

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



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica  
e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Dr. Marcelo  
Cândia, Macapá/AP**

**Dania Cisnero Marrero**

**Pelotas, 2015**

**DANIA CISNERO MARRERO**

**Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica  
e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Dr. Marcelo  
Cândia, Macapá/AP**

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

Orientadora: Daniela Patrícia Evangelista dos Santos

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

M358m Marrero, Dania Cisnero

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Dr. Marcelo Cândia, Macapá/AP / Dania Cisnero Marrero; Daniela Patrícia Evangelista Dos Santos, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

90 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Santos, Daniela Patrícia Evangelista Dos, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A meu filho Rubén Edell, pois é ele a minha maior razão para viver e lutar, a força que impulsiona me para alcançar meus objetivos. A minha família que eu amo e sempre está me apoiando na conquista de todos os meus sonhos, e muito especialmente à memória de minha mãe, cujo exemplo de amor e dedicação sempre me incentivar para alcançar meus melhores sonhos e objetivos maiores.

## **Agradecimentos**

- ✓ Agradeço ao Ministério de Saúde e a Universidade Federal de Pelotas pela possibilidade de participar nesta investigação.
- ✓ A minha orientadora Daniela Patrícia Evangelista dos Santos, pela ajuda brindada no transcurso da investigação, pela sua paciência e compreensão, pois sem o seu apoio não tinha sido possível a culminação do trabalho.
- ✓ Aos meus colegas de trabalho pela ajuda incondicional, os profissionais da equipe que ficaram sempre comprometidos com a intervenção.

## Resumo

MARRERO, Dania Cisnero. **Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Dr. Marcelo Cândia, Macapá/Amapá.** 2015. 88f. 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.

Considerando a elevada morbimortalidade por Diabete Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) presente na área de abrangência da unidade, a prevenção destas doenças e das suas complicações, foi o tema selecionado para realizar a intervenção com o objetivo de melhorar atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos e contribuir para melhorar sua qualidade de vida, promovendo o cadastramento dos usuários na população adstrita, mediante ações de assistência, promoção e prevenção. Este trabalho foi feito na Unidade Básica de Saúde Dr "Marcelo Cândia" do Município de Macapá, Estado Amapá, no período compreendido de 12 de março até 28 de maio de 2015. O levantamento dos dados foi possível pelo monitoramento constante dos dados dos usuários, com o rigoroso preenchimento das fichas espelhos, prontuários e planilha de coleta de dados. No transcurso da intervenção foi possível cadastrar 332 usuários hipertensos e 98 diabéticos, para um total de 34,7 % e 35,5% de cobertura respectivamente. O exame clínico apropriado foi realizado em 96,4% dos hipertensos e em 98,0% dos diabéticos, os exames complementares foram realizados em 94,9% e 98% de hipertensos e diabéticos respectivamente, a prescrição de medicamentos da farmácia popular teve uma proporção de 94% nos hipertensos e 93,8% dos diabéticos. A avaliação de necessidade de atendimento odontológico foi realizada em 84,3% dos hipertensos e em 93,9% dos diabéticos, só três hipertensos não tiveram estratificação do risco cardiovascular, enquanto que 100% dos diabéticos foram avaliados e também 100% dos usuários participantes da intervenção receberam ações de promoção em saúde com orientações sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular, riscos do tabagismo e importância da higiene bucal. Foram muito significativos os resultados alcançados na organização da equipe, que pela primeira vez, faz um trabalho adequado na comunidade para melhorar os atendimentos destes usuários com doenças crônicas não transmissíveis. Conclui-se que o trabalho feito já foi incorporado à rotina do serviço, com a certeza de que tem se melhorado o estado de saúde dos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência e daqui para frente vai ser estendida às demais ações programáticas segundo os protocolos estabelecidos pelo Ministério de Saúde.

**Palavras-chave:** Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

## Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção à saúde dos usuários hipertensos na equipe 042 da UBS Dr. “Marcelo Cândia”, Macapá/AP, 2015. Macapá/AP, 2015.	61
Figura 2	Cobertura do programa de atenção à saúde dos usuários diabéticos na equipe 042 da UBS Dr. “Marcelo Cândia” Macapá/AP, 2015.	62
Figura 3	Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na equipe 042 da UBS Dr. “Marcelo Cândia”, Macapá/AP, 2015.	63
Figura 4	Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na equipe 042 da UBS Dr.“Marcelo Cândia”, Macapá/AP, 201	64
Figura 5	Proporção dos hipertensos com solicitação de exames complementares em dia de acordo com o protocolo na equipe 042 da UBS Dr.“Marcelo Cândia”, Macapá/AP, 2015.	65
Figura 6	Proporção dos diabéticos com solicitação de exames complementares em dia de acordo com o protocolo na equipe 042 da UBS Dr.“Marcelo Cândia”, Macapá/AP, 2015	66
Figura 7	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada na equipe 042 da UBS Dr.“Marcelo Cândia”, Macapá/AP, 2015	67
Figura 8	Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA na UBS “Dr. Marcelo Cândia”,	68

Macapá/AP, 2015.

Figura 9      Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS “Dr. Marcelo Cândia”, Macapá/AP, 2015.      69

Figura 10      Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS “Dr. Marcelo Cândia”, Macapá/AP, 2015.      70

Figura 11      Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS “Dr. Marcelo Cândia”, Macapá/AP, 2015.      72



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

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PA	Pronto Atendimento
PCCU	Preventivo de Câncer de Colo do Útero
PMM	Programa Mais Médicos
PROVAB	Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica
PSE	Programa de Saúde da Escola
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas

## Sumário

Apresentação .....	9
1 Análise Situacional .....	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	10
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	19
2 Análise Estratégica .....	20
2.1 Justificativa .....	20
2.2 Objetivos e metas .....	22
2.2.1 Objetivo geral .....	22
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	22
2.3 Metodologia .....	24
2.3.1 Detalhamento das ações .....	24
2.3.2 Indicadores .....	40
2.3.3 Logística .....	45
2.3.4 Cronograma.....	48
3 Relatório da Intervenção.....	51
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	51
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	55
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	56
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	56
4 Avaliação da intervenção.....	57
4.1 Resultados.....	57
4.2 Discussão .....	72
5 Relatório da intervenção para gestores .....	76
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	79
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	82
Referências .....	84
Anexos 85	

## **Apresentação**

O presente trabalho teve como objetivo geral melhorar a atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos na Unidade Dr Marcelo Cândia, no Bairro Norte, no município de Macapá – estado AP.

Na primeira seção, será descrita a análise situacional, apresentando o município ao qual pertence à unidade em questão, a descrição da unidade e uma análise do processo de atenção à saúde realizado na mesma.

Na segunda seção, será descrita a análise estratégica, apresentando os objetivos, as metas, a metodologia, as ações propostas para a intervenção, os indicadores, a logística e o cronograma.

O relatório de intervenção, que será apresentado na terceira seção, demonstra as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas e as que não foram, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados e, por fim, uma análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.

A quarta seção apresentará uma avaliação da intervenção com análise e discussão de seus resultados.

Nas seções cinco e seis serão apresentados relatórios da intervenção para gestores e comunidades.

Na seção sete será apresentada uma reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem.

Por fim, serão apresentadas bibliografias referenciadas utilizadas neste trabalho e, ao final, os anexos que serviram como orientação para o desenvolvimento da intervenção.

## **1 Análise Situacional**

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

A situação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na unidade Marcelo Cândia, que fica na região norte da cidade de Macapá, tem uma estrutura quase completa para desenvolver o trabalho, mas falta um Agente Comunitário de Saúde (ACS). Também é necessário remapear a área de abrangência para garantir maior cobertura e qualidade de cuidados à população. Mesmo com dificuldade, o trabalho da equipe é bom, pois conseguimos ofertar atendimento a um número cada vez maior de pessoas com patologias crônicas.

Nossa equipe conta com uma médica, uma enfermeira, uma odontóloga, uma auxiliar de dentista, três técnicos de enfermagem e seis ACS e dá cobertura a 907 famílias atingindo uma população estimada de 3.827 usuários, porém os dados demográficos e de mobilidade não tem sido verificados. Em nossa Unidade Básica de Saúde (UBS) temos 44 menores de um ano, 32 gestantes, 38 diabéticos, 125 hipertensos, 227 adolescentes e 148 idosos. É muito importante trabalhar com o controle da mulher na idade reprodutiva (10 – 49 anos), tendo em conta a incidência de gravidez na adolescência. Não temos grande incidência de doenças transmissíveis, mas temos um caso de tuberculose pulmonar.

O cronograma das atividades na UBS é: visita domiciliar pela manhã e consulta à tarde, de segunda até quinta-feira, pois contamos com um número limitado de salas. Todas as quintas-feiras realizamos uma atividade coletiva, onde participam todos ou quase todos os integrantes da equipe. Essa atividade inclui palestra sobre o tema selecionado, atendimento e orientações médicas e atividade física que estiveram limitadas pela chuva, mas agora vamos recomeçar. Devo dizer que já percebemos a grande satisfação da população pela fácil acessibilidade ao serviço, pois eles falam que antes tinham que acordar muito cedo para pegar

marcação e no caso de Preventivo de Câncer de Colo do Útero (PCCU) atualmente há um aumento na quantidade de mulheres que procuram, relatam que antes não tinham o resultado. São esses alguns exemplos dos objetivos que podem ser atingidos com nosso trabalho e temos certeza que juntos vamos conseguir a mudança do quadro de saúde de nossa população. Vale referir como positivo as relações de trabalho de nossa equipe, que juntos a aceitação da população serve para nos motivar e fazer um trabalho melhor, conseguindo os resultados que a população espera da equipe.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

Macapá é um município brasileiro, capital e maior cidade do estado do Amapá. Situa-se no sudeste do estado e é a única capital brasileira que não possui interligação por rodovia a outras capitais. As estimativas de 2014 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revelam que a população da cidade é de 446.757 habitantes. O município conta com 23 UBS, sendo 20 na zona urbana e três na zona rural e cinco Módulos de Saúde da Família (USF), localizados no bairro Araxá, Brasil novo, Infraero I, Santa Rita e Curiaú. Em relação à Saúde Bucal, o município conta com 44 equipes, mas não existe Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). A estratégia conta ainda com o Núcleo de Apoio a Saúde da família (NASF), com um quantitativo de oito equipes e o SAD (Serviço de Atenção Domiciliar) com quatro equipes.

Trabalho em uma UBS urbana na região norte da cidade do Macapá que se chama Dr. Marcelo Cândia. É vinculada ao SUS e a instituições de ensino e o modelo de atenção é a ESF. A unidade dá cobertura a aproximadamente 3.628 famílias atingindo uma população adstrita estimada em 11.700 habitantes. A UBS tem três ESF, sendo duas do Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB) e uma do Programa Mais Médicos (PMM). Nossa equipe é composta um médico, uma enfermeira, um odontólogo, um auxiliar de dentista, três técnicos de enfermagem e seis ACS. A unidade também conta com um serviço de Emergência 24 horas. Além disso, conta com dois especialistas em pediatria e um em ginecologia e o apoio do NASF, cuja equipe é composta por fonoaudiólogo, fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista e educador físico.

A UBS funciona em um local adaptado, o que gera algumas limitações para o desenvolvimento das atividades. No primeiro trimestre deste ano ela passou por

uma reforma que contemplou os consultórios médico e odontológico, a sala de espera e recepção, a sala de curativo e injeções e a farmácia. Atualmente, está se iniciando a segunda etapa da reforma em que serão contemplados os consultórios de PSF, as salas de vacinação e esterilização e o laboratório. Devo salientar que temos outros locais necessários e estabelecidos no manual da estrutura das UBS como cozinha e sala de gerência.

Quanto à estrutura, os consultórios da ESF são bastante espaçosos, mas faltam itens essenciais como pias e lavatórios para higienização das mãos e sanitários privativos, especialmente nos consultórios ginecológicos. As paredes divisórias são baixas, o que atrapalha a entrevista médica e a privacidade do paciente, uma vez que várias atividades ocorrem simultaneamente nas diferentes salas. Temos barreiras arquitetônicas que dificulta o acesso de usuários com limitações físico-motoras, como a ausência de rampas alternativas, de piso antiderrapante, balcão e bebedouros mais baixos para cadeirantes ou pessoas com baixa estatura, corrimão e banheiros com portas adaptadas. Também não temos sala de nebulização e existe apenas um banheiro para os usuários e funcionários que fica longe dos consultórios.

Outra dificuldade é a falta de iluminação natural e circulação de ar nos ambientes da UBS. Não existe nenhuma cobertura de proteção abaixo das telhas, as portas não são revestidas de material lavável, as prateleiras não são adequadas para garantir sua fácil limpeza e desinfecção e os armários também não são de acabamentos arredondados para facilitar a limpeza e evitar ferimentos nos trabalhadores e usuários. Tal como esperado de um local adaptado, não existe sinalização nos ambientes que permita a comunicação através de recursos auditivos, visuais, nem em Braille.

A unidade não possui depósito fechado para lixo não contaminado, com ventilação e proteção contra roedores, nem expurgo para o acondicionamento de lixo hospitalar. Seu recolhimento é feito por empresa privada, de forma separada, uma vez por semana. Essas são as maiores dificuldades estruturais da nossa unidade e espero que, através destas reformas, os gestores de saúde em conjunto com o governo municipal possa adequá-la as normas estabelecidas no manual da estrutura das UBS, tendo em conta todos os ambientes necessários para o desenvolvimento das atividades executadas na unidade.

Acredito que o desempenho das atribuições dos profissionais da minha equipe possa ser avaliado como bom, pois além do trabalho realizado na unidade, desenvolvemos um conjunto de atividades e procedimentos realizados em domicílio para os usuários com dificuldades de se deslocar até a UBS. Entre essas atividades estão: curativos, verificação de glicemia, medição de pressão, consultas médica, de enfermagem, odontológica ou de outro profissional (do NASF), entrega de medicamentos, aplicação de medicação injetável, vacinação e revisão puerperal. Os nossos profissionais da equipe realizam atividades de grupo na comunidade, principalmente relacionados ao acompanhamento e controle das doenças crônicas e seus fatores de risco, saúde bucal e os cuidados para a saúde materna e infantil, tais como planejamento familiar e atenção pré-natal, mesmo considerada insuficiente abordando o alto índice de gravidez na adolescência que temos na área de abrangência. É muito bom notar que todos os profissionais da equipe são envolvidos nessas atividades promovendo a participação da comunidade no controle social. Destaco também o desempenho de reuniões de equipe, que são realizadas numa frequência mensal, nelas fazemos discussões de casos, planejamento de ações, organização do processo de trabalho e construção da agenda mensal, são desenvolvidas com todos os profissionais da equipe, mas não é feito o monitoramento e análise de indicadores, que é considerado muito importante para o projeto de trabalho futuro.

A unidade abrange os bairros Jardim Felicidade I e uma parte de Jardim Felicidade II, ainda que nesta população tenha áreas descobertas, seja por falta de ACS ou por dificuldades no mapeamento e territorialização da zona devido à grande extensão geográfica da área. Ainda assim, faz cobertura aproximadamente a umas 3628 famílias atingindo uma população adstrita estimada de 11700 habitantes, distribuídos em 51,17% do sexo feminino e 48,82% no masculino, 66,85% é adulta.

Na prestação dos serviços na Atenção Básica é muito importante consolidar a atenção à Demanda Espontânea para que todo usuário se sinta cuidado diante das suas demandas e necessidades de saúde. Neste sentido, a população adstrita à minha UBS tem uma situação favorável já que a unidade conta com um serviço de Pronto Atendimento que garante o atendimento de emergência 24 horas e de urgência odontológica durante o dia, além das demandas acolhidas diariamente nas consultas do PSF. Entretanto, acho importante ressaltar algumas dificuldades encontradas, uma vez que a equipe não trabalha com avaliação e classificação de

risco para determinar seu posterior encaminhamento, caso a demanda não possa ser resolvida na unidade. Isto evidencia a necessidade de capacitação permanente da equipe.

No tópico de Saúde da Criança podemos dizer que nossa UBS realiza atendimento de puericultura em crianças desde o nascimento até os 72 meses, em todos os turnos de trabalho e todos os dias da semana, além de acolher à demanda espontânea seja da área adstrita ou não. Apresentamos uma cobertura de 145 (59%) segundo dados do Caderno de Ação Programática. No caso da população cadastrada, a criança sai da unidade com sua próxima consulta programada segundo a faixa etária como estabelece o Ministério de Saúde. Na unidade não existe protocolo de atendimento de puericultura e as consultas são registradas no prontuário clínico. Também não é utilizada nenhuma classificação para identificar crianças de alto risco, nem existem protocolos para regular o acesso das crianças a outros níveis do sistema de saúde. Outra dificuldade é a falta de realização do teste do pezinho e a ausência de atividades com grupos de mães das crianças da puericultura. Acredito que se essas atividades fossem realizadas teriam um grande impacto na redução da morbimortalidade infantil. Acredito que isto ocorre porque não existe um responsável para o planejamento, gestão e avaliação do Programa de Puericultura.

Apesar das dificuldades comentadas acima, quero salientar que na UBS são desenvolvidas várias ações relacionadas à saúde da criança, tais como: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental, imunizações, prevenção de anemia e violência. Também se realizam ações para a promoção de hábitos alimentares saudáveis, em de saúde bucal e aleitamento materno. Durante os atendimentos, os profissionais trabalham com a caderneta da criança e, tendo em conta a importância da promoção da saúde, orientam os pais ou responsáveis como reconhecer sinais de risco na curva de crescimento e o significado do posicionamento da criança em cada nível, além de informar sobre as vacinas e agendar a data da próxima consulta. Na UBS existem programas do Ministério da Saúde como BOLSA FAMÍLIA, o SISVAN Criança e Saúde de Ferro, sendo o nutricionista da unidade é o responsável pelo cadastramento e envio destes dados à Secretaria Municipal de Saúde.



A atenção pré-natal é uma das ações mais importante desenvolvidas na Atenção Básica e o seu acompanhamento uma prioridade do SUS. Em minha UBS se realiza atenção pré-natal em todos os turnos de trabalho do PSF, tanto pela equipe do mais médico, como do PROVAB. A consulta pré-natal é feita de modo alternado entre o médico e a enfermeira, mas em alguns casos, é necessária uma avaliação conjunta pelos dois profissionais. Também participam da atenção a gestante o odontólogo com seu técnico/auxiliar, o técnico/auxiliar de enfermagem e o ACS. A gestante sai da consulta pré-natal com seu retorno agendado. Uma das dificuldades encontradas diz respeito à população não cadastrada, que é atendida por uma equipe ligada a prefeitura e não participa do programa ESF.

A UBS não tem protocolo de atendimento pré-natal, mas os profissionais utilizam a classificação do risco gestacional e baseiam-se nos protocolos para regular o acesso das gestantes a outros níveis do sistema de saúde, tais como: encaminhamento para atendimento nas especialidades, para internação hospitalar e para serviços de pronto-atendimento. Os atendimentos às gestantes são registrados somente nos prontuários clínicos e formulário especial pré-natal, existindo um arquivo específico para os registros destes atendimentos, que costuma se revisar com uma frequência mensal com a finalidade de verificar gestantes faltosas, verificar completude de registros, identificar gestantes em data provável de parto, identificar gestantes com pré-natal de risco e avaliar a qualidade do programa. Essas revisões são feitas pelo Enfermeiro, Médico clínico geral ou de família e técnico / auxiliar. Temos 96 (55%) de gestantes da área de abrangência e atendidos na UBS segundo o CAP, dessas 89 (93%) tem consulta realizada no 1º trimestre, 100% com solicitação de exames laboratoriais preconizados, vacina antitetânica conforme protocolo, vacina contra hepatite B conforme protocolo, prescrição de suplemento de sulfato ferroso conforme protocolo.

Durante os atendimentos os profissionais conversam com a gestante sobre as práticas de promoção de aleitamento materno, os cuidados que se deve ter com o recém-nascido, a anticoncepção no pós-parto, as dicas de alimentação saudável, os riscos do tabagismo, do álcool e das drogas na gravidez. Também recomendam à avaliação de saúde bucal e a importância da realização da revisão puerperal até os sete dias e entre 30 e 42 dias de pós-parto. Penso que é importante incluir nessas orientações a importância da prática de atividade física pela gestante, bem como o

significado do posicionamento do peso na curva de ganho de peso do cartão de pré-natal.

A enfermeira é a responsável pelo cadastro da gestante no programa SISPRENATAL do Ministério da Saúde e também pelo envio dos cadastros à Secretaria Municipal de saúde. Na comunidade realizam-se atividades com grupos de gestantes na associação de bairro. Nessas atividades participam o enfermeiro, o médico de família, os técnicos de enfermagem, os ACS das equipes, a nutricionista do NASF. Caso seja necessário, pode se solicitar a participação de outro profissional. O planejamento, gestão e coordenação do programa de pré-natal, assim como à avaliação e monitoramento são feitos pelo médico, enfermeiro e o técnico / auxiliar de enfermagem, mas eles não fazem relatórios com os resultados para apresentar a coordenação.

O câncer de mama é o tipo de câncer que mais acomete as mulheres em todo o mundo. Em relação a esta doença posso dizer que na minha UBS se realizam ações com mulheres em idade de risco ou que possuam outros fatores de vulnerabilidade. Também desenvolvemos ações de prevenção como incentivo ao controle do peso corporal, estímulo a prática regular da atividade física e orientação sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool. Também desenvolvemos ações de educação para que as mulheres possam reconhecer os sinais e sintomas do câncer de mama, assim como rastreamento mediante o exame clínico, pois não temos ficha específica para solicitação de mamografia. Este rastreamento pelo exame clínico é feito em cada consulta na Unidade tanto pelo médico como pela enfermeira e em caso de necessidade, as usuárias são referenciadas para unidades especializadas.

Em relação ao Programa de Prevenção de Câncer de Colo de Útero, o processo é bem parecido com o Programa de Controle do Câncer de Mama, ou seja, também não existe protocolo de atendimento e não há registros específicos o que limita a avaliação dos indicadores de cobertura e qualidade em relação aos programas. Os resultados dos exames citopatológicos são registrados em prontuários clínicos e são desenvolvidas ações educativas para o uso de preservativo em todas as relações sexuais e sua importância na prevenção das DST e outras doenças relacionadas. Também são ofertadas orientações sobre os malefícios do tabagismo. Todas as mulheres atendidas são incentivadas para a

realização periódica do exame preventivo do câncer de colo uterino. Esta coleta é feita pela enfermeira três dias por semana, nos turnos de funcionamento da UBS.

Refletindo sobre a forma como são desenvolvidas as ações relativas a estes temas na minha UBS, penso que temos que empreender muitas ações direcionadas à pesquisa ativa focando nos fatores de risco, de forma estratificada em cada área de cobertura, especialmente com relação ao câncer de mama. Para o controle do câncer de colo uterino a situação já é um pouco melhor em relação à oferta de exames citopatológicos e o menor tempo de espera pelo resultado. Atribuo as dificuldades encontradas ao fato de não existir um profissional responsável para se dedicar ao planejamento, gestão, avaliação e monitoramento do programa.

No Brasil o DM e a HAS constituem a primeira causa de hospitalizações no sistema público de saúde. No mundo inteiro a hipertensão é hoje o primeiro fator de risco de mortalidade, antes do tabagismo e das dislipidemias. Ambos são indicadores de Pacto Pela Vida. (BRASIL, 2013)

Na nossa UBS os atendimentos aos hipertensos e diabéticos são realizados em todos os turnos de trabalho da Unidade e todos os dias da semana. Participam destes atendimentos todos os profissionais da equipe, ou seja, o médico, a enfermeira, o odontólogo assim como os técnicos / auxiliares de enfermagem e de consultório dentário, sem esquecer o trabalho dos ACS que é muito importante. Além desse acompanhamento, caso seja necessário, os usuários recebem os serviços de alguns profissionais do NASF a partir do prévio encaminhamento feito pelo médico.

Na unidade não existe programa de HIPERDIA do Ministério de Saúde, bem como não existe protocolo de atendimento, nem arquivo específico para os registros dos atendimentos para os usuários portadores de HAS e DM. Os profissionais não utilizam nenhuma classificação para estratificar o risco cardiovascular dos usuários, nem para regular o seu acesso a outros níveis do sistema de saúde. Atribuo esta dificuldade ao fato de não existir um responsável pelo planejamento, gestão, avaliação e monitoramento deste programa. Durante as consultas, os registros são feitos no prontuário clínico e o usuário é orientado como reconhecer os sinais de complicações da doença e como evitá-las, além de sair da unidade com sua próxima consulta agendada e a visita domiciliar programada segundo o estabelecido pelo Ministério da Saúde. Durante as consultas, também são observados o diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, problemas de saúde bucal e mental,

diagnóstico e tratamento da obesidade, do alcoolismo, do sedentarismo e do tabagismo. Também realizamos atividades com os grupos de hipertensos e diabéticos no âmbito da UBS, na associação de bairro e em igrejas aproveitando todos os cenários para desenvolver um conjunto de ações de promoção e prevenção, tais como: orientação de hábitos alimentares saudáveis e de controle do peso corporal, estímulo da prática regular da atividade física, orientações sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e do tabagismo, entre outras.

A política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, busca garantir atenção adequada e digna para a população idosa brasileira, a nossa UBS em consonância com os princípios e diretrizes do SUS direciona medidas individuais e coletivas em todos os níveis de atenção à saúde. Na unidade é disponibilizado atendimento para a pessoa idosa todos os dias da semana. Estes atendimentos são feitos por todos os profissionais da equipe: médico, enfermeiro, dentista e técnicos /auxiliares de enfermagem, além dos ACS que são o principal elo entre a comunidade e a UBS. Também dispomos dos serviços de profissionais do NASF, principalmente o nutricionista, o psicólogo e o fisioterapeuta, considerando sempre que nesta faixa etária há uma comorbidade significativa.

Como acontece em muitos dos programas e estratégias preconizados pelo Ministério de Saúde, na unidade não existe protocolo de atendimento para idosos, nem um profissional responsável pelo planejamento, gestão e coordenação das atividades dispensadas para estes usuários. Deste modo, não há nenhuma avaliação ou monitoramento do programa, nem se regula o acesso dos idosos a outros níveis do sistema de saúde, como também não há nenhum arquivo de registro específico para esses atendimentos, o que não permite fazer uma avaliação precisa deste programa. Apesar destas dificuldades, os idosos são atendidos de forma prioritária na unidade, seja nas consultas agendadas ou demanda espontânea por problemas agudos, sendo ou não da área de cobertura. Todos os idosos saem da UBS com sua próxima consulta e visita domiciliar agendadas. Mesmo que o programa não esteja bem implementado, as equipes desenvolvem algumas ações de saúde como: vacinação, promoção da atividade física, de hábitos alimentares saudáveis, promoção da saúde bucal e mental, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral e problemas de saúde bucal e mental. Ainda assim, torna-se evidente a necessidade recadastrar a população adstrita em cada micro

área para ter uma ideia exata do quadro de saúde de cada comunidade e atuar segundo o planejado.

Finalizando o nosso relatório, temos que reconhecer que conseguimos um grande avanço, já que podemos contar com os recursos humanos necessários para desenvolver a estratégia de Saúde da Família, considerada a porta de entrada do SUS e eixo central da organização do sistema, e caracterizada pela continuidade e integralidade da atenção, coordenação da assistência, atenção centrada na orientação e participação comunitária. Esta estratégia engloba ações de promoção, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação; que vem demonstrando ser um modelo de atenção importante na resolução dos principais problemas de saúde da população. Acho que o maior desafio é conseguir que todos os profissionais se conscientizem da necessidade de cumprir com as suas funções, com sentimento de pertencimento, fazendo das necessidades de saúde da população, sua necessidade sentida. Somente desta forma vamos atingir o objetivo traçado.

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

Na verdade, no momento que foi feita a análise da situação da ESF/APS, não tínhamos muitos conhecimentos sobre o funcionamento da UBS, nem conhecíamos seu potencial em relação às condições de trabalho e pessoal qualificado para realizá-lo. Hoje, sinto-me em condições de fazer uma valoração mais ampla da situação, pois não existem todos os protocolos de trabalho, acho que a maior dificuldade está focada no registro e controle das atividades e dos seus resultados. A estratégia já está muito bem desenhada e os profissionais estão cientes, necessitamos apenas colocar em prática.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

O Brasil vive grandes mudanças nas formas de adoecimento e morte, com queda acentuada da mortalidade por doenças transmissíveis e aumento das doenças crônicas, como diabetes mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica e doenças cardiovasculares. (BRASIL, 2013). Numa análise de indicadores selecionados mostra aumento das taxas de internamento por Acidente Vascular Cerebral (AVC) e por Insuficiência cardíaca congestiva (ICC) em pessoas maiores de 40 anos e sabe-se que para estes dois agravos, tanto a hipertensão quanto o diabetes, constituem um importante fator de risco, além de serem doenças propriamente estabelecidas, diante disso e com a baixa prevalência destas doenças que apresenta o serviço foi que fiz a escolha em atenção a HAS e DM como foco de intervenção. Com o objetivo de melhorar os indicadores de cobertura e qualidade nesta ação, pois uma parcela importante da população adulta adoecida o desconhece, ou seja, não estão ciente de ter adoecido, do mesmo jeito que desconhecem quanto a HAS é comum nos diabéticos, representando um risco adicional para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Particularmente na UBS não está devidamente implementado o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HiperDia) concebido pelo Ministério de Saúde para o atendimento destas doenças e com este projeto de intervenção pode-se mudar o panorama atual.

A autora deste projeto trabalha na UBS: “Marcelo Cândia”, situada na região norte de Macapá, vinculada ao SUS, cujo modelo de atenção é a de ESF e tem serviço de emergência Pronto Atendimento 24 horas, não foi feita para estes fins, ou seja é um local adaptado que foi reparado parcialmente no início deste ano, ficando prontas a área de emergência, farmácia e consultório odontológico; no entanto atualmente, está se acontecendo a reforma do outro bloco da unidade. Tem três

equipes de saúde da família, duas com médico do PROVAB e uma com médica do Programa Mais Médicos (PMM), além disso, tem profissionais que trabalham com à agenda da população fora de área da UBS. Cada equipe conta com médico, enfermeira, odontólogo, auxiliar dentista, técnicos de enfermagem e ACS, (na equipe: 042, estes últimos são três e seis respectivamente) ainda conta com o serviço do NASF, além de ter dois pediatras e um ginecologista, sinalizando ainda que o total de odontólogos da UBS são cinco e no último mês começou a fazer ultrassom, porém não funciona o laboratório para exames complementares.

A unidade dá cobertura a aproximadamente 3628 famílias atingindo uma população adstrita estimada de 11700 habitantes, distribuídos em 51,17% do sexo feminino e 48,82% no masculino; desta população o 66,85% é adulta. É bem conhecido que nem todas as UBS têm sua ação em relação ao programa HiperDia do MS, pois particularmente a UBS em questão não tem esta população organizada como programa – seguindo um protocolo, com registro próprio e monitoramento regular; não existe protocolo de atendimento para pacientes portadores de hipertensão e diabetes. Os profissionais não utilizam nenhuma classificação para estratificar o risco cardiovascular deles, não existe arquivo específico para os registros dos atendimentos, os quais são feitos só no prontuário clínico, pelo que a autora baseia-se nestes elementos para sustentar a sua intervenção.

Já foi mencionada que a área de abrangência da UBS tem uma população adstrita “estimada” de 11700 habitantes cuja população aproximadamente 6542 tem 20 anos ou mais, por enquanto vai ser nessa faixa etária que vai se direcionar a busca, pois atualmente a prevalência estimada de HAS nessa área é só de 37% (769 hipertensos) e no caso do DM tem 176 casos que representam 30% de cobertura segundo dados do CAP, como pode se observar ambas taxas ficam muito baixas em relação as médias nacionais. É um fato que as baixas taxas de prevalência destas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) cuja incidência e prevalência têm crescido nos últimos tempos no Brasil e no mundo inteiro, são a consequência de uma grande morbidade oculta que com este trabalho pode-se diminuir, pois os usuários já cadastrados na UBS tem boa adesão ao seu acompanhamento. Embora tenha que garantir o treinamento de todos os ACS, em medição da pressão arterial para fazer a busca ativa dos casos, assim como garantir a qualidade da consulta incluindo o exame físico completo e a prioridade na realização de exames complementares. Ainda que existam dificuldades a solucionar

pode assinalar que no âmbito da promoção e prevenção de saúde já tem sido feito atividades que incluem: orientação de hábitos alimentares saudáveis e de controle do peso corporal, estímulo da prática regular de atividade física, orientações sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e do tabagismo, também tem existido o cuidado de explicar como reconhecer sinais de complicações da doença e como evitá-las e a importância da sua adesão ao tratamento.

Até aqui tem se caracterizado a situação real e objetiva dessa ação programática na UBS e por enquanto a importância de desenvolver esta intervenção que vai conseguir, ou pelo menos é o objetivo da autora; articular os profissionais da equipe no cumprimento dos protocolos estabelecidos pelo SUS para o controle destas DCNT que são umas das principais causas de mortalidade e elevados índices de AVC, insuficiência renal, amputação de membros entre outras muitas complicações. Acredita-se que as maiores dificuldades para atingir os objetivos da intervenção estarão em que das três equipes tem duas que estão fora da governabilidade da equipe e não pode-se garantir que seja desenvolvida a intervenção como tem sido desenhado, inclusive torna-se pior ainda naquela parcela da população adstrita à UBS que não é atendida por ESF, mas esta pode viabilizar conseguindo engajar a maior quantidade de profissionais e pessoal das diferentes equipes numa estratégia previamente desenhada e que bastaria só executar.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a Atenção dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Dr. Marcelo Cândia, Macapá/Amapá.

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

1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.
2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.
3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.
4. Melhorar o registro das informações.
5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.
6. Promover a saúde de hipertensos e 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

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 cadastrados.

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

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

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

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

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

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

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

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

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos

cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Dr Marcelo Cândia, no Município de Macapá, Amapá. Participarão da intervenção 956 hipertensos e 276 diabéticos com 20 anos ou mais. A intervenção estava inicialmente programada para ser desenvolvida em 16 semanas, porém teve que ser reduzida para 12 semanas, conforme orientação da coordenação do curso de especialização, devido às particularidades da turma do Programa Mais Médicos, que esteve de férias, sem acesso ao Ambiente Virtual de Aprendizagem/Moodle do curso.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

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

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

Serão recadastrados e avaliados, por todos da equipe, durante as consultas e visitas domiciliares, todos os hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS.

#### Organização e gestão do serviço

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

Durante as consultas a médica e enfermeira realizarão a atualização dos registros e dos prontuários de 100% dos hipertensos e diabéticos atendidos na unidade básica de saúde.

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

Todas as equipes junto com materiais específicos farão o agendamento e acolhimento dos usuários com Hipertensão e Diabetes e vamos estabelecer como prioridade os pacientes incluídos no programa de HiperDia, tendo em conta que a maioria deles são pessoas idosas.

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

Toda a equipe verificará periodicamente o bom funcionamento dos esfigmomanômetros e glicômetros para garantir que os valores sejam certos para fazer o diagnóstico e avaliação, bem como garantir a realização do hemoglicoteste na unidade de saúde sempre que o usuário comparecer a consulta e durante as visitas domiciliares.

#### Engajamento público

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

Toda a equipe juntamente com os ACS, através de sala de espera, palestras nas comunidades e visitas domiciliares, darão informações à comunidade sobre o programa de HiperDia.

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

Incrementaremos a educação em saúde sobre a importância do diagnóstico precoce de HAS na população maior de 18 anos, durante as consultas da médica e enfermeira e com toda a equipe nas salas de espera e visitas domiciliares. Aumentaremos também a busca ativa de hipertensos na população maior de 18 anos.

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

A equipe irá oferecer informação à comunidade da relação que existe entre a diabetes mellitus em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, durante as salas de espera, visitas domiciliares e atividades na comunidade, além da médica e enfermeira reforçar durante as consultas. Verificaremos as taxas de glicose em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

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

Aumentaremos as atividades de promoção de saúde (rodas de conversa, palestras, atividades comunitárias) para informar mais a população sobre os fatores de riscos para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. A equipe irá estimular a prática de exercícios físicos, alimentação saudável e outras medidas de prevenção de riscos–HIPERDIA, ofertando atendimento multiprofissional e envolvendo a comunidade na eliminação dos riscos.

Qualificação da prática clínica:

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

A médica e enfermeira farão cursos de capacitação para os ACS sobre o correto cadastramento das doenças crônicas (HIPERDIA). Discutiremos e avaliaremos de maneira permanente em todas as reuniões de equipe a qualidade do cadastramento das doenças crônicas. Vamos facilitar o acesso aos cursos de capacitação dos ACS.

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

Faremos um cronograma de capacitação, e a médica e enfermeira, nas reuniões de equipe ensinarão como medir corretamente a pressão arterial e realização do teste de glicose. Verificaremos nas visitas os conhecimentos dos membros da equipe, através de atividades práticas na comunidade na verificação da medida da pressão arterial.

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

Faremos um cronograma de capacitação, e a médica e enfermeira, nas reuniões de equipe ensinarão como medir corretamente a pressão arterial e realização do teste de glicose. Verificaremos nas visitas os conhecimentos dos membros da equipe, através de atividades práticas na comunidade na realização do teste de glicose.

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

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

#### Monitoramento e avaliação

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

A equipe verificará nos prontuários a qualidade do exame clínico dos pacientes com doenças crônicas (HPERDIA). A equipe durante as reuniões, supervisionarão e assegurarão que todos os pacientes tenham consulta em dia e com exame clínico adequado.

#### Organização e gestão do serviço

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

Nas reuniões de equipe a médica e enfermeira irão redefinir as atribuições dos profissionais de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e diabéticos, segundo sua qualificação e nível de preparação.

**Ação: Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pelo nosso posto de saúde.**

Durante as reuniões de equipe, toda a equipe irá estabelecer um cronograma de capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. Postaremos nas salas de atendimento o protocolo adotado pela unidade de saúde para adequado atendimento de hipertensos e diabéticos.

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

A médica e enfermeira farão as atualizações para a capacitação dos profissionais com uma frequência trimestral, podendo desenvolver atualizações sobre a doença, segundo necessidades e/ou possibilidades dos profissionais da UBS.

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

Nas reuniões de equipe, faremos comunicação com a direção da UBS para imprimir a versão atualizada do protocolo na UBS para que exista o melhor conhecimento de todos os profissionais, uma vez que os protocolos fiquem disponíveis para todos os profissionais.

Engajamento público

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

Durante as reuniões toda a equipe escolherá o tema e dará prioridade a educação em saúde (palestras, rodas de conversa, grupos de HIPERDIA) com o objetivo de orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares, neurológicas e renais em relação com a Hipertensão e Diabetes. A equipe formará grupos específicos de diabéticos e hipertensos para ensinar como prevenir as complicações de estas doenças.

Qualificação da prática clínica

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

Durante as reuniões de equipe e na prática do dia a dia, a médica e enfermeira, capacitarão os profissionais da equipe sobre a técnica correta da medição da Pressão Arterial, com uma frequência trimestral. Capacitaremos também sobre a estratificação do risco cardiovascular e os sinais de lesões em órgãos alvo.

Meta 2.2: Garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

### Monitoramento e avaliação

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

A equipe verificará nos prontuários a qualidade do exame clínico dos usuários com doenças crônicas (HPERDIA). Durante as consultas a médica e enfermeira supervisionarão e assegurarão que todos os pacientes tenham consulta em dia e com exame clínico adequado.

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

A médica e enfermeira verificarão em cada consulta se os hipertensos e diabéticos têm feitos os exames laboratoriais com a frequência e qualidade recomendada. Toda a equipe continuará acompanhando através da ficha espelho e nas visitas domiciliares.

### Organização e gestão de serviços

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

A médica solicitará os exames complementares estabelecidos no protocolo, em cada consulta de acompanhamento dos pacientes de HiperDia, seguindo a periodicidade estabelecida.

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

Vamos garantir que todos os profissionais que fazem atendimento dos hipertensos e diabéticos façam a solicitação dos exames complementares com a periodicidade estabelecida. E nas reuniões de equipe cobraremos do gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Vamos estabelecer parceria com outras instituições de saúde para realizar os exames laboratoriais.

**Ações: Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.**

Nas reuniões de equipe vamos garantir que todos os ACS tenham o controle, durante as visitas domiciliares, dos pacientes de HiperDia que não tenham feito os exames complementares preconizados, segundo o protocolo. A equipe controlará também através dos prontuários e ficha espelho.

### Engajamento público

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

Toda a equipe explicará, em cada consulta, nas visitas à comunidade e nas salas de espera sobre a importância da necessidade de realização de exames complementares.

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

Toda a equipe explicará, em cada consulta, nas visitas à comunidade e nas salas de espera sobre a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares, explicando qual é o objetivo que buscamos na detecção precoce das complicações nos órgãos vitais.

#### Qualificação da prática clínica

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

Durante as reuniões de equipe faremos um cronograma de capacitação sobre a realização de exame clínico apropriado e solicitação de exames complementares segundo protocolo adotado. A médica e enfermeira farão essa capacitação nas reuniões de equipe e na prática do dia dia na UBS.

Meta 2.3: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

#### Monitoramento e avaliação

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

A equipe fará o monitoramento durante a triagem sobre o cadastro dos pacientes de Hiperdia e a disponibilidade de medicamentos da farmácia popular e acessibilidade para os hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde. A médica e enfermeira darão seguimento ao monitoramento durante as consultas.

#### Organização e gestão de serviços

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

Toda a equipe realizará semanalmente uma quantificação dos medicamentos disponibilizados no estoque e revisará a data de validade destes medicamentos na farmácia, sendo monitorados pela enfermeira.



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

A equipe atualizará mensalmente o cadastro destes pacientes incluindo os diagnosticados recentemente durante a triagem e a médica e enfermeira durante as consultas.

#### Engajamento público

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

Durante as visitas domiciliares, salas de espera, palestras na comunidade e consultas, a médica e enfermeira, juntamente com a equipe, orientará e explicará aos pacientes que tem acessibilidade e disponibilidade na farmácia dos medicamentos necessários para o controle da sua doença.

#### Qualificação da prática clínica

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

Durante as reuniões de equipe vamos nos manter atualizados no tratamento da hipertensão e diabetes através de revisões bibliográficas, estudos de casos clínicos e participando nas atualizações feitas pelo Ministério de Saúde.

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

A médica e enfermeira capacitarão e atualizarão a todos os profissionais integrantes da equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia nas reuniões semanais.

Meta 2.4: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos.

#### Monitoramento e avaliação

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

Vamos garantir que em cada consulta, com a médica e enfermeira, seja pesquisada a necessidade de atendimento odontológico dos usuários de HiperDia, mesmo que os técnicos e ACS façam a busca ativa nas visitas domiciliares.

#### Organização e gestão de serviços

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

Toda a equipe fará as ações de saúde agendadas a cada semana, ainda desenvolvendo o projeto, para que aos usuários de HiperDia, vamos priorizar a avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Ação: Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização da consulta odontológica dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.**

O odontólogo de cada equipe fará a triagem dos atendimentos dos hipertensos e diabéticos com cada ACS, e fará encaminhamento para priorizar na agenda, os usuários provenientes da avaliação feita nas ações.

Engajamento público

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

Toda a equipe fará palestras nas ações de saúde de cada semana, mesmo que sejam feitas educação para saúde nas consultas, da médica e enfermeira, com os hipertensos e diabéticos, sobre a importância de se realizar avaliação da saúde bucal.

Qualificação da prática clínica

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

Na primeira semana, o odontólogo de cada equipe, durante as reuniões, fará uma capacitação para todos os ACS, técnicos de enfermagem e membros da equipe, sobre como avaliar a necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

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

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos e 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.**

Durante as reuniões trimestralmente, toda a equipe fará revisão dos prontuários para identificar os pacientes faltosos e garantir a assistência as consultas previstas no protocolo.

### Organização e gestão de serviços

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

Todos os ACS visitarão os faltosos da sua micro área e vai explicar a importância da consulta de acompanhamento e realizará o agendamento com uma prévia organização com a equipe.

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

A equipe disponibilizará diariamente espaço na agenda das consultas no posto e no domicílio, com um adequado acolhimento para os pacientes do programa de HiperDia identificados nas visitas domiciliares.

### Engajamento público

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

Faremos reuniões a cada dois meses, com a comunidade, salas de esperas e visitas domiciliares para informar a importância da realização das consultas.

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

Toda a equipe escutará à população nas reuniões das comunidades sobre estratégias para não ocorrer a evasão dos portadores de hipertensão e diabéticos.

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

A médica e enfermeira explicarão em cada consulta ao paciente e a equipe durante as salas de espera, visitas domiciliares e nas palestras da comunidade nos diferentes espaços comunitários explicará sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

### Qualificação da prática clínica

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

A médica e enfermeira treinarão cotidianamente os ACS durante as visitas para dar orientações aos pacientes sobre a importância das consultas com periodicidade adequada.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

#### Monitoramento e avaliação

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

A equipe supervisionará e avaliará a cada dois meses os registros dos hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde, durante as reuniões de equipe.

#### Organização e gestão do serviço.

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

A equipe ficará responsável em manter o sistema de informações do SIAB atualizadas, entregando ao setor responsável na Secretaria de Saúde no tempo requerido.

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

Implantaremos a ficha de acompanhamento, durante os atendimentos e acolhimentos dos hipertensos e diabéticos na UBS.

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

Faremos reuniões, com toda a equipe, semanalmente para reavaliar e pactuar os registros de informações.

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

Definiremos, na reunião de equipe, uma pessoa adequada para fazer um 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.**

Durante as reuniões de equipe faremos análises estatísticas, na unidade de saúde, para identificar as debilidades e corrigir os erros das informações.

#### Engajamento público

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

A médica e enfermeira orientará a cada pessoa nas consultas, e a equipe ficará responsável por orientar a comunidade através de palestras sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde se precisarem em alguma ocasião.

#### Qualificação da prática clínica

**Ação: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos.**

A médica e enfermeira, nas reuniões de equipe e durante o horário de trabalho, realizarão aulas para capacitar a equipe no correto preenchimento dos registros para acompanhamento destas doenças crônicas.

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

A médica e enfermeira, durante as reuniões de equipe farão treinamentos para todos os integrantes da equipe com relação ao registro adequado dos procedimentos clínicos nas consultas de acompanhamento.

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

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

#### Monitoramento e avaliação

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

Durante as reuniões de equipe a médica e enfermeira irá monitorar junto com a equipe a estratificação de risco dos pacientes hipertensos e diabéticos. Toda a equipe continuará a verificação durante as visitas domiciliares.

#### Organização e gestão do serviço

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

A equipe estabelecerá prioridade para fazer o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco, realizando consultas domiciliares aos pacientes faltosos as consultas.

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

Nas reuniões de equipe, sempre será reforçado a prioridade em organizar a agenda. A equipe deixará sempre vaga na agenda para atender essa demanda.

#### Engajamento público

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

A médica e enfermeira, nas visitas domiciliares e nas consultas orientarão e explicarão o nível de risco e à importância do acompanhamento regular para identificar e evitar as possíveis complicações.

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

A equipe realizará palestras para orientar à comunidade quanto a importância do controle de fatores de risco como a alimentação saudável, a prática de exercícios. A médica e enfermeira irão esclarecer individualmente a cada paciente nas consultas, sobre a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis.

#### Qualificação da prática clínica

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

Nas reuniões de equipe, vamos fazer um cronograma de capacitação. A médica e enfermeira darão as capacitações para aumentar o conhecimento adequado referente à estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés.

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

Nas reuniões de equipe, vamos fazer um cronograma de capacitação. A médica e enfermeira darão as capacitações sobre a importância do registro desta avaliação, para toda a equipe.

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

Nas reuniões de equipe, vamos fazer um cronograma de capacitação. A médica e enfermeira darão as capacitações quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis para toda a equipe.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

#### Monitoramento e avaliação

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

Durante as triagens e consultas, a equipe, a médica e enfermeira farão a avaliação dos hipertensos e diabéticos, encaminhando para a nutricionista para a realização de orientações nutricionais.

Organização e gestão do serviço

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

Durante as salas de espera, visitas domiciliares e consultas, a equipe fará treinamentos e palestras sobre a importância de uma alimentação saudável.

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

Nas reuniões de equipe cobraremos da coordenação da UBS, o encaminhamento da demanda para o gestor da unidade de saúde a presença do nutricionista para a avaliação dos hipertensos e diabéticos.

Engajamento público

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

Durante as salas de espera, visitas domiciliares e consultas, através de palestras e conversas com a comunidade a equipe dará orientação aos pacientes hipertensos, diabéticos e seus familiares em relação às atividades que possam ter uma boa alimentação.

Qualificação da prática clínica

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

Convidaremos a nutricionista, que juntamente com a médica e enfermeira, nas reuniões de equipe capacitará toda a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

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

A médica e enfermeira nas reuniões de equipe discutirão com toda a equipe sobre as metodologias de educação em saúde, buscando ofertar uma melhor educação em saúde para a população.

Meta 6.2: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

#### Monitoramento e avaliação

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

Durante as salas de espera, visitas domiciliares e consultas, através de palestras e conversas com a comunidade a equipe dará orientação aos pacientes hipertensos, diabéticos e seus familiares em relação a orientação para atividade física.

#### Organização e gestão do serviço

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

Durante as salas de espera, visitas domiciliares e consultas, a equipe fará treinamentos e palestras sobre a importância de atividade física.

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

Nas reuniões de equipe cobraremos da coordenação da UBS, o encaminhamento da demanda para o gestor da unidade de saúde a presença do educador físico para a orientação de atividade física.

#### Engajamento público

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

Durante as salas de espera, visitas domiciliares e consultas, através de palestras e conversas com a comunidade a equipe dará orientação aos pacientes hipertensos, diabéticos e seus familiares em relação importância da prática de atividade física regular.

#### Qualificação da prática clínica

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

Convidaremos o educador físico, que juntamente com a médica e enfermeira, nas reuniões de equipe capacitará toda a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

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

A médica e enfermeira nas reuniões de equipe discutirão com toda a equipe sobre as metodologias de educação em saúde, buscando ofertar uma melhor educação em saúde para a população.



Meta 6.3: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Monitoramento e avaliação

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

A equipe fará propaganda em relação ao tabagismo nos hipertensos e diabéticos. Falaremos sobre os principais riscos do tabagismo para a saúde humana em todos os espaços comunitários, nas salas de espera, nas visitas domiciliares e nas consultas.

Organização e gestão do serviço

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

A equipe, durante as reuniões da unidade, solicitará ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do abandono do tabagismo para diminuir a incidência deste hábito.

Engajamento público

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

A equipe orientará quanto a prática de exercícios físicos e o abandono do hábito de fumar, nas salas de espera, visitas domiciliares, palestras na comunidade e a médica e enfermeira durante as consultas na unidade.

Qualificação da prática clínica

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

A médica e enfermeira, nas reuniões de equipe capacitarão toda a equipe da unidade de saúde sobre o tratamento de pacientes tabagistas.

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

A médica e enfermeira nas reuniões de equipe discutirão, com toda a equipe, sobre as metodologias de educação em saúde, buscando ofertar uma melhor educação em saúde para a população.

Meta 6.4: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Monitoramento e avaliação

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

A equipe, durante as reuniões e antes das consultas, revisará os prontuários dos pacientes diabéticos e hipertensos atendidos na unidade de saúde para verificar a realização das consultas periódicas anuais com o odontólogo nas visitas domiciliares e nas consultas de HIPERDIA, na unidade de saúde.

Organização e gestão do serviço

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

A equipe terá uma agenda planejada, para que a médica e enfermeira possam, durante as consultas, dar orientações individuais.

Engajamento público

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

A equipe fará atividades educativas em cada visita domiciliar e nas ações de saúde de cada quinta feira, para explicar a importância da higiene bucal aos hipertensos, diabéticos e os seus familiares.

Qualificação da prática clínica

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

Convidaremos um odontólogo para realizar atividades de capacitação aos integrantes da equipe, com o objetivo de se preparar em questões de higiene e saúde bucal e assim eles possam orientar aos hipertensos, diabéticos e familiares.

### **2.3.2 Indicadores**

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

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

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

Meta 1.2: Cadastrar 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: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

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

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

Meta 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 cadastrados 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 cadastrados 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 cadastrados

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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.

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.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **2.3.3 Logística**

Nossa intervenção será no Programa de Hipertensão e Diabetes em que vamos adotar o caderno de atenção básica nº 36, Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013 e

o caderno de Atenção Básica nº 37 Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013; entre outras bibliografias relacionadas à temática.

Utilizaremos os prontuários, ficha espelho (Anexo C) e Planilha de coleta de dados (Anexo B), que serão monitoradas pelo médico, pelo enfermeiro, e pelos técnicos de enfermagem durante a intervenção. Com a nossa intervenção temos o proposto de alcançar o 60% dos hipertensos e diabéticos cadastrados e acompanhados na unidade. Para organizar o registro específico do programa a enfermeira e os técnicos revisarão as fichas de cadastros e os prontuários de hipertensos e diabéticos atendidos na unidade básica de saúde. Os dados serão transcritos semanalmente para a planilha de monitoramento e fichas espelho, disponibilizada pelo curso.

A análise situacional e a definição do foco da intervenção já foram informadas, analisadas e discutidas com a equipe. A intervenção começará com a capacitação da equipe sobre a estratégia do cuidado das pessoas com doenças crônicas para que seja utilizada esta referência na atenção aos hipertensos e diabéticos. A capacitação será feita na UBS, no mesmo dia da reunião, quando será disponibilizado um tempo para esta atividade. A enfermeira e o médico explicarão os aspectos da estratégia e orientarão a realização de tarefas individuais para avaliação dos conhecimentos adquiridos.

O acolhimento dos hipertensos e diabéticos que buscarem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem, o atendimento deles será em todos os turnos e ainda nas visitas domiciliares, os usuários descompensados com agravos serão atendidos no momento que chegar a unidade para evitar complicações, terão prioridade no agendamento e ao sair da consulta terá sua próxima consulta agendada, além da programação de visitas domiciliares segundo o protocolo estabelecido. Para os atendimentos de odontologia, durante as avaliações de consulta clínica serão encaminhados para a recepcionista para agendar consulta com odontóloga.

A comunidade deverá se sensibilizar e solidarizar com a atenção da população com doenças crônicas, para isto faremos contato com os representantes da comunidade e com a associação de moradores, utilizando a escola da área de abrangência, a apresentação do projeto explicará a importância das consultas, da realização de exames e da eliminação dos fatores de risco para hipertensão e



diabetes, pediremos apoio da comunidade para incentivar a realização de atividades de educação para a saúde, promovendo estilos de vida saudável e a necessidade de atendimento destes pacientes com doenças crônicas.

A cada semana, a enfermeira vai revisar a ficha espelho dos hipertensos e diabéticos para identificar quais tem atrasos nas consultas, nos exames clínicos e laboratoriais e que não tenham estratificação de risco cardiovascular. Os agentes comunitários de saúde e os técnicos de enfermagem farão busca ativa dos faltosos e farão o agendamento deles no mesmo momento.

Serão explicados aos usuários, mesmo que conheçam todas as ações que se farão para desenvolver a intervenção, os benefícios que tem para eles o programa HiperDia como a prioridade no cuidado da saúde bucal, na aquisição dos medicamentos de graça nas farmácias populares, o acompanhamento de seus exames complementares e consultas na UBS e no domicílio.



laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.												
Monitorar o acesso aos medicamentos da farmácia popular/HiperDia	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados no posto de saúde.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Manter as informações do SIAB atualizadas.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista.	X		X		X		X		X		X	
Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.	X			X			X			X		
Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos. Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.	X			X			X			X		
Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a	X			X			X			X		

possibilitar a atenção ao hipertenso e diabético. Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.												
Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.	X			X			X			X		
Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.	X			X			X			X		
Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde, realizando reuniões na comunidade.	X		X		X		X		X		X	

### **3 Relatório da Intervenção**

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

Terminamos uma etapa muito importante do nosso trabalho. Embora tenhamos apresentado muitas dificuldades no transcurso da mesma, a intervenção com os usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência da equipe 042 da UBS Dr. “Marcelo Cândia” pode se considerar um sucesso.

Resumindo todo o acontecido na intervenção pode se dizer que quase a totalidade das ações foram desenvolvidas no transcurso das 12 semanas, umas de forma parcial e outras integralmente como estavam planejadas. Apresentando algumas dificuldades que poderiam influenciar no cumprimento das metas, mas felizmente tivemos também muitas facilidades que sem dúvida ajudaram no desenvolvimento da intervenção.

Em primeiro lugar as capacitações previstas para serem realizadas nas primeiras semanas da intervenção foram feitas integralmente com a participação de todos os membros da equipe e o pessoal da UBS que poderia contribuir à realização da intervenção. Ao início existiram algumas dificuldades com os materiais de apoio e recursos audiovisuais, mas no transcurso da intervenção conseguiu-se ir melhorando a qualidade das capacitações com a ajuda da enfermeira da equipe que fez todo o possível para conseguir os materiais de forma geral. Além disso, em cada reunião da equipe se levaram temas novos para dar continuidade às capacitações e melhorar os conhecimentos sobre a atenção aos usuários hipertensos e diabéticos. Devo admitir que também foram muito úteis para aprofundar os meus conhecimentos e crescimento profissional.

Ao início da intervenção foi estabelecido o papel de cada profissional da equipe na Intervenção. Todos concordaram com o pactuado e cumpriram as suas

tarefas de forma satisfatória demonstrando a importância e os resultados sempre positivos do trabalho em equipe.

Foi criado um bom registro dos usuários da ação programática que ficou na sala de consultas e que permitiu o monitoramento dos indicadores no transcurso da intervenção e à medida que fora detectada alguma dificuldade, novas estratégias foram planejadas para melhorar o indicador. Neste aspecto também deve se salientar que tudo transcorreu do melhor jeito permitindo alcançar bons resultados e na maioria dos casos atingir as metas propostas. A agenda de trabalho foi reorganizada para melhorar o acolhimento dos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Foi selecionado um dia da semana para realizar o atendimento dos pacientes da intervenção e priorizando cada dia quantas vagas se precisarem para acolher aos pacientes provenientes da busca ativa na comunidade. Neste ponto tivemos as dificuldades já mencionadas pelo período invernal e a chegada das chuvas, que aumentaram muito a demanda espontânea por outras doenças como a Dengue, as Infecções Respiratórias Agudas, Doenças Diarreicas Agudas e Shicungunya, mas ainda assim o trabalho deu certo e essas dificuldades também foram aproveitadas positivamente, pois muitos desses usuários portadores destas doenças infecciosas também eram portadores de Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica o que contribuiu ao cadastro deles na UBS. Além disso, alguns dos seus familiares também foram cadastrados na intervenção.

Acho importante salientar que nem a chegada das chuvas ao início afetou a busca ativa dos usuários hipertensos e diabéticos assim como os poucos usuários faltosos a consulta nas comunidades. Neste ponto se multiplicaram os esforços devido a que os indicadores de cobertura ficavam muito baixos e ficou sempre a preocupação de não poder atingir as metas propostas. Graças ao envolvimento e compromisso da equipe e o entusiasmo para cumprir os objetivos, com novas estratégias, conseguiu-se superar todas as dificuldades e melhorar o indicador de cobertura significativamente nas últimas semanas da intervenção.

Iniciando a intervenção se realizou a reunião com a gestora da UBS que ofereceu todo o seu apoio para o desenvolvimento da mesma e esta foi uma das principais fortalezas que levaram ao sucesso da intervenção. As ações para engajar a comunidade na intervenção foram feitas na totalidade aproveitando desde o início todos os cenários possíveis para divulgar o importante projeto. Foram feitas

atividades nas igrejas e nas escolas da comunidade com a participação das lideranças que contribuíram de forma positiva na intervenção. Neste ponto existiram algumas dificuldades no início, como no caso da pouca participação de pessoas nas mesmas. Mas na medida em que avançou a intervenção, foram se engajando cada vez mais pessoas e se melhorando muito neste aspecto. Hoje quase a totalidade da população adstrita conhece o programa e ficam cientes da importância dele para melhorar a saúde deste grupo populacional.

Importantes ações foram feitas para garantir o exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e diabéticos, capacitando aos membros da equipe com a qualidade requerida na realização do mesmo. Cada membro da equipe executou bem o seu papel neste aspecto e, portanto, se logrou alcançar os objetivos. A população foi corretamente orientada, quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Quanto à realização dos exames complementares dos usuários hipertensos e diabéticos também não houve maiores dificuldades, porém, a UBS não tem laboratório ainda, o que dificultou a realização de alguns exames complementares mais específicos como a Hemoglobina Glicada que teve que ser feita sempre no serviço particular, embora não sempre os usuários puderam dispor de dinheiro esforçaram-se por se fazer, pois com as orientações brindadas pelos profissionais da equipe, eles ficaram cientes da importância da realização dos mesmos, todos esses exames complementares foram indicados na primeira consulta para o bom acompanhamento da doença, do jeito que foi marcado o retorno para a avaliação dos exames a 100% dos usuários.

Ao início da intervenção foi feita uma atualização do tratamento da Hipertensão e a Diabetes segundo os protocolos do Ministério de Saúde, para os membros da equipe e o pessoal da farmácia da unidade. Todos os usuários estão recebendo a medicação da farmácia da UBS onde foi feito um estudo de consumo com a ajuda dos profissionais da farmácia para garantir o abastecimento dos medicamentos do Programa HiperDia. No caso da insulina que não tem boa cobertura no estoque, os usuários receberam lá na farmácia popular. Neste caso também foi cumprido o objetivo sem apresentar maiores dificuldades no transcurso da intervenção.

Quanto à avaliação das necessidades de atendimento odontológico também não existiu maiores dificuldades no transcurso da intervenção, pois na unidade conta-se com odontólogo em cada ESF e ainda para o serviço de urgência, pelo que esta variável não constituiu um problema, as ações de capacitação da equipe sobre a avaliação das necessidades de atendimento odontológico destes usuários foram garantidas, com a participação da equipe de higiene bucal além da ajuda da odontóloga da equipe, as ações feitas na comunidade com a equipe, nas atividades feitas na comunidade se viram refletidos esses resultados.

Sem dúvida alguma conseguiu-se melhorar a adesão dos usuários hipertensos e diabéticos às consultas segundo os protocolos. Como maior facilidade neste aspecto deve-se sinalizar o interesse mostrado pelos ACS na necessidade de procurar 100% dos usuários faltosos na comunidade e o engajamento da comunidade com a intervenção, estando presente em todo momento e influenciando significativamente as condições climáticas que muitas vezes impediam a realização das atividades planejadas segundo o cronograma, mas foram aproveitados ao máximo os dias de sol e todos os cenários possíveis para cumprir este objetivo.

O registro das informações foi melhorado significativamente, pois antes do início da intervenção não havia atualização dos registros. Hoje 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde tem a ficha de acompanhamento em dia e foi criado um registro específico para garantir o monitoramento da mesma. Foi implementada a ficha espelho que ao início foi um pouco difícil seu preenchimento, inclusive atrapalhando às vezes os horários de atendimento, mas rapidamente logrou se melhorar neste aspecto. Como facilidade pode-se mencionar o apoio da gestão da UBS e da comunidade para garantir o material para os registros e as fichas. Além disso, a enfermeira manteve atualizado o SIAB em todo momento. A população já conhece os seus direitos de manter estes registros com a qualidade requerida.

Foi feita a estratificação do risco cardiovascular a todos os hipertensos e diabéticos cadastrados na intervenção. Ao início foi um pouco complicado pela questão dos exames complementares e o tempo (pelas fortes chuvas), mas no transcurso da intervenção o indicador foi se cumprindo até chegar a 99,1% e 100% de hipertensos e diabéticos respectivamente. Considere se como facilidade, o fato de contar com os materiais de apoio para as capacitações, já que é um tema bem



importante e difícil, mas com certeza a capacitação foi um sucesso, pois se elevou o nível de conhecimentos sobre a doença e sua prevenção tanto nos profissionais da equipe como na população e até inclusive me fiz crescer profissionalmente partindo do fato que o desenvolvimento das ações de capacitação obrigam a se preparar e ainda se atualizar de vez no tema e nos protocolos que são novos para a autora. Uma dificuldade apresentada neste aspecto foi o encaminhamento destes usuários para a atenção secundária que muitas vezes torna-se impossível; mais uma vez, a enfermeira da equipe foi a maior protagonista na hora de garantir vagas para os usuários que precisarem.

As ações para promover a saúde aos usuários hipertensos e diabéticos foram feitas na sua totalidade embora tenham tido muitas dificuldades como já temos dito pelas condições climáticas desfavoráveis, os integrantes do NASF estiveram presentes em algumas das atividades planejadas na comunidade, mais não com a frequência demandada, além disso, também não foi ótimo o apoio da gestão municipal para garantir capacitações mais profundas em educação em saúde para os ACS que teriam servido para dar continuidade a essa atividade e ainda para estende lá as outras ações programáticas. Mas tudo o relatado não foi impedimento para cumprir o objetivo já que todos os usuários e a comunidade receberam as orientações sobre a alimentação saudável, a importância da prática de atividade física regular, os riscos do tabagismo e a importância da higiene bucal. Além disso, foram feitas atividades com os grupos de hipertensos e diabéticos sobre alimentação saudável e atividade física como estavam planejadas em 100% dos usuários já fora na unidade ou na própria casa e/ou comunidade.

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

Das ações planejadas somente não foram cumpridas aquelas que de fato saíram das nossas mãos, exemplo a reunião com a gestão municipal ao início da intervenção para solicitar os recursos que iriam garantir o bom desenvolvimento da intervenção. Essa reunião foi planejada muitas vezes, mas não se conseguiu fazer com a qualidade requerida porque os gestores municipais que mais teriam se envolvido com o projeto, não puderam assistir. Já no final da intervenção tive um contato direto com eles para a exposição da Análise Situacional do ano 2014, onde se aproveitou para falar sobre a intervenção e o apoio que não foi recebido. Mas embora tenha terminado a intervenção, a ação programática vai continuar se

desenvolvendo já com os avanços obtidos até agora e que serão aprimorados daqui para frente e ainda estendidos a outras ações programáticas.

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

No início da intervenção existiram algumas dificuldades com a coleta e sistematização dos dados pela complexidade do preenchimento da ficha espelho e planilha de coleta de dados, principalmente na seção que gera os indicadores, mas a verdade, no meu caso particular a ajuda da minha orientadora foi indispensável e importante demais, pois desse jeito só foi resolvido o problema. Semanalmente a atividade foi realizada por mim e pela enfermeira da equipe, obtendo por consequente a análise dos indicadores.

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

A intervenção já faz parte da rotina de trabalho da equipe, todos ficaram cientes da importância dela e não tem atrapalhado a realização das demais ações programáticas, fato este muito importante para o bom desenvolvimento das mesmas. Novas estratégias foram planejadas para dar continuidade à ação programática embora se tenha finalizado a intervenção. Fica em pé a meta de chegar a 100% dos hipertensos cadastrados para os três meses posteriores. Além disso, vai se trabalhar para implementar uma maior participação do NASF nas atividades na comunidade e ficamos otimistas quanto ao apoio dos gestores municipais para dar continuidade a tão importante trabalho. Outra questão a melhorar vai ser conseguir envolver todas as ESF da UBS para incorporar todas as ações à rotina de trabalho da UBS colocando em prática a dita “na união está a força” para cumprir o nosso primeiro e mais importante objetivo que é melhorar a saúde da população brasileira.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A UBS Dr. Marcelo Cândia, atinge uma população aproximadamente 6542 que tem 20 anos ou mais e dentre essa população existe uma prevalência (também estimada) de 1,75% (769) com hipertensão arterial (HAS), e considera-se que existem 176 portadores de diabetes, segundo estimativas do CAP. Infelizmente na unidade não se tinha um registro adequado desses usuários, ou seja, um cadastro de qualidade nem recebiam um acompanhamento regular pelas equipes.

No decorrer desta intervenção conseguiram-se avaliar 332 hipertensos e 98 diabéticos, a seguir mostraremos o cumprimento de cada objetivo com sua meta e indicador.

#### **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 Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Durante a intervenção o número de usuários hipertensos cadastrados no programa hiperDia foi aumentando progressivamente, porém não foi possível atingir a meta proposta de 60%. No primeiro mês foram cadastrados 91 hipertensos (9,5 %), no segundo mês 188 hipertensos (19,7 %) e no terceiro e último mês conseguimos cadastrar 332 hipertensos que representam o 34,7 % de cobertura. A seguir, na Figura 1 mostra a evolução deste indicador.

A ação que mais ajudou na captação dos usuários hipertensos foi o trabalho mantido dos ACS na comunidade fazendo acompanhamento destes usuários

durante as visitas domiciliares procurando eles para consulta. No entanto a principal dificuldade que influenciou de forma negativa e de fato não conseguiu-se atingir a meta, foi a redução da intervenção para 12 semanas já que a meta, no início, foi proposta para 16 semanas, outra situação que atrapalhou foi as condições do clima com chuvas fortes e alagamentos que impediam o trabalho, as vezes, e sem dúvidas o fato de ter que estender o trabalho às equipes que não ficam sobre nosso controle, ou seja, formam parte de outro programa (PROVAB) com um sistema de trabalho e algumas medidas diferente ao nosso e respondem direito ao gestor da unidade. Os usuários que não foram cadastrados nestes três meses serão procurados pelos ACS nas comunidades, pois a verdadeira intenção é alcançar 100% de cobertura nos meses seguintes e desse jeito garantir o ótimo cumprimento do programa.

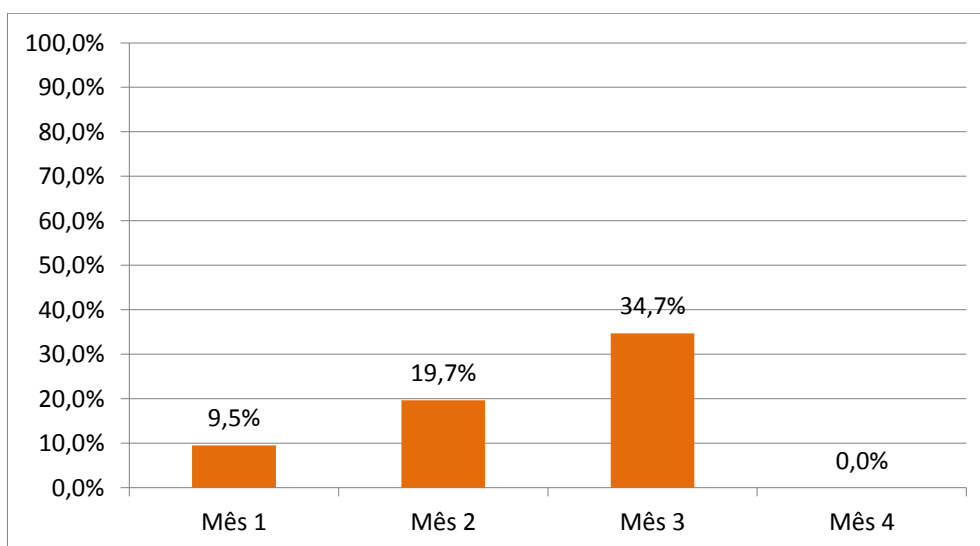


Figura 1: Cobertura do programa de atenção à saúde dos usuários hipertensos na UBS “Dr. Marcelo Cândia”, Macapá/AP, 2015.

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

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

Do mesmo jeito que na HAS, durante a realização da intervenção foi aumentando progressivamente a proporção de usuários diabéticos cadastrados no programa. No primeiro mês cadastraram-se 27 diabéticos (9,8%), no segundo mês aumentou até 57 diabéticos (20,7%) e no terceiro e último mês foram cadastrados

98 diabéticos para atingir só o 35,5 % de cobertura da meta proposta. A seguir mostramos a Figura 2, com o comportamento da evolução deste indicador.

Repete-se o fato da meta anterior, a ação que mais influenciou na captação e/ou cadastro dos usuários diabéticos foi o trabalho intenso e sistemático dos ACS na comunidade com as visitas domiciliares a todos os usuários diabéticos para garantir à assistência deles à consulta programada, trabalhou intensamente na pesquisa ativa dos casos novos, além disso percebemos que a população tem maior percepção de risco (ou ainda bem: medo) de Diabetes achando que é uma doença pior que a Hipertensão o que favorece que procurem ainda mais os serviços de saúde, mas podemos garantir que depois da nossa intervenção a população na área adstrita teve um ganho de conhecimentos sobre estas doenças e sua prevenção e controle.

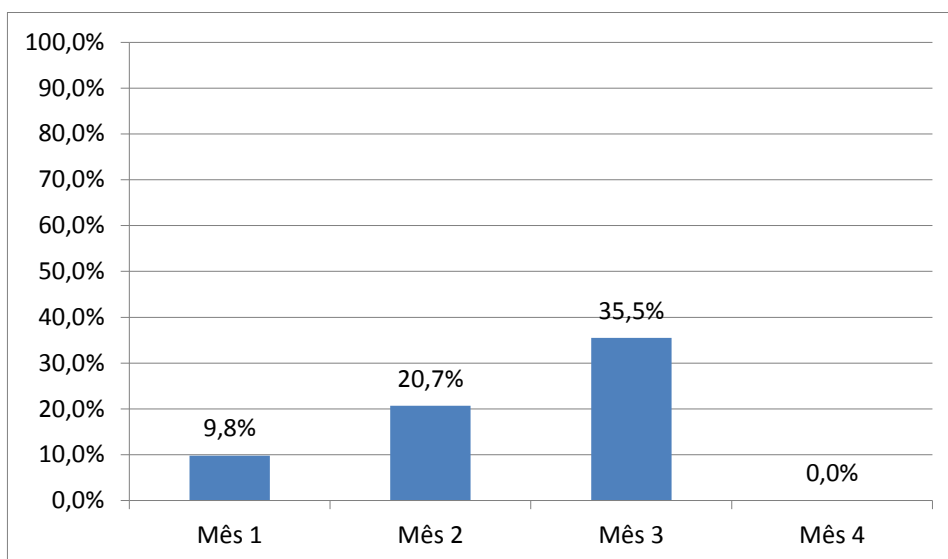


Figura 2: Cobertura do programa de atenção à saúde dos usuários diabéticos na UBS “Dr. Marcelo Cândia, Macapá/AP, 2015.

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

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

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

Na análise, quanto à proporção de hipertensos com exame clínico apropriado de acordo com o protocolo, nota-se um comportamento favorável desde o início da intervenção até o final, pois uma vez que os usuários foram cadastrados a equipe

encarregou-se de garantir seu atendimento tanto na unidade quanto na visita; manifestando-se da seguinte forma: no primeiro mês foi realizado o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo a 82 hipertensos para 90,1% do total de hipertensos cadastrados no programa, no segundo mês atingiu-se uma cifra de 179 hipertensos com exame clínico apropriado para 95,2% dos usuários cadastrados e no terceiro e último mês se conseguiu fazer o exame clínico apropriado em 320 hipertensos, o que representa 96,4 %, não atingindo o 100% da meta proposta no início da intervenção, mas tendo um melhor comportamento em relação ao resultado obtido na cobertura. Observa-se a seguir a Figura 3.

Para trabalhar este indicador foram feitas várias ações que contribuíram de forma positiva, tal é o caso das capacitações feitas aos membros da equipe utilizando os protocolos atualizados do Ministério de Saúde e definindo, por conseguinte o papel de cada um deles na realização deste. No caso dos poucos usuários que não lhes foi realizada esta ação, o motivo foi que estavam fora da área ou com limitações pelo seu trabalho.

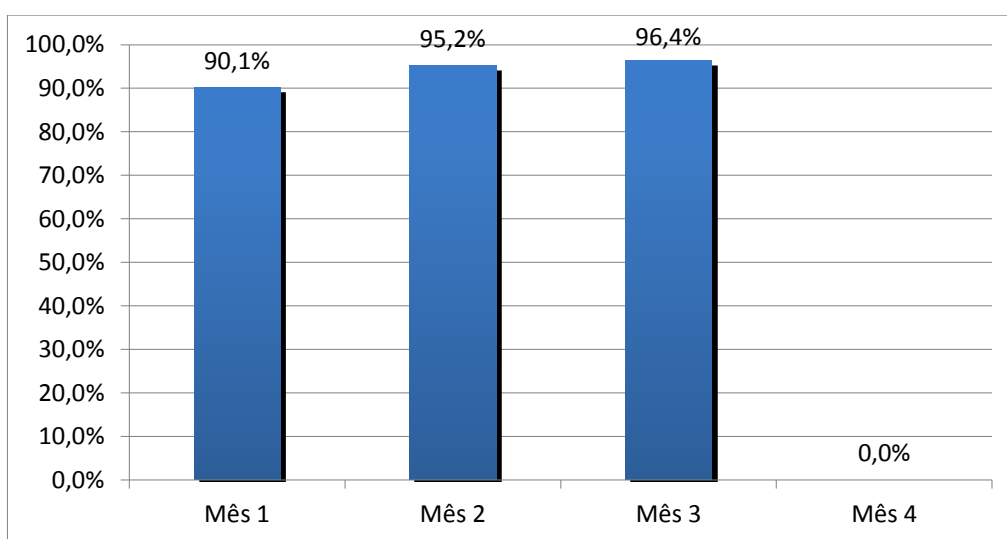


Figura 3: Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS “Dr. Marcelo Cândia”, Macapá/AP, 2015.

**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.

Analisando a evolução deste indicador observa-se um comportamento muito similar que no caso dos hipertensos, desde o início até o final da intervenção. No primeiro mês foi realizado o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo a

25 diabéticos para um 96,2% do total de diabéticos cadastrados, no segundo mês, foi feito a 55 usuários diabéticos para um 96,5% e no terceiro mês 96 diabéticos tiveram exame clínico adequado que representa 98,0% dos diabéticos cadastrados, como é mostrado na Figura 4.

Para trabalhar este indicador foram feitas várias ações que contribuíram de forma positiva, tal é o caso das capacitações feitas aos membros da equipe utilizando os protocolos atualizados do Ministério de Saúde e definindo, por conseguinte o papel de cada um deles na realização deste. No caso dos poucos usuários que não lhes foi realizada esta ação, o motivo foi que estavam fora da área ou com limitações pelo seu trabalho.

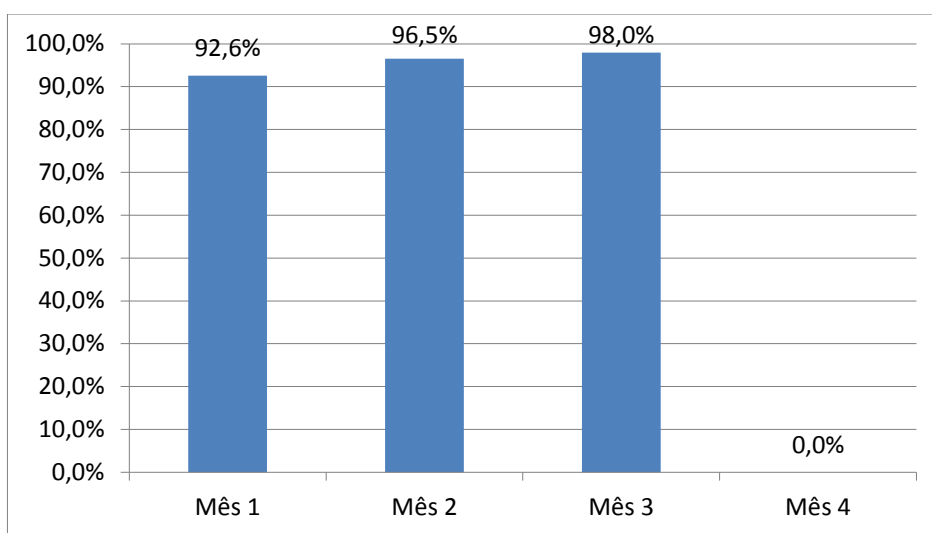


Figura 4: Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS “Dr. Marcelo Cândia”, Macapá/AP, 2015.

**Meta 2.3:** Garantir a 100% dos hipertensos cadastrados 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.

Em relação aos hipertensos com exames complementares em dia segundo o protocolo, ocorreu um crescimento gradual no transcurso da intervenção. Ao início, no primeiro mês ficaram com exames complementares em dia 80 usuários hipertensos, o que representa 87,9% em relação aos usuários cadastrados no momento; seguindo no segundo mês com 177 hipertensos (94,1%) e no último mês

315 usuários tinham exames complementares em dia atingindo o 94,9 %, como se mostra a seguir na Figura 5.

Para o cumprimento desta meta tínhamos que solicitar os exames complementares a 100% dos hipertensos cadastrados no programa e o fato da requisição foi cumprido, mas a unidade ainda não tem laboratório funcionando, assim não foi possível que todos os usuários fizeram os exames porque nem todas as unidades tem esse serviço e nem todos os usuários tinham a possibilidade de fazer particular e a equipe infelizmente nada podia fazer. O resultado, mesmo não tendo alcançado a meta, foi excelente (95%) diante do fato das pessoas terem que procurar outro local que realize o serviço dos exames complementares.

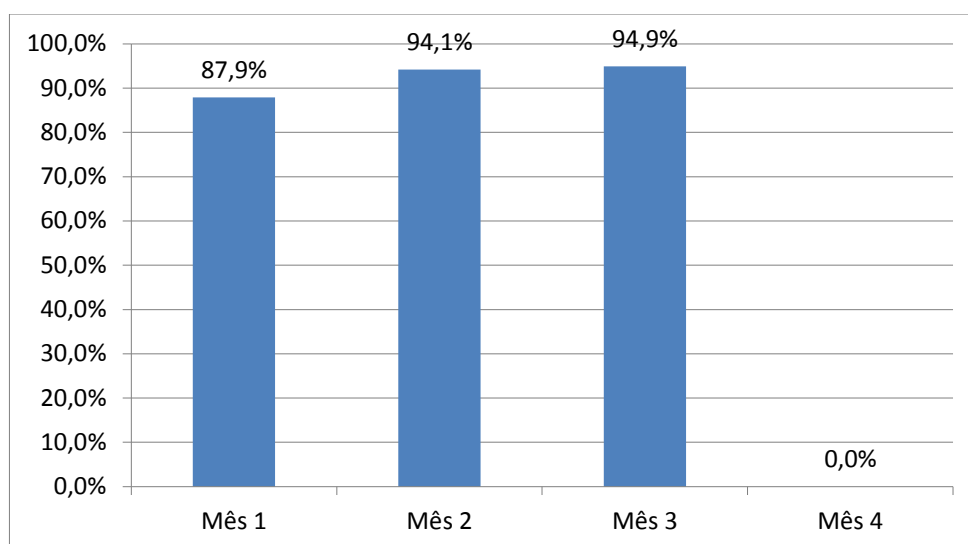


Figura 5 - Proporção dos hipertensos com solicitação de exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS “Dr. Marcelo Cândia”, Macapá/AP, 2015.

**Meta 2.4.** Garantir solicitação de exames complementares em dia de acordo com os protocolos a 100% dos diabéticos.

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

Além das dificuldades ditas, neste indicador nota-se um comportamento favorável, pois no primeiro mês foi possível atingir 92,6% com 25 diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo; no segundo mês conseguiu-se que 55 diabéticos fizessem seus exames complementares em dia atingindo 96,5 % e no terceiro mês 96 diabéticos tinham seus exames complementares em dia de acordo com o protocolo o que representou 98,0%, como mostra a seguir a Figura 6.



O principal fator que ajudou obter estes resultados foi o trabalho feito pela enfermeira junto com a médica para garantir em cada atendimento dos usuários diabéticos a solicitação dos exames complementares segundo os protocolos atualizados, assim como a preocupação mantida dos ACS que foram muito comprometidos com seu trabalho além da preocupação do próprio usuário para fazer os exames, que como já temos dito, geralmente o diabético se preocupa mais pela sua doença do que o hipertenso.

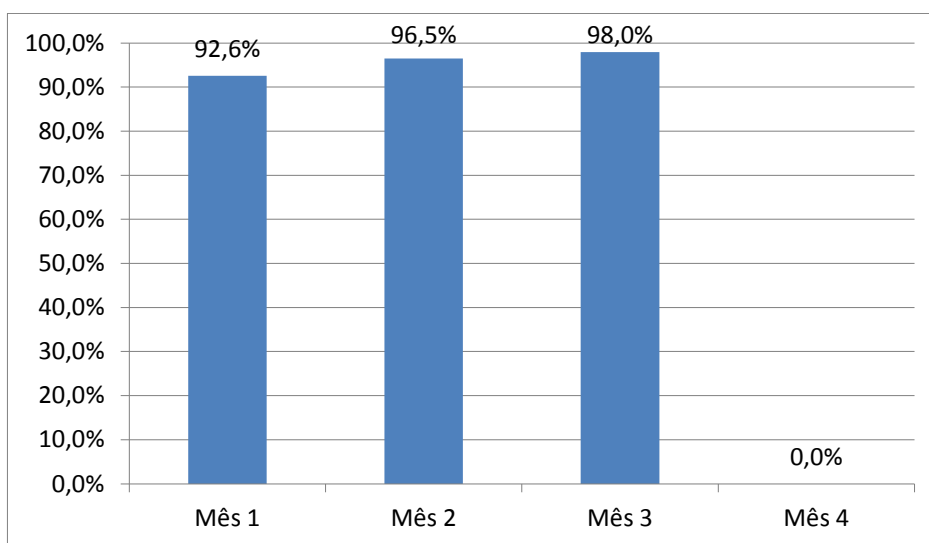


Figura 6 - Proporção dos diabéticos com solicitação de exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS "Dr. Marcelo Cândia", Macapá/AP, 2015.

**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.

Em relação aos hipertensos cadastrados no programa que utilizavam medicamentos da farmácia popular só no primeiro mês obtemos um número menor com 79 hipertensos do total de usuários cadastrados para o 90,8% de proporção. No segundo mês atingiu-se 92,9% com 171 hipertensos e no terceiro e último mês 296 hipertensos utilizaram os medicamentos da farmácia popular representando o 94% tal como se mostra na seguinte Figura 7.

A ação que mais ajudou no cumprimento da meta foi o estudo do consumo feito em conjunto com os trabalhadores da farmácia da UBS, para garantir assim a maior quantidade possível de medicamentos, segundo as necessidades dos usuários. O aspecto negativo que impediu atingir a meta proposta foi o fato de que

tem usuários que precisam de alguns remédios não disponíveis nestas farmácias e também que alguns deles tinham acompanhamento prévio por médicos particulares ou com planos de saúde e usavam remédios manipulados.

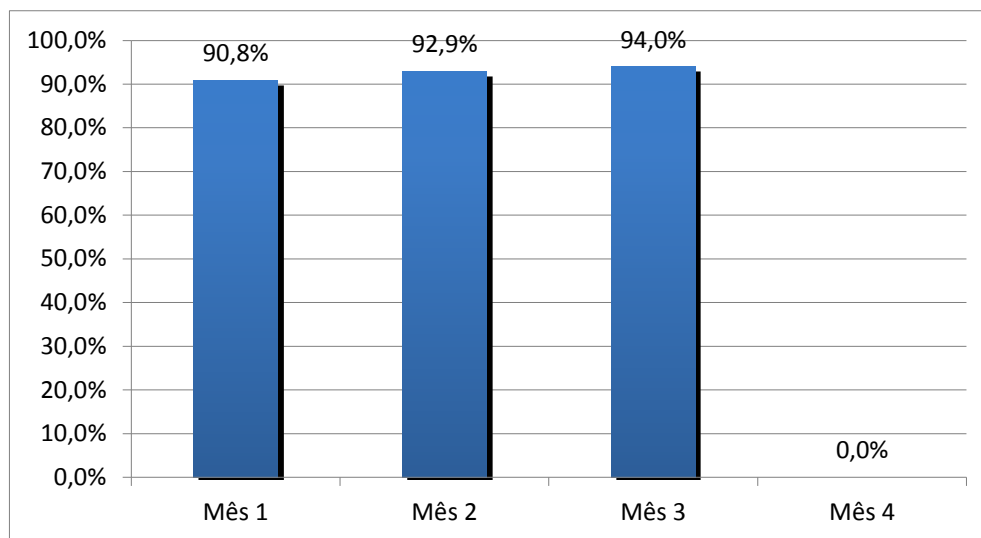


Figura 7. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA na UBS “Dr. Marcelo Cândia”, Macapá/AP, 2015.

**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.

Em relação aos diabéticos cadastrados no programa que utilizavam medicamentos da farmácia popular no primeiro mês registrou-se 85,2% de proporção com 23 diabéticos do total dos cadastrados, aumentando no segundo mês para 93,0 % com 53 diabéticos e no terceiro mês e último já 91 diabéticos ficaram utilizando os medicamentos da farmácia popular o que representou um 93,8 %, não atingindo assim a meta proposta, mas foi evidente o aumento progressivo dos usuários beneficiados com esse aspecto da ação programática preconizada pelo SUS, a Figura 8 a seguir expressa esses resultados.

Como se pode observar a meta proposta não foi atingida, além das coisas já ditas, outros fatores que influenciaram são principalmente as crenças populares de alguns usuários que preferem usar remédios naturais e até inclusive alguns acham que só com a sua religião vão ser sarados, mas com toda certeza essas condutas irão mudando com atividade educativa desenvolvida pela APS e isso já ficou

demonstrado com o aumento progressivo desses resultados, mesmo num tempo bem reduzido que durou a intervenção.

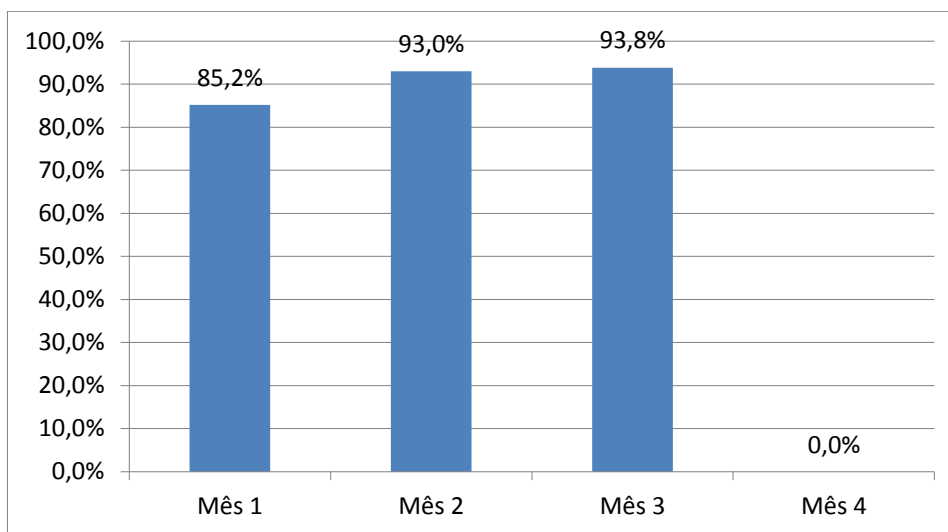


Figura 8 Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA na UBS “Dr. Marcelo Cândia”, Macapá/AP, 2015.

**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.

A avaliação da necessidade de atendimento odontológico foi um indicador que se manteve um pouco baixo durante os três meses da intervenção, partindo de que a UBS conta com o esse serviço e ainda tem serviço de emergência também odontológica, no primeiro mês só 68 hipertensos de 88 cadastrados tiveram à avaliação, o que representou um 74,7%; no segundo mês atingiu-se um 83,5% dos usuários cadastrados no programa com 157 hipertensos avaliados e no terceiro mês ficando ainda baixo se realizou avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 84,3% dos usuários cadastrados no programa com 280 hipertensos avaliados, assim pode-se observar na seguinte Figura 9.

O baixo resultado obtido neste indicador teve relação com as atividades de capacitação e faltas por atestado médico da odontóloga da equipe que foi a mais comprometida com a intervenção, pois as outras equipes que não respondem a PMM têm outro estilo de trabalho sendo difícil a coordenação das atividades, além disso o nível econômico baixo da população adstrita a UBS impede procurar o serviço longe da sua casa.

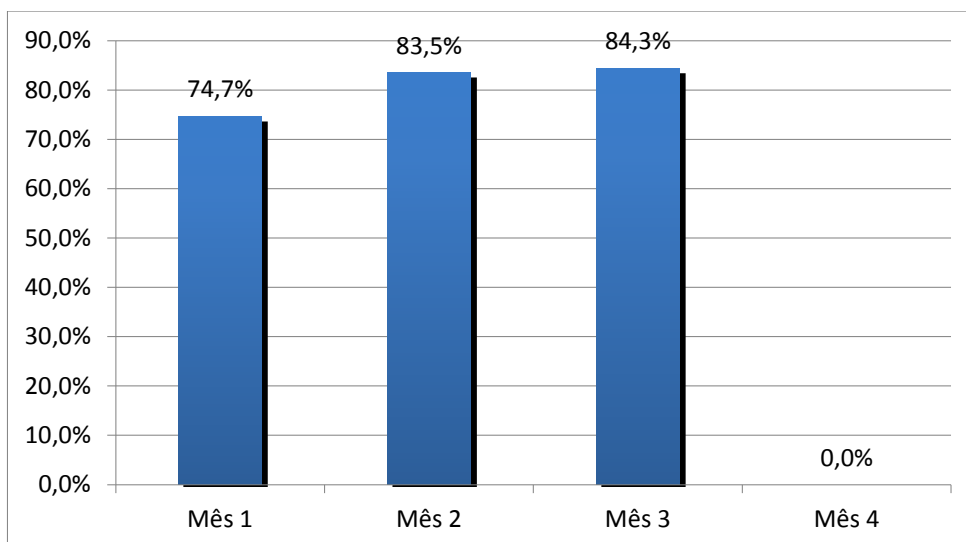


Figura 9 - Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS “Dr. Marcelo Cândia”, Macapá/AP, 2015.

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

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

No caso dos diabéticos o indicador mostrou melhores resultados, se repete a hipótese de que estes usuários preocupam-se ainda mais pelo acompanhamento de sua doença achando que seja pior e perigosa do que HAS, assim no primeiro mês 24 diabéticos foram avaliados o que representa o 88,9% dos diabéticos cadastrados, no segundo mês 53 usuários diabéticos foram avaliados (93,0%) e no terceiro mês da intervenção, foram avaliados 92 diabéticos que representa o 93,9% dos cadastrados, conforme se mostra na Figura 10 abaixo.

Já foi explicado a problemática do atendimento odontológico na UBS, ou seja, a razão pela qual não se conseguiu atingir a meta proposta, mesmo tendo este serviço na UBS. Essa questão se comportou do mesmo jeito tanto nos hipertensos quanto nos diabéticos, porém nos diabéticos se mostram discretamente melhores.

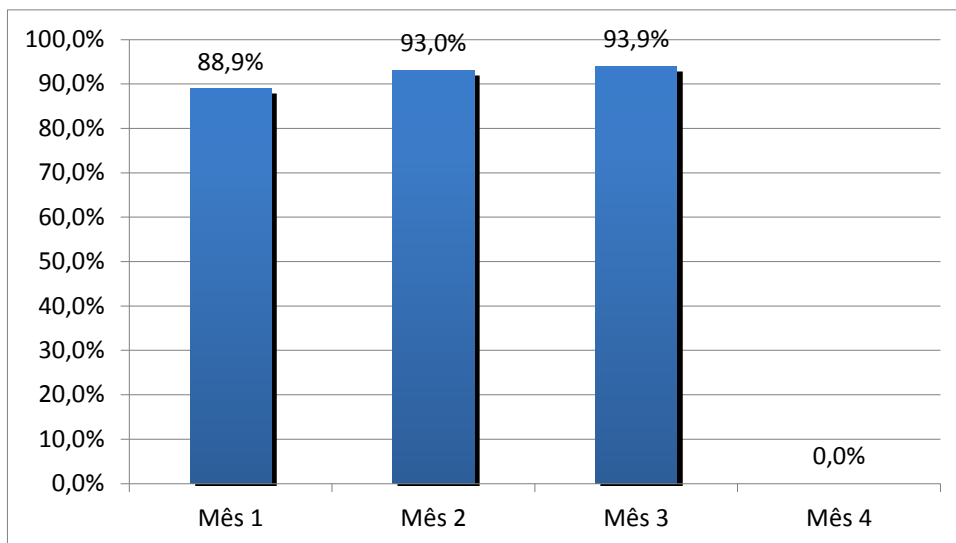


Figura 10 - Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS “Dr. Marcelo Cândia”, Macapá/AP, 2015.

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

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

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

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

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

Com relação à proporção de hipertensos e diabéticos faltosos às consultas com busca ativa, a equipe fez um ótimo trabalho, pois conseguiu resgatar 100% dos faltosos, para que fossem a consulta do PSF ou nas consultas domiciliares e a evolução desse indicador foi mantida desde o primeiro até o terceiro e último mês.

Mais uma vez fica muito claro o importante trabalho dos agentes comunitários de saúde como elo fundamental entre sua comunidade e a ESF, pois eles desenvolveram as principais ações na busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas e forneceram a informação necessária para o sucesso desta atividade, além dos outros integrantes da equipe que também ficaram muito comprometidos com o trabalho.

**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.

**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.

Ao analisar o comportamento dos hipertensos e diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, encontrou-se um comportamento muito estável e satisfatório do indicador, desde o primeiro mês que atingiu 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados com o registro adequado na ficha de acompanhamento, até o terceiro mês da intervenção.

Para alcançar este indicador contou-se com o empenho dos profissionais da equipe ao preencher a ficha espelho adequadamente, vale salientar a capacitação realizada no início da intervenção com esses profissionais para que o preenchimento das ferramentas que foi realizado com a qualidade requerida.

**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.

Ao analisar este indicador note-se que houve uma diminuição durante os três meses da intervenção. No primeiro mês foi 96,7%, no segundo mês 98,4% com 185 hipertensos avaliados e no terceiro mês hipertensos 327 (98,5%) com estratificação de risco cardiovascular, esse comportamento se deu em função de realizar o trabalho com outras equipes da área de abrangência da UBS que não fazem parte do PMM e sai do controle da equipe, mesmo assim se conseguiu fazer um bom trabalho e ainda vai ser aprimorado sucessivamente. Todo o explicado mostra-se a seguir na Figura 11.

Os resultados obtidos neste indicador foram obtidos pelo empenho e compromisso dos profissionais da equipe, monitorando o cumprimento da atividade cada semana além das capacitações feitas no início da intervenção com os

protocolos atuais. O problema apresentado foi que alguns usuários das outras equipes não puderam ser avaliados da forma certa, pois seu acompanhamento foi feito por suas respectivas equipes não sendo possível realizar o controle.

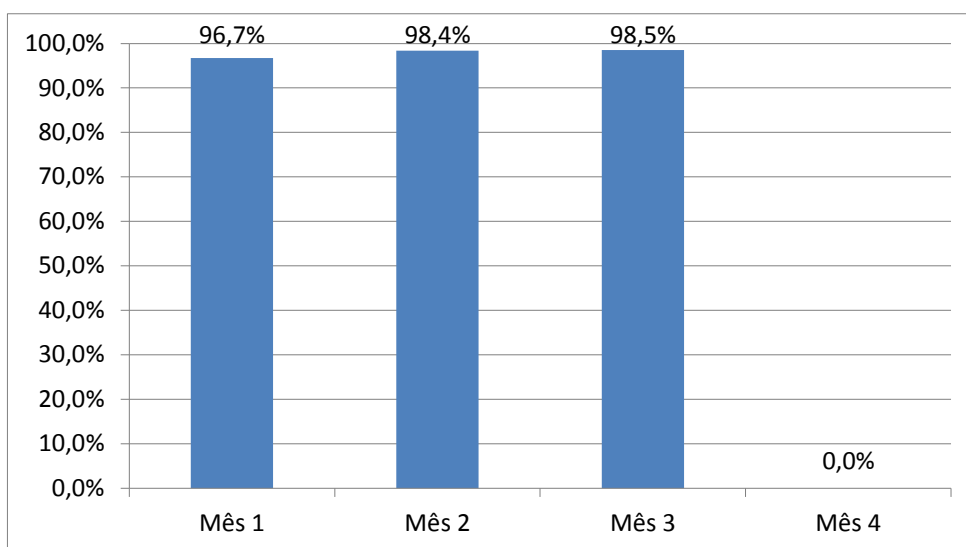


Figura 11 - Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS "Dr. Marcelo Cândia", Macapá/AP, 2015.

**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.

Neste indicador desde o início até o final da intervenção tivemos resultados favoráveis, bem estáveis com as metas atingidas sem dificuldade. Conseguiu-se avaliar a totalidade dos diabéticos desde o primeiro até o terceiro mês, com 27, 57 e 98 respectivamente para 100% dos diabéticos cadastrados na intervenção com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico.

O sucesso no cumprimento deste indicador foi conseguido graças as capacitações feitas no início da intervenção onde se contou com todos os materiais necessários para capacitar à equipe; além disso a ação foi monitorada cada semana e desta forma conseguimos avaliar a totalidade dos diabéticos para estratificação de risco cardiovascular por exame clínico. Foram feitas consultas no domicílio e ainda foi possível fazer a estratificação adequada segundo protocolo.

**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.

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

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

Em relação à orientação nutricional sobre alimentação saudável, foi possível manter o indicador em 100% no transcurso da intervenção, pois neste caso foi boa a capacitação recebida pelos integrantes das equipes e ainda o trabalho em parceria com a nutricionista do NASF que permitiu aprimorar os conhecimentos e fez todos os atendimentos que se consideraram necessários. No primeiro mês 91 usuários hipertensos receberam as orientações sobre alimentação saudável, no segundo mês 188 usuários e no terceiro mês 332 usuários que representa em todos os casos 100% dos usuários hipertensos cadastrados durante a intervenção. Também conseguiu 100% de cumprimento para os diabéticos; ou seja: 27 usuários diabéticos receberam as orientações nutricionais sobre alimentação saudável no primeiro mês, no segundo mês foram 57 usuários que receberam estas orientações e no terceiro mês 98 usuários diabéticos o que representou em todos os casos o 100% dos diabéticos cadastrados na intervenção.

Tal como aconteceu em outros indicadores, a meta proposta foi atingida graças ao empenho e comprometimento dos profissionais da equipe, realizando as orientações nas consultas, nas ações de saúde, nas visitas domiciliares, nas palestras e conversas, mantendo esta ação durante toda a intervenção e com participação comunitária que é sem dúvida um avanço no desenvolvimento do trabalho da equipe e da estratégia (ESF) em geral.

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

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

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



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

Da mesma forma que com a orientação nutricional sobre alimentação saudável, foram obtidos resultados positivos com relação ao indicador de orientação sobre prática de atividade física regular. Todos os hipertensos e diabéticos cadastrados receberam esta orientação ao longo dos três meses, se comportando da forma seguinte: primeiro mês 88 hipertensos, no segundo mês 188 e no terceiro 332 respectivamente para um 100% em todos os casos. Receberam esta orientação 27, 57 e 98 usuários diabéticos respectivamente nos três meses da intervenção, obtendo 100% da meta.

É inevitável salientar o trabalho feito pelos profissionais da equipe com a colaboração do educador físico do NASF que trabalhou com o grupo de hipertensos e diabéticos numa grande parte da intervenção, porém desde o início foram dadas estas orientações nas consultas, nas visitas domiciliares, nas ações feitas na comunidade, nas palestras e conversas feitas na UBS e todas as ações desenvolvidas em qualquer espaço da comunidade, sejam nas igrejas, escolas ou qualquer um lugar.

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

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

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

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

Esta meta foi cumprida em 100%, pois todos os usuários hipertensos e diabéticos receberam as orientações sobre os riscos de tabagismo desde o início da intervenção, foi usada cada consulta e atividade de todo tipo para aprofundar nesse importante aspecto que constitui um problema a resolver de forma permanente, tendo em conta sua repercussão como fator de risco de todas as DCNT, a orientação foi recebida da seguinte forma: primeiro mês 91 hipertensos, segundo mês 188 e o terceiro mês 332 usuários respectivamente. No primeiro mês 27 diabéticos, segundo mês 57 e terceiro mês 98 usuários respectivamente atingindo 100% de cumprimento da meta neste indicador.

Como já foi dito o trabalho unido de todos os membros da equipe permitiu garantir que todos os hipertensos e diabéticos recebessem as orientações sobre os riscos de tabagismo, mas este avanço só dará seus frutos buscando o trabalho continuado dos médicos, enfermeiras e outros profissionais da saúde, enfrentando as dificuldades encontradas no caminho.

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

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

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

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

Nesta análise quanto à proporção de hipertensos e diabéticos com orientação sobre higiene bucal, 100% dos hipertensos e diabéticos receberam a orientação, ou seja, no transcurso da intervenção desenvolveram-se um monte de atividades planejadas segundo o cronograma, que deram certo. Todos devidamente orientados sobre a importância de cuidar e manter a higiene bucal como aspecto importante no melhoramento de sua qualidade de vida.

Para cumprir este importante indicador como em todos os relacionados às atividades educativas, contou-se com o trabalho e o empenho dos membros da equipe para garantir que todos os hipertensos e diabéticos recebessem as orientações sobre higiene bucal nas consultas, visitas domiciliares e ações feitas nas igrejas e nas escolas da comunidade. Foi muito útil contar, nas equipes, com odontólogos que ajudaram na capacitação dos profissionais e na orientação, propriamente dita, aos usuários nas diferentes ações de saúde desenvolvidas na comunidade.

## **4.2 Discussão**

Na UBS “Dr. Marcelo Cândia” na região norte de Macapá, foi desenvolvida uma intervenção com a intenção de melhorar a atenção à saúde de hipertensos e diabéticos maiores de 20 anos, realizou-se durante 12 semanas englobando as três equipes do PSF da área de abrangência da unidade.

Esta intervenção na UBS proporcionou a ampliação da cobertura de atenção aos hipertensos e diabéticos, duma prevalência estimada inicial de 11,8% para 34,7% considerando-se muito baixa ainda, mas um inegável avanço. Gerou-se, aliás

maior oferta no número de consultas médicas e de enfermagem, atendimento prioritário tanto na unidade, nos domicílios e nas ações de saúde realizadas na comunidade, além de uma melhora significativa na qualidade dos registros e da atenção aos hipertensos e diabéticos.

A intervenção permitiu a capacitação constante da equipe, seguindo as recomendações do Ministério de Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus. Esta atividade promoveu o trabalho integrado dos membros da equipe, onde cada profissional cumpriu de forma eficiente e responsável seu papel na intervenção. Percebemos que a participação da equipe nas conversas com os hipertensos e diabéticos se maximizou em nossas agendas, assim como a priorização da demanda espontânea, ainda bem a equipe passou a avaliar adequadamente o risco cardiovascular de todos os usuários portadores de HAS e DM, o que tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento, proporcionou também para a equipe maior integração com o NASF e sua participação foi importante nas atividades educativas, atendimento psicológico de alguns usuários, orientação nutricional dos diabéticos e hipertensos e a importante orientação sobre prática de atividade física regular.

O serviço tem recebido um grande benefício com este trabalho, pois antes do início desta intervenção, as consultas para usuários hipertensos e diabéticos eram ofertadas apenas em um dia da semana tornando-se bem difícil conseguir vagas por os usuários, pois não havia prioridade para estes usuários. Os atendimentos eram concentrados principalmente no médico, o que trazia, portanto, uma enorme limitação para adesão de novos usuários ao programa porque o número de atendimentos ficava limitado na hora de elaborar uma agenda. Além disso, o acolhimento à demanda espontânea, nestes casos, era restrito demais e ainda as consultas domiciliares e outras ações que se desenvolveram durante a intervenção, não tinham sido conseguidas com sucesso se não fosse o trabalho em equipe gerado por esta intervenção. A maioria dos usuários, embora recebessem o atendimento na UBS, não estavam cadastrados no Programa e os registros, em alguns casos, não existiam ou não tinham a qualidade requerida, a atividade educativa era fraca e as informações sobre o controle e acompanhamento destas doenças não era bom.

Na farmácia básica da unidade passou-se a realizar o pedido de medicamentos segundo as necessidades de consumo de cada usuário, assim se

evita o excesso de medicamentos desnecessários e a falta daqueles usados pelos hipertensos e diabéticos cadastrados na intervenção. Além disto, tem mantido o registro dos usuários, que retiram seus medicamentos na farmácia básica, sempre atualizados.

Desde o início da intervenção tivemos o cuidado de não diminuir a importância do atendimento a outras ações programáticas para não afetar os demais usuários e para não gerar insatisfações na comunidade e alcançando-se resultados muito positivos neste sentido porque foram garantidos os atendimentos de todos os usuários por qual fosse a queixa e conseguiu-se motivar a população para fazer pesquisa de morbidade oculta destas doenças.

Com a intervenção, a comunidade passou a ficar melhor informada sobre o Programa, os riscos que a HAS e a DM representam para a saúde e da existência dos medicamentos necessários para o controle destas doenças nas farmácias populares e das UBS. A comunidade junto aos hipertensos e diabéticos, mostra-se muito grata com o trabalho realizado, aliás ficou com a certeza de ter ganhado um grande avanço no acompanhamento das suas doenças e de ter garantido o pessoal devidamente capacitado para estes fins.

A população fica ciente de que o trabalho feito com esta parceria beneficia de modo geral a toda a comunidade e servirá para o melhoramento continuado e progressivo dos atendimentos e de qualidade de vida das pessoas.

Além destes avanços atingidos, existiram algumas dificuldades durante o desenvolvimento da intervenção que desde o início soube que iriam atrapalhar seu desenvolvimento. A primeira delas foi a falta de informação estatística na UBS tanto da população adstrita quanto prevalência de DCNT, inclusive com todo o trabalho feito dá para notar que apesar da ampliação da cobertura, existem muitos hipertensos sem cadastro, pois tornou-se bem difícil cobrir toda a área, ou seja fazer o trabalho com as equipes do PROVAB que tem outro sistema de trabalho e saem da nossa governabilidade. Dessa forma, se fosse iniciar a intervenção neste momento, eu faria de jeito individual por cada equipe e sistematizaria a realização da mesma em todas as equipes de forma individual para garantir ainda mais a qualidade, procurando que cada equipe tivesse a informação certa da população na área adstrita.

As ações da intervenção já estão incorporadas a rotina do serviço, tendo a certeza de que temos melhorado o estado de saúde dos usuários hipertensos e

diabéticos da área de abrangência. Continuaremos ampliando a cobertura com o rastreamento destes usuários, oferecendo à comunidade o atendimento pelos ACS, a enfermeira, a médica e demais serviços da UBS baseados sempre nos princípios de respeito mútuo e amor ao próximo.

A partir dos próximos meses pretende-se investir justamente na mencionada ampliação da cobertura dos usuários hipertensos e diabéticos da área como primeiro passo para melhorar a qualidade dos atendimentos e das outras ações programáticas como é o caso da atenção ao pré-natal e puerpério e atenção à pessoa idosa.

Finalizado estes três meses que durou a intervenção, percebe-se que os resultados obtidos foram favoráveis, amadurece-se sem dúvidas quanto ao manejo do programa, aprofundando nos conhecimentos e aprimorando toda atividade direcionada ao cumprimento exitoso do programa, pois temos condições de superar as dificuldades encontradas para continuar realizando todas as ações, com foco no melhoramento a qualidade da atenção prestada.

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

Prezados gestores,

Sou a doutora Dania Cisnero Marrero, intercambista do Programa Mais Médicos, que atua na ESF 042 na UBS Dr. “Marcelo Cândia”. Estamos fazendo o curso de Especialização em Saúde da Família e em conjunto com a equipe onde atuo como médica realizamos uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção de hipertensos e diabéticos maiores de 20 anos na UBS referida.

Durante 12 semanas, realizamos várias ações na unidade. Todo trabalho foi assessorado pela Universidade Federal de Pelotas, direcionando-o em quatro eixos temáticos principais: qualificação da prática clínica; monitoramento e avaliação das ações; engajamento público e a organização e gestão do serviço.

Depois de realizada a análise situacional da nossa área de abrangência onde encontrou-se sub-registro de informações sobre os usuários diabéticos e hipertensos e elevado número de atendimentos a hipertensos e/ou diabéticos descompensados nas consultas, às vezes em demanda espontânea, escolhemos como foco da intervenção as ações voltadas para os hipertensos e/ou diabéticos para assim contribuir com o efetivo cadastramento e atendimento destes usuários e com isso melhorar o funcionamento desta ação programática.

Iniciamos a intervenção com a capacitação de todos os profissionais segundo os protocolos do Ministério da Saúde. Todos os materiais necessários para cumprir com as ações propostas foram garantidos pela equipe e pela gestão.

Desde o início foram identificados e cadastrados os hipertensos e/ou diabéticos residentes na área de abrangência, ação que foi possível graças ao empenho dos profissionais da equipe, realizamos a busca ativa de faltosos com o auxílio dos ACS e atendimento clínico tanto na UBS quanto nos domicílios e outras áreas destinadas como igrejas, avaliando o risco do indivíduo para o

desenvolvimento de doenças cardiovasculares e solicitando os exames complementares correspondentes e também incentivando o uso dos medicamentos da farmácia popular. Quero salientar que toda ação foi desenvolvida sem afetar a marcha das outras ações programáticas desenvolvidas na unidade.

Além disto, se realizaram ações de saúde em várias áreas de atuação, com ótimos resultados e grande aceitação da população. Para estas atividades contou-se com a participação dos integrantes do NASF que apoiaram principalmente com as consultas da psicóloga e nutricionista, além da orientação de atividade física. Isso permitiu que todas as atividades de orientação e promoção da saúde assim como a prevenção de doenças, foram recebidas pelos 100% dos participantes na intervenção.

No decorrer da intervenção encontramos dificuldades que impediram que algumas ações fossem totalmente cumpridas, por exemplo, tínhamos proposto cadastrar 60% dos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência da UBS, no entanto, só conseguimos cadastrar 34,7% (332) dos hipertensos e 35,5% (98) dos diabéticos residentes na área, exemplo das dificuldades foram as fortes e rotineiras chuvas que limitaram o trabalho na área, o fato de tentar desenvolver a intervenção abarcando toda a população adstrita à UBS, o que tornou-se bem difícil ao ter duas ESF, pois saem da nossa governabilidade e isso atrapalha o acompanhamento destes usuários por parte dos profissionais da única equipe envolvida na intervenção, além da redução do tempo da intervenção que mudou de 16 para 12 semanas. Outra dificuldade foi à falta de laboratório na unidade que limitou a realização dos exames complementares em dia. Nossa proposta era que 100% dos usuários realizassem seus exames, e conseguimos garantir que 94,9% (315) dos hipertensos e 98,0% (96) dos diabéticos fizessem, mesmo sem laboratório na UBS. Outra dificuldade foi à proporção de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HiperDia priorizada, mas depois de iniciada a intervenção temos observado grande melhora no abastecimento da farmácia da unidade.

Diante das dificuldades apresentadas, as quais temos certeza de que serão resolvidas daqui para frente, a comunidade tem se mostrado muito agradecida com as atividades em grupo, com as práticas de exercícios físicos e todas as atividades participativas e de prestação de serviços que conseguimos desenvolver e isso significou um ganho de confiança da população para com a equipe, o que garante

um melhor acompanhamento destas doenças segundo os protocolos estabelecidos pelo Ministério de Saúde para o cumprimento desta ação programática. Tudo isto deixa a equipe muito satisfeita e convencida de que é preciso manter estas ações na unidade. Acho justo sinalizar que neste processo foi muito importante a participação dos gestores garantindo os materiais e condições necessárias, que estavam fora da nossa governabilidade. Acredito que este apoio será mantido, tendo em conta que a intervenção não acaba aqui, precisaremos trabalhar para conseguirmos atingir as metas propostas, ampliar as ações para outras áreas programáticas e melhorar a qualidade da assistência prestada na unidade.

Neste relatório resumi as principais dificuldades que encontramos no transcurso da intervenção, com a finalidade de resolvê-las com o trabalho do dia a dia e continuar aprimorando aquelas que deram sucesso para atingir nosso principal objetivo que foi prestar o atendimento de qualidade para os usuários do programa HiperDia.



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

Prezados usuários,

Este relatório será referenciado para os senhores e senhoras, queridos usuários, familiares e comunidade da UBS, em que iremos relatar como foi desenvolvida a intervenção, feita com o objetivo de melhorar o atendimento dos hipertensos e diabéticos residentes na nossa área, ou seja, da população que pertence à UBS “Marcelo Cândia” e que foi desenvolvida pela equipe 042 onde nós atuamos, aqui na região norte de Macapá/AP. A intervenção ocorreu num período de 12 semanas em que foi desenvolvida pela médica do Programa Mais Médicos (neste caso eu), junto com a equipe de saúde da família que vocês já conhecem, pois felizmente tem trabalhado com vocês há sete anos.

Nossa unidade atende uma população aproximada de 11.700 habitantes, e tinha uma estimativa de 769 usuários hipertensos e 176 diabéticos, antes da intervenção tínhamos certeza que poucos usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes estavam cadastrados na unidade, além disso, seu acompanhamento não era contínuo, até porque havia baixa adesão ao programa e muitos não conseguiam realizar os exames complementares solicitados nem receber os medicamentos nas farmácias da rede pública, provocando descompensação, pois alguns não tinham a possibilidade de comprar as medicações ou não recebiam as orientações diretas de como controlar e evitar complicações e fatores de risco dessas doenças. Diante disso, buscamos melhorar a atenção aos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus da nossa área de abrangência, estabelecendo algumas ações a serem realizadas por toda equipe, durante esses três meses.

Primeiramente a equipe de saúde foi capacitada segundo os protocolos do Ministério da Saúde, organizou visitas domiciliares aos usuários que não podiam comparecer à unidade ou para aqueles que haviam faltado à consulta agendada, realizou atividades educativas na comunidade para informar sobre a importância de

adoção de hábitos saudáveis, identificou e cadastrou hipertensos e diabéticos, com o empenho dos ACS, realizou atendimento clínico, buscando conhecer o risco cardiovascular de cada usuário e prescrever exames e medicamentos necessários. Todas estas ações foram monitoradas semanalmente e contou com a colaboração dos profissionais do NASF e da equipe de saúde bucal, pretendemos que essas parcerias fiquem como rotina de trabalho para garantir uma boa qualidade de vida em todos os usuários.

Existiram dificuldades que impediram que algumas ações fossem cumpridas totalmente, por exemplo, não conseguimos cadastrar o 60% dos hipertensos e/ou diabéticos da área, (conseguiu-se cadastrar 34,7% dos hipertensos e 35,5% dos diabéticos), este indicador ficou muito baixo principalmente pelas dificuldades com o clima devido as fortes chuvas que impossibilitou um pouco o trabalho na área e também o tempo da intervenção que foi reduzido em 12 semanas. Outra dificuldade foi a falta de laboratório na unidade, que dificultou a realização dos exames complementares correspondentes dos usuários, tínhamos proposto a realização de 100% desses exames para os hipertensos e diabéticos atendidos na UBS e atingiu-se o 94,9% e 98,0%, respectivamente. Um indicador que não foi cumprido, mas se aproximou do proposto foi a proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HiperDia priorizada, neste caso conseguiu-se alcançar 94% dos hipertensos e 93,8% dos diabéticos, mesmo que tenha melhorado o abastecimento desses medicamentos na farmácia da unidade de saúde.

Ao terminar a intervenção evidenciamos que o objetivo inicial proposto de melhorar a atenção aos usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes foi cumprido. Tivemos maior adesão dos usuários ao programa e ao tratamento, o que resultou no melhor controle das cifras de pressão arterial, nos hipertensos e de glicemia, nos diabéticos. Não foi possível atingir todas as metas propostas, pois enfrentamos algumas dificuldades que com o empenho dos profissionais da equipe e a valiosa cooperação da comunidade, foram ficando resolvidas no transcurso da intervenção e passarão a ser rotina de trabalho mesmo.

A participação da comunidade foi muito importante para o desenvolvimento da intervenção, principalmente na ajuda para encontrar os faltosos às consultas e nos permitindo usar locais da comunidade para realizar nossas atividades, por isso gostaria de chamar toda a comunidade para continuar nos apoiando nestas atividades, que vão continuar acontecendo, pois sem a participação de vocês não é

possível realizar. Temos certeza que com a cooperação de vocês, será possível atingir as metas estabelecidas inicialmente e continuar melhorando seu estado de saúde e a qualidade de vida de todos.

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

Ao assinar o contrato para trabalhar no programa Mais Médicos para o Brasil, sempre tive muitas expectativas, pois ia conhecer um sistema de saúde em alguma medida diferente ao que conhecia, porém sempre soube que atuaria na atenção primária de saúde, onde tinha sido formada há mais de 20 anos. Desde o início do curso percebi que poderia adquirir um conjunto de conhecimentos básicos sobre saúde da família, desenvolvida de um jeito similar, mas não exatamente igual a aquilo que estava acostumada, ou seja, o fato de ter saúde pública e setor privado. Mesmo assim sempre tive clareza de qual era meu primeiro e principal objetivo que era contribuir na melhoria do estado de saúde da população mais carente do Brasil e de fato faria qualquer coisa que me permitisse consegui-lo. Foi assim que comecei o curso de Especialização em Saúde da Família, pois tinha a certeza que a troca de conhecimentos e experiências com profissionais de várias regiões do país, além dos orientadores do curso, cuja ajuda tem sido indispensável, seria um grande avanço para desenvolver o meu trabalho. O projeto pedagógico, com diretrizes bem definidas seria uma arma muito eficaz para combater os principais problemas de saúde da comunidade e melhorar os indicadores de saúde na população.

Inicialmente foram identificados uma série de problemas na estrutura, no processo de trabalho que na verdade achei que seria bem difícil de solucionar, além disso, a equipe tinha quase 6 anos de trabalho e não tinha uma união, que seria importante para atingir os objetivos da estratégia. A cada semana eram novos e maiores desafios, mas procurei a ajuda dos profissionais da equipe, dos meus colegas do curso mesmo ficando longe, da orientadora que felizmente foi a mesma desde o início e tem se comportado de um jeito muito especial, assim pouco a pouco foram aparecendo soluções para resolver as dificuldades apresentadas.

A equipe começou a funcionar como uma verdadeira equipe, articulada, unida e assim com os conhecimentos adquiridos nas práticas clínicas, nos materiais fornecidos pelo curso e nas trocas de experiências com os demais colegas, hoje o trabalho está bem organizado, cada um conhece as suas responsabilidades e conseguimos levar saúde para a população da área adstrita para um plano superior, com maior número de pessoas devidamente cadastradas e seu acompanhamento certo e desse jeito solucionar as maiores deficiências detectadas na Análise Situacional da área.

Através deste curso foi possível conhecer os principais problemas do Sistema Único de Saúde que até o momento, eram quase desconhecidas para mim. Além disso, permitiu identificar as deficiências que existiam na UBS e a importância de desenvolver uma atenção integral, possibilitando um acesso universal e contínuo aos serviços de saúde de qualidade. Também a importância de manter relações de confiança e afetividade com os usuários e garantir a sua participação social e comunitária no cuidado da sua saúde, da saúde da família e da comunidade. Além disso, é importante destacar a participação da equipe na organização dos serviços de saúde da área de abrangência, assim como o aumento da vigilância em saúde, garantindo as ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, principais funções da atenção básica, assim como o diagnóstico, tratamento e reabilitação, para ofertar uma atenção integral de qualidade à população que é o nosso compromisso.

Os aprendizados mais relevantes deste curso foram os conhecimentos sobre o Sistema Único de Saúde, seus princípios de integralidade, equidade e universalidade e como evidenciam-se no nosso dia a dia. Além disso, como estes princípios podem ser implementados para que todos os cidadãos brasileiros tenham acesso a eles. Ainda falta muito caminho pela frente, mas tenho a certeza de que com os conhecimentos e experiências adquiridas neste curso, a cada dia o nosso trabalho será aprimorado para garantir uma atenção à saúde com mais qualidade, conseguindo assim melhorar os indicadores de saúde da comunidade, de Macapá e do país.

## Referências

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de atenção básica. Caderno de Atenção Básica No 15-Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília, 2013.p.1

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de atenção básica. Caderno de Atenção Básica No 36-Diabetes Mellitus. Brasília, 2013. p.27

Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Revista Brasileira de hipertensão v.17, n.1, jan. /mar. 2010.

## **Anexos**

## Anexo A - Documento do comitê de ética



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

---

OF. 15/12  
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>  
Pro<sup>a</sup> Ana Cláudia Gestal Fassa

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

Prezada Pesquisadora;

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

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





