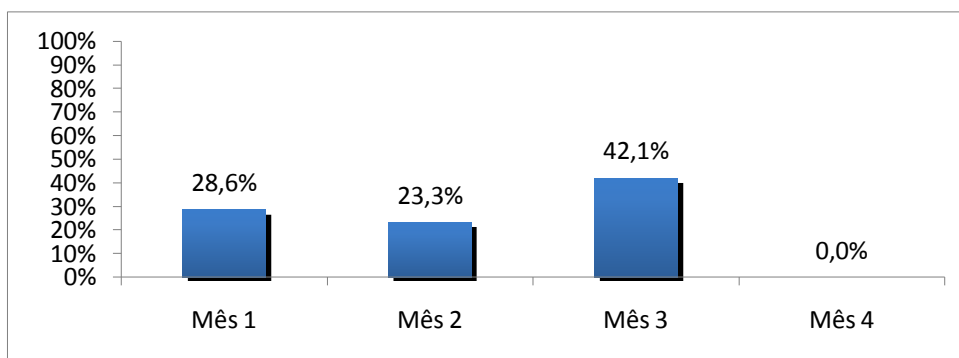


Figura 8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde Belo Jardim I, Rio Branco/AC, 2015.

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

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

No primeiro e segundo mês da intervenção houve apenas um usuário hipertenso faltoso à consulta e foi realizada busca ativa nos dois meses da intervenção, cumprindo a meta em 100%. No terceiro mês tivemos 13 usuários hipertensos faltosos e foi realizada a busca ativa para todos eles. Neste mês os ACS estavam de greve e por este motivo aumentaram o número de faltosos. Em todo o período da intervenção tivemos um total de 15 usuários hipertensos faltosos às consultas e a meta foi cumprida integralmente em todos os meses. A meta foi cumprida graças ao controle dos ACS, os quais realizaram visitas domiciliares em busca dos faltosos.

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

Para os usuários diabéticos, tanto no primeiro mês como no segundo mês não tivemos usuários faltosos e no terceiro mês foram 5 faltosos e todos (100%) receberam busca ativa. Devido à greve dos ACS neste último mês, aumentaram o número de faltosos. Havia um controle realizado pelos ACS, para todos os diabéticos para que não houvesse faltas às consultas.

**Objetivo 4** Melhorar o registro das informações

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

Atingimos 100% dessa meta em todos os meses, que evoluiu da seguinte forma: no primeiro mês tínhamos 43, no segundo mês tínhamos 86 e no terceiro mês, 116 hipertensos com registros adequados na ficha de acompanhamento.



Fizemos uma pasta específica com as fichas-espelho de todos os usuários hipertensos cadastrados na unidade de saúde, as quais constavam as próximas consultas dos portadores de hipertensão.

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

Atingimos 100% desse indicador em todos os meses, que evoluíram da seguinte forma: no primeiro mês tínhamos 14, no segundo mês tínhamos 30 e no terceiro mês, 38 diabéticos com registros adequados nas fichas de acompanhamento. Também estabelecemos uma pasta específica com as fichas-espelho de todos os usuários diabéticos cadastrados na unidade de saúde, as quais constavam as próximas consultas dos portadores de diabetes.

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

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

Atingimos 100% da meta em todos os meses e os dados evoluíram da seguinte forma: tivemos no primeiro mês 43, no segundo mês 86 e no terceiro mês, 116 hipertensos cadastrados na Unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular, representando 100% dos hipertensos cadastrados. Desta forma, todos os portadores de hipertensão receberam avaliação de risco cardiovascular e em caso de apresentarem alguma afecção cardiovascular associada, foram encaminhados para o cardiologista.

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

Atingimos 100% da meta em todos os meses e os dados evoluíram da seguinte forma: tivemos no primeiro mês 14, no segundo mês 30 e no terceiro mês, 38 diabéticos cadastrados na Unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular, representando 100% dos diabéticos cadastrados em todos os meses. Desta forma, todos os portadores de diabetes receberam avaliação de risco cardiovascular e em caso de apresentarem alguma afecção cardiovascular associada, foram encaminhados para o cardiologista, que realizou sua avaliação.

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

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

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

Cumprimos com as metas em 100% em todos os meses da intervenção. Durante as consultas realizamos orientação nutricional sobre alimentação saudável para todos os hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Os hipertensos e diabéticos que apresentaram obesidade foram encaminhados para a nutricionista e receberam um folheto explicativo sobre nutrição. Também foram realizadas palestras na sala de espera, sobre orientação nutricional e alimentação saudável.

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

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

Cumprimos com as metas em 100% em todos os meses da intervenção. Durante as consultas realizamos orientação sobre a prática de exercício físico para todos os hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde de acordo com as possibilidades de cada usuário e prévia avaliação de risco cardiovascular para assim evitar outras complicações.

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

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

Cumprimos com as metas em 100% em todos os meses da intervenção. Durante as consultas realizamos orientação sobre os riscos do tabagismo para todos os hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde além de realizar palestras na sala de espera.

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

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

Cumprimos com as metas em 100% em todos os meses da intervenção. Durante as consultas realizamos orientação sobre higiene bucal e encaminhados à consulta de odontologia, para todos os hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

## 4.2 Discussão

A intervenção, em minha unidade básica de saúde Belo Jardim I, propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos usuários portadores de DM e HAS, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação do exame dos pés dos usuários com DM e para a classificação de risco de ambos os grupos. Também tiveram muita importância, o conhecimento dos portadores de hipertensão e diabetes sobre sua doença e o acompanhamento desses usuários, na UBS.

A intervenção exigiu que a equipe fosse capacitada para seguir as recomendações do MS, relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da HAS e DM. Esta atividade promoveu o trabalho integrado do médico, da enfermeira e da recepção.

O ACS que estava na escala do dia foi a responsável pelo acolhimento, a enfermeira fez o levantamento do material necessário para realizar a triagem dos usuários, informando a coordenadora os materiais necessários para a realização da intervenção. Recebemos da gestão: esfigmomanômetro, manguitos, glicosímetro, e as fichas-espelho impressas pela própria unidade, entre outros itens que foram necessários. A enfermeira foi responsável pela triagem e pela anotação das ações realizadas na ficha-espelho. Sendo assim, acredito também, que o trabalho em equipe foi fortalecido com a intervenção.

A intervenção realizada impactou várias atividades do serviço. Houve incremento do número das visitas domiciliares com acompanhamento de toda a equipe. Houve um aumento significativo no cadastramento dos usuários e realizamos ações de promoção de saúde voltadas ao auto-cuidado do hipertenso e do diabético, distribuimos folhetos sobre a nutrição de usuários portadores de DM e HAS informando sobre hábitos alimentares saudáveis.

Antes da intervenção, as atividades de atenção a HAS e DM 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 usuários portadores de DM e HAS viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. A classificação de risco dos usuários portadores de DM e HAS tem sido muito importante para a realização da priorização destes atendimentos.

O impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade. Os usuários portadores de DM e HAS demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, porém gera insatisfação na sala de espera entre os outros membros da comunidade que desconhecem o motivo desta priorização. Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos muitos usuários portadores de DM e HAS sem cobertura. Faltou articulação com a comunidade para explicitar os critérios estabelecidos. Um conselho de saúde local e o contato com os líderes na comunidade poderia ter sido útil. Poderíamos ter explicado a necessidade da priorização e discutido a melhor maneira para podermos pô-la em prática.

Agora que concluímos as ações programadas para o projeto, percebo que a equipe está integrada e como iremos incorporar a intervenção na rotina do serviço, teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas e outras que poderão surgir. A intervenção será incorporada à rotina do serviço. Para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade, em relação à necessidade de priorização da atenção dos usuários, em especial os de alto risco. A partir do próximo mês, quando teremos disponíveis ACS para a microárea, pretendemos investir na ampliação de cobertura dos usuários portadores de DM e HAS.

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

Prezados senhores gestores!

Desenvolvemos na unidade de saúde Belo Jardim I um trabalho de intervenção com o objetivo de melhorar a atenção aos portadores de HAS e DM por um período de três meses. Com isso, foi possível implementar o programa da atenção ao portador de HAS e DM, o qual foi de fundamental importância, uma vez que estas doenças constituem a primeira causa de morbimortalidade no mundo e no Brasil. (BRASIL,2013). Além disso, considerando os indicadores de cobertura, segundo estimativas dos dados demográficos para nossa unidade de saúde, esse Programa apresentava maior dificuldade no cadastramento dos usuários, implicando um número elevado de usuários portadores de HAS e DM sem diagnóstico preciso, o que implicava agravamento dos problemas de saúde, necessitando de urgência nos atendimentos.

Especificamente também buscamos ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção dos usuários portadores de DM e HAS, aprimorando os registros das informações, mapeando hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular e promovendo a saúde desta população. A intervenção focou os usuários maiores de 20 anos que são um total de 1478, entre os portadores de hipertensão e diabetes. Segundo as estimativas da VIGITEL, que abastece a planilha de coleta de dados para essas ações, deveríamos ter na nossa área de abrangência, 308 usuários portadores de HAS e 83 usuários portadores de DM. Na área da UBS temos cadastrados um total de 116 usuários portadores de HAS e 38 usuários portadores de DM, com uma cobertura de 34,5% e 45,8% respectivamente.

Todos os 154 usuários cadastrados (100%) no Programa de atenção ao usuários portadores de DM e HAS receberam exame clínico apropriado, realizaram exames complementares e estão em dia, de acordo com o protocolo. Receberam

prescrição de medicamentos da farmácia popular, avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Paralelamente, fizemos busca dos usuários portadores de DM e HAS faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada. Mantivemos as fichas de acompanhamento de 100% dos usuários portadores de DM e HAS cadastrados na unidade de saúde, realizamos estratificação do risco cardiovascular, orientação nutricional sobre alimentação saudável, sobre prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal dos usuários portadores de DM e HAS cadastrados na nossa área de abrangência.

Durante a intervenção, nestas 12 semanas, monitoramos, mensalmente, por meio das fichas-espelho e da planilha de coleta de dados, ambas disponibilizadas pelo Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas e Universidade Aberta do Sistema Unificado de Saúde (UNA-SUS), todas as ações realizadas e relatadas acima.

Para que fosse garantido o registro dos usuários portadores de DM e HAS cadastrados no Programa, promovemos a divulgação da intervenção, a investigação do usuário portador de HAS e DM na área de abrangência e seu acolhimento para cadastro, que foi melhorado. Para isso, todos os usuários portadores de DM e HAS que chegaram à unidade foram atendidos no mesmo dia, tanto os com doenças agudas, como os de demanda espontânea.

Foi possível contar com material adequado para a tomada da medida da PA, para realização do hemoglicoteste, pois recebemos da gestão: esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica, glicosímetro entre outros, a pedido da enfermeira. Definimos as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários portadores de DM e HAS e para isso, informamos toda a equipe de saúde sobre as ações que deveriam ser realizadas por cada membro, desde a chegada do usuário na unidade de saúde. Organizamos a prática coletiva para orientações sobre cuidados sobre a saúde bucal, com a colaboração da equipe de saúde bucal da unidade.

Orientamos a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS e DM, orientamos os usuários portadores de DM e HAS, seus familiares e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da HAS e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Orientamos também quanto à necessidade da realização de exames complementares, quais são estes exames, onde eles

devem ser realizados, sua importância na prevenção das complicações. Também foram orientados sobre a periodicidade com que estes exames devem ser realizados, no caso, anual, para que seja possível realizar uma avaliação adequada do estado de saúde dos usuários portadores de HAS e DM.

Orientamos os portadores de HAS e DM, familiares e a comunidade, quanto ao direito do usuário de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular para tratar HAS e DM e as possíveis alternativas para obter este acesso. Orientamos os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular, esclarecemos os usuários portadores de DM e HAS e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis, como a alimentação, por exemplo. Orientamos os usuários portadores de DM e HAS e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, sobre a importância da prática de atividade física regular, orientamos os usuários portadores de DM e HAS tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo e orientamos usuários portadores de DM e HAS e a comunidade sobre a importância da higiene bucal e dos cuidados sobre a saúde bucal.

Treinamos os ACS da nossa equipe para a orientação de usuários portadores de DM e HAS, quanto à realização de consultas e sua periodicidade, em casos de HAS e DM, baseadas no protocolo do MS. Fizemos cartazes com esses dados para serem levadas nas visitas domiciliares, para que ninguém apresentasse dúvidas sobre essas informações. Orientamos a equipe quanto às estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, como a mudança de dieta e discutimos sobre as práticas de uma alimentação saudável. A equipe foi orientada sobre como proceder em casos em que algum usuário apresentasse o interesse em cessar o hábito de fumar. Solicitamos contribuição da equipe de saúde bucal, na capacitação da equipe da unidade, sobre a importância da higiene bucal e dos cuidados sobre a saúde bucal dos usuários portadores de DM e HAS.

Esta intervenção que visava melhorar a atenção à saúde da população-alvo, capacitou e atualizou a Equipe Básica de Saúde, em relação aos temas relacionados à HAS e DM e permitiu que fossem pesquisados os portadores assintomáticos dessas doenças crônicas, realizando diagnósticos e tratamentos oportunos para essas doenças. Além disso, foram realizadas orientações sobre hábitos saudáveis de vida, a fim de evitar complicações das patologias, ao mesmo tempo em que houve incentivos para a frequência da unidade de saúde pelo

usuário, de forma a fazer parte de suas vidas para cadastramento, acompanhamento e tratamentos adequados.

Na unidade de saúde foram feitos ajustes para incrementar as visitas domiciliares aos usuários portadores de DM e HAS, que apresentavam maiores dificuldades de acesso à unidade e, além disso, proporcionar visitas aos faltosos.

Acredito que a unidade de saúde deva continuar colocando em prática todas as ações realizadas, durante a intervenção, como manter a qualidade das consultas, com uma ótima triagem, manter o cadastramento e acompanhamento do usuário, segundo os protocolos do MS, manter o registro de todos os usuários portadores de DM e HAS nas fichas-espelho e planilhas de coleta de dados, para que seja possível, manter o monitoramento das ações realizadas, manter as visitas domiciliares aos idosos com HAS e DM com dificuldade para acessar a unidade, manter as palestras na sala de espera, que são realizadas semanalmente, antes de iniciar as consultas, a fim de garantir uma boa qualidade de vida aos usuários.

Apesar de termos desenvolvido uma boa intervenção, enfrentamos algumas dificuldades como na época do aumento das chuvas no nosso território o que dificultava o acesso dos usuários, também tivemos dificuldade em relação ao atendimento odontológico devido a falta de materiais e depois houve problemas com a cadeira. Dificuldade com a realização de exames complementares, demora em seus resultados e alguns dos usuários reclamam da demora em sair o resultado e também alguns chegam com os resultados incompletos, muitas vezes minha coordenadora liga na URAP para saber o que houve com o restante dos exames que foram solicitados, as vezes e só falta de atenção na hora de imprimir, eles não conferem na hora de entregar para o usuário. A demora na marcação de consultas com especialistas dependendo da especialidade, alguns demoram mais de 6 meses para conseguir uma vaga, o que dificulta também a internet para marcar pelo sistema.

Muitas das equipes estão incompletas algumas faltam ACS outras faltam técnicos de enfermagem ou enfermeiros e até mesmo faltam médicos. No momento, os ACS cobrem apenas 30% das microáreas. Já foi solicitada à secretaria de saúde a reposição destes profissionais, porém até o momento não obtivemos resposta. Também tive a oportunidade de fazer esta solicitação na pré-conferência de saúde do município onde foi aprovada minha sugestão.



Finalizo solicitando a gestão o apoio para a solução destas dificuldades relatadas e assim ser possível a implementação das ações desenvolvidas durante a intervenção na rotina do serviço de saúde, com o intuito de qualificar a assistência prestada para nossa comunidade. Pretende-se também expandir este trabalho para as demais ações programáticas e para isso, a equipe de saúde da UBS Belo Jardim I solicita a colaboração para realizar um trabalho integrado entre equipe de saúde e gestão, facilitando o aprimoramento e a implantação das ações.

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

Prezados senhoras e senhores!

Na Unidade de Saúde Belo Jardim I, estão cadastradas 2206 pessoas, sendo que 1049 são homens e 1157 são mulheres. Para essa população toda, temos 3 agentes comunitários de saúde (ACS). Após estudos realizados, encontramos muitos usuários portadores de DM e HAS na nossa área de abrangência, que ainda não estavam identificados e precisávamos tomar uma atitude, porque essas doenças são muito graves, se não forem diagnosticadas precocemente. Desta forma, uma intervenção no Programa de atenção ao portador de HAS e DM era de fundamental importância, uma vez que estas doenças constituem a primeira causa de morbimortalidade no mundo e no Brasil, segundo o manual sobre essas doenças do MS.

Para realizar esta intervenção, usamos todas as referências desses manuais. Assim foi possível melhorar a atenção à saúde da população, capacitar e atualizar a Equipe Básica de Saúde, em relação aos temas relacionados à HAS e DM e permitiu que fossem pesquisados os portadores assintomáticos dessas doenças crônicas, podendo ser realizados diagnósticos e tratamentos oportunos dessas doenças. Além disso, foram realizadas orientações sobre hábitos saudáveis de vida, a fim de evitar complicações das patologias e também estimular o hábito de frequentar a Unidade de Saúde, passando a fazer parte de suas vidas para cadastramento, acompanhamento e tratamentos adequados.

Durante as 12 semanas de intervenção, procuramos ter um bom controle do que estava acontecendo com os usuários portadores de DM e HAS que foram cadastrados no Programa. É muito importante realizar atendimento para o maior número de usuários portadores de DM e HAS, porque sabíamos que muitos usuários nem conheciam as suas doenças. É importante que, estes usuários possam receber exame clínico de boa qualidade e apropriado e que todos

recebessem indicação de exames laboratoriais, solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde, na periodicidade recomendada.

É importante também que nossos usuários portadores de DM e HAS tenham acesso aos medicamentos da Farmácia Popular, as consultas periódicas anuais com o dentista, o cumprimento da periodicidade das consultas médicas previstas no protocolo, e que os registros de todos os usuários portadores de DM e HAS, tenham boa qualidade.

Nesse trabalho também precisamos conhecer entre os usuários portadores de DM e HAS quais os que apresentam maior risco para as doenças cardiovasculares e neurológicas. Nas consultas e nas palestras fizemos orientações nutricionais, orientações para a prática de atividade física regular, realizamos orientação sobre riscos do tabagismo e sobre higiene e cuidados com a saúde bucal aos usuários portadores de DM e HAS. Todos os materiais necessários para a intervenção foram fornecidos pelos gestores. Para podermos fazer as visitas domiciliares aos usuários portadores de DM e HAS que têm mais dificuldades para chegar à unidade, por idade ou outras limitações e também para possibilitar as visitas aos faltosos, fizemos algumas adaptações na Unidade Básica Saúde.

Esclarecemos aos usuários portadores de DM e HAS e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis, como a alimentação. Orientamos a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS e DM, aos portadores dessas doenças e à comunidade, quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da HAS e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, e à importância do acompanhamento regular.

Esclarecemos os usuários portadores de DM e HAS, familiares e comunidade sobre a realização de exames complementares, sua importância na prevenção de complicações e a periodicidade recomendada, explicando aos participantes das palestras, quais são os exames, onde devem ser realizados e que a periodicidade deverá ser anual, para que possa ser feita uma avaliação adequada do estado de saúde dos usuários portadores de HAS e DM. Orientamos também os portadores de HAS e DM, familiares e a comunidade, quanto ao direito do usuário de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular para tratar HAS e DM e as possíveis alternativas para obter este acesso.

Acredito que todas essas ações realizadas durante a intervenção, foram muito importantes para a população da área de abrangência da Unidade de Saúde Belo Jardim I e acho que devemos continuar fazendo todas as atividades programadas, manter a qualidade das consultas com uma ótima triagem, manter o cadastramento e acompanhamento dos 100% dos portadores de HAS e DM, segundo os protocolos do MS e, além disso, manter as visitas domiciliares aos idosos portadores de DM e HAS com dificuldade de acesso à unidade. Muito importante também que as palestras sejam mantidas, semanalmente, antes de iniciarmos as consultas, na sala de espera, para garantir uma boa qualidade de vida aos usuários.

A comunidade desempenhou um papel importante para a elaboração dessa intervenção já que são os atores principais e os mais beneficiados. Desta forma, salientamos a necessidade de uma participação de forma ativa de todos os membros da comunidade, para auxiliar e incentivar este grupo de pessoas que são acometidas por HAS e DM a cumprirem com as orientações que lhes são passadas e se tornarem comprometidos com um estilo de vida saudável.

Foram atendidos 154 portadores de DM e HAS durante a intervenção e solicito desde já o apoio da comunidade para encaminhar as pessoas com DM e HAS para serem atendidas na UBS.

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

Em fim chegamos à conclusão do TCC, no início do curso achei que seria difícil realiza-lo, pois tudo era novidade encontrei algumas dificuldades para escrever o português tive limitação com a internet, porém com ajuda da minha equipe de trabalho consegui um bom desempenho. No início pensei que não ia dar certo por ser o curso online e ser a primeira vez que fazia um curso a distância. No entanto, na medida em que o curso ia avançando, minhas expectativas mudaram por completo.

Acredito que o curso de especialização foi muito importante, na medida em que aumentou em muito meus conhecimentos, além de que nos permitiu implementar nosso projeto de intervenção, trazendo muitos benefícios para todos os envolvidos no processo, principalmente para a comunidade, mudando hábitos e estilos de vida e aumentando o conhecimento de todos, não só com respeito à sua doença, bem como na prevenção de outras doenças através das palestras e conversas individuais e coletivas. Forneceu o espaço para uma melhor relação com a comunidade nas visitas domiciliares onde chegamos a conhecer muito mais de perto as condições de vida tanto social, quanto cultural e epidemiológica da nossa população.

Hoje, perto de concluir este curso, posso acreditar que a iniciativa de fazer foi maravilhosa, uma vez que, além de ser uma experiência para a vida, também adquiri muitos conhecimentos, não só sobre hipertensão e diabetes, mas também sobre outros temas sobre os quais fomos orientados. Com esta especialização não somente eu e a comunidade ganhamos, mas também a nossa equipe e o serviço em si foram muito beneficiados, porque contribuiu para que a equipe se tornasse mais unida, ofertou conhecimentos a todos os membros, permitindo assim a possibilidade de colocá-los em prática.

Agora com a conclusão do curso, sinto que minha preparação é muito mais completa e, dessa forma, me sinto mais preparado para enfrentar novos desafios e poder ajudar ainda mais e melhor a minha comunidade, sendo uma experiência única, não só na condição profissional, mas também na vida, como pessoa.

## Referências

ALESSI, Alexandre et al. I posicionamento brasileiro em hipertensão arterial e diabetes mellitus. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v. 100, n. 6, Jun 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2013000600001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013000600001&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 de Ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus para o Sistema Único de Saúde /Ministério da Saúde, Secretaria de atenção à Saúde.** Departamento de Atenção Básica. Brasília :Ministério da saúde ,2013.

BRASIL.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde /Ministério da Saúde, Secretaria de atenção à Saúde.** Departamento de Atenção Básica. Brasília :Ministério da Saúde,2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica /Ministério da saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. - Brasília :Ministério da saúde ,2012.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Informações Completas. Cidades. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/39B>> acessado em 22 de abril 2014.

## **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>  
Pro<sup>a</sup> Ana Cláudia Gestal Fassa

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

Prezada Pesquisadora;

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

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





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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

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

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

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