

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma nº 7**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica  
e/ou Diabetes Mellitus na UBS Beira Rio, Vitória do Jarí-Amapá**

**Antonio Abelis Pulido Trujillo**

**Pelotas, 2015**

**Antonio Abelis Pulido Trujillo**

**Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial  
Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Beira Rio, Vitória do Jarí-Amapá**

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: Ana Carine Ferreira de Araújo

Pelotas, 2015

T866m Trujillo, Antonio Abelis Pulido

Melhoria da Atenção à Saúde de Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na UBS Beira Rio, Vitória do Jarí-Amapá / Antonio Abelis Pulido Trujillo; Ana Carine Ferreira de Araújo, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

106 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Araújo, Ana Carine Ferreira de, orient. II. Título

CDD : 362.14

Às minhas duas filhas e minha esposa, por serem o motivo de minha vida.

A minha mãe e meu falecido pai, pelos valores transmitidos.

## **Agradecimentos**

À equipe de saúde Beira Rio por sua participação ativa nas atividades desenvolvidas durante toda a intervenção; aos gestores da Unidade de Saúde, pela preparação dos ambientes de trabalho para a realização das consultas de avaliação; ao pessoal do laboratório, pela realização com qualidade dos exames laboratoriais indicados aos usuários; aos trabalhadores da Farmácia Popular, pelo fornecimento adequado dos medicamentos necessários para o controle destes usuários; à Secretaria Municipal de Saúde, pelo apoio com os materiais de oficina.

Agradeço aos usuários da comunidade, pela confiança depositada no trabalho, participando com grande entusiasmo nas atividades propostas.

Agradecimento à parte em especial para a professora orientadora Ana Carine Ferreira, que sempre me transmitiu confiança e apoio para realizar com sucesso o trabalho de intervenção. Obrigado, Carine.

Ao Departamento de Medicina Familiar da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, do Rio Grande do Sul.

Ao Programa Mais Médicos para o Brasil.

Deus abençoe a todos.

## Resumo

TRUJILLO, Antonio Abelis Pulido. **Melhoria da atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Beira Rio, Vitória do Jarí-Amapá.** 2015. 104f. 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 a Diabetes Mellitus são doenças crônicas não transmissíveis com uma alta morbimortalidade no mundo moderno, devido a vários fatores genéticos, além da influência do meio social e ambiental sobre o indivíduo, e seus hábitos de vida. Estas duas doenças são fatores de risco importantes para doenças cardiovasculares, principal causa de morte na população brasileira, e constituem um verdadeiro problema de saúde para a atenção primária. A Unidade Básica de Saúde Beira Rio do município Vitória de Jarí-Amapá tem 4.156 usuários cadastrados na área adstrita, sendo identificados no arquivo de Hiperdia somente 116 usuários com hipertensão e 23 usuários com diabetes acompanhados na UBS. Antes da intervenção, as coberturas da atenção encontrada foram de 18,4% e 14,7%, respectivamente. Nessa perspectiva, realizamos um trabalho de intervenção em hipertensão arterial e diabetes mellitus na comunidade da área de abrangência da UBS, com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos usuários com estas doenças crônicas na UBS Beira Rio, no município de Vitória do Jarí-Amapá. Desenvolvemos ações de organização e gestão do serviço, com acolhimento, atendimento e cadastramento dos usuários; monitoramento e avaliação, com registro em ficha espelho e verificação periódica; engajamento público, com atividades educativas e informativas para a comunidade; e de qualificação da prática clínica, com capacitação da equipe de saúde. Foram utilizados materiais disponibilizados pelo curso, como ficha-espelho, planilha de coleta de dados para cálculo dos indicadores. Depois das 12 semanas de intervenção, com a realização das ações planejadas, elevamos a cobertura da atenção para 280 hipertensos (44,3%) e 79 diabéticos (50,6%) e melhoramos os indicadores de qualidade. Todos os usuários atendidos foram adequadamente cadastrados, tiveram o registro atualizado, avaliação clínica, laboratorial, do risco cardiovascular e de saúde bucal em dia, e receberam orientações sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal. Este trabalho de intervenção teve uma grande importância, primeiro para os usuários da comunidade, porque agora existe uma atenção diferenciada para hipertensos e diabéticos na UBS, evitando as complicações próprias destas doenças, em segundo lugar para o serviço, pois organizou o processo de trabalho no programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus e melhorou a qualidade de atendimento para estes usuários, e por último, para a equipe de saúde, que no processo de desenvolvimento do trabalho ficou mais capacitada e com mais coesão para um melhor trabalho na comunidade.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Doença crônica; Diabetes mellitus; Hipertensão.

## Lista de Figuras

Figura 1	Fotografia da cidade de Vitória do Jarí-Amapá.	12
Figura 2	Quadro de descrição da população estimada, pelo Caderno de Ações Programáticas, da UBS Beira Rio, município de Vitória do Jarí-Amapá, 2015.	16
Figura 3	Proporção de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes da UBS Beira Rio, localizada no município de Vitória do Jarí-Amapá, 2015.	81
Figura 4	Proporção de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes da UBS Beira Rio, localizada no município de Vitória do Jarí-Amapá, 2015.	82
Figura 5	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Beira Rio, localizada no município de Vitória do Jarí-Amapá, 2015.	83
Figura 6	Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Beira Rio, localizada no município de Vitória do Jarí-Amapá, 2015.	84
Figura 7	Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na UBS Beira Rio, localizada no município de Vitória do Jarí-Amapá, 2015.	86
Figura 8	Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa na UBS Beira Rio, localizada no município de Vitória do Jarí-Amapá, 2015.	86
Figura 9	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular na UBS Beira Rio, localizada no município de Vitória do Jarí-Amapá, 2015.	88
Figura 10	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular na UBS Beira Rio, localizada no Vitória do Jarí Amapá, 2015.	89

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

ACS -	Agente Comunitário da Saúde
AVC -	Acidente Vascular Cerebral
CAP -	Caderno de Ações Programáticas
DM -	Diabetes Mellitus
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
HAS -	Hipertensão Arterial Sistêmica
NASF -	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SIAB -	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISVAN -	Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional
UBS -	Unidade Básica de Saúde
USF -	Unidade de saúde da Família
UFPEL -	Universidade Federal de Pelotas



## Sumário

Apresentação .....	8
1 Análise Situacional .....	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	9
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	24
2 Análise Estratégica .....	25
2.1 Justificativa.....	25
2.2 Objetivos e metas.....	26
2.2.1 Objetivo geral.....	26
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	26
2.3 Metodologia.....	28
2.3.1 Detalhamento das ações .....	29
2.3.2 Indicadores .....	64
2.3.3 Logística.....	70
2.3.4 Cronograma.....	74
3 Relatório da Intervenção.....	76
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	76
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	78
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	78
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	78
4 Avaliação da intervenção.....	80
4.1 Resultados .....	80
4.2 Discussão.....	92
5 Relatório da intervenção para gestores .....	94
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	96
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	98
Referências .....	100
Anexos .....	101

## **Apresentação**

Este volume trata-se do trabalho de conclusão de curso da Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), modalidade à distância, em parceria com a Universidade Aberta do SUS. Está organizado em sete capítulos, que trazem os resultados de cada unidade do curso, e que culminou com uma intervenção em hipertensão arterial e diabetes mellitus, realizada na Unidade de Saúde Beira Rio, no município Vitória do Jarí-Amapá. O capítulo 1 apresenta a Análise Situacional, realizada na unidade 1 do curso. O capítulo 2 é o Projeto de intervenção, resultado da unidade 2, Análise Estratégica. O capítulo 3 traz o Relatório da intervenção, como resultado da unidade 3 que foi a própria intervenção. O capítulo 4 aborda a Avaliação da Intervenção, apresentando seus resultados e discussão. Os capítulos 5 e 6 trazem os Relatórios da Intervenção para Gestores e para a Comunidade, respectivamente. E o capítulo 7 é a Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem. Ao final, seguem as referências e anexos utilizados.

## **1 Análise Situacional**

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

Vitória do Jarí é o mais novo município do estado do Amapá, criado em setembro de 1994. A comunidade de Vitória surgiu porque houve muita migração para a região na expectativa de conseguir emprego, e os migrantes começam a se aglomerar na margem do rio Jarí em palafitas, e assim foi se formando a comunidade hoje chamada de Vitória do Jarí. Não dispõem de sistema de esgoto sanitário, e as águas residuais são vertidas no rio. Além disso, a população lava suas roupas e toma banho no rio, por isso há alta incidência de doenças infecciosas digestivas, assim como piодermites e dermatofitoses. A cidade tem sistema de coleta de resíduos sólidos diários de segunda a sábado, e estes resíduos são depositados numa área fora da cidade a céu aberto.

O município tem três Unidades Básicas de Saúde (UBS). Eu trabalho na UBS Beira do Rio, que se localiza na região central da comunidade. Esta UBS tem duas equipes de saúde, tem dois enfermeiros, oito técnicos de enfermagem, quatro auxiliares de enfermagem, duas recepcionistas e 15 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que trabalham em microáreas diferentes. Nós fazemos atendimento a uma comunidade aproximadamente de cinco mil habitantes cadastrados para essa UBS, mas atendemos toda a demanda espontânea do município.

Nossa UBS não tem boas condições estruturais, mas em breve faremos a inauguração de uma nova unidade de saúde com todas as facilidades e comodidades que o povo desta humilde e hospitaleira cidade precisa. Nossa UBS está estruturada da seguinte maneira: tem uma sala de curativos e administração de medicamentos onde trabalham seis técnicos de enfermagem, uma sala de arquivo com quatro trabalhadores, três consultórios, uma sala de ultrassom, uma sala de vacinação, uma sala para o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que tem

um nutricionista, um fonoaudiólogo, um assistente social, um educador físico e um psicólogo. Também temos dois banheiros e uma cozinha. A sala de vacinação é para o município todo, tanto para a área rural como para a urbana, tem um computador para o controle da vacinação das crianças e de toda a população. Esta população fica contente com nosso trabalho, que ainda é insuficiente devido a elevada demanda de atendimento médico.

Realizamos visitas domiciliares às famílias nas diferentes microáreas, abordando a família integralmente, avaliando as condições biopsicossociais e higiênico-sanitárias das casas e dentro do contexto da comunidade. Também programamos visitas domiciliares a acamados e idosos, realizamos as chamadas jornadas de Hiperdia para avaliação e troca de receitas, palestras nas escolas, etc. Estamos trabalhando para identificar os principais problemas de saúde nesta carente população ribeirinha. Em nossa visita domiciliar fazemos palestras higiênico-sanitárias de doenças de transmissão hídrica, e sempre entregamos a cada família visitada dois frascos de hipoclorito de sódio para o tratamento químico da água de consumo. Além disso, falamos sobre a importância do controle da hipertensão arterial e do diabetes, de não esquecer o acompanhamento da doença para prevenir complicações. Também realizamos vacinação domiciliar antigripal. Nossa equipe se reúne duas vezes no mês, onde os ACS, a enfermeira e o médico acordam as estratégias de trabalho e os lugares onde faremos nosso trabalho nas próximas duas semanas.

Nossa comunidade participa junto com os ACS identificando as pessoas mais vulneráveis que precisam de nossa intervenção. Nossa equipe desenvolve um conjunto de ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, considerando os problemas e patologias mais frequentes, de acordo com as etapas de maior risco de vida das pessoas da comunidade (crianças, adolescentes, adultos e idosos). Além disso, identificamos os usuarios que precisam uma avaliação do NASF em conjunto a UBS. Acreditamos que com nosso trabalho do dia a dia vamos melhorar a atenção básica à população desta carente comunidade ribeirinha.

## 1.2 Relatório da Análise Situacional

Vitoria do Jarí é o mais novo município do sul do estado do Amapá, criado a partir da Lei Estadual nº 171, de 08 de setembro de 1994, quando a cidade foi desvinculada do município de Laranjal do Jarí. A cidade possui uma população estimada em 12.445 habitantes, segundo o censo de 2010 (IBGE, 2010), e um território de 2.482 km<sup>2</sup>, com densidade demográfica de 4,44 habitantes por km<sup>2</sup>.

O município surgiu do desejo da população de ver transformado em benefícios para a localidade os impostos pagos pela CADAM, empresa que explora o minério daquela região, e porque houve muita migração para a região na expectativa de conseguir emprego. Os ex-funcionários dessa empresa começaram a se aglomerar na margem do rio em palafitas, e assim foi se formando a comunidade hoje chamada de Vitória do Jarí. Ou seja, trata-se de um núcleo populacional formado por pessoas que trabalhavam no parque industrial da CADAM, e ali fixaram residência e criaram um polo econômico ativo, onde se instalaram inúmeras atividades de comércio e serviços, destinados a atender necessidades imediatas da população. O núcleo rapidamente cresceu e adquiriu condições para se transformar em município. Por estar praticamente dentro do município de Laranjal, Vitória do Jari, conhecido popularmente por Beiradinho, enfrenta os mesmos problemas daquele município: enchentes, desemprego e, sobretudo, péssimas condições de moradia para a população menos assistida, que vive sobre pontes e palafitas.

O município de Vitória do Jarí conta atualmente com três UBS e seis equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), compostas por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem, auxiliares administrativos e ACS, com uma cobertura da ESF no município de 100%. A UBS faz atendimento agendado e urgências relativas porque não tem condição para atendimentos mais complexos. O município conta com uma Unidade Mista de Pronto Socorro, atendida por um enfermeiro e um técnico de enfermagem que faz plantão de 24 horas e que conta com uma ambulância, para transportar os casos mais graves ao hospital do município mais perto, chamado Laranjal do Jarí, que precisa cruzar um rio com uma balsa e percorrer 30 km. Também contamos com um laboratório clínico privado que realiza exames de rotina.



Figura 1. Fotografia da cidade de Vitória do Jarí-AP.

A UBS Beira Rio onde trabalho é unidade urbana vinculada à prefeitura municipal. A unidade não foi construída para este fim, portanto, é um local adaptado, fazendo atendimento em dois turnos de trabalho, manhã e tarde, de segunda a sexta-feira. É uma UBS com o modelo de ESF, com duas equipes de saúde, composta por dois médicos clínicos gerais, duas enfermeiras, oito técnicos de enfermagem, quatro auxiliares de enfermagem, 15 ACS e duas recepcionistas. Temos apoio do NASF, cuja equipe é formada por um psicólogo, um nutricionista, um educador físico, um fonoaudiólogo e uma assistente social. A UBS é visitada por dois especialistas, nas segundas e quintas-feiras, um ortopedista e um ginecologista. Também contamos com serviço de ultrassom uma vez por semana.

Nossa UBS tem três consultórios sem banheiro, duas pequenas salas de recepção, uma sala de curativos, uma sala de vacinação, um banheiro e uma cozinha. Não existe boa iluminação, com paredes e pisos inadequados, com barreiras arquitetônicas que dificultam o acesso e movimentação de pessoas portadoras de alguma deficiência física, sem corrimãos nos corredores para auxiliar as pessoas idosas, e os banheiros não permitem a aproximação de usuários em

cadeiras de rodas. O acesso à UBS é por uma rua muito ruim, sendo muito irregular para o trânsito de cadeirantes.

A partir da análise objetiva dos resultados do questionário e dos apontamentos no Manual da Estrutura da UBS do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), podemos fazer uma reflexão crítica sobre as barreiras arquitetônicas tanto de nossa unidade de saúde, como do atendimento à população. Em nossa sala de espera acomodam-se entre 15 e 30 pessoas, temos duas salas de espera pouco ventiladas, sem a iluminação adequada, com cadeiras não confortáveis para os usuários e inadequadas para os idosos e gestantes esperarem duas ou três horas para serem atendidos. Os consultórios não tem boa iluminação, afetando a visualização de doenças como, por exemplo, as dermatopatias, onde se precisa boa iluminação, sobretudo natural, para fazer um bom diagnóstico. Também não há banheiro onde o médico possa lavar as mãos entre o atendimento de um usuário e outro, evitando a transmissão horizontal de enfermidade infecciosa. Outra questão crítica é que não existe sala de nebulização, e este procedimento é feito na sala de procedimentos gerais. A sala de vacinação fica perto da sala de espera e as crianças ficam na mesma sala dos outros usuários que podem apresentar doenças respiratórias, favorecendo a transmissibilidade destas doenças às crianças, sobretudo para os lactantes. Isto são exemplos muito eloquentes que falam de como as dificuldades estruturais afetam a qualidade do atendimento, e a prática dos preceitos da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde.

O plano que ordena o processo de atenção da saúde deve ser elaborado dentro de uma lógica de planejamento integrado, seguindo as orientações e recomendações das normas e manuais técnicos, sempre tendo em conta que as limitações estruturais afetam a qualidade do atendimento. Também a UBS deve ser compatível com a comunidade, com sua geografia, com sua cultura, por isso o engajamento público é fundamental. O engajamento público favorece a consolidação da UBS promovendo a apropriação pela população das políticas de saúde, com participação nas escolhas e decisões, controle do planejamento e execução e responsabilização pela saúde, tanto individual como coletiva da comunidade toda. Esperamos que estes compromissos das autoridades com a comunidade favoreçam o melhoramento das UBS.

Em nossa UBS podemos dizer que carecemos de alguns instrumentos muito importantes e necessários para nosso serviço. Temos limitações, algumas básicas

como, por exemplo, a falta de balança infantil, focos de luz, oftalmoscópio, otoscópio, esfigmomanômetro infantil entre outros. Neste momento a unidade não tem consultório odontológico, portanto nossa população carece deste serviço na unidade. Temos um computador apenas na sala de vacinação, utilizado unicamente para esta atividade. Os ACS deslocam-se a pé para fazer seu trabalho nas áreas de abrangências da comunidade e não tem uniforme.

A situação de abastecimento de materiais e insumos para a realização das atividades na UBS é boa de maneiras gerais, temos um abastecimento suficiente de materiais para os procedimentos de enfermagem, e todos os formulários, fichas, cartões e cadernetas. Temos a possibilidade de fazer teste rápido de doenças transmissíveis como sífilis e HIV, também para a determinação de glicemia capilar. Nossa UBS não dispõe de acesso a material bibliográfico como os protocolos de atendimento estabelecidos pelo Ministério de Saúde. Contamos com uma ambulância para transportar um usuário necessitado de serviço especializado hospitalar, fazendo uma viagem muito ruim em aproximadamente uma hora até o hospital, ficando a UBS duas horas sem ambulância para atender alguma outra necessidade.

A sala de vacinação de nossa unidade realiza os procedimentos de acordo com o Calendário do Programa Nacional de Imunizações, conta com um pessoal muito profissional que cumpre satisfatoriamente com esta atividade. Em relação ao elenco de medicamentos definidos na Referência Nacional de Medicamentos e Insumos Complementares para a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, podemos dizer que é adequada, principalmente dos medicamentos controlados para as doenças não transmissíveis.

Como vimos, temos dificuldades relacionadas à estrutura, como oferta de equipamentos e instrumentos que fazem a diferença na qualidade do atendimento. E estas limitações são enfrentadas de acordo com as possibilidades objetivas tanto das autoridades sanitárias e políticas, como do controle comunitário e de seus líderes. É evidente que estas dificuldades e carências no sistema de saúde do município Vitória do Jarí afetam o trabalho dos profissionais e a população que recebe este serviço.

A UBS tem bem definida a área de abrangência, onde o território de cada equipe está mapeado, com identificação em cores dos indivíduos com doenças crônicas não transmissíveis e enfermidades mentais; não se identifica no mapa as



doenças infectocontagiosas ou grupos ou famílias em risco. Na UBS não realizamos atendimento de urgências e emergências porque temos uma Unidade Mista de Saúde que, embora não tenha médicos, faz atendimento 24 horas por dia.

Nossa equipe faz reuniões mensais, onde nem sempre participam todos os membros da equipe; nessa reunião organizamos nosso trabalho e as visitas domiciliares. Cada dia de atividade na comunidade visitamos uma área de um ACS, onde já sabemos as casas e usuários a visitar fazendo o trabalho mais rápido e dinâmico. As visitas domiciliares são feitas pelo médico, enfermeira, um técnico/auxiliar de enfermagem e ACS. Nesta visita fazemos acompanhamento das doenças dos usuários que por alguma razão não vão até a unidade de saúde, como os idosos, acamados e enfermos mentais. Fazemos atendimentos, pequenos curativos, busca ativa de pessoas com doenças infectocontagiosas e outras doenças de notificação compulsória.

Como crítica ao nosso trabalho, podemos dizer que ainda não estamos trabalhando ativamente com os grupos da comunidade como adolescentes e mulheres. Temos feito palestras de saúde nas escolas, e às famílias no momento da visita, sobretudo de enfermidades de transmissão hídrica, considerando nossa realidade de cidade ribeirinha alocada sobre palafitas.

O controle social das atividades de saúde se faz principalmente mediante o Conselho Municipal de Saúde, sendo importante a educação permanente deste conselho, para que faça o controle com mais qualidade, cumprindo com sua responsabilidade e compromisso da defesa da saúde da população.

A UBS Beira Rio atende uma população cadastrada de aproximadamente 4.156 habitantes (1.039 famílias). Verifica-se que a população de nossa área de abrangência está adequada para o número de equipes da nossa UBS. Neste momento estão fazendo uma atualização do cadastro populacional, com o objetivo fazer uma comparação entre os denominadores com a realidade na área.

A estimativa da população por sexo e faixa etária feita pelo Caderno de Ação Programática (CAP) está descrita no quadro abaixo (Figura 2). Os números obtidos de registros da UBS, porém não correspondem aos estimados.

População (grupo específico)	Número absoluto
Número de crianças menores de 1 ano	88
Número de crianças menores de 5 anos	176
Número de crianças de 5 a 14 anos	943
Número de pessoas de 15 a 59 anos	2566
Pessoas entre 20-59 anos	3134
Número de pessoas com 60 anos ou mais	213
Pessoas com 20 anos ou mais com HAS	732
Pessoas com 20 anos ou mais com DM	209
Mulheres em idade fértil de 10-49 anos	1412
Mulheres entre 25-64 anos	880
Mulheres entre 50-69 anos	182
Gestantes na área (1,5 da população total)	62

Figura 2. Quadro de descrição da população estimada, pelo Caderno de Ações Programáticas, da UBS Beira Rio, município de Vitória do Jarí-Amapá, 2015.

Em nossa UBS existe uma grande demanda espontânea às ações de saúde por parte da população, que precisam de atendimento no dia, mesmo que não sejam casos de emergência. Para isto, a UBS usa estratégias de atendimento para o acolhimento das demandas do usuário do sistema de saúde; o acolhimento à demanda espontânea é o primeiro encontro entre o usuário e os trabalhadores de saúde. Em nossa UBS o acolhimento é feito na recepção por um auxiliar de enfermagem e pela recepcionista, nos dois turnos de atendimento (manhã e tarde). Elas realizam a escuta da queixa do usuário, e o encaminham de acordo com sua necessidade. A UBS oferta assistência tanto aos usuários da área adstrita à unidade, como aos usuários de fora dessa área, por isso temos que lidar com excesso de demanda. Uma das estratégias que adotamos para lidar com o excesso de demanda é que o usuário seja atendido primeiramente pelo enfermeiro, que avalia a necessidade de encaminhamento para avaliação do médico. Não fazemos atendimento de casos agudos (urgências e emergências), pois o município tem uma Unidade Mista para fazer este atendimento. Também temos demanda de atendimentos odontológicos, mas ainda não ofertamos este serviço.

Refletindo e estabelecendo um paralelo entre as indicações do Caderno da Atenção Básica nº 28 do Ministério da Saúde e do Questionário de Processo de

Trabalho realizado no curso percebemos que nosso trabalho de acolhimento não concorda com as orientações dos documentos disponibilizados. Estamos longe da concepção ideal, já que este documento prevê a implantação de práticas de acolhimento com objetivo de melhorar a acessibilidade e a escuta dos usuários, e que em nossa unidade não temos equipe de acolhimento.

Na UBS se faz atendimento de puericultura às crianças menores de um ano idade. Este atendimento se realiza dois dias na semana, acontecendo nos dois turnos de trabalho, manhã e tarde. Fazemos este tipo de atendimento tanto às crianças da área de cobertura da UBS como para as crianças fora da área de cobertura porque uma grande população mora por toda a beira do rio Jarí até 6 horas de barco e buscam atendimento em nossa unidade de saúde, e representam aproximadamente 15% das crianças atendidas. Este trabalho é feito pela enfermeira e um técnico de enfermagem. No final de cada consulta, a criança sai com a data de sua próxima consulta agendada. Além das consultas programadas de puericultura, existe demanda de crianças de até 72 meses de idade para atendimento de problemas de saúde agudos, estas crianças são tanto da área de cobertura da UBS como de fora da área de cobertura da UBS.

São desenvolvidas diferentes ações para o cuidado das crianças nas consultas de puericultura, que são: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, imunizações, promoção do aleitamento materno, promoção de hábitos alimentares saudáveis, e teste de pezinho. Infelizmente não se faz prevenção da anemia nos lactantes, com sulfato ferroso profilático dos seis meses até os 24 meses de vida, nem fazemos atendimento integral à criança em situações de violência.

A equipe pode encaminhar a criança para pronto socorro, serviço de especialidade ou para o hospital, quando for necessário. O registro do atendimento às crianças é feito no prontuário clínico e na caderneta da criança, mas não existe um arquivo especial para esses registros. Na UBS existe o Programa Bolsa Família do Ministério da Saúde, e o responsável pelo cadastramento das crianças no programa e envio dos cadastros à Secretaria Municipal de Saúde é o Assistente Social. Também temos o Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional (SISVAN). Infelizmente não fazemos atividades com grupos de mães das crianças da puericultura e não existem profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão, avaliação, monitoramento e coordenação do programa de puericultura.

O indicador de cobertura de crianças menores de um ano na UBS foi de 66%, considerando a estimativa do CAP de 88 crianças residentes na área, e apenas 58 acompanhadas na UBS. Em relação aos indicadores de qualidade, 47 (81%) estavam com consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, 48 (84%) haviam realizado a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida, e todas haviam sido monitoradas quanto ao crescimento e desenvolvimento na última consulta, apresentavam vacinação em dia, e suas mães receberam orientações sobre aleitamento materno exclusivo e prevenção de acidentes. Nenhuma foi avaliada quanto à saúde bucal, nem realizou triagem auditiva. Não tivemos dados para avaliar a realização do teste do pezinho até os sete dias de vida. Fazendo uma reflexão do processo de trabalho da equipe de saúde na UBS podemos dizer que não estamos fazendo o trabalho como esta indicada pelo Caderno da Atenção Básica nº 33, que estabelece o atendimento de puericultura das crianças de zero a setenta e dois meses de idade, além de que nem toda a equipe está envolvida nesta atividade. Temos que refletir, organizar o trabalho da equipe e realizar o trabalho de acompanhamento à criança como é preconizado.

Na UBS fazemos atendimento de pré-natal em três dias da semana, que acontece tanto no turno da manhã com da tarde, fazemos este atendimento tanto às gestantes da área de abrangência como aquelas fora da área da UBS. Este atendimento é feito tanto pela enfermeira e pelo médico clínico geral ou de família, sendo que a gestante sai da UBS com a data da próxima consulta programada. Quando as gestantes têm demanda de atendimento por algum problema de saúde agudo são atendidas de imediato, seja da área de cobertura da UBS como de fora da área. Não existe excesso de demanda de atendimento de problemas de saúde agudos de gestantes. O protocolo utilizado pela UBS para o atendimento às gestantes é o Caderno de Atenção Básica nº 32 do Ministério da Saúde. Tanto os médicos como as enfermeiras utilizam os protocolos do Ministério da Saúde para a avaliação e classificação do risco gestacional, assim como para o encaminhamento a outros níveis do Sistema de Saúde. Algumas das ações desenvolvidas pela equipe da UBS para o atendimento das gestantes são: atenção a problemas clínicos em geral, promoção do aleitamento materno até os seis meses, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção de atividades físicas, etc. Temos um registro das gestantes que é revisado pela enfermeira e técnicos de enfermagem para fazer a

identificação das gestantes faltosas às consultas programadas. Embora exista este registro específico, os dados não estavam consolidados e por isso, foi necessário organizá-los em uma reunião com a participação de equipe de saúde.

Analisando os dados no CAP, temos uma cobertura de Atenção Pré-natal de 67% da população de gestantes, com o acompanhamento de 42 gestantes, de um total de 62 gestantes estimadas. Os indicadores de qualidade foram os seguintes: 31% de pré-natal iniciado no primeiro trimestre, 17% de consultas em dia, 14% de avaliação de saúde bucal, e 100% de solicitação de exames na primeira consulta, aplicação de vacina antitética e contra Hepatites B conforme protocolo, prescrição de suplemento de sulfato ferroso, exame ginecológico trimestral, e orientação para aleitamento materno exclusivo.

Sobre o puerpério, verificou-se que uma cobertura de 75%, de acordo com o CAP, com 66 puérperas atendidas nos últimos 12 meses, de um total de 88 estimadas. Os indicadores de qualidade foram os seguintes: 89% das mulheres com consultas antes dos 42 dias pós-parto, e que tiveram as mamas e o abdome examinados, 17% que realizaram o exame ginecológico, e 100% que tiveram sua consulta puerperal registrada, que receberam orientações sobre o cuidado do recém-nascido, aleitamento materno exclusivo e planejamento familiar. Não foi feita avaliação do estado psíquico ou avaliação por intercorrências em nenhuma mulher.

O significado destes indicadores revela a péssima cobertura e qualidade de atendimento das gestantes e puérperas em nossa UBS, fala da deficiência de nosso atendimento, de quanto temos que nos organizar e trabalhar independentemente da baixa cultura da população, seus costumes, tradições etc, e que ainda ficamos longe dos indicadores do Ministério da Saúde. Muitos aspectos de nosso atendimento podem ser melhorados com o objetivo de ampliar a cobertura e a qualidade da atenção ao pré-natal, por exemplo, tratar de pesquisar o maior número de gestantes para encaminhar à UBS, que a equipe toda participe deste trabalho, que a equipe utilize o protocolo de atendimento pré-natal, que se desenvolvam atividades educativas com a gestante na UBS sobre saúde bucal, saúde mental, promoção das atividades físicas, promoção do aleitamento materno, revisar duas vezes ao mês os arquivos para identificar cedo as gestantes faltosas a consulta etc.

Em relação à prevenção do Câncer de Colo de Útero podemos dizer que os profissionais da equipe de saúde da UBS orientam todas as mulheres da área de cobertura para o uso de preservativo em todas as relações sexuais, assim como

orientam sobre os malefícios do tabagismo. Também são realizadas ações de educação da mulher para realização periódica do exame preventivo do câncer do colo de útero. Infelizmente na UBS não se realiza a prevenção do câncer do colo uterino através da coleta de exame citopatológico. No município nenhuma unidade de saúde faz esse exame, e a secretaria municipal de saúde tem um convênio com uma clínica privada para realizar os exames citopatológicos das mulheres. Portanto, não temos os registros ou arquivos com o histórico de citopatológicos realizados. Os médicos e enfermeiros indicam este exame às mulheres que estão dentro do grupo de idade de 25 a 64 anos, mas não temos registro de quem realizou o exame.

Temos um indicador de 27% de encaminhamento de mulheres para realizar PC no programa de prevenção do câncer de colo uterino. Da estimativa de 880 mulheres entre 25 e 64 anos residente na área, acompanhamos 240, para as quais indicamos em consulta 240 exames citopatológicos para sua realização na clínica privada. Todas as mulheres deste grupo de idade passam por consulta são orientadas sobre a prevenção de câncer de colo de útero, assim como das doenças de transmissão sexual. A ausência de registros não permitiu fazer uma avaliação dos indicadores. Independente disso, nosso trabalho poderia ser melhor, no sentido de fazer mais indicações de citopatologias para este grupo de idade. Ainda não temos recebido nenhum citopatológico alterado, mas se houver, encaminhamos para colposcopia e avaliação por especialista na área, continuando o seguimento da mulher. Como estratégia futura, podemos fazer um arquivo com os exames para o controle das citopatologias.

Em relação ao Controle do Câncer da Mama, temos um indicador de encaminhamento de 24%, com um total de mulheres de 182 mulheres de 50 e 69 anos de idade estimadas pelo CAP, das quais fazemos acompanhamento em apenas 44. Na UBS não existe um registro ou arquivo específico para o controle de câncer de mama, não permitindo o preenchimento de todos os elementos do CAP para avaliação da qualidade, mas garantimos avaliação do risco para câncer de mama e orientação sobre prevenção a todas as mulheres atendidas.

Acreditamos que o principal aspecto para melhorar os indicadores de cobertura e qualidade do controle do Câncer de colo de Útero e Câncer de Mama na UBS é organizar o processo de trabalho, fazendo as articulações pertinentes com a Secretaria Municipal de Saúde e os trabalhadores da UBS. Para poder ofertar um serviço de qualidade e verdadeiramente eficiente é poder ter um controle e fazer o

seguimento destas mulheres, é necessário que a UBS comece a ofertar este serviço de coleta de citologias.

Na UBS se realiza atendimento de usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) de segunda a sexta, no turno da manhã e tarde, atendendo usuários da área de cobertura da UBS e os residentes fora da área de cobertura. Os atendimentos são feitos pelo médico geral, enfermeira, nutricionista e técnico em enfermagem. Além do atendimento de acompanhamento agendado, faz-se o atendimento aos usuários que demandam atenção por problemas agudos destas doenças, não existindo excesso de demanda para este atendimento. Não utilizamos nenhum protocolo, e as ações desenvolvidas no cuidado aos portadores destas doenças incluem: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, imunizações, tratamento da obesidade com o nutricionista, trabalho educativo sobre o reconhecimento das complicações de a HAS e DM, sobre os malefícios do tabagismo e alcoolismo, e sobre a importância do exercício físico e alimentação saudável. Não fazemos atividades de grupo com os usuários. Os atendimentos destes usuários são registrados no prontuário, que fica em um arquivo separado do resto da população chamado arquivo de Hipertensão. Infelizmente este arquivo não é revisado periodicamente, pois não existem profissionais que se dediquem ao planejamento, gestão e coordenação, monitoramento e avaliação das ações dispensadas aos portadores da HAS e DM.

De acordo com o CAP, a estimativa de usuários com HAS com 20 anos ou mais residentes na área da UBS é de 732. Temos acompanhado apenas 116 usuários, o que nos confere uma cobertura de 16%. Destes, apenas 92 (79%) apresentavam exames complementares periódicos em dia, e haviam recebido orientações sobre prática de atividade física regular e alimentação saudável. Apesar de haver um arquivo específico para os registros desses atendimentos, não temos anotações sobre a realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, consultas em dia ou em atraso, e avaliação de saúde bucal em dia, o que comprometeu avaliação dos indicadores de qualidade.

A cobertura da atenção aos usuários com DM com 20 anos ou mais está em 11%, considerando o total estimado pelo CAP de 209 usuários com DM, sendo acompanhados apenas 23. Destes, apenas 17 (74%) apresentavam exames complementares periódicos em dia, haviam realizado exame físico dos pés nos últimos três meses, e haviam recebido orientações sobre prática de atividade física

regular e alimentação saudável. Apesar de haver um arquivo específico para os registros desses atendimentos, não temos anotações sobre a realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, consultas em dia ou em atraso, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade dos pés nos últimos três meses, e avaliação de saúde bucal em dia, o que também comprometeu avaliação dos indicadores de qualidade.

Reconhecemos que deve haver usuários na comunidade com HAS e DM sem diagnóstico e sem tratamento, elevando quantitativamente a morbimortalidade da população por estas doenças, e que precisamos investigar hipertensos e diabéticos na área. Mas arriscamos dizer que a estimativa do CAP de usuários com HAS e DM não corresponde a nossa realidade, estando muito acima dos números reais. Temos que fazer uma avaliação do nosso trabalho na comunidade, do trabalho das autoridades e gestores de saúde, que precisam ser mais efetivos, e que é necessário unir esforços para melhorar os indicadores de cobertura e de qualidade da atenção aos usuários com HAS e DM.

A UBS também realiza atendimento aos idosos nos cinco dias da semana, nos turnos da manhã e tarde, tanto de idosos da área de cobertura da UBS como de fora da área de cobertura. Neste atendimento participa o médico clínico geral, a enfermeira e técnico ou auxiliar de enfermagem. Depois da consulta os idosos não saem da UBS com a próxima consulta agendada, pois infelizmente ainda não existe implantado um programa de atenção ao idoso, não temos estabelecido um protocolo de atendimento aos usuarios idosos, e não realizamos atividades de grupos com esta população. Os atendimentos são registrados no prontuário clinico, e não existe arquivo específico para os registros do atendimento dos idosos, assim como não existem profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação e avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos idosos.

Realizamos ações de imunização aos idosos, fazemos promoção às praticas de atividade física, como caminhadas diárias, de alimentação saudável, diagnosticamos e tratamos problemas clínicos gerais etc. Nas consultas os profissionais de saúde explicam ao idoso ou seus familiares como reconhecer sinais de risco relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência dos idosos, tais como a HAS, DM e depressão, mas não se faz avaliação geriátrica global ou avaliação geriátrica ampla ou avaliação multidimensional rápida das pessoas idosas. A UBS agora não tem caderneta de saúde da pessoa idosa mais teve em algum



momento porque alguns idosos possuem. Neste caso o profissional da saúde preenche os dados da consulta na caderneta também. A UBS também faz atendimento aos idosos com problemas de saúde agudo, não existindo excesso de demanda neste sentido.

Os ACS identificam em sua área de abrangência os casos dos idosos acamados que precisam de acompanhamento domiciliar, e nos dias de visita domiciliar o médico, a enfermeira e o técnico em enfermagem os visitam e atendem. É importante destacar que nossa cidade fica na beira do rio e 90% das casas ficam sobre palafitas, com acesso mediante passarelas de madeira que impede o livre trânsito de idosos em cadeira de rodas, muletas e bengala. Estas passarelas são motivo de frequentes quedas dos idosos.

A partir do CAP, verificou-se que a UBS possui indicador de cobertura de 34%, como estimativa de 213 pessoas idosas de 60 anos ou mais, e apenas 72 acompanhadas na UBS. Em relação aos indicadores de qualidade foi possível verificar que 22 (31%) dos idosos têm HAS, e 12 (17%) têm DM; e 34 idosos (47%) receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e para a realização de atividades físicas regularmente. Mas a forma de registro do atendimento aos idosos não permitiu a obtenção de outros dados, o que comprometeu a avaliação da qualidade. Acreditamos que nosso trabalho atual é insuficiente e não oferta a atenção adequada e necessária à pessoas idosas da população da área da UBS.

A análise dos indicadores de saúde bucal na população foi possível ser feita porque em fala com os odontólogos que visitam a unidade de saúde três vezes por semana obtivemos vagas para a avaliação dos usuários cadastrados no programa de HAS e DM.

Concluimos que temos muito trabalho por fazer, temos que nos organizar em nossas atividades de atenção à saúde da população, temos que implementar os programas de saúde preconizados pelo Ministério de Saúde, e temos que conscientizar os dirigentes e gestores de saúde do município para que prestam apoio ao trabalho dos profissionais da UBS.

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

Fazendo uma comparação deste relatório com o texto produzido no início do curso sobre a “situação da ESF/APS em nosso serviço” olhamos as muitas dificuldades e o trabalho que ainda temos por fazer, mais estamos trabalhando, fazendo visitas às famílias das diferentes microáreas dos agentes comunitários de saúde para avaliação da família, abordando a família integralmente, avaliando as condições biopsicossociais e higiênico-sanitárias das casas dentro do contexto da comunidade. Também programamos visitas domiciliares a acamados e idosos, jornadas de hiperdia para avaliação e troca de receitas, palestras nas escolas, etc. Agora estamos trabalhando para identificar os principais problemas de saúde nesta carente população ribeirinha.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus são doenças crônicas não transmissíveis com uma alta morbimortalidade no mundo moderno, devido a vários fatores genéticos, além da influência do meio social e ambiental sobre o indivíduo, e seus hábitos de vida (SGARBI; VILLAR, 2004). Estas duas doenças são fatores de risco importantes para doenças cardiovasculares, principal causa de morte da população brasileira, e constituem um verdadeiro problema de saúde para a atenção primária, com a necessidade de medidas de atenção e promoção de saúde, especialmente antes do surgimento de complicações (BRASIL, 2006).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Beira Rio, localiza-se na área urbana do município de Vitória do Jarí, estado do Amapá. A UBS tem duas equipes de saúde compostas por dois médicos, duas enfermeiras, quatro técnicos de enfermagem e 15 agentes comunitários de saúde, e possui 4.156 pessoas cadastradas. A UBS é um local adaptado temporariamente, pois está sendo construída uma nova unidade que terá todas as condições requeridas. Atualmente, a UBS conta com apenas três consultórios sem banheiros, duas pequenas salas de recepção, uma sala de curativos e uma sala de vacinação, além de uma cozinha.

A atenção aos usuários com HAS e DM ocorre de forma não programática, pois não utilizamos nenhum protocolo, e o arquivo específico dos atendimentos não é revisado periodicamente, já que não existem profissionais que se dediquem ao planejamento, gestão e coordenação, monitoramento e avaliação dessas ações. Os atendimentos são feitos pelo médico geral, enfermeira, nutricionista e técnico em enfermagem, e não fazemos atividades de grupo com os usuários. Os índices de cobertura de atenção aos usuários com HAS e DM estão muito baixos, com apenas 116 usuários com hipertensão e 23 usuários com diabetes acompanhados na UBS.

Se considerarmos a estimativa da Planilha de Coleta de Dados, de 632 hipertensos e 156 diabéticos na área, temos percentuais de 18,4% e 14,7% de cobertura, respectivamente. Os indicadores de qualidade não podem ser avaliados por falta de dados registrados, o que reflete o trabalho deficiente que temos realizado.

A realização deste projeto de intervenção é bastante relevante, uma vez que se busca melhorar a qualidade da assistência prestada e aumentar a cobertura de atendimento a esta população, que ainda apresenta-se aquém do que é preconizado pelo Ministério da Saúde, devido principalmente ao cadastramento incompleto e a falta de profissionais adequadamente capacitados para esse trabalho. A partir deste trabalho, acreditamos que serão identificados usuários que necessitem regularizar e/ou iniciar tratamentos medicamentosos, com um adequado controle destas enfermidades, com orientações de promoção à saúde, melhorando a qualidade de vida desta população portadora de HAS e DM, e evitando as complicações próprias destas doenças quando não são adequadamente compensadas. Sabemos que durante a realização do trabalho existirão algumas dificuldades e limitações, como o caso da avaliação da saúde bucal destes usuários, mas os ganhos serão compensatórios.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Beira Rio, no município de Vitória do Jarí-Amapá.

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

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

Meta 1.1: Cadastrar 60% 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 60% 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% de diabéticos.

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

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

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

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

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

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

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na UBS Beira Rio, no Município de Vitória do Jarí-AP. Participação da

intervenção os hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência da USF. Para cálculo dos indicadores, consideraremos a estimativa da Planilha de Coleta de Dados para nossa população, de 632 hipertensos e 156 diabéticos residentes na área adstrita, por acreditarmos que se aproxima mais da realidade da UBS.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

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

**Meta 1.1: Cadastrar 60% dos hipertensos 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 hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: O médico ou enfermeira vai monitorar semanalmente o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde através da verificação semanal das fichas espelho.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.

Detalhamento: Será estabelecido como rotina o preenchimento da ficha espelho durante o atendimento clínico.

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

Detalhamento: Será melhorado o acolhimento para os usuários portadores de HAS, garantindo escuta e prioridade, o que será discutido em prévia reunião da equipe de saúde realizada na UBS no horário e lugar previsto.

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

Detalhamento: Com o apoio e participação da secretaria municipal de saúde será garantido fornecimento do material necessário para a intervenção, discutido em reunião prévia.

#### Engajamento público

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

Detalhamento: A comunidade será informada por o medico e enfermeira sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na unidade de saúde mediante o trabalho informativo na comunidade da equipe de saúde, e através de atividades em sala de espera semanalmente, e rádio comunitária.

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

Detalhamento: A comunidade será informada por o medico e enfermeira sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, mediante o trabalho do dia da equipe de saúde, e através de atividades em sala de espera semanalmente, e rádio comunitária.

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

Detalhamento: A comunidade será orientada por o medico e enfermeira sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg mediante o trabalho do dia a dia da equipe de saúde, e através de atividades em sala de espera semanalmente, e rádio comunitária.

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

Detalhamento: A comunidade será orientada sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes com atividades educativas semanais em sala de espera, feitas pelo médico e enfermeira, e nas consultas e visitas domiciliares, e na rádio comunitária.



#### Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira vão capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde, com o estudo do protocolo do Ministério da Saúde, nas reuniões da equipe de saúde.

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

Detalhamento: A equipe da unidade de saúde será capacitada pelo médico e pela enfermeira para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, com o estudo dos protocolos de diagnóstico da HAS, nas reuniões semanais de capacitação da equipe.

**Meta 1.2: Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.**

#### Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: O médico ou enfermeira vai monitorar semanalmente o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde através da verificação semanal das fichas espelho.

#### Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento: Será estabelecido como rotina o preenchimento por a enfermeira da ficha espelho durante o atendimento clínico.

Ação: Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de diabetes.

Detalhamento: Será melhorado o acolhimento por a equipe para os usuários portadores de DM, com garantia de escuta e prioridade, o que será discutido em prévia reunião da equipe de saúde.

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

Detalhamento: Será garantido o material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde, garantindo os glicosímetros capilares e outros materiais para a realização da atividade de coleta de amostras sanguíneas, discutido em reunião prévia com o gestor.

#### Engajamento público

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

Detalhamento: A comunidade será informada sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na unidade de saúde mediante o trabalho informativo na comunidade da equipe de saúde, e através de atividades em sala de espera semanalmente, e rádio comunitária.

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

Detalhamento: A comunidade será informada sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, mediante o trabalho do dia da equipe de saúde, e através de atividades em sala de espera semanalmente, e rádio comunitária.

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

Detalhamento: A comunidade será orientada sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg mediante o trabalho do dia a dia da equipe de saúde, e através de atividades em sala de espera semanalmente, e rádio comunitária.

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

Detalhamento: A comunidade será orientada sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes com atividades educativas semanais feitas pelo médico e enfermeira, e nas consultas e visitas domiciliares, e na rádio comunitária.

#### Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira vão capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde, com o estudo do protocolo do Ministério da Saúde, nas reuniões da equipe de saúde.

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

Detalhamento: O médico capacitará a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg mediante atividade de educação permanente utilizando os protocolos de diagnóstico da DM, nas reuniões semanais feitas na UBS.

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

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

#### Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Os profissionais da equipe da ESF, médico e enfermeira, realizarão monitoramento semanal das fichas espelho para verificar a realização do exame clínico apropriado nos hipertensos.

### Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Serão definidas as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de hipertensos em reunião de capacitação feita pelo médico para a realização da atividade.

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

Detalhamento: As capacitações da equipe serão baseadas nos Cadernos de Atenção Básica nº 37, e ocorrerão em reuniões semanais de trabalho feitas pelo médico e enfermeira na UBS.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: O médico vai estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais fazendo reuniões semanais de capacitação e estudo dos protocolos de HAS e DM com os membros da equipe de saúde.

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

Detalhamento: A equipe disponibilizara aos profissionais de saúde a versão atualizada e impressa do Caderno de Atenção Básica nº 37.

### Engajamento público

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

Detalhamento: Os usuários e a comunidade serão orientados quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente através de atividades semanais em sala de espera, realizadas pela equipe, nas visitas à comunidade e nas consultas de avaliação na UBS, e através da rádio comunitária.

#### Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: A equipe será capacitada pelo médico para a realização de exame clínico apropriado, em reuniões semanais feitas na UBS, com base no estudo dos protocolos de trabalho.

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

#### Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos.

Detalhamento: Os profissionais da equipe de ESF, médico e enfermeira, realizarão monitoramento semanal das fichas espelho para verificar a realização do exame clínico apropriado nos diabéticos.

#### Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Serão definidas as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de diabéticos em reunião de capacitação feita pelo médico para a realização da atividade.

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

Detalhamento: As capacitações da equipe serão baseadas nos Cadernos de Atenção Básica nº 36, e ocorrerão em reuniões semanais de trabalho feitas pelo médico e enfermeira na UBS.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: O médico vai estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais fazendo reuniões semanais de capacitação e estudo dos protocolos de HAS e DM com os membros da equipe de saúde.

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

Detalhamento: Estará à disposição dos profissionais de saúde a versão atualizada e impressa do Caderno de Atenção Básica nº 36. Fornecida por o medico.

#### Engajamento público

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

Detalhamento: Os usuários e a comunidade serão orientados quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente através de atividades semanais em sala de espera, realizadas pela equipe, nas visitas à comunidade e nas consultas de avaliação na UBS, e através da rádio comunitária.

#### Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: A equipe será capacitada pelo médico para a realização de exame clínico apropriado, em reuniões semanais feitas na UBS, com base no estudo dos protocolos de trabalho.

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

#### Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: O número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde nas consultas será monitorado semanalmente por médico ou enfermeira na UBS, através da verificação das fichas espelho.

Ação: Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada mediante a revisão semanal das fichas espelho realizada pelo médico ou pela enfermeira.

#### Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: Será garantida a solicitação dos exames complementares de acordo com o que é recomendado pelo protocolo, nas consultas de avaliação e visitas domiciliares realizadas pelo médico e enfermeira.

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

Detalhamento: Será discutido em prévia reunião com o gestor municipal sobre a agilidade para a realização dos exames complementares no laboratório do município.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados.

Detalhamento: Será feito semanalmente por enfermeira ou médico, mediante a revisão das fichas espelhos, a identificação e sinalização dos usuários que não realizaram os exames complementares indicados nas consultas de avaliação.

#### Engajamento público

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

Detalhamento: Os usuários e a comunidade serão orientados quanto a necessidade de realização de exames complementares nas consultas de avaliação na UBS, nas visitas em domicílio por todos os membros da equipe de saúde, e em atividades semanais de sala de espera, além da rádio comunitária.

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

Detalhamento: Os usuários e a comunidade serão orientados quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares nas consultas de avaliação na UBS, nas visitas em domicílio por todos os membros da equipe de saúde, e em atividades semanais de sala de espera, além da rádio comunitária.

#### Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Será realizada reunião de capacitação entre médicos e enfermeiras, para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

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

#### Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: O número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde nas consultas será monitorado semanalmente por médico ou enfermeira na UBS, através da verificação das fichas espelho.

Ação: Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada mediante a revisão semanal das fichas espelho realizada por médico ou enfermeira.

#### Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: Será garantida a solicitação dos exames complementares de acordo com o que é recomendado pelo protocolo, nas consultas de avaliação e visitas domiciliares realizadas pelo médico e enfermeira.



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

Detalhamento: Será discutido em prévia reunião com o gestor municipal sobre a agilidade para a realização dos exames complementares no laboratório do município.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados.

Detalhamento: Será feito semanalmente por enfermeira ou médico, mediante a revisão das fichas espelhos, a identificação e sinalização dos usuários que não realizaram os exames complementares indicados nas consultas de avaliação.

#### Engajamento público

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

Detalhamento: Os usuários e a comunidade serão orientados quanto a necessidade de realização de exames complementares nas consultas de avaliação na UBS, nas visitas em domicílio por todos os membros da equipe de saúde, e em atividades semanais de sala de espera, além da rádio comunitária.

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

Detalhamento: Os usuários e a comunidade serão orientados quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares nas consultas de avaliação na UBS, nas visitas em domicílio por todos os membros da equipe de saúde, e em atividades semanais de sala de espera, além da rádio comunitária.

#### Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Será realizada reunião de capacitação entre médicos e enfermeiras, para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Médico ou enfermeira verificarão semanalmente as fichas espelho para verificar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Mensalmente a enfermeira realizará controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos na farmácia da UBS, garantindo o fornecimento dos medicamentos aos usuários com HAS e DM.

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

Detalhamento: Será mantido um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, mediante a revisão semanal das fichas espelho por enfermeiro ou médico, para colher a quantidade de cada medicamento utilizado pelos usuários.

Engajamento público

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

Detalhamento: Os usuários e a comunidade serão orientados quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso. A orientação será feita por o medico e enfermeira durante as consulta e visitas, e nas atividades semanais de sala de espera, além da rádio comunitária.

Qualificação da prática clínica

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

Detalhamento: Será realizada atualização dos profissionais por o médicos e enfermeira, em reunião de capacitação entre eles, para estudo e tratamento da HAS conforme protocolo.

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

Detalhamento: A equipe será capacitada por a enfermeira para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. A capacitação será realizada pelo médico, em reunião semanal de equipe, na sala de reuniões da UBS.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Médico ou enfermeira verificarão semanalmente as fichas espelho para verificar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Mensalmente a enfermeira realizará controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e controle de estoques de medicamentos à farmácia da UBS, garantindo o fornecimento dos medicamentos aos usuários com HAS e DM.

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

Detalhamento: Será mantido um registro das necessidades de medicamentos dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde, mediante a revisão semanal das fichas espelho pela enfermeira, para colher a quantidade de cada medicamento utilizado pelos usuários.

Engajamento público

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

**Detalhamento:** Os usuários e a comunidade serão orientados quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso. A orientação será feita por a equipe durante as consulta e visitas, e nas atividades semanais de sala de espera, além da rádio comunitária.

#### Qualificação da prática clínica

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

**Detalhamento:** Será realizada atualização dos profissionais médicos e enfermeiros, em reunião de capacitação entre eles, para estudo do tratamento para HAS conforme protocolo.

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

**Detalhamento:** A equipe será capacitada para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. A capacitação será realizada pelo médico, em reunião semanal de equipe, na sala de reuniões da UBS.

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

#### Monitoramento e avaliação

**Ação:** Monitorar os hipertensos que foram avaliados quanto a necessidade de atendimento odontológico.

**Detalhamento:** Semanalmente médico ou enfermeira monitorarão os hipertensos que foram avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico, através da verificação das fichas espelho.

#### Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Será estabelecida como rotina a avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos durante a consulta.

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

Detalhamento: Será feito contato com o serviço de odontologia do município para disponibilizar algumas vagas para atendimento dos hipertensos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico, já que não temos equipe de saúde bucal.

#### Engajamento público

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

Detalhamento: A comunidade será orientada sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos mediante conversas com o médico e enfermeira em consultas, visitas domiciliares da equipe de saúde, e atividades educativas semanais na sala de espera, além da rádio comunitária.

#### Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: A equipe será capacitada por o odontologo para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos, em reunião de capacitação, realizada a cada semana, pelo médico.

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

#### Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar os diabéticos que foram avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: Semanalmente médico ou enfermeira monitorarão os diabéticos que foram avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico, através da verificação das fichas espelho.

#### Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Será estabelecida como rotina a avaliação por o medico da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

Ação: Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: Será feito contato com o serviço de odontologia do município para disponibilizar algumas vagas para atendimento dos diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico, já que não temos equipe de saúde bucal.

#### Engajamento público

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

Detalhamento: A comunidade será orientada sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos mediante conversas com o medico e enfermeira em consultas, visitas domiciliares da equipe de saúde, e atividades educativas semanais na sala de espera, além da rádio comunitária.

#### Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: A equipe será capacitada para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos, em reunião de capacitação, realizada a cada semana, pelo médico.

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

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

##### Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: O cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) será monitorado mediante a revisão semanal das fichas espelho pela enfermeira ou médico.

##### Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento: As visitas domiciliares serão organizadas semanalmente pelo médico, enfermeira e ACS para buscar os faltosos, mediante a revisão do arquivo de controle destes usuários.

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

Detalhamento: A agenda será organizada pela enfermeira nas reuniões de equipe semanal, para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

##### Engajamento público

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Detalhamento: A comunidade será informada pela enfermeira e médico sobre a importância de realização das consultas em conversas com os usuários nas consultas e nas visitas aos domicílios, e nas atividades educativas semanais em sala de espera, além da rádio comunitária.

Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).

Detalhamento: A comunidade será ouvida sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos) nas consultas e visitas domiciliares semanais realizadas pela equipe da saúde, e nas atividades educativas semanais em sala de espera.

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

Detalhamento: Será esclarecido aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas mediante conversas com o médico e enfermeira nas consultas e visitas domiciliares, e atividades educativas semanais na sala de espera, além da rádio comunitária.

#### Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Os ACS serão capacitados para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade, em reunião de capacitação de equipe realizada pelo médico.

### **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 cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) será monitorado mediante a revisão semanal das fichas espelho pela enfermeira ou médico.

#### Organização e gestão do serviço



Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento: As visitas domiciliares serão organizadas semanalmente pelo médico, enfermeira e ACS para buscar os faltosos, mediante a revisão do arquivo de controle destes usuários.

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

Detalhamento: A agenda será organizada pelo médico e enfermeira nas reuniões de equipe semanal, para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

#### Engajamento público

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Detalhamento: A comunidade será informada pelo médico e enfermeira sobre a importância de realização das consultas em conversas com os usuários nas consultas e nas visitas aos domicílios, e nas atividades educativas semanais em sala de espera, além da rádio comunitária.

Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes (se houver número excessivo de faltosos).

Detalhamento: A comunidade será ouvida sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes (se houver número excessivo de faltosos) nas consultas e visitas domiciliares semanais realizadas pela equipe da saúde, e nas atividades educativas semanais em sala de espera.

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

Detalhamento: Será esclarecido aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas mediante conversas com o médico e enfermeira nas consultas e visitas domiciliares, e atividades educativas semanais na sala de espera, além da rádio comunitária.

#### Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Os ACS serão capacitados para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade, em reunião de capacitação de equipe realizada pelo médico.

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

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

##### Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: A qualidade dos registros de hipertensos será monitorada na unidade de saúde mediante a revisão semanal das fichas espelho pela enfermeira ou pelo médico.

##### Organização e gestão do serviço

Ação: Manter as informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) atualizadas.

Detalhamento: As informações para alimentar o SIAB serão colhidas em reunião de equipe pela enfermeira e enviadas para atualização.

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento.

Detalhamento: A ficha de acompanhamento será implantada de acordo com rotina estabelecida na unidade, tendo como responsáveis a enfermeira e o médico.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: Será pactuado com a equipe em reunião o registro das informações de acordo com a rotina estabelecida.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: O médico e a enfermeira serão os responsáveis pelo monitoramento dos registros.

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

Detalhamento: Para a sinalização dos usuários identificados em situação de atrasos na realização de consultas, exames complementares, realização de estratificação de risco, comprometimento de órgãos alvo e estado de compensação da doença, será feita uma revisão semanal dos registros dos usuários cadastrados no programa pela enfermeira ou médico, selecionando os usuários em situação de atraso através da separação de suas fichas do resto dos usuários, para convocação e atualização das ações.

#### Engajamento público

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

Detalhamento: Os usuários e a comunidade serão orientados pelo médico e enfermeira sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário nas consultas e visitas domiciliares, e nas atividades educativas semanais de sala de espera, além da rádio comunitária.

#### Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: A equipe será capacitada para o preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso em reunião de capacitação a ser realizada pelo médico e enfermeira na UBS.

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

Detalhamento: Médicos e enfermeiras realizarão reunião de capacitação entre eles, para discutir o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: A qualidade dos registros de diabéticos será monitorada na unidade de saúde mediante a revisão semanal das fichas espelho pela enfermeira ou médico.

Organização e gestão do serviço

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento: As informações para alimentar o SIAB serão colhidas em reunião de equipe e enviadas para atualização.

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento.

Detalhamento: A ficha de acompanhamento será implantada de acordo com rotina estabelecida na unidade, tendo como responsáveis a enfermeira e o médico.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: Será pactuado com a equipe em reunião o registro das informações de acordo com a rotina estabelecida.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: O médico e a enfermeira serão os responsáveis pelo monitoramento dos registros.

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

Detalhamento: Para a sinalização dos usuários identificados em situação de atrasos na realização de consultas, exames complementares, realização de estratificação de risco, comprometimento de órgãos alvo e estado de compensação da doença, será feita uma revisão semanal dos registros dos usuários cadastrados no programa pela enfermeira ou médico, selecionando os usuários em situação de atraso através da separação de suas fichas do resto dos usuários, para convocação e atualização das ações.

#### Engajamento público

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

Detalhamento: Os usuários e a comunidade serão orientados pelo médico e enfermeira sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário nas consultas e visitas domiciliares, e nas atividades educativas semanais de sala de espera, além da rádio comunitária.

#### Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: A equipe será capacitada para o preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do diabético em reunião de capacitação a ser realizada pelo médico e enfermeira na UBS.

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

Detalhamento: Médicos e enfermeiras realizarão reunião de capacitação entre eles, para discutir o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

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

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

### Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: O número de usuários hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano será monitorado pela enfermeira ou médico, através da verificação das fichas espelho.

### Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Será priorizado o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco mediante consultas mensais de avaliação pelo médico na UBS.

Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Será agendado previamente nas reuniões de planejamento das ações, a realizar-se mensalmente, com a equipe na UBS.

### Engajamento público

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

Detalhamento: Os usuários serão orientados quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular nas consultas de avaliação e nas visitas domiciliares semanais feitas pelo médico, enfermeira e ACS.

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

Detalhamento: Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação) nas consultas de avaliação e nas visitas domiciliares semanais realizadas pelo médico, enfermeira e ACS, e nas atividades educativas semanais de sala de espera, além da rádio comunitária.

### Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitação poro medico da equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Detalhamento: A equipe será capacitada para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo em reunião de capacitação, pelo médico na UBS.

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

Detalhamento: A equipe será capacitada pelo médico para a importância do registro desta avaliação nas reuniões semanais feitas pelo médico na UBS com os membros da equipe.

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

Detalhamento: A equipe será capacitada quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis nas reuniões semanais feitas pelo médico na UBS com os membros da equipe.

### **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 usuários diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: O número de usuários diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano será monitorado pela enfermeira ou médico, através da verificação das fichas espelho.

#### Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Será priorizado o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco mediante as consultas mensais de avaliação pelo médico na UBS.

Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Será agendado previamente pela enfermeira nas reuniões de planejamento das ações, a realizar-se mensalmente, com a equipe na UBS.

### Engajamento público

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

Detalhamento: Os usuários serão orientados quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular nas consultas de avaliação e nas visitas domiciliares semanais feitas pelo médico, enfermeira e ACS.

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

Detalhamento: Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação) nas consultas de avaliação e nas visitas domiciliares semanais realizadas pelo médico, enfermeira e ACS, e nas atividades educativas semanais de sala de espera, além da rádio comunitária.

### Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: A equipe será capacitada para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo em reunião de capacitação, pelo médico na UBS.

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

Detalhamento: A equipe será capacitada para a importância do registro desta avaliação nas reuniões semanais feitas pelo médico na UBS com os membros da equipe.

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

Detalhamento: A equipe será capacitada quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis nas reuniões semanais feitas pelo médico na UBS com os membros da equipe.

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



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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.

Detalhamento: Será realizado monitoramento da realização de orientação nutricional aos hipertensos mediante verificação semanal das fichas espelho pelo médico ou enfermeira na UBS.

Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: As práticas coletivas sobre alimentação saudável serão organizadas mediante atividades coletivas semanais feitas com o nutricionista na UBS e outros locais da comunidade com os usuários portadores de HAS e DM.

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

Detalhamento: Serão demandadas junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade de palestras sobre boas praticas de alimentação saudável.

Engajamento público

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

Detalhamento: Os hipertensos e seus familiares serão orientados pela enfermeira e medico sobre a importância da alimentação saudável nas consultas e visitas domiciliares, e nas atividades educativas semanais de sala de espera, além da rádio comunitária.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: A equipe da unidade de saúde será capacitada sobre práticas de alimentação saudável mediante as reuniões de capacitação semanais feitas pelo médico na UBS.

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

Detalhamento: A equipe da unidade de saúde será capacitada sobre metodologias de educação em saúde mediante as reuniões semanais de capacitação feitas pelo médico na UBS.

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

#### Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos.

Detalhamento: Será realizado monitoramento da realização de orientação nutricional aos diabéticos mediante verificação semanal das fichas espelho pelo médico ou enfermeira na UBS.

#### Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: As práticas coletivas sobre alimentação saudável serão organizadas mediante atividades coletivas semanais feitas com o nutricionista na UBS e outros locais da comunidade com os usuários portadores de HAS e DM.

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

Detalhamento: Serão demandadas junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade de prática coletivas sobre alimentação saudável, feitas semanalmente na UBS e comunidade aos usuários portadores de HAS e DM.

#### Engajamento público

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

Detalhamento: Os diabéticos e seus familiares serão orientados pelo médico e enfermeira sobre a importância da alimentação saudável nas consultas e visitas domiciliares, e nas atividades educativas semanais de sala de espera, além da rádio comunitária.

#### Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: A equipe da unidade de saúde será capacitada sobre práticas de alimentação saudável mediante as reuniões de capacitação semanais feitas pelo médico na UBS.

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

Detalhamento: A equipe da unidade de saúde será capacitada sobre metodologias de educação em saúde mediante as reuniões semanais de capacitação feitas pelo médico na UBS.

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

#### Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: A realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos será monitorada mediante verificação semanal das fichas espelho, pela enfermeira ou médico.

#### Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: Será realizada atividade física uma vez por semana organizada pelo médico e enfermeira em espaços da comunidade com a participação de um professor de educação físicas que oriente a atividade.

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

Detalhamento: As atividades serão feitas em parceria com o educador físico integrante do NASF.

#### Engajamento público

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

Detalhamento: Os hipertensos e a comunidade serão orientados pelo médico e enfermeira sobre a importância da prática de atividade física regular nas consultas e visitas, e nas atividades educativas semanais de sala de espera, além da rádio comunitária.

#### Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: A equipe da unidade de saúde será capacitada sobre a promoção da prática de atividade física regular mediante as reuniões semanais de capacitação para a equipe de saúde feita pelo médico na UBS.

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

Detalhamento: A equipe da unidade de saúde será capacitada sobre metodologias de educação em saúde mediante as reuniões e capacitação semanal para a equipe de saúde feita pelo médico na UBS.

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

#### Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: A realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos será monitorada mediante verificação semanal das fichas espelho, pela enfermeira ou médico.

#### Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: Será realizada atividade física uma vez por semana organizada pelo médico e enfermeira em espaços da comunidade com a participação de um professor de educação físicas que oriente a atividade.

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

Detalhamento: As atividades serão feitas em parceria com o educador físico integrante do NASF.

#### Engajamento público

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

Detalhamento: Os diabéticos e a comunidade serão orientados por o medico e enfermeira sobre a importância da prática de atividade física regular nas consultas e visitas, e nas atividades educativas semanais de sala de espera, além da rádio comunitária.

#### Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: A equipe da unidade de saúde será capacitada sobre a promoção da prática de atividade física regular mediante as reuniões semanais de capacitação para a equipe de saúde feita pelo médico na UBS.

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

Detalhamento: A equipe da unidade de saúde será capacitada sobre metodologias de educação em saúde mediante as reuniões e capacitação semanal para a equipe de saúde feita pelo médico na UBS.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Será monitorada a orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos mediante verificação semanal das fichas espelho por médico ou enfermeira.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Será demandada ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo" em reunião prévia à intervenção.

Engajamento público

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

Detalhamento: Os hipertensos tabagistas serão orientados sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo nas consultas de avaliação na UBS e nas visitas domiciliares realizadas pelo médico e enfermeira.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

Detalhamento: A equipe será capacitada para o tratamento de usuários tabagistas mediante as reuniões semanais de capacitação realizadas pelo médico na UBS.

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

Detalhamento: A equipe da unidade de saúde será capacitada sobre metodologias de educação em saúde mediante as reuniões semanais de capacitação feitas pelo médico na UBS.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Será monitorada a orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos mediante verificação semanal das fichas espelho por médico ou enfermeira.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Será demandada ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo" em reunião prévia à intervenção.

Engajamento público

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

Detalhamento: Os diabéticos tabagistas serão orientados sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo nas consultas de avaliação na UBS e nas visitas domiciliares realizadas pelo médico e enfermeira.

Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

Detalhamento: A equipe será capacitada para o tratamento de usuários tabagistas mediante as reuniões semanais de capacitação realizadas pelo médico na UBS.

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

Detalhamento: A equipe da unidade de saúde será capacitada sobre metodologias de educação em saúde mediante as reuniões semanais de capacitação feitas pelo médico na UBS.

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

#### Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Será monitorada a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos mediante verificação semanal das fichas espelho por médico ou enfermeira.

#### Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Será organizado o tempo médio de consultas de 20 minutos com a finalidade de garantir orientações em nível individual, planejando o tempo de consulta de acordo à quantidade de usuários.

#### Engajamento público

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

Detalhamento: Os hipertensos e seus familiares serão orientados pelo médico e enfermeira sobre a importância da higiene bucal nas consultas e visitas, e nas atividades educativas semanais de sala de espera, além da rádio comunitária.

#### Qualificação da prática clínica

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



Detalhamento: A equipe será capacitada para oferecer orientações de higiene bucal mediante as reuniões semanais de capacitação feitas pelo médico na UBS.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Será monitorada a realização de orientação sobre higiene bucal aos diabéticos mediante verificação semanal das fichas espelho por médico ou enfermeira.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Será organizado por o medico o tempo médio de consultas de 20 minutos com a finalidade de garantir orientações em nível individual, planejando o tempo de consulta de acordo à quantidade de usuários.

Engajamento público

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

Detalhamento: Os diabéticos e seus familiares serão orientados pelo medico sobre a importância da higiene bucal nas consultas e visitas, e nas atividades educativas semanais de sala de espera, além da rádio comunitária.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: A equipe será capacitada para oferecer orientações de higiene bucal mediante as reuniões semanais de capacitação feitas pelo médico na UBS.

### 2.3.2 Indicadores

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

**Meta 1.1: Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.**

**Indicador 1.1:** Proporção de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes da unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes da unidade de saúde.

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

**Meta 1.2: Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.**

**Indicador 1.2:** Proporção de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes da unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes 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 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 hipertensos 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 com busca ativa.

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

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas 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 do risco cardiovascular.

Denominador: 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 usuários 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 para 100% de diabéticos.**

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

Numerador: Número de usuários 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 usuários hipertensos.**

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

Numerador: Número de usuários 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 usuários diabéticos.**

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

Numerador: Número de usuários 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 usuários hipertensos.**

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

Numerador: Número de usuários 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 usuários diabéticos.**

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

Numerador: Número de usuários 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 usuários hipertensos.**

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

Numerador: Número de usuários 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 usuários diabéticos.**

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **2.3.3 Logística**

Para realizar a intervenção no programa de atenção aos usuários com hipertensão e diabetes vamos adotar o Caderno de Atenção Básica nº 36 (BRASIL, 2013a) e o Caderno de Atenção Básica nº 37 (BRASIL, 2013b), documentos do Ministério da Saúde sobre estratégias para o cuidado da pessoa com doenças crônicas. Utilizaremos a ficha de atendimento individual, ficha espelho de pessoas com doenças crônicas disponibilizadas pelo curso da UFPEL (Anexo C), e os prontuários clínicos da UBS. Esperamos alcançar com a intervenção o cadastramento, controle e tratamento de 60% dos usuários portadores de HAS e DM da população da área de abrangência da UBS, de ambas as equipes. Faremos contato com o gestor municipal de saúde para dispor das fichas espelho necessárias. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coletas de dados (Anexo B).

Será estabelecida uma rotina de acolhimento, com garantia de escuta por qualquer membro da equipe que seja primeiro abordado, e atendimento aos usuários portadores de HAS e DM na UBS, com consultas periódicas que envolvem exame clínico apropriado, solicitação de exames complementares de acordo com o protocolo, prescrição de medicamentos da farmácia popular, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, estratificação do risco cardiovascular, e orientações sobre alimentação saudável, atividade física, riscos do tabagismo e sobre higiene bucal. Além disso, visitas domiciliares serão organizadas semanalmente por médico, enfermeira e ACS para buscar os faltosos. A agenda será organizada nas reuniões de equipe semanais, para acolher os usuários provenientes dessas buscas, e será priorizado o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco, com agendamento em reunião mensal. Todas essas ações serão



registradas nas fichas espelho do programa, que ficarão dispostas no "arquivo de Hiperdia", e serão verificadas uma vez por semana, para a coleta de dados a serem inseridos na planilha eletrônica. Essa verificação será feita por médico ou enfermeira da equipe que propôs a intervenção.

Será mantido um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde, mediante a revisão semanal das fichas espelho pela enfermeira ou médico, para colher a quantidade de cada medicamento utilizado pelos usuários. E mensalmente a enfermeira realizará controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos na farmácia da UBS, garantindo o fornecimento dos medicamentos aos usuários com HAS e DM.

O médico e enfermeira da equipe que propôs a intervenção farão capacitações para os profissionais da unidade de saúde sobre atenção a hipertensos e/ou diabéticos. Serão realizadas quatro capacitações da equipe nas reuniões da UBS, em atividades semanais, e utilizando os protocolos do Ministério da Saúde. A primeira reunião será sobre os Cadernos de Atenção Básica nº 36 e 37, as novas rotinas da UBS e o registro das informações, e o acolhimento aos hipertensos e diabéticos.

A segunda reunião de capacitação será destinada aos ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde, e para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

A terceira reunião de capacitação da equipe abordará as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia; avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos; estratificação de risco cardiovascular segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo; a orientação sobre alimentação saudável, a promoção da prática de atividade física regular; metodologias de educação em saúde; e orientações de higiene bucal.

E a quarta reunião de capacitação acontecerá entre médicos e enfermeiras, para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares e tratamento medicamentoso, para discutir o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas, e para definir as atribuições de cada um no exame clínico do usuário. Além disso, médico e enfermeira da equipe que propôs a intervenção orientarão as técnicas de enfermagem quanto à verificação da

pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, e a realização do hemoglicoteste.

Os membros da equipe de saúde vão informar à comunidade, em consultas e visitas, acerca da existência do Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na UBS; da importância da realização de medir a pressão arterial aos maiores de 18 aos ao menos uma vez ao ano; do rastreamento da DM em adultos com pressão arterial maior que 130/80mmHg; dos fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes; dos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão; da importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente; da necessidade de realização de exames complementares periodicamente; do direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso; da importância de realizar avaliação da saúde bucal; da importância de realização das consultas e periodicidade preconizada; dos direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário; da importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis; e da importância da alimentação saudável, prática de atividade física regular, e higiene bucal. Esses assuntos também serão abordados em atividades semanais de sala de espera, e através da rádio comunitária, com participação semanal de um médico ou uma enfermeira.

As atividades de sala de espera também serão utilizadas como espaço de ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes.

Antes da intervenção iniciar, será feita um reunião com gestor municipal de saúde, para garantir materiais para aferição de pressão arterial e hemoglicoteste, solicitar agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo, e solicitar a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo". Além disso, será feito contato com o serviço de odontologia do município para disponibilizar algumas vagas para atendimento dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico, já que não dispomos de equipe de saúde bucal na UBS.







### **3 Relatório da Intervenção**

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

Conforme orientação do curso houve a necessidade do encurtamento da intervenção de 16 para 12 semanas, para que fosse possível ajustar as defesas e a finalização da Turma 7 ao calendário estabelecido com a Universidade.

Assim, a intervenção durou 12 semanas de labor e intenso trabalho da equipe de saúde, de coordenação das atividades, busca de materiais, locais para realizar as atividades de grupo, preparação individual para a realização de conversas em temas de saúde, capacitação do pessoal, enfim, de luta semanal por cumprir o cronograma de ações proposto e levar em bom rumo o projeto. As duas equipes participaram da intervenção.

Durante a intervenção, desenvolvemos ações previstas que foram base e guia de nosso trabalho, quase todas cumpridas em sua totalidade, algumas com mais dificuldade que outras, mas cumpridas. Acredito que as primeiras quatro semanas foram as mais difíceis, já que foram as semanas de aprendizagem.

Havíamos planejado quatro reuniões de capacitação da equipe, mas fomos além, pois cada semana começou com capacitação da equipe, mostrando para cada um como fazer o correto registro e acolhimento, como preencher os dados dos usuários nas fichas espelhos e prontuários, explicando como seria feita a busca e avaliação dos hipertensos e diabéticos na comunidade, seja por visitas domiciliares ou pela divulgação do projeto na Rádio Comunitária, assim como a busca ativa dos usuários faltosos às consultas de avaliação dos exames complementares e do risco cardiovascular, que foi feita pelas ACS. Nas reuniões também orientamos como seriam feitas as atividades educativas na sala de espera da UBS nos dias das consultas de avaliação, e as reuniões de grupos de hipertensos e diabéticos, assim como a orientação sobre prática de exercícios físicos e alimentação saudável.

O acolhimento e as consultas de avaliação aos hipertensos e diabéticos foram de qualidade. As fichas espelho foram preenchidas segundo capacitação realizada, assim como as atividades educativas na sala de espera da unidade de saúde todas as quartas-feiras pela manhã, antes de começar as consultas de avaliação. As visitas domiciliares eram feitas pela equipe toda quinta-feira, de forma satisfatória, sempre cumprindo o objetivo.

Conforme planejado, participamos na Rádio Comunitária semanalmente, para divulgar o projeto para a comunidade. Na reunião do início da semana definíamos quem iria, e vários membros da equipe puderam participar, não apenas médico e enfermeiro, como havíamos programado inicialmente.

Realizamos três atividades do grupo de hipertensos e diabéticos, nas semanas 1, 4 e 12. Na primeira, falamos de saúde, perguntamos para eles sua opinião sobre a intervenção, oferecemos mingau de milho, fizemos rifas, trocamos receitas de medicamentos etc. Contamos com a ajuda dos gestores de saúde do município. A segunda reunião de hipertensos e diabéticos aconteceu em uma sala de aulas de uma escola. Foi uma reunião mais modesta que a primeira, mas teve sucesso, trocamos receitas, fizemos hemoglicotestes, a enfermeira e o médico falaram da importância do bom controle metabólico dos diabéticos para fazer a prevenção de complicações. E na terceira fizemos a reunião em uma escola da comunidade. A enfermeira falou sobre alimentação saudável, a técnica de enfermagem fez glicose capilar e verificou a pressão arterial, o médico trocou receitas. A participação dos usuários foi boa, e referiram gostar muito da atividade.

O controle de estoque de medicamentos hipotensores e hipoglicemiantes na farmácia da UBS foi feito pela enfermeira e técnica de enfermagem, com qualidade e periodicamente, ao final de cada mês. A coleta de dados foi muito boa, além da correta alimentação semanal da planilha eletrônica.

Finalizando a intervenção, foi realizada em reunião semanal da equipe a apresentação dos resultados da intervenção, agradecendo todo o trabalho feito, o esforço de todos pelo sucesso da intervenção. Os Agentes Comunitários de Saúde falaram que vão continuar o trabalho de pesquisa de hipertensos e diabéticos. Todos ficaram convencidos da utilidade que a intervenção teve para os usuários.

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

Das atividades propostas, as consultas de saúde bucal não aconteceram, porque no município não há dentista, e, portanto, não tivemos sucesso na solicitação de vagas para encaminhamentos dos nossos usuários. Apenas um dentista vai duas horas por semana para fazer extrações dentárias já agendadas previamente. Apesar disso, foi avaliada a saúde bucal pelo odontólogo mediante vagas semanais solicitadas para a avaliação dos usuários cadastrados no programa, e foram feitas as orientações pertinentes.

Não realizamos grupo de atividades físicas na comunidade com participação de educador físico, porque não conseguimos estabelecer parceria com o educador físico do NASF, que mora em outro município e atua realizando apoio de forma virtual apenas.

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

A coleta de dados foi realizada sem dificuldades pelo médico e pela enfermeira nas consultas de avaliação, preenchendo adequadamente as fichas espelho. A planilha eletrônica foi alimentada adequadamente com estes dados gerando corretamente os indicadores e os gráficos do programa.

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

Tenho certeza que o projeto teve um impacto positivo na saúde dos usuários da unidade de saúde. Primeiro porque foi estabelecida a consulta desse grupo às quartas-feiras pela manhã, e assim vai continuar como rotina da Unidade de Saúde, mesmo sem o projeto. Esse será o espaço para o acompanhamento de suas doenças, controle metabólico, troca de receitas etc. Além disso, a equipe de saúde já está qualificada quanto a questões como aferição da pressão arterial de maneira criteriosa, realização de hemoglicoteste em sangue capilar, e os Agentes Comunitários de Saúde estão conscientizados da importância de continuar identificando na comunidade os usuários de risco para estas doenças e encaminhá-los à consulta de avaliação. Temos a intenção de continuar também com as



atividades educativas na sala de espera da unidade de saúde, e com as atividades de grupos na comunidade. Estou certo que as atividades desenvolvidas na intervenção chegaram para ficar, em benefício desta comunidade carente e ribeirinha. A intervenção finalizou, mas o trabalho continua.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

Nosso objetivo no trabalho de intervenção foi melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Beira Rio, no município de Vitória do Jarí-Amapá.

Para isso, foram propostos objetivos específicos, cada um com suas metas, gerando indicadores e gráficos que mostram os resultados obtidos. A população alvo estimada era de 632 hipertensos e 156 diabéticos.

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

**Meta 1.1: Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.**

**Indicador: Proporção de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes da unidade de saúde.**

Antes de começar a intervenção a unidade tinha uma cobertura muito baixa de cadastramento de hipertensos e diabéticos, sendo 18,4% para hipertensos (116 usuários) e 14,7% para diabéticos (23 usuários). No primeiro mês de intervenção cadastramos 99 hipertensos (15,7%), no segundo mês havia 188 hipertensos cadastrados (29,7%), e no terceiro mês alcançamos a cobertura de 280 hipertensos, representando um total de 44,3% (Figura 3).

Fizemos a proposta de cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência da Unidade de Saúde, mas não foi possível cumprir porque o tempo de intervenção que inicialmente era de 16 semanas foi reduzido para 12 semanas, diminuindo quatro semanas de trabalho de cadastramento de usuários. Se

aumentássemos o número de atendimentos a esse grupo, outros grupos poderiam ser prejudicados.

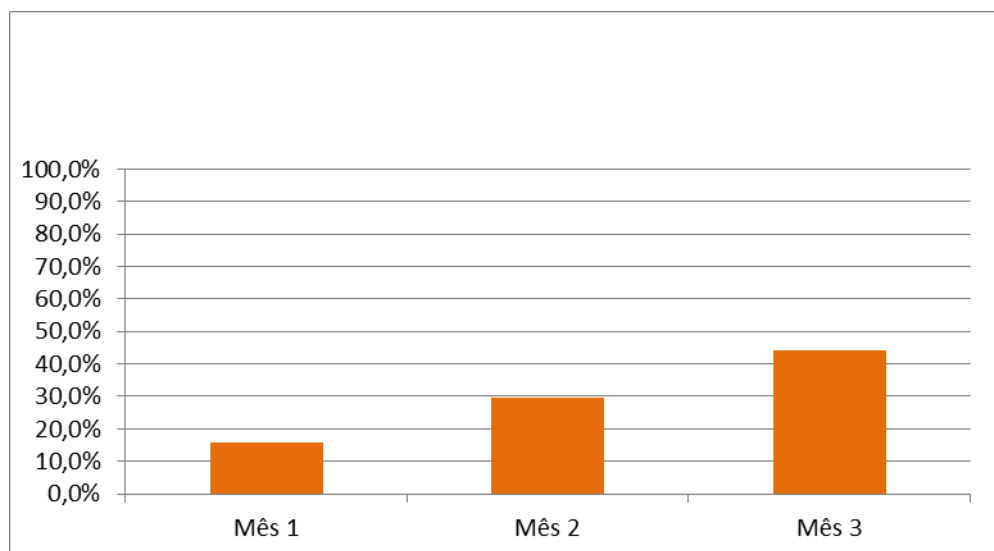


Figura 3. Proporção de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes da UBS Beira Rio, localizada no município de Vitória do Jarí-Amapá, 2015.

**Meta 1.2: Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.**

**Indicador: Proporção de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes da unidade de saúde.**

No caso dos diabéticos, a cobertura do primeiro mês da intervenção foi de 33 diabéticos (21,2%), no segundo mês foi de 64 diabéticos (41,0%), e no terceiro mês alcançamos 79 diabéticos cadastrados (50,6%) (Figura 4).

Analisando estes gráficos, pode-se ver com clareza que, se a intervenção fosse realizada em 16 semanas, chegaríamos sem dificuldades aos 60% de usuários cadastrados propostos no início do trabalho. É importante destacar que chegamos a esta cobertura com muita qualidade de atendimento, realizando acolhimento, consulta médica e tratamento adequado, de acordo com os protocolos de atenção no Brasil.

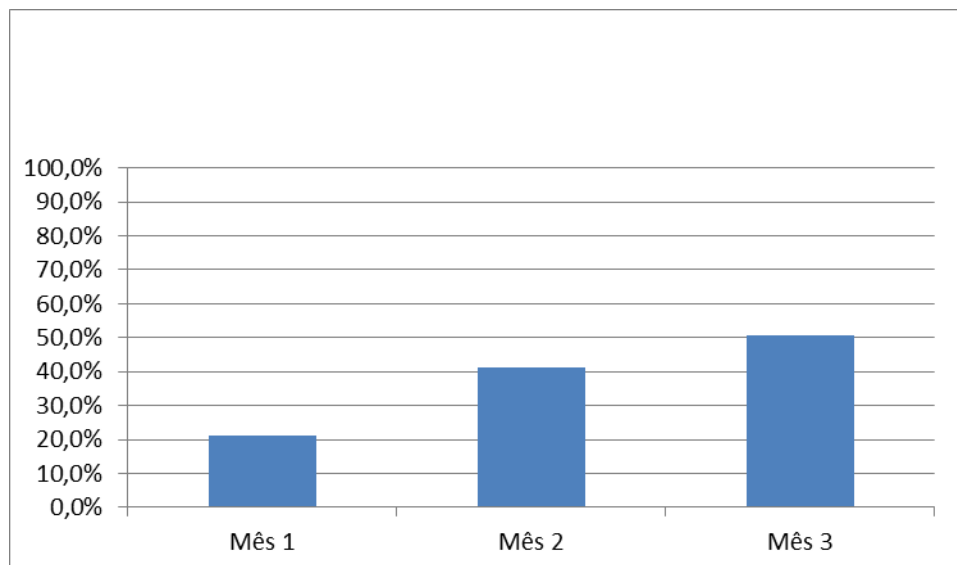


Figura 4. Proporção de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes da UBS Beira Rio, localizada no município de Vitória do Jarí-Amapá, 2015.

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

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

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

Durante as 12 semanas de intervenção, a proporção de hipertensos com exame clínico apropriado de acordo com o protocolo foi de 100%, sendo 99 usuários no primeiro mês, 188 no segundo, e 280 no terceiro mês. Podemos falar que a equipe aprimorou a consulta clínica, tendo como rotina da consulta a realização do exame clínico de qualidade a todos os usuários.

**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.**

A proporção de diabéticos com exame clínico apropriado de acordo ao protocolo também foi de 100% nos três meses, sendo 33 usuários no primeiro mês, 64 no segundo, e 79 no terceiro mês. O exame clínico também virou rotina da consulta clínica de todos os diabéticos.

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

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

No primeiro mês a proporção foi de 99 usuários (100%), no segundo mês foi de 186 usuários (98,9%), e terceiro mês de 278 usuários (99,3%) (Figura 5). A meta de 100% não foi alcançada, pois faltaram dois usuários hipertensos que não voltaram à consulta para apresentar os exames. A equipe vai trabalhar para buscá-los.

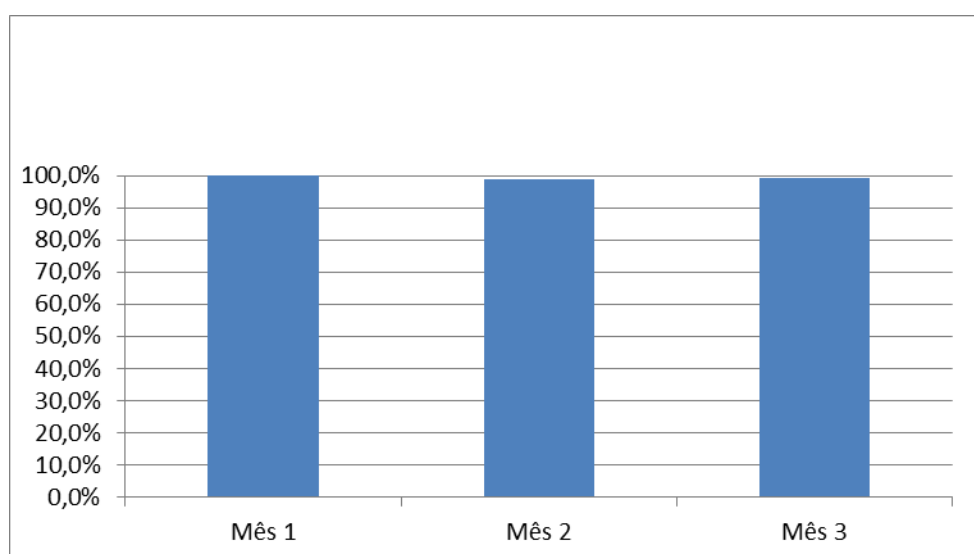


Figura 5. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Beira Rio, localizada no município de Vitória do Jarí-Amapá, 2015.

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

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

No caso dos diabéticos foi da seguinte maneira. No primeiro mês a proporção foi de 33 usuários (100%), no segundo mês foi de 63 usuários (98,4%) e no terceiro mês foi de 78 usuários (98,7%) (Figura 6). A meta de 100% não foi alcançada, pois faltou um usuário diabético que não voltou à consulta para apresentar os exames, mas que também será buscado.

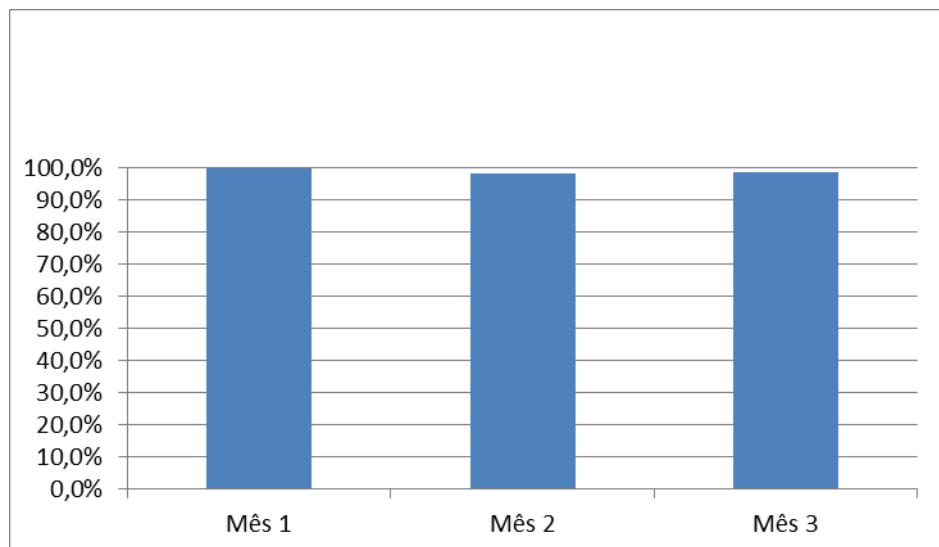


Figura 6. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Beira Rio, localizada no município de Vitória do Jarí-Amapá, 2015.

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

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

A proporção de usuários hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada foi de 100% durante as 12 semanas da intervenção, tendo sido 99 usuários no primeiro mês, 188 no segundo, e 280 no terceiro mês. Isso foi possível porque a ação entrou como rotina da consulta clínica. Para a realização com sucesso da intervenção garantimos o abastecimento da Farmácia Popular/Hiperdia com os medicamentos hipotensores e hipoglicemiantes habituais mais utilizados na atenção primária à saúde.

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

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

A proporção de usuários diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada também foi de 100% nos três meses de intervenção, sendo 33 usuários no primeiro mês, 64 no segundo, e 79 no terceiro mês. Isso foi possível porque a ação entrou como rotina da consulta clínica. A Farmácia Popular foi mensalmente abastecida de medicamentos hipotensores e

hipoglicemiantes, não faltando para o bom controle dos usuários participantes na intervenção.

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

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

A proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico foi de 100% nos três meses de intervenção, tendo sido 99 usuários no primeiro mês, 188 no segundo, e 280 no terceiro mês. A ação era rotina da consulta clínica, o que facilitou o alcance da meta.

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

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

A proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico também foi de 100% nos três meses de intervenção, tendo sido 33 usuários no primeiro mês, 64 no segundo, e 79 no terceiro mês. A ação era rotina da consulta clínica, o que facilitou o alcance da meta.

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

A busca ativa dos usuários hipertensos faltosos às consultas médicas foi de 100% dos casos, e aconteceu no segundo e terceiro mês da implementação da intervenção, com dois faltosos em cada mês. No primeiro mês não foi necessário fazer busca ativa, já que não houve faltosos (Figura 7). Esta busca ativa foi realizada com qualidade pelos Agentes Comunitários de Saúde na comunidade, mediante visitas domiciliares feitas diariamente por eles, e com a equipe toda nos dias de visitas domiciliares às quintas-feiras pela manhã.

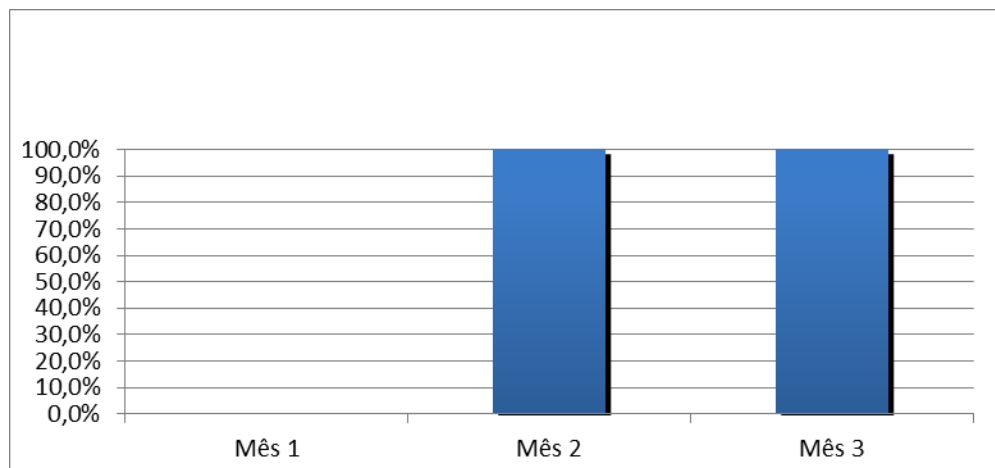


Figura 7. Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na UBS Beira Rio, localizada no município de Vitória do Jarí-Amapá, 2015.

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

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

A busca ativa dos usuários diabéticos faltosos às consultas médicas também foi de 100% dos casos, e aconteceu no segundo e terceiro mês da implementação da intervenção, com um faltoso em cada mês. No primeiro mês não foi necessário por não ter faltosos (Figura 8). Novamente aqui se destaca o trabalho das ACS, de busca e reagendamento da consulta.

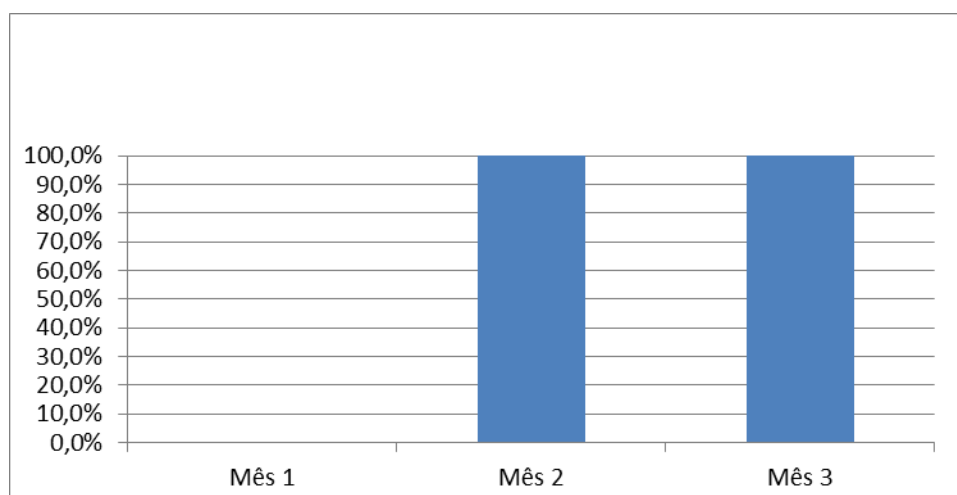


Figura 8. Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa na UBS Beira Rio, localizada no município de Vitória do Jarí-Amapá, 2015.



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

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

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

Durante todo o tempo da intervenção a equipe de saúde fez um adequado registro de 100% dos usuários participantes no projeto, mediante as fichas de acompanhamento. Foram 99 usuários no primeiro mês, 188 no segundo, e 280 no terceiro mês. Foi impresso todo o material necessário (fichas espelhos e prontuários médicos) para uma correta organização do arquivo e poder registrar todos os usuários participantes do projeto. Vale ressaltar que o registro foi incorporado à rotina da UBS.

**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.**

Todos os diabéticos acompanhados na intervenção também tiveram o registro adequado nos três meses de intervenção, tendo sido alcançada a meta de 100% nos três meses de intervenção. Foram 33 usuários no primeiro mês, 64 no segundo, e 79 no terceiro mês. O registro virou rotina do serviço, o que facilitou o alcance da meta.

**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: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.**

A proporção de usuários hipertensos participantes da intervenção com estratificação de risco cardiovascular foi de 99 usuários (100%) no primeiro mês, 186 usuários (98,9%) no segundo mês, e 278 usuários (99,3%) no terceiro mês (Figura 9). A estratificação do risco cardiovascular aos portadores de hipertensão arterial foi realizada com muita qualidade. Para isso realizamos esta atividade utilizando os

protocolos brasileiros de estratificação do risco cardiovascular recomendados pelos Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Os usuários que ficaram sem serem avaliados quanto ao risco são os que não retornaram com os resultados de exames, necessários para a realização da estratificação.

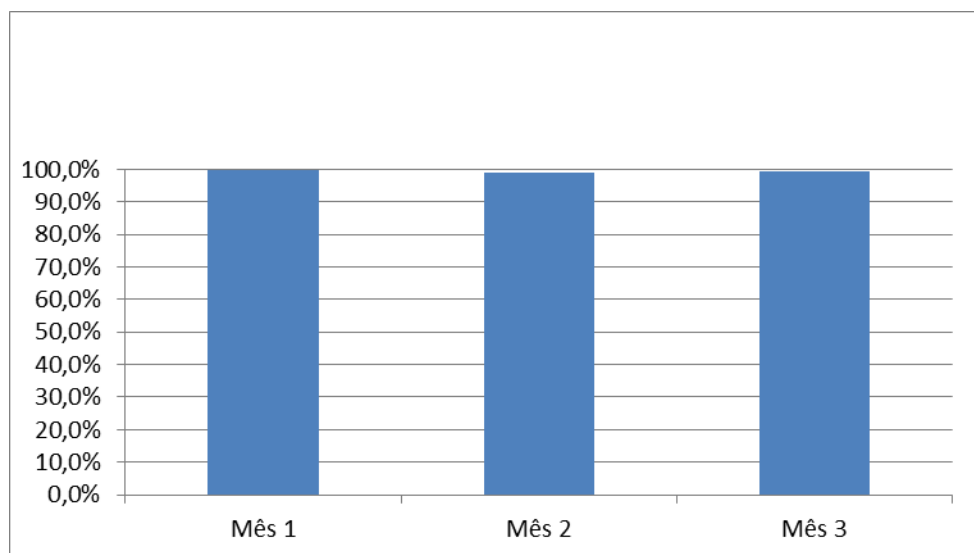


Figura 9. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular na UBS Beira Rio, localizada no município de Vitória do Jarí-Amapá, 2015.

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

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

No caso dos usuários com diabetes, a proporção de cadastrados na intervenção com estratificação de risco cardiovascular no primeiro mês foi de 33 usuários (100%), no segundo mês foi de 63 usuários (98,4%), e no terceiro mês foi de 78 usuários (99,7%) (Figura 10). A estratificação do risco cardiovascular aos portadores de diabetes também foi realizada com muita qualidade. Os usuários que ficaram sem serem avaliados quanto ao risco são os que não retornaram com os resultados de exames, necessários para a realização da estratificação.

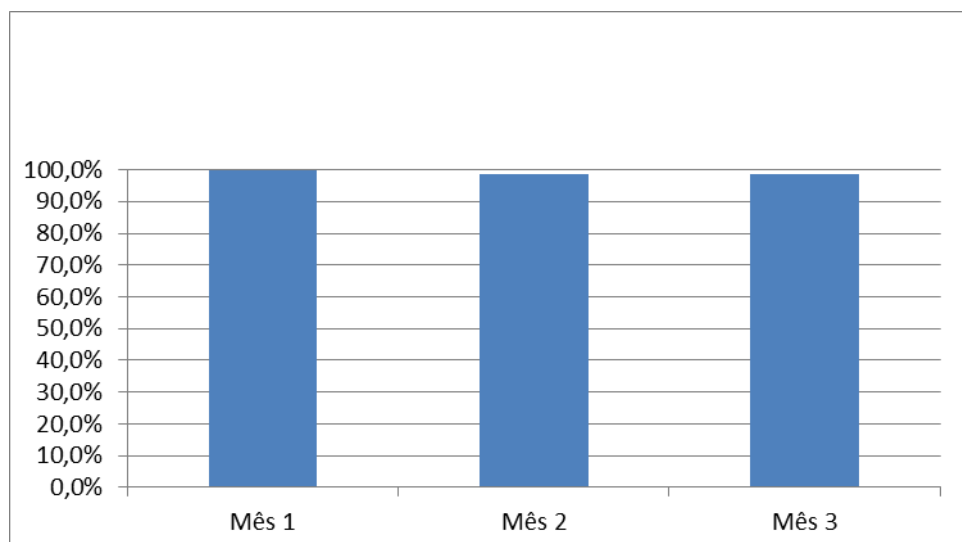


Figura 10. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular na UBS Beira Rio, localizada no município de Vitória do Jarí-Amapá, 2015.

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

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

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

A equipe de saúde proporcionou a 100% dos hipertensos cadastrados na intervenção as orientações nutricionais sobre alimentação saudável. Foram 99 usuários no primeiro mês, 188 no segundo, e 280 no terceiro mês. Estas orientações foram feitas pela equipe de saúde nos diferentes ambientes de trabalho onde se desenvolveram as atividades educativas de promoção em saúde, tanto nas consultas de avaliação, atividades na sala de espera da Unidade de Saúde e atividades feitas com grupos específicos na comunidade.

**Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável para 100% de diabéticos.**

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

A equipe de saúde proporcionou a 100% dos diabéticos cadastrados na intervenção as orientações nutricionais sobre alimentação saudável. Foram 33 usuários no primeiro mês, 64 no segundo, e 79 no terceiro mês. Estas orientações foram feitas nas diferentes atividades realizadas durante a intervenção.

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

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

A proporção de hipertensos com orientações sobre a prática regular de atividades físicas foi de 100% nos três meses de intervenção. Foram 99 usuários no primeiro mês, 188 no segundo, e 280 no terceiro mês. Estas orientações foram feitas nas diferentes atividades realizadas durante a intervenção.

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

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

A proporção de diabéticos com orientações sobre a prática regular de atividades físicas foi de 100% nos três meses de intervenção. Foram 33 usuários no primeiro mês, 64 no segundo, e 79 no terceiro mês. Estas orientações foram feitas nas diferentes atividades realizadas durante a intervenção.

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

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

A proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo foi de 100% dos usuários cadastrados na intervenção nos três meses. Foram 99 usuários no primeiro mês, 188 no segundo, e 280 no terceiro mês. Estas orientações foram feitas nas diferentes atividades realizadas durante a intervenção.

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

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

A proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo foi de 100% dos usuários cadastrados na intervenção nos três meses. Foram 33

usuários no primeiro mês, 64 no segundo, e 79 no terceiro mês. Estas orientações foram feitas nas diferentes atividades realizadas durante a intervenção.

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

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

Durante a intervenção a proporção de hipertensos com orientações sobre higiene bucal foi de 100% nos três meses. Foram 99 usuários no primeiro mês, 188 no segundo, e 280 no terceiro mês. É importante falar que estas orientações em saúde bucal foram feitas pelo pessoal da equipe de saúde, porque a unidade não tem equipe de saúde bucal. Um dentista vem em diferentes dias e horários para realizar extrações dentais em consultas já agendadas previamente. Apesar disso, a falta de profissional especializado não foi impedimento para realização de uma adequada orientação em saúde bucal aos usuários cadastrados na intervenção.

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

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

Durante a intervenção a proporção de diabéticos com orientações sobre higiene bucal foi de 100% nos três meses. Foram 33 usuários no primeiro mês, 64 no segundo, e 79 no terceiro mês. Estas orientações foram feitas nas diferentes atividades realizadas durante a intervenção.

Para realizar com qualidade todas as atividades educativas em saúde descritas anteriormente, todos os membros da equipe realizaram um grande esforço no estudo de temas em saúde e preparação das atividades, fundamentalmente enfermeira e técnica enfermagem, e os Agentes Comunitários de Saúde receberam capacitação em temas de saúde. Todos estes temas foram desenvolvidos em todas as atividades feitas na intervenção, fundamentalmente nas atividades semanais realizadas na sala de espera da unidade de saúde, às quartas-feiras pela manhã. Também é importante a boa preparação que fizemos dos temas de saúde para as reuniões de grupos específicos de hipertensos e diabéticos, nas últimas semanas de

cada mês de trabalho. Além disso, a educação em saúde à população é realizada diariamente nas atividades cotidianas da Unidade de Saúde.

## **4.2 Discussão**

Com a intervenção realizada no Programa de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos na Unidade de Saúde, alcançamos resultados positivos. Aumentamos significativamente a cobertura do Programa na área de abrangência da Unidade de Saúde, e atualizamos os registros dos usuários com estas doenças, que ficaram com avaliação do risco cardiovascular e exames laboratoriais atualizados.

Para a equipe de saúde a intervenção foi importante no sentido de permitir maior coesão no trabalho do dia a dia. Houve envolvimento dos profissionais das duas equipes de saúde, e todos foram capacitados para fazer um adequado acolhimento aos usuários que acessam a Unidade de Saúde, para a aferição criteriosa da pressão arterial com o esfigmomanômetro de manguito, realização do hemoglicoteste corretamente, e sobre diversos temas de saúde com vista à realização de atividades educativas em saúde. O trabalho de intervenção em linhas gerais contribuiu para uma melhor integração da equipe para realizar um trabalho mais aprimorado no atendimento destes usuários. Os Agentes Comunitários de Saúde foram conscientizados da importância de seu trabalho de identificação de portadores destas doenças na comunidade e encaminhamento à Unidade de Saúde para sua avaliação. As técnicas de enfermagem ficaram mais capacitadas em seu trabalho de aferição da pressão arterial, realização de hemoglicoteste capilar etc. Para enfermeiras e médicos ficaram os arquivos atualizados, facilitando o trabalho de controle destes usuários. Para o pessoal da recepção foi importante porque dentro da rotina deles houve a correta organização e manipulação destes registros, assim como a qualificação do acolhimento dos usuários nos dias das consultas de avaliação.

Para o serviço, a intervenção significou organização do processo de trabalho. Ficou claro para todos que a atenção aos usuários portadores destas doenças não é responsabilidade exclusiva dos médicos que fazem o atendimento clínico, mas de toda a equipe de saúde, facilitando o atendimento integral destes

usuários. O serviço continuará com um turno específico para agendamento prioritário de consultas para esse grupo, que foi estabelecida durante a intervenção.

A intervenção realizada teve e tem uma grande repercussão para a comunidade porque a mesma ficou consciente da importância da identificação e controle destes usuários, já que conhecem a grande quantidade de usuários com complicações, sobretudo Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC), muito frequentes na comunidade. Também a comunidade reconhece que ganhou um dia específico para o acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, estabelecido às quartas-feiras pela manhã, onde podem trocar receitas, tirar dúvidas etc. Não acredito que alguém fique com insatisfação por esta atividade.

Se a intervenção fosse iniciada agora, providenciaria um maior tempo para a intervenção. Acredito que o trabalho de implementação da intervenção tem que ser continuado para poder atingir a maior quantidade de usuários.

A incorporação das atividades da intervenção à rotina do serviço da unidade de saúde já é uma realidade. A equipe está capacitada e pronta para continuar com seu trabalho na comunidade, na busca de usuários adultos com características clínicas destas doenças que devem ser encaminhados às consultas quarta-feira pela manhã. O abastecimento de medicamentos hipotensores e hipoglicemiantes será conferido semanalmente, e o acolhimento adequado será permanente.

Pretendemos no futuro próximo, quando terminarmos de conferir a área de abrangência urbana próxima à unidade, levar este trabalho de intervenção a todas as comunidades ribeirinha do Rio Jarí, onde moram centenas de pessoas isoladas, assim melhoraremos a qualidade de saúde deles.

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

Prezados gestores,

Sou Antonio Abelis, médico da UBS Beira Rio deste município, e venho através deste relatar sobre o grande sucesso da intervenção em hipertensão arterial e diabetes mellitus na população da área de abrangência da UBS, realizada entre abril e julho de 2015, que elevou significativamente a qualidade da atenção em saúde à população desta localidade.

A população cadastrada na unidade de saúde é de 4.156 usuários, e, antes da intervenção, havíamos identificado no arquivo de Hipertensão somente 116 usuários com HAS (18,4%) e 23 usuários com DM (14,7%) em acompanhamento na UBS. Esta baixa cobertura do Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus motivou a realização da intervenção com o objetivo de aumentar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção a esses usuários. Depois de 12 semanas de implementação da intervenção, elevamos a cobertura para 280 hipertensos (44,3%) e 79 diabéticos (50,6%), e realizamos avaliação clínica, laboratorial, do risco cardiovascular e de saúde bucal em 100% dos usuários cadastrados no programa. Além disso, todos receberam orientações sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal.

Com estes níveis de cobertura deixamos a UBS mais próxima dos valores recomendados pelo Ministério da Saúde. Além disso, organizamos os registros desse grupo na Unidade de Saúde, preenchendo as fichas espelho e os prontuários dos usuários; organizamos a frequência de abastecimento de anti-hipertensivos e hipoglicemiantes na Farmácia Popular; estabelecemos a consulta de avaliação de a esse grupo às quartas-feiras pela manhã, atividade que vai continuar na rotina da UBS; realizamos capacitação da equipe em diversos temas relacionados à atenção



aos hipertensos e diabéticos; e realizamos atividades educativas em saúde aos usuários da unidade, tanto na sala de espera como na própria comunidade.

Portanto, a intervenção fez uma grande contribuição ao trabalho na UBS, e está em conformidade com os propósitos da Secretaria Municipal de Saúde, de comprometimento com a saúde e qualidade de vida da população. Também acredito que é de muito interesse para os gestores de saúde do município a qualificação dos integrantes da equipe em saúde sobre diferentes temas, como a aferição criteriosa da pressão arterial e a correta realização de hemoglicoteste capilar.

Queremos parabenizar a Secretaria Municipal de Saúde, e em especial a excelentíssima Secretária Municipal e ao Prefeito do município, por todo o apoio dado para a realização com sucesso da atividade proposta. Como recomendações importantes aos gestores, ressaltamos a implementação da consulta odontológica de maneira permanente, para a avaliação e tratamento da saúde bucal dos usuários da Unidade de Saúde. Além disso, pedimos o comprometimento dos gestores para que possamos atuar em outras ações programáticas que necessitam de melhoras na Unidade de Saúde.

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

Prezados usuários,

Sou Antonio Abelis, médico da Unidade de Saúde desta comunidade, e venho através deste relatar sobre o grande sucesso da intervenção em hipertensão arterial e diabetes mellitus realizada nessa área, que melhorou bastante a qualidade da atenção em saúde à população desta localidade.

Entre os meses de abril e julho de 2015, a equipe de saúde fez um trabalho muito importante para a comunidade, sobretudo para os usuários hipertensos e diabéticos que ainda não sabiam que tinham estas doenças. Acontece que, de acordo com o número da população correspondente à área de abrangência da Unidade de Saúde, a quantidade de hipertensos e diabéticos cadastrados não concordava com a quantidade real que tinha que ter, por isso a comunidade tem muitos usuários com Acidente Vascular Cerebral (AVC) por complicações da hipertensão arterial sem tratamento adequado e outros em cadeiras de rodas com pernas amputadas também por diabetes descompensadas.

Então a equipe de saúde, em acordo com a gerência da Unidade de Saúde e os gestores do município, preparou uma intervenção que tinha como objetivo principal melhorar a cobertura e a qualidade da atenção à saúde de hipertensos e diabéticos, através da identificação, cadastramento e acompanhamento da maior quantidade possível de usuários portadores destas duas doenças, para assim prevenir suas complicações.

Para realizar com sucesso este trabalho de intervenção organizamos um cronograma de atividades envolvendo a equipe, gestores em saúde e comunidade em geral.

Iniciamos com a capacitação da equipe, mediante reuniões mensais, sobre temas relacionados à atenção a esses usuários, como acolhimento, atendimento, cadastramento, busca ativa, realização de teste de glicemia capilar e aferição

críteriosa da pressão arterial, e os temas para atividades educativas em sala de espera.

Falamos com os gestores de saúde para garantir o abastecimento de medicamentos na Farmácia Popular da comunidade, e de materiais. Realizamos acolhimento e consultas de avaliação aos hipertensos e diabéticos, com preenchimento da ficha de acompanhamento de cada usuário. Realizamos também atividades educativas na sala de espera da Unidade de Saúde todas as quartas-feiras pela manhã, antes de começar as consultas de avaliação. As visitas domiciliares eram feitas pela equipe toda quinta-feira, de forma satisfatória, sempre cumprindo o objetivo. Participamos na Rádio Comunitária semanalmente, para divulgar o projeto para a comunidade, e realizamos três atividades do grupo de hipertensos e diabéticos, com grande participação da população, que expressou sua aprovação pela qualidade e importância da atividade. Falamos da importância da alimentação saudável, da realização de exercícios físicos regular, realizamos exame bucal dos participantes com suas recomendações de tratamento odontológico, assim como a avaliação cardiovascular para evitar as complicações futuras.

Conseguimos incluir no programa nesses três meses, 280 hipertensos e 79 diabéticos, praticamente metade da população hipertensa e diabética da área. Todos receberam avaliação clínica, laboratorial, do risco cardiovascular e de saúde bucal, e receberam orientações sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal.

A participação popular foi muito importante, pelo entusiasmo demonstrado na realização das atividades. Em várias ocasiões manifestaram critérios positivos, falaram que nunca haviam acontecido ações dessa natureza. Agora se sentiram lembrados e atendidos. Vale lembrar que a participação da comunidade é muito importante para que se atinja os 100% dos usuários.

Um ponto fundamental é que as atividades desenvolvidas na intervenção ficaram na rotina da Unidade de Saúde, principalmente o turno específico para agendamento/atendimento prioritário de hipertensos e diabéticos, as atividades educativas de saúde e o trabalho na comunidade.

Pretendemos no futuro próximo, quando terminarmos de conferir a área de abrangência urbana próxima à Unidade, levar este trabalho de intervenção a todas as comunidades ribeirinha do Rio Jarí, onde moram centenas de pessoas isoladas. Assim melhoraremos a qualidade de saúde deles.

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

Este curso tem um grande significado para meu processo de formação pessoal e de aprendizagem. A princípio eu não pensei que pudesse fazer o trabalho, comecei sem acreditar muito nele. Na realidade minhas expectativas em relação ao curso não eram grandes, primeiro porque já tenho uma Especialização em Medicina Familiar, e segundo porque este curso não significaria nada útil para meu currículo quando terminar meu contrato no Brasil. Pensei até em me desligar do curso. Fazia as tarefas sem muito interesse, não prestava muita atenção às indicações, os trabalhos de revisão bibliográfica eram tormentos, tive que refazer muitas tarefas, pois copiava e colava da internet.

Posteriormente, devagar, com muita paciência, profissionalismo e respeito, a orientadora foi mudando minha forma de pensar e minha percepção do curso. Acredito que sua principal arma foi seu comprometimento com a qualidade da atividade, e sua exigência pelas coisas muito bem feitas. E então começou um comprometimento pessoal, uma relação interpessoal acadêmica, já fazia as tarefas por vergonha, por que ela sempre me motivava a continuar adiante. Acreditei nela e estou finalizando. Para ela, Ana Carine Ferreira, minhas felicitações e todo meu reconhecimento por seu profissionalismo, dedicação ao trabalho e qualidade humana.

Também me influenciou a magnífica concepção metodológica do curso, os magníficos programas informáticos etc. Agora que o curso está finalizando, estou motivado, trabalho todos os dias para aprimorar os trabalhos, posso ver o resultado ao unir todos os elementos feitos por mais de um ano, interagindo diariamente com minha professora orientadora. Em conversas com outros médicos cubanos, concordamos que o mais valioso foram os Casos Clínicos propostos, porque nos

aproximaram dos protocolos de trabalho do Brasil. Além disso, também tenho que agradecer ao curso a melhora no idioma português.

Quero parabenizar ao Departamento de Medicina Familiar da Faculdade de Medicina da Universidade de Pelotas por este magnífico curso a distancia. Tem todo meu respeito e consideração. Parabéns!

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_36.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_37.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 52 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. [Internet]. Disponível em <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas\\_pdf/total\\_populacao\\_amapa.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_amapa.pdf)>.

SGARBI, J.A; VILLAR, H.C.C. **Diabetes Mellitus: Tratamento Medicamentoso**. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. Projeto Diretrizes Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Elaboração Final: 7 de novembro de 2004.

## **Anexos**

## Anexo A - Documento do comitê de ética



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

---

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

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





