

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



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção à Saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica  
e/ou Diabetes Mellitus, UBS José Fadul, Xapuri/Acre**

**Ivis Pi Proenza**

**Pelotas, 2015**

**Ivis Pi Proenza**

**Melhoria da Atenção à Saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica  
e/ou Diabetes Mellitus, UBS José Fadul, Xapuri/Acre**

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

Orientador: Leandro Leitzke Thurow

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

P964m Proenza, Ivis Pi

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, UBS José Fadul, Xapuri/Acre / Ivis Pi Proenza; Leandro Leitzke Thurow, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

90 f. : il.

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

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

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedicado este trabalho para os que  
receberam algum benefício para sua saúde.

## **Agradecimentos**

A minha família e meu marido pela sua contribuição, devoção e respeito.

A meu orientador pela sua coragem de nos educar com tanta abnegação, justiça e carinho.

A Equipe de Saúde da UBS José Fadul pela aprovação e apoio do projeto.

A Secretaria Municipal de Saúde e Prefeitura de Xapuri pela confiança depositada e ajuda.

Ao Programa Mais Médico por me colocar diante um desafio e proporcionar a oportunidade de mudar a situação de saúde das populações brasileiras, mas carentes.

Ao Dr. Pablo pelo apoio incondicional e respeito demonstrado.

A todos que de alguma maneira contribuíram para a realização de este trabalho.

## Resumo

PROENZA, Ivis Pi. **Melhoria da Atenção à Saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, UBS José Fadul, Xapuri/Acre.** 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.

As doenças crônicas não transmissíveis, seus danos em órgãos-alvo e complicações mais frequentes são os motivos de consultas mais frequentes nas Unidades Básicas de Saúde. O Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) encontram-se entre as de maior prevalência na nossa população, e são responsáveis pelas primeiras causas de morbimortalidades e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde, e também são fatores de risco para outras doenças. Este trabalho relata sobre a intervenção que foi executada pela Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde José Fadul, em Xapuri, Acre, com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM. Para isso, desenvolvemos ações em quatro eixos pedagógicos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. O projeto foi desenvolvido em 12 semanas. Durante a execução ocorreram encontros semanais de grupos de hipertensos e diabéticos, formados por micro áreas, melhora do acolhimento aos usuários, visitas domiciliares, seguidos de consultas periódicas, controle das doenças e dispensação da medicação. Conseguimos que 338 hipertensos participassem da ação programática alcançando ao final da intervenção uma cobertura na área adstrita de 66,7%, também participaram 85 diabéticos com uma cobertura de 68%. Todos os usuários receberam trabalhos em grupos para ação educativa garantindo orientação nutricional sobre alimentação saudável, higiene bucal, prática regular de atividade física e os riscos do tabagismo, seguimento regular com registro em ficha de acompanhamento, garantindo exame clínico apropriado, realização da estratificação do risco cardiovascular segundo o escore de Framingham, atendimento a intercorrências e prescrição de medicamentos da Farmácia Popular. A proporção de diabéticos e hipertensos que realizaram a avaliação da necessidade de atendimento odontológico atingiu apenas 55,3%. Da mesma forma, a proporção de hipertensos e diabéticos que conseguiram realizar os exames complementares em dia de acordo com o protocolo foi de 41,1% e 43,5%, respectivamente. As ações da intervenção já estão inseridas na rotina do serviço e unificou o trabalho de toda a equipe, acrescentando a participação significativa dos profissionais, ampliando a vinculação com a comunidade, com um impacto positivo sobre esta. Superou as expectativas na assistência e participação ativa do público alvo, demonstrando satisfação pela atenção a eles dispensada, e oportunizou enfrentar novos desafios começando novos projetos de intervenção na Atenção Primária à Saúde.

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

## Lista de Figuras

Figura 1	Distribuição da população por sexo e faixa etária da UBS José Fadul, Xapuri, AC 2014.	14
Figura 2	Comparativo entre os dados do Caderno de Ações Programáticas e os dados obtidos no Sistema de Informação da Atenção Básica, referente à UBS José Fadul, Xapuri/AC.	15
Figura 3	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS José Fadul, Xapuri/Acre, 2015.	65
Figura 4	Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS José Fadul, Xapuri/Acre, 2015.	66
Figura 5	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS José Fadul, Xapuri/Acre, 2015.	67
Figura 6	Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS José Fadul, Xapuri/Acre, 2015.	68
Figura 7	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS José Fadul, Xapuri/Acre, 2015.	69
Figura 8	Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS José Fadul, Xapuri/Acre, 2015.	70
Figura 9	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS José Fadul, Xapuri/Acre, 2015.	71
Figura 10	Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS José Fadul, Xapuri/Acre, 2015.	71

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

ACS	Agente Comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária de Saúde
CAB	Caderno de Atenção Básica
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DM	Diabetes Mellitus
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IMC	Índice de Massa Corpórea
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISPRENATAL	Sistema de Informação do Pré-natal
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade básica de saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas

## Sumário

Apresentação .....	8
1 Análise Situacional .....	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	9
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	23
2 Análise Estratégica.....	24
2.1 Justificativa.....	24
2.2 Objetivos e metas.....	25
2.2.1 Objetivo geral.....	25
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	26
2.3 Metodologia .....	27
2.3.1 Detalhamento das ações.....	27
2.3.2 Indicadores.....	44
2.3.3 Logística.....	50
2.3.4 Cronograma.....	56
3 Relatório da Intervenção .....	60
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	60
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	63
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	63
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	63
4 Avaliação da intervenção .....	64
4.1 Resultados .....	64
4.2 Discussão .....	75
5 Relatório da intervenção para gestores .....	77
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	80
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem .....	82
Referências .....	84
Anexos .....	85

## **Apresentação**

O volume trata do Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família, ofertado pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel), que aborda a realização de uma intervenção para melhorar a atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde (UBS) José Fadul, do município de Xapuri/AC num período de três meses do ano de 2015. Está composto por sete capítulos. O capítulo 1 traz a Análise Situacional, onde abordamos a situação da UBS e do nosso serviço. O capítulo 2 trata da Análise Estratégica, onde apresentamos o projeto de intervenção a ser realizado para melhorar a situação da Estratégia de Saúde da Família em nosso serviço. O capítulo 3 consiste no Relatório de intervenção, onde relatamos como foi implementado o projeto de intervenção na UBS. O capítulo 4 expõe os resultados alcançados com a intervenção. Os capítulos 5 e 6 apresentam o Relatório para gestores e o Relatório para a comunidade, respectivamente. E o capítulo 7 aborda a Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem durante a intervenção. Ao final seguem as referências e anexos utilizados.

## **1 Análise Situacional**

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

A UBS José Fadul, na qual atuo, está situada no Município de Xapuri, estado do Acre. Conta com 1.453 famílias cadastradas até o momento e uma população estimada em 3.332 pessoas. Consta como recursos humanos da unidade um médico, um odontólogo, uma enfermeira, três técnicos em enfermagem, um auxiliar de saúde bucal, nove agentes comunitários de saúde (ACS), um recepcionista e um auxiliar geral.

Nossa equipe está completa, existe boa relação, as ações de saúde são planejadas dando atendimentos aos programas de atenção básica. Toda segunda-feira na sessão da manhã atendemos a saúde da mulher, nas quartas, a saúde da criança, nas tardes de terça e sexta fazemos visitas às famílias de nossa área de abrangência, com a nova iniciativa de levar o atendimento e a implementação dos programas na comunidade. Conspira contra isto a alta demanda espontânea que temos diariamente.

Trabalhamos em uma UBS recém-reformada e com ótimas condições estruturais, faço atendimento numa sala confortável. Os demais ambientes são a recepção, sala de vacinação, consultório odontológico, sala de enfermagem, curativo, nebulização, copa, sala de espera, banheiros e sala dos ACS.

Em nosso município contamos com um hospital para o atendimento das urgências.

No dia a dia encontramos muitos usuários portadores de doenças crônicas descompensadas, pela não adesão ao tratamento ou pelo desconhecimento de que tem a doença. Constitui problema comum também as doenças sexualmente transmissíveis como a Hepatite B e a Síndrome de Fluxo Vaginal, originado pelas relações sexuais sem proteção. O tratamento imposto na Síndrome de Fluxo Vaginal

quase sempre tem que atender apenas aos dados coletados no interrogatório e pelo exame físico, pelo fato de não termos acesso a serviço de microbiologia. Nos poucos casos em que foi possível realizá-lo, o atraso na chegada do resultado inviabilizou o tratamento adequado, uma vez que as características clínicas do caso já não eram as mesmas.

Algumas dificuldades atrapalham o bom desenvolvimento dos programas e acabam dificultando a melhoria da situação de saúde da população. Temos ausência de especialidades básicas, os usuários precisam ser encaminhados para a Capital do estado, até para ter acompanhamento pelo ginecologista, às vezes demorando meses. O município não dispõe de todos os exames de rotina, faltam algumas linhas essenciais de medicamentos como as vitaminas injetáveis, medicamentos para as doenças psiquiátricas entre outros.

Estamos envolvidos no resgate da puericultura, pois não se trabalhava nessa importante área. Estabelecemos a captação dos recém-nascidos na hora que chegam à unidade para a triagem neonatal, e, temos alcançado bons resultados porque a mãe entende desde o primeiro contato a importância do acompanhamento da criança no momento que ela não fica doente, mas com o supremo objetivo que se mantenha uma boa condição de saúde. Infelizmente nem sempre voltam na data agendada. Além de tudo isso, a equipe está comprometida com a correta implantação dos protocolos e estratégias da Atenção Primária de Saúde (APS) estabelecida pelo Ministério da Saúde (MS).

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

O município de Xapuri-AC surgiu, no ano de 1883, num local estratégico na confluência do rio Xapuri com o rio Acre. A localidade tornou-se um dos principais entrepostos comerciais do Acre no Ciclo da Borracha. Durante o período da Revolução Acreana, Xapuri foi ocupada por autoridades bolivianas que passaram a chamá-la de Mariscal Sucre. Em seis de agosto de 1903, as tropas do Coronel Plácido de Castro tomaram o povoado marcando o início da última vitoriosa etapa da Revolução Acreana, que culminou com a Anexação do Acre ao Brasil. Seu nome deriva da tribo indígena dos Xapurys. Na década de 1980 a cidade também foi palco do movimento de resistência dos seringueiros em defesa dos seringais nativos da

região. O principal líder desse movimento, cuja luta culminou na criação das reservas extrativistas, foi o sindicalista xapuriense Chico Mendes. Sua economia é basicamente voltada para o setor primário e a pecuária, destacando-se o extrativismo vegetal. A borracha e a castanha ainda são os principais produtos do município. Limita ao norte com o município de Rio Branco, ao sul com o município de Epitaciolândia, ao leste com o município de Capixaba, a oeste com o município de Sena Madureira e a sudoeste com o município de Brasileia. Atualmente a cidade vive uma tendência para a industrialização de produtos da floresta (borracha, castanha e madeira). Em 2008 foi criada na cidade a primeira fábrica de preservativos naturais do planeta, a Natex, que utiliza a borracha natural retirada das reservas extrativistas da região para a fabricação dos preservativos. Há incidência também de gipsita, matéria prima do gesso e do giz. Fundada há 110 anos, Xapuri é conhecida como a "Princesinha do Acre".

O município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Baixo, com uma população estimada de 17.608 habitantes para o ano de 2015, e ocupa uma área territorial 5.347,446 km<sup>2</sup>, (IBGE, 2010).

Registram-se um total de 10 estabelecimentos de saúde, nove estabelecimentos públicos e um estabelecimento privado. O número de UBS são cinco, todas elas com Estratégia de Saúde da família (ESF), não dispõem de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), tampouco de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Três estabelecimentos de saúde oferecem atendimento ambulatorial odontológico com dentista. Há um pequeno Hospital Municipal com gerência Estadual, disponibiliza 28 leitos para internação e presta serviço de emergência. Este estabelecimento conta com um equipamento de Raios-X de 100 a 500MA. Para realizar exames complementares, há um laboratório clínico que não faz exame de hematologia nem química sanguínea há muitos meses. O município não disponibiliza atendimento médico em especialidades básicas nem outro tipo de atendimento ambulatorial em outras especialidades médicas. Essas são acessadas através da Secretaria de Saúde que faz a regulação para hospitais da capital estadual com um tempo médio mínimo de seis meses entre o encaminhamento e o atendimento.

A nossa UBS localiza-se na Rua Petrônio Rodriguez no Bairro Pantanal deste município, região urbanística, seu nome é José Fadul, vincula-se com o Sistema Único de Saúde (SUS) por ser uma dependência da Prefeitura, não existe vínculo

com as instituições de ensino, o modelo de atenção é a ESF, tem uma equipe de saúde apenas, que é composta por um médico, um odontólogo, uma enfermeira, três técnicos em enfermagem uma auxiliar em saúde bucal, nove ACS, um recepcionista e um auxiliar geral.

Nossa equipe está completa, mas dois ACS não trabalham há muito tempo, o que traduz micro áreas descobertas. A médica é especialista em Medicina Geral Integral, profissional cubana que chegou ao Brasil pelo Programa "Mais Médicos"; a enfermeira e coordenadora da UBS é uma profissional competente, assim como o dentista. A grande maioria das ACS são formadas como técnicas de enfermagem, com vários anos de experiência na atenção básica. Existe uma boa relação entre todos. As ações de saúde são planejadas dando atendimentos aos programas de atenção básica estabelecida pelo MS. Toda segunda-feira na sessão da manhã atendemos a saúde da mulher, oferecendo pré-natal, nas quartas, a saúde da criança, as tardes de terça e sextas fazemos visitas às famílias de nossa área de abrangência, com a nova iniciativa de levar o atendimento e a implementação de outros programas na comunidade. Conspira contra isto a alta demanda espontânea diária. Com a chegada dos profissionais do Programa "Mais Médicos" abrimos as portas para o trabalho comunitário e em equipe, descentralizando as ações. Mas ainda temos uma equipe desconfiada e que reclama muito por não contar com o apoio da gestão municipal de saúde, o que traz a não constituição de trabalho em equipe. Identificamos engajamento parcial entre os membros, não todos trabalham a tarefa com o mesmo compromisso, alguns oferecem resistência às mudanças, limitando-se o desenvolvimento das ações planejadas, e o avanço dos projetos e a visão de medicina preventiva e educativa que envolve a comunidade como objeto social da atenção básica.

A UBS oferece atendimento há 11 anos, e recentemente foi reformado com ótimas condições estruturais. Faço atendimento numa sala confortável, os demais ambientes são sala de recepção, sala de vacinação, consultório odontológico, sala de enfermagem, curativo, nebulização, copa, sala de espera, banheiros e sala dos ACS.

Na avaliação dos ambientes que compõem a unidade começamos descrevendo que contamos com uma recepção e arquivo de prontuários, eles são arquivados por ordem individual e alfabética e não por família como preconizado. Nas três salas de espera acomodam-se mais ou menos umas 45 pessoas. Na lista

de dificuldades e carências está a ausência de farmácia porque essa ação realiza-se de forma centralizada no município. Foi construída área para esterilização, mas não é utilizada porque ainda faltam alguns dos componentes. Não se cumpre com o fluxo de trabalho em linha, e nem com o tratamento dos diferentes tipos de lixo, não temos expurgo, o depósito de lixo não tem a segurança requerida, e todos os tipos de lixo tem um mesmo destino final após recolhimento semanal pelo pessoal da Prefeitura, isto coloca em risco a contaminação da saúde individual e do meio ambiente.

Quanto ao equipamento médico e não médico, temos o mínimo requerido. Apenas uma luminária auxiliar para o exame ginecológico; instalações elétricas deficientes que limitam o atendimento odontológico; os Raios-X do dentista ainda não foram instalados; o equipamento médico é calibrado uma vez ao ano e a reposição de material de consumo é insatisfatória, assim como o sistema de manutenção.

A edificação é ventilada, iluminada, os espaços são sinalizados segundo as normas internacionais de acesso, este último adequa-se as pessoas portadoras de deficiências que também dispõem de um banheiro apropriado. A presença na unidade de degraus constitui barreiras arquitetônicas que dificultam o acesso de pessoas idosas, mobilidade reduzida ou deficiente em alguns locais como a sala de odontologia, consultório médico, nebulização e outros, considerando que esta região da unidade não é adequada a este grupo populacional, por contribuir na limitação da sua movimentação com segurança. A unidade não tem rampas alternativas, nem corrimãos nos corredores, não dispõe de cadeira de rodas. Estas dificuldades de recursos, insumos e infraestrutura naturalmente atentam contra os bons resultados da assistência médica. A nossa opinião é que não é a única causa, pois se pode fazer muito com poucos recursos, mas se precisa utilizá-los com uma melhor organização em função dos processos de atenção oferecida aos usuários. Positivo é identificar indivíduos e famílias de risco, usuários com doenças crônicas não transmissíveis e as transmissíveis, participarem do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe. Como pendência tem a confecção do mapa geral da unidade. Realizamos busca ativa dos usuários faltosos, fundamentalmente das gestantes e lactantes. Esta gama de ações faz com que cuidemos da saúde da população no domicílio, também identificando parceiros e recursos na comunidade, potencializando as ações com a equipe. Na oportunidade

de trabalhar com os principais grupos no bairro não se cumpre com a atualização e o cadastramento das famílias e dos indivíduos o qual impede utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território. Isso ocorre pelo fato de que na hora do planejamento priorizamos as situações que precisamos conhecer motivados por alguma incógnita de um processo epidemiológico, tarefa da especialização ou interesses do coletivo, mas não é baseada na problemática real que precisa ser acompanhada no planejamento local. Nem todos os membros da equipe participam do acolhimento dos usuários, não se acompanham, nem avaliamos sistematicamente as ações implementadas, a equipe não garante a existência qualificada de registro das atividades no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB); o trabalho não é desenvolvido com enfoque interdisciplinar integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações.

Tentamos redirecionar o modelo de atenção básica aplicado, negociamos práticas transformadoras sobre o que é feito até o momento, exigindo dos protagonistas o cumprimento do estabelecido nas suas atribuições, envolvendo os gestores municipais para que cumpram com as diretrizes da portaria nº. 2.488 de 21 de outubro de 2011 dando caráter universal, humano, equitativo com participação social, resultando em uma atenção integral que mude a situação de saúde da nossa população.

A equipe oferece cuidados de saúde a 1.453 famílias cadastradas e uma população estimada em 3.332 pessoas descritas na tabela e gráfico a seguir. O sexo feminino predomina, seguindo o mesmo comportamento da população brasileira (Figura 1).

Sexo	Faixa etarea										Total
	<1	1ª4	5ª6	7ª9	10ª14	15ª19	20ª39	40ª49	50ª59	>60	
Masc	2	42	53	104	160	182	511	176	134	216	1.580
Femen	1	67	49	90	151	199	546	235	156	258	1.752
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>109</b>	<b>102</b>	<b>194</b>	<b>311</b>	<b>381</b>	<b>1.057</b>	<b>411</b>	<b>290</b>	<b>474</b>	<b>3.332</b>

Figura 1. Distribuição da população por sexo e faixa etária da UBS José Fadul, Xapuri, AC 2014.

Fazendo comparação entre os dados estimados de acordo com o Caderno de Ações Programáticas (CAP) e os dados oferecidos pelo SIAB do município, obtemos o quadro a seguir (Figura 2).

Aspectos	CAP	SIAB	Comentário
Mulheres em idade fértil (10-49 anos)	1094	1131	
Mulheres entre 25 e 64 anos	702	1195	Os dados do município não contemplam faixa que começa nos 25 anos, são 20 a 39, 40 a 49, 50 a 59 e > 60 anos. O número é o resultado da soma dessas faixas.
Mulheres entre 50 e 69 anos	167	414	A faixa é 50 a 59 e > 60 anos.
Gestantes na área - 1,5% da população total	49.98	12	Não representa 1,5% da população, porém o dado não é confiável porque temos áreas descobertas. Neste momento na realidade acompanhamos 45 grávidas.
Menores de 1 ano	6	35	Não foi possível tomar o dado real nem pelos registros de vacinação nem pelos resultados oferecidos pelos ACS.
Menores de 5 anos	132	112	
Pessoas de 5 a 14 anos	772	607	
Pessoas de 15 a 59 anos	1997	1083	
Pessoas com 60 anos ou mais	214	474	Chama a atenção a diferença extrema destes dados.
Pessoas entre 20 e 59 anos	1647	702	
Pessoas com 20 anos ou mais	1861	1176	
Pessoas com 20 anos ou mais com Hipertensão	586	277	Os dados ficam sub-registrados e a informação oferecida pelos ACS não é confiável.
Pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes	167	52	Os dados ficam sub-registrados e a informação oferecida pelos ACS não é confiável.

Figura 2. Comparativo entre os dados do Caderno de Ações Programáticas e os dados obtidos no Sistema de Informação da Atenção Básica, referente à UBS José Fadul, Xapuri/AC.

Olhando estes dados concluímos que os cálculos feitos pelo CAP distam da realidade porque os denominadores obtidos diferem dos dados manejados pelo município e os ACS. Os possíveis motivos podem estar na desatualização do SIAB municipal, que aguarda mudanças, falta de registros e controles dos diferentes

programas e ações na unidade, áreas em desenvolvimento, micro áreas descobertas por ACS e o último cadastramento incompleto e desatualizado. A solução seria recadastrar a população adstrita com esforço e trabalho da equipe toda, que por enquanto ficará como proposta até que seja implantado o novo sistema de análises de coleta de dados estatísticos no município.

A estrutura da unidade e a composição da equipe estabelecida para este número de população foi implantada sem análise da situação de saúde da área, portanto não se tem dados da funcionalidade das famílias, e não se conhece profundamente as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território.

A forma de organização da unidade em relação à atenção a demanda espontânea não cumpre com os princípios do SUS, o que faz dificultar o acolhimento na unidade. Identificamos problemas em como realizamos o processo, oferecemos aos usuários uma cota de “consultas do dia”, limitadas, porque é maior o número de pessoas para consultar que os profissionais conseguem atender. Em um dia o médico realizou atendimento mínimo de 37 usuários, mas a realidade é que alguns usuários não são atendidos, o princípio da equidade não se cumpre. Como medida paliativa deixamos estabelecido como premissas que as pessoas que moram longe, as de áreas rurais e as doenças agudas têm prioridade para o atendimento na hora, ficando com o médico a decisão a tomar com aqueles que procuram a unidade depois de organizado o trabalho.

Até agora conseguimos agenda programada para grupos específicos como gestantes, puericultura, idosos, diabéticos e hipertensos. No caso dos hipertensos e diabéticos a atenção é desenvolvida na comunidade, oferecendo consultas e diferentes temas de educação em saúde, para não atrapalhar a atenção à demanda espontânea, que é excessiva tanto da população adstrita como de outra área. Esse é outro do problema que dificulta o atendimento, assistem um número importante de usuários fora de área e o município tem uma porcentagem elevada da população na área rural que temos que atender na hora que procuram o serviço.

Outro problema identificado é que não existe uma equipe de acolhimento. Na nossa realidade temos o Acolhimento Coletivo. Todos os membros deveriam estar engajados, temos que conseguir que cada um participe do processo, pois a implantação do acolhimento não se dá apenas com a vontade de um ator. A acessibilidade ao serviço de saúde é um dos fatores primordiais para oferecer

atenção de qualidade. Para esta conquista teremos que derrubar muitas barreiras étnicas, culturais e políticas.

Antes da chegada do programa "Mais Médicos" no município não eram oferecidas consultas de puericultura. Nossa unidade não escapa desta realidade, e o objetivo da equipe é implementar o que tem que ser feito, por isso planejamos as ações para trabalhar o programa Saúde da Criança. Toda quarta-feira reservamos o espaço para acompanhar o programa, mas ainda não foi alcançado o objetivo. Falta divulgação, compromisso da equipe com a tarefa. Caracteriza-se a atenção da saúde da criança de muito precária na nossa unidade considerando que só recebe ações de saúde 39% das supostas 66 crianças que estima o CAP para o total da população cadastrada. A unidade não tem um registro específico da atenção à saúde da criança, por isso não dá para confiar no dado de ter só 26 crianças menores de um ano. Seis deles estão com consultas de puericultura em dia. Vale ressaltar que algumas famílias com maior renda econômica levam seus filhos em pediatras em outros municípios, já que o nosso carece desta especialidade. Resumindo, a maioria só procura o serviço quando ficam doentes.

Até agora trabalhamos para mudar esta realidade e ter êxitos desde o pré-natal, informando desde a captação da gestante que ela deve procurar a unidade na primeira semana a pós o parto. Nessa hora captamos a puérpera e o recém-nascido. Alcançamos 88% neste indicador, fazemos o teste de pezinho com sete dias de vida em todas as crianças menores de um ano acompanhadas. Um indicador que tem resultado negativo é o da triagem auditiva, que não é realizada. Uma coisa muito boa é que 100% recebe orientação para o aleitamento materno exclusivo desde a gestação, mas na prática encontramos alguns com aleitamento misto. Quanto à vacinação observamos disciplina com o cumprimento em dia do esquema. A técnica de enfermagem responsável pela atividade não pode oferecer para nós o dado real de crianças que tomam vacinas na nossa unidade, porque existe um percentual delas que moram fora da área de abrangência, como alguns dos nossos recebem esta ação em outros serviços e não conta com a ficha espelho, portanto o dado não é exato.

Por enquanto toda criança menor de um ano que consulta por problemas de saúde aproveitamos e avaliamos seu desenvolvimento, verificamos a atualização do esquema de vacinação, observamos sua caderneta anotando nela os dados mais importantes.

Desse jeito todos os meses informamos o número de puericulturas realizadas na nossa produção, a grande maioria não planejadas. Também aproveitamos para trabalhar o programa na comunidade em campanhas de vacinação e jornadas de pesagem aos que recebem bolsa família, as ações de visita às famílias planejadas para o mês de setembro e dedicadas a trabalhar o programa na mesma casa onde divulgamos os serviços e oferecemos consultas de puericultura, realizando o registro adequado.

Com a integração de um médico, a equipe fortalece as ações de atenção as gestantes, pois antes quase todos os pré-natais eram acompanhados apenas pelas enfermeiras. A UBS estabeleceu atenção compartilhada, alternando os controles de forma agendada, alcançamos adesão e disciplina na assistência. Toda segunda-feira pela manhã trabalhamos com as grávidas. Aproveitamos a sala de espera para oferecer-lhes temas de educação afins, enfocando na importância do pré-natal. Além deste planejamento, a UBS realiza atenção pré-natal nos dois turnos de trabalho todos os dias da semana, para os problemas de saúde agudos, na hora que elas chegam tem prioridade. A mulher que consulta com diagnóstico confirmado de gestação, é captada na hora, desta forma diminuimos as captações depois das 12 semanas, fenômeno muito frequente, sobretudo nas adolescentes que ocultam sua amenorreia, estes são dois dos problemas que olhamos no dia a dia.

Desde a captação da gestação falamos da importância da consulta de puerpério na primeira semana pós-parto e é normal que toda mulher que procure a unidade solicitando triagem neonatal, tem que ser consultada, deste jeito captamos a todas as puérperas além do recém-nascido.

Trabalhamos com os protocolos estabelecidos pelo Ministério da saúde no Brasil para tratamento das doenças mais frequentes. O município não tem especialista em ginecologia e obstetrícia. A equipe faz uso de protocolos para os encaminhamentos às especialidades, mas o acesso ao pré-natal de alto risco é dificultado pela situação geográfica do município que fica há 174 km da capital e nossas gestantes não dispõem de transporte particular. A secretaria apoia do jeito que pode, mas é insuficiente. Os encaminhamentos mais frequentes são grávidas portadoras de Toxoplasmose e Hipertensão. As gestantes com diagnóstico de doenças agudas que precisam de internação são referenciadas para o hospital municipal. Aqui temos outro problema, não nos enviam contra referência, nem anotam no cartão da gestante os problemas de saúde apresentados por elas nem a

conduta seguida. Esta dificuldade foi discutida com o Secretário municipal, mas ele fala que não pode resolver porque este nível responde a gestão estadual. Prometeu convidar um representante para a próxima reunião do programa.

Conspira contra a qualidade do pré-natal a situação crítica do município com a realização dos exames de laboratório, neste momento as gestantes têm que realizar o hemograma em laboratórios particulares, mas muitas delas não têm condições para isto por terem escassos recursos financeiros.

Com o preenchimento do questionário identificamos também que a equipe ainda não tem uma ótima organização da atenção pré-natal no sentido de que faltam registros com a totalidade dos dados de cada uma das gestantes que são acompanhadas. Não existe ficha espelho das vacinas, portanto as grávidas que extraviam seu cartão tem que se vacinar de novo.

Na UBS existe o programa Sistema de Informação do Pré-natal (SISPRENATAL) do Ministério, sendo responsável por ele, a médica, enfermeira e a recepcionista. Temos que conseguir que todos os membros da equipe trabalhem com o mesmo grau de compromisso e responsabilidade com a saúde das gestantes e que as atividades realizadas com o grupo aproveitem outros espaços comunitários, além de trabalhar em parcerias com as escolas, igrejas e indústrias. Seria muito saudável que um representante da equipe fosse responsável pela avaliação e monitoramento do programa. Ficamos sabendo que a Rede Cegonha ainda não foi implantada no município.

Neste momento a unidade tem cadastradas 12 gestantes da nossa área, o que não corresponde com o cálculo do CAP, que estima 49,98 gestantes residentes na área. Mas a unidade tem registradas 45 grávidas que desenvolvem seu pré-natal, pois há mulheres que moram fora de área e na zona rural e escolherem nossa equipe para serem acompanhadas, representando 90%. Os indicadores de qualidade são favoráveis para este grupo, exceto que 18 delas começaram o atendimento depois das 12 semanas, só 58% delas fez pré-natal na data certa, 67% ainda não faz avaliação de saúde bucal. No referente ao exame ginecológico, há preconceito no município, sendo que só avaliamos a mulher com queixas do aparelho ginecológico e aproveitamos a coleta para o exame citológico do colo de útero. Não alcançamos 100% de consultas em dia porque algumas delas moram muito longe na zona rural e não podem chegar à data agendada, este retorno é

marcado segundo o estabelecido, mensal até 28 semanas, quinzenal até 36 e semanalmente até 41.

O mesmo acontece com os dados das puérperas. Captamos 25 puérperas, muito distante dos 66 partos estimados para os últimos 12 meses. Acontece que elas não eram captadas por ninguém, porém a unidade não tem este registro e os dados mostrados correspondem aos últimos oito meses, desde quando a equipe estabeleceu o acompanhamento.

Uma ação ainda não estruturada de forma programática é a prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama na nossa unidade. Faltam registros sobre os dados das mulheres da área que fazem os exames e tampouco sobre o intervalo em que eles têm sido realizados. A maioria realiza exames quando procuram os serviços de saúde por alguma outra razão, há, portanto, mulheres que realizam o exame com muita frequência, e outras em total falta de controle. Por esse motivo, não foi possível calcular a cobertura e nem avaliar os indicadores de qualidade no CAP. A Equipe já trabalha na confecção de um relatório que contempla a atualização do cadastro das mulheres da faixa etária referida, que permita conseguir o rastreamento organizado e não oportuníssimo.

A equipe unificou as ações de atenção para hipertensos e diabéticos, pela inter-relação entre elas e as similaridades do tratamento não farmacológico comum na promoção da saúde. Primeiramente combinamos planejar um dia na semana para este tipo de atendimento sem muitos êxitos, pela pouca divulgação e organização e pelo excesso de demanda espontânea. Programamos atividades de grupos por micro áreas, com muita aceitação, adesão e boa participação da população convidada. Aproveitamos clubes sociais e casas de usuários para desenvolver as atividades, oferecemos aferimento dos sinais vitais e glicemia capilar, avaliação nutricional e palestras com temas afins que são discutidas no final, compartilhamos formas de preparação saudável de alimentos. Até o presente conseguimos participação da equipe toda, com atendimento odontológico e agendamento da próxima ação de saúde.

As ações individuais são desenvolvidas no dia a dia com o usuário que procura consultar e aquele portador que veio por outra causa, quando aproveitamos para consultar, oferecendo-lhes atenção de qualidade. Acompanhados pelos ACS, fazemos visitas nos domicílios daqueles mais complicados, idosos, com alguns impedimentos para chegarem até a UBS. Também enfrentamos muitas dificuldades

com o tratamento que possibilite um bom controle dos níveis pressóricos dos usuários e de Glicose no sangue, muitos deles fazem uso de fármacos não recomendados pelos protocolos e a farmácia do SUS não tem suficiente quantidade nem variabilidade de medicamentos recomendados para estas doenças. O mesmo acontece com a realização periódica e manutenção de exames complementares. Outra problemática é a não aderência do hipertenso com a ingestão diária dos remédios, fenômeno este que acontece com este tipo de usuários em qualquer lugar do mundo, às vezes por falta de educação sanitária, outras por indisciplina. Já identificamos idosos morando sozinhos, muitos deles analfabetos e que não tomam o tratamento da forma indicada, nem faz dieta. Também identificamos um percentual alto de doenças cerebrovasculares, consequência do deficiente controle. Por sorte temos uma salinha de reabilitação que acompanha os casos recentes, melhorando suas funções básicas, dando qualidade de vida.

Atualmente temos o registro de 277 hipertensos acompanhados na UBS, o que confere cobertura de 47%, se considerarmos a estimativa de 586 hipertensos feita pelo CAP. Desses, perto de 75% tiveram a estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, foram orientados sobre prática de atividade física regular e sobre alimentação saudável, mas estão com consulta atrasada. Apenas 8,3% estão com exames complementares em dia. Entre os diabéticos, temos 52 em acompanhamento, que representa 31% de cobertura, considerando a estimativa de 167. Entre os acompanhados, 88% tiveram a estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, exame físico dos pés nos últimos três meses, palpação dos pulsos tibial posterior e pedios nos últimos três meses e foram orientados sobre prática de atividade física regular e sobre alimentação saudável, 73% tiveram a medida da sensibilidade dos pés nos últimos três meses, 17% tinham avaliação de saúde bucal em dia, 13% tinham exames complementares periódicos em dia, e 82% estavam com consulta atrasada.

Há muito a ser feito em relação ao controle e a promoção da saúde das pessoas com HAS e DM, já que um percentual elevado deles não tem controle e outros ainda não foram diagnosticados, demonstrando que o número de pessoas com estas doenças acompanhadas pela UBS fica muito longe do número estimado para nossa área adstrita.

A análise do Programa da atenção à saúde da pessoa idosa e a organização da unidade mais uma vez permitiram concluir que não oferecemos uma ótima

atenção para a população adstrita. A unidade não dispõe de protocolos e manuais técnicos de atenção a Saúde da pessoa idosa para os profissionais de saúde, para a avaliação global e para melhorar o atendimento dessa população. Coincidem neste grupo os portadores de doenças crônicas não transmissíveis, suas recaídas e complicações causadoras de limitações funcionais e de incapacidades ficam dentro dos motivos de consultas mais atendidos em nossa unidade. O município disponibiliza um espaço comunitário de convivência para aqueles sem abrigo familiar e outros requisitos. Temos um especialista em geriatria e acontecem atividades centralizadas nas UBS dedicando um dia ao ano para trabalhar o programa e em suma para desenvolver a semana nacional segundo orientações do Ministério de Saúde. Atualmente a equipe trabalha com grupos de idosos. Aproveitamos a visita domiciliar para avaliar melhor a cada um deles, já identificamos idosos morando sozinhos, muitos deles analfabetos e não aderidos ao tratamento da forma indicada, nem fazem dieta. O trabalho de grupo é o mais aceito e gostado por eles, achamos que por este meio se integram, participam ativamente, promovendo a sua autonomia, reafirmando seus direitos a saúde. A nossa responsabilidade é nos preparar melhor para acompanhá-los, atualizando o levantamento deste grupo e avaliando prioritariamente aqueles em situações de maior vulnerabilidade. Também temos que reconhecer parceiros e órgãos governamentais e não governamentais que ajudem com o trabalho da população idosa, organizando o cuidado intersetorial dessa população.

A equipe não tem registros do total de pessoas com 60 anos ou mais de idade acompanhadas. Considerando os dados obtidos do SIAB, informação não atualizada e, portanto, não confiável, temos 474 idosos na área. O CAP estimou 214. Reflito que a área pode ter um número maior de população total, o cadastramento está desatualizado, ou que temos micro áreas descobertas e em desenvolvimento. Explica-se também pelo fato de que o município carece de fontes de trabalho e de desenvolvimento social, o que faz que a população jovem migre, e fiquem os mais idosos.

Considero um desafio mudar a realidade atual da situação de saúde nos itens de acolhimento e atenção à demanda espontânea na unidade. É preciso investir em agendamento de consultas, criação de um Conselho de Saúde Local vinculando os processos desenvolvidos pela equipe com a comunidade, criação de registros específicos de cada grupo prioritário, monitoramento regular da qualidade das ações

propostas e resultados dela, adesão da população às mudanças propostas, criação mecanismos que comprometam a gestão municipal de saúde como responsáveis pela manutenção dos processos. Acredito que a mudança no padrão de comportamento da equipe é o melhor recurso que a nossa unidade tem. A equipe precisa se engajar, organizar, planejar e controlar cada passo dado para alcançar o objetivo de satisfazer as demandas da população da cidade de Chico Mendes, perdurando no tempo o modelo de atenção preventiva.

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

Comparando os relatórios, concluímos que a realidade descrita meses atrás não mudou inteiramente no sentido que a situação de saúde do município continua sendo precária e sem dar saída aos problemas dos Xapurienses. Os encaminhamentos continuam demorados pela inexistência de especialistas, carência de exames complementares de laboratório que dê suporte para os diagnósticos, falta de linhas importantes de medicamentos para as doenças mais frequentes.

A análise situacional do ESF/APS do serviço, porém, foi indispensável para conhecer a realidade, identificar problemas, planejar ações para resolver as principais dificuldades, encaminhar o trabalho na direção certa para dar soluções concretas, e o trabalho em equipe foi como a chave do êxito, resultando em maior organização dos serviços prestados. Aprendemos também nesta etapa as atribuições de cada membro da equipe e ao estudar cada ação programática enriquecemos os nossos conhecimentos com manuais e protocolos para cada programa.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), seus danos em órgãos alvos e complicações mais frequentes são os motivos de consultas mais frequentes nos serviços de saúde. Entre elas estão o DM e a HAS, as de maior prevalência na nossa população, responsáveis pelas primeiras causas de morbimortalidades e de hospitalizações no SUS, e fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal, déficits cognitivos, como doença de Alzheimer e demência vascular. Os fatores de risco estão relacionados aos hábitos alimentares e estilo de vida da população, e o controle advém da soma de diversos fatores e condições que propiciam o acompanhamento desses usuários. No Brasil, os desafios do controle e prevenção dessas doenças e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica (BRASIL, 2013b).

A UBS José Fadul localiza-se numa região urbanística e o modelo de atenção é a ESF. A equipe de saúde é composta por médico, um odontólogo, uma enfermeira, três técnicos em enfermagem, um auxiliar em saúde bucal, nove ACS, um recepcionista e um auxiliar de serviços gerais. A equipe está completa, mas na realidade duas ACS não trabalham há muito tempo, o que traduz micro áreas descobertas. A UBS oferece atendimento há 11 anos, e recentemente foi reformado, apresentando hoje boas condições estruturais. A população da área de abrangência é de 1.453 famílias cadastradas, num total de 3.332, pessoas. De acordo com os dados do SIAB, há 277 hipertensos e 52 diabéticos cadastrados.

A atenção à saúde aos hipertensos e diabéticos na UBS ainda precisa de organização. Realizamos ações coletivas na comunidade, mas as ações individuais

são desenvolvidas com aqueles usuários que buscam a Unidade por demanda espontânea. Realizamos visitas nos domicílios daqueles mais complicados, idosos ou com algum impedimento para se deslocarem até a UBS. Considerando as estimativas do CAP, há na área 586 hipertensos e 167 diabéticos, o que nos confere cobertura de 47% e 31%, respectivamente. De acordo com a Planilha de Coleta de Dados, a estimativa é de 507 hipertensos e 125 diabéticos, e a cobertura fica em 54% e 41%. Na análise dos indicadores de qualidade, entre os hipertensos cerca de 75% tiveram a estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, foram orientados sobre prática de atividade física regular e sobre alimentação saudável, mas estão com consulta atrasada. Apenas 8,3% estão com exames complementares em dia. Entre os diabéticos, 88% tiveram a estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, exame físico dos pés nos últimos três meses, palpação dos pulsos tibial posterior e pedios nos últimos três meses e foram orientados sobre prática de atividade física regular e sobre alimentação saudável, 73% tiveram a medida da sensibilidade dos pés nos últimos três meses, 17% tinham avaliação de saúde bucal em dia, 13% tinham exames complementares periódicos em dia, e 82% estavam com consulta atrasada.

Essa situação demanda mudanças e organização da ação programática, o que torna relevante a intervenção. Como dificuldades, a farmácia do SUS não tem disponibilidade de medicamentos adequada, há dificuldade com a realização periódica de exames complementares, há pouca adesão pelos usuários ao tratamento prescrito, e faltam especialidades básicas no município. Como potencial, temos o engajamento da equipe para o êxito da intervenção.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a Atenção à Saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS José Fadul, Xapuri/Acre.

## 2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Meta 1.1: Cadastrar 78% 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 90% 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 e dos diabéticos.

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

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

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

### **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.

### **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.

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

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

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

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

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

**2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na UBS Jose Fadul, no Município de Xapuri/Acre. Participarão da intervenção os usuários com HAS e/ou DM com 20 anos ou mais pertencentes à área de abrangência da unidade. Para cálculo dos indicadores de cobertura, utilizaremos a estimativa da Planilha de Coleta de Dados, de 507 hipertensos e 125 diabéticos.

**2.3.1 Detalhamento das ações****Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos**

**Meta 1.1: Cadastrar 78% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.**

**MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO**

Ação: Avaliar a cobertura dos hipertensos de cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: A ocorrer com periodicidade semanal e resumo mensal. Será realizada na UBS, pela verificação das fichas espelho, responsabilidade do médico com participação da equipe.

**ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO**

Ação: Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.

Detalhamento: Registrar as informações individuais dos hipertensos atendidos, também preencher uma planilha eletrônica de coleta de dados. Os atendimentos serão registrados no livro HIPERDIA e na ficha espelho. Diariamente estes sistemas serão alimentados na UBS, com atualização semanal e é responsabilidade da médica e da enfermeira com participação da equipe.

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

Detalhamento: Criar uma equipe de acolhimento na unidade integrada por todos os membros da equipe, reservando para os hipertensos o turno da tarde de toda sexta-feira, deixando 10% para os problemas de saúde agudos devidos a outras doenças e a HAS. Responsável à enfermeira coordenadora da unidade.

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

Detalhamento: A enfermeira solicitará que a gestão municipal os providencie, garantindo reposição segundo as necessidades.

## ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Reunir a associação de bairro para comunicar-lhes a implantação do programa na UBS. Faremos no local sede da associação, na segunda semana de execução do projeto e responsável por convocar-lhes a coordenadora da unidade.

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

Detalhamento: Responsável a equipe toda com efetivação diária na consulta médica, de enfermagem e odontológica, e também nas visitas domiciliares.

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

Detalhamento: Programar na unidade e na comunidade atividades de promoção de saúde para a população geral. A executar pela equipe segundo o planejamento das atividades.

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

Detalhamento: Programar na unidade e na comunidade atividades de promoção de saúde para a população geral. A executar pela equipe segundo o planejamento das atividades.

### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação para o ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

Ação: Capacitar à equipe na verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação para a equipe. A capacitação vai ser feita pela médica, na segunda semana do projeto.

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

### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: Com periodicidade semanal e resumo mensal, para suceder no contexto da reunião da equipe, pela verificação das fichas espelho, a medica fica responsabilizada.

### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento: Registrar as informações individuais dos diabéticos atendidos, também preencher uma planilha eletrônica de coleta de dados. Os atendimentos serão registrados num livro HIPERDIA e numa ficha espelho. Diariamente estes sistemas serão alimentados na UBS com atualização semanal são responsáveis a medica e a enfermeira com participação da equipe.

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

Detalhamento: Criar uma equipe de acolhimento na unidade integrada por todos os membros da equipe, agendando os controles na consulta HIPERDIA turno da tarde toda sexta-feira, deixando 10% para os problemas de saúde agudos devidos a outras doenças e a DM. Responsável à enfermeira coordenadora da unidade.

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

Detalhamento: A enfermeira solicitará a gestão municipal para providenciá-los e fazer a reposição segundo as necessidades.

## ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Reunir a associação de bairro para comunicar-lhes a instalação do programa na UBS.

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de monitorar a diabetes mellitus com medição da glicose pelo menos anualmente.

Detalhamento: Programar na unidade e na comunidade atividades de promoção de saúde para a população geral. A executar pela equipe segundo o planejamento das atividades.

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

Detalhamento: Programar na unidade e na comunidade atividades de promoção de saúde para a população geral. A executar pela equipe segundo o planejamento das atividades.

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

Detalhamento: Programar na unidade e na comunidade atividades de promoção de saúde para a população geral. A executar pela equipe segundo o planejamento das atividades.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação para o ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde. A ser feita pela médica.

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

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação para a equipe para a realização de forma criteriosa dos hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 Mmhg. A ser feita pela médica.

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

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: Com periodicidade semanal e resumo mensal, para suceder no contexto da reunião da equipe, pela verificação das fichas espelho, a medica fica responsabilizada.

#### Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: Delimitarão as funções a médica e a enfermeira, na primeira semana da intervenção, durante a capacitação acerca do protocolo adotado. Será feita num clube da comunidade. Serão aferidos corretamente os parâmetros vitais, testes e medidas antropométricas, na UBS pelo técnico de enfermagem e nas atividades fora da unidade por todos os membros da equipe.

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

Detalhamento: Realizar as reuniões de capacitação com base nos Caderno da Atenção Básica (CAB) do MS.

Ação: Estabelecer periodicidade para a atualização dos profissionais.

Detalhamento: Acordar com a equipe o calendário de atividades de atualização.

Ação: Efetuar o exame completo da cavidade bucal.

Detalhamento: A ação será cotidianamente feita pelo cirurgião-dentista.

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

Detalhamento: A médica será responsável por solicitar a impressão à gestão municipal, e vai publicar no computador da UBS a versão eletrônica dos protocolos.

## ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Informação que vai ser providenciada pelos membros da equipe durante o processo da intervenção nas atividades individuais e coletivas, e utilizará painel para uma melhor explicação.

## QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar toda a equipe para a realização de exame clínico adequado.

Detalhamento: A desenvolver num clube da comunidade, na primeira semana de execução do projeto com uma duração de 2 horas, com exposição do tema por cada um dos membros da equipe, orientados previamente pela médica e enfermeira.

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: A médica verificará semanalmente as fichas espelho, e será discutido mensalmente no contexto da reunião da equipe.

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

Detalhamento: Será feito pela médica, conjuntamente com a equipe, mediante a revisão semanal das fichas espelhos e a planilha de coleta dados.

## ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Solicitar a realização dos exames complementares de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde.

Detalhamento: Requisição feita pela médica e a enfermeira de forma permanente na hora do atendimento.

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

Detalhamento: A enfermeira aproveitará o espaço da reunião municipal da atenção básica para discutir a logística na realização dos exames complementares definidos no protocolo.

## ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares e a periodicidade com que devem ser feitos.

Detalhamento: Todos os membros da equipe diariamente orientarão os usuários e comunidade, desde seus cenários de atuação individual, como nas atividades de grupo na comunidade.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

Ação: Expor aos profissionais o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares para os hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: A desenrolar num clube da comunidade, na primeira semana de execução do projeto com uma duração de duas horas, com exposição individual do tema por cada um dos membros da equipe, orientados previamente pela médica e enfermeira.

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: Com periodicidade semanal e resumo mensal, para suceder no contexto da reunião da equipe, pela verificação das fichas espelho, a médica fica responsabilizada.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Demandar a gestão atualização do estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento: Responsabilizados a enfermeira da equipe e a Coordenadora da Atenção Básica no município para verificar a cada semana, no contexto da gestão municipal.

Ação: Analisar o registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: Atividade mensal desenvolvida pela médica com o responsável da farmácia central municipal.

### ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Confiar aos integrantes da equipe, desde os cenários de atuação individual e nas atividades de grupo na comunidade.

### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Fazer a capacitação da equipe sobre o tratamento da hipertensão e da diabetes e para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: A ser realizada pela médica e enfermeira na primeira semana do projeto, num clube da comunidade, duração de duas horas, com exposição individual dos temas orientados previamente.

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

#### Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número dos hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Com periodicidade semanal e resumo mensal, para suceder no contexto da reunião da equipe, pela verificação das fichas espelho, a médica fica responsabilizada.

### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: Será executada pelo Cirurgião-dentista e a auxiliar em saúde bucal, nas atividades de grupo a partir da segunda semana de execução do projeto, segundo supervisão da coordenadora da unidade.

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

Detalhamento: Agendar os atendimentos odontológicos dos hipertensos e os diabéticos. A cumprir-se no turno da tarde das sextas-feiras.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Orientação que vai ser oferecida permanentemente pelos membros da equipe desde seus cenários de atuação individual até as atividades de grupo na comunidade, sendo o responsável a enfermeira coordenadora.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe na avaliação das necessidades de atendimento odontológico dos hipertensos e dos diabéticos.

Detalhamento: Ocorrerá na segunda semana da intervenção do projeto no clube da Palhoça, durante duas horas. Os responsáveis são o Cirurgião-dentista e a auxiliar em saúde bucal.

**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 (consultas em dia).

Detalhamento: Verificar nas fichas espelho, semanalmente, se os hipertensos e diabéticos estão realizando as consultas com a periodicidade prevista no protocolo, pela médica.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Realizar visitas domiciliares na procura dos hipertensos e diabéticos faltosos.

Detalhamento: Vai ser feito diariamente pelos ACS, e segundo o número de ausentes, o resto da equipe também fará visitas nas casas.

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

Detalhamento: A agenda será organizada com a finalidade de acolher esses usuários vindos das buscas domiciliares, sob a supervisão da coordenadora da unidade.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Informar à comunidade sobre a importância da realização das consultas.

Detalhamento: Aproveitaremos os momentos de ações coletivas e individuais e nos espaços dentro e fora da UBS. Serão responsáveis todos da equipe.

Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Utilizaremos os espaços de trabalho na UBS e fora dela. Serão responsáveis todos da equipe.

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

Detalhamento: Realizar em cada contato com os usuários. Serão responsáveis todos da equipe.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: A capacitação vai ser feita pela médica e pela enfermeira no Salão dos ACS da unidade, na primeira semana do projeto, por uma técnica participativa.

#### **Objetivo 4. Aperfeiçoar 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.

Detalhamento: Verificar semanalmente as fichas espelho para avaliar a qualidade dos registros dos hipertensos e diabéticos acompanhados, pela enfermeira e/ou médica.

##### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Enviar a atualização dos novos cadastros de hipertensos e diabéticos à Secretaria Municipal de Saúde para atualizar o SIAB.

Detalhamento: Será feito permanente por todos os membros da equipe, que entregarão relatório mensal com o envio pela enfermeira coordenadora.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: Preencher a ficha de acompanhamento de cada usuário atendido em ações individuais e coletivas, por todos os membros da equipe.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: Serão responsáveis pelo monitoramento semanal dos registros a médica e a enfermeira.

Ação: Solicitar à gestão municipal a reposição dos materiais utilizados no registro dos atendimentos dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Será feita a secretaria municipal pela enfermeira e a médica conforme necessidade.

##### ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Usar a consulta médica, de enfermagem e as atividades de grupo na comunidade para efetivá-lo.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Orientar a equipe da unidade de saúde no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Vai ser feito pela médica e a enfermeira na segunda semana da intervenção, na sala dos ACS da unidade, através do preenchimento de registros de um usuário fictício.

**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 semanalmente o número de hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: Sob controle da enfermeira e a médica, com a revisão semanal das fichas espelho.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Estratificar o risco de 100% dos usuários acompanhados na consulta médica e de enfermagem.

Detalhamento: Dever da médica e a enfermeira continuamente nesses espaços.

Ação: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: A equipe executará diariamente, sob supervisão da médica.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Informar nas consultas médicas e de enfermagem os usuários quanto ao seu nível de risco obtido segundo o escore de Framingham e frequência do acompanhamento que precisa.

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

Detalhamento: Função incessante dos membros da equipe para exercer nas atividades de grupo, nas salas de espera da UBS e consultas individuais.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

Ação: Capacitar a enfermeira na realização da estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Detalhamento: Será oferecida uma aula pela médica na terceira semana da intervenção, usando a sala de reunião dos ACS.

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

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.

Detalhamento: Verificação semanal das fichas espelho pela médica e pela enfermeira, para verificar se os usuários receberam orientação nutricional.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: Criar grupos de hipertensos e diabéticos por micro áreas, a partir da quinta semana da intervenção no turno da tarde, com oferta de alimentos preparados de forma saudável, por usuários. Compromisso da coordenadora da equipe.

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

Detalhamento: Solicitação por ofício que vai ser feita pela enfermeira coordenadora, utilizando o espaço da reunião da atenção básica municipal.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Convidar hipertensos e diabéticos, e seus familiares para participarem nas atividades de grupos onde iremos discutir sobre a importância da alimentação saudável. Chamada que farão os ACS a partir da quinta semana de efetivação do projeto, sob controle da enfermeira.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável e sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Será realizada reunião de capacitação da equipe pela médica na sala dos ACS, na terceira e quarta semanas da intervenção.

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: Verificação semanal das fichas espelho pela médica e pela enfermeira, para verificar se os usuários receberam orientação para atividade física regular.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: Organizar caminhada em grupo de hipertensos e diabéticos. Será efetuada na quarta e na décima segunda semana da intervenção com a supervisão de um educador físico. Será responsabilidade da médica e da enfermeira.

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

Detalhamento: Solicitação por ofício que vai ser feita pela enfermeira coordenadora, utilizando o espaço da reunião da atenção básica municipal.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Indicação que farão todos os integrantes da equipe nas atividades de grupos desenvolvidas na comunidade, a partir da quinta semana da intervenção, às tardes. Responsável será a Coordenadora da Unidade.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: Será realizada uma reunião de capacitação da equipe, pela médica, na sala dos ACS da unidade, na terceira semana da intervenção.

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: Verificação semanal das fichas espelho pela médica e pela enfermeira, para verificar se os usuários receberam orientação sobre riscos do tabagismo.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

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

Detalhamento: A enfermeira coordenadora realizará reunião com o gestor na qual será solicitada a compra da medicação necessária para o tratamento e abandono ao tabagismo.

## ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Nas atividades de grupo com os hipertensos e diabéticos tabagistas, aprofundar sobre a existência de tratamento para o abandono do tabagismo, sob responsabilidade da médica e da enfermeira, a efetuar segundo cronograma, com participação de toda a equipe. Além disso, a enfermeira fará orientações semanais, usando a sala de espera da unidade.

## QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe no tratamento de usuários hipertensos e diabéticos tabagistas e sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Realizar reunião de capacitação da equipe para o tratamento de usuários tabagistas e metodologias de educação em saúde, proferida pela enfermeira na sala dos ACS da unidade, na quarta semana de intervenção.

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

## MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: Verificação semanal das fichas espelho pela médica e pela enfermeira, para verificar se os usuários receberam orientação sobre higiene bucal.

## ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: Nas consultas médica e de enfermagem estes profissionais terão um espaço de tempo planejado para atender a necessidade de orientação de cada indivíduo.

## ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Executar pelos membros da equipe desde suas áreas de atuação individual ou ações coletivas.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: Atividade prática para os profissionais da equipe quanto a higiene bucal, técnica da escovação dos dentes, prevenção de cáries dentárias, a ser realizada pelo Cirurgião-dentista e sua auxiliar, na sala dos ACS da unidade, na segunda semana do estudo de intervenção, checando a participação por perguntas e respostas sobre o tema e demonstrando com figura articulada a técnica correta de escovação dos dentes.

### 2.3.2 Indicadores

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

**Meta 1.1: Cadastrar 78% 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 90% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.**

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

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

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

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

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

**Indicador 2.1.1.** 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.

**Indicador 2.1.2.** 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 2.2. Garantir a 100% dos hipertensos e dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.**

**Indicador 2.2.1.** 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.

**Indicador 2.2.1.** 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 2.3. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.**

**Indicador 2.3.1.** Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

**Indicador 2.3.2.** 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 2.4. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e dos diabéticos.**

**Indicador 2.4.1.** 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.

**Indicador 2.4.2.** Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

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

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

**Indicador 3.1.1.** 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

**Indicador 3.1.2.** Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

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

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

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

**Indicador 4.1.1.** 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.

**Indicador 4.1.2.** Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

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

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

**Indicador 5.1.1.** 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.

**Indicador 5.1.2.** Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

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

**Indicador 6.1.1** Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 6.1.2.** Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

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

**Indicador 6.2.1.** Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 6.2.2.** Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

**Indicador 6.3.1.** Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde

**Indicador 6.3.2.** Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

**Indicador 6.4.1.** Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 6.4.2.** Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### 2.3.3 Logística

A ação programática típica de APS definida pela equipe para realizar a intervenção é o Programa de atenção aos usuários com HAS e/ou DM. Para o desenvolvimento, vamos adotar como protocolo o CAB n. 36, Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus (BRASIL, 2013a) e CAB, n. 37, Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica (BRASIL, 2013b), ambos disponíveis na UBS.

Utilizaremos a ficha espelho disponibilizada pela UFPel (Anexo C), mas a médica e a enfermeira vão desenhar uma ficha complementar, contemplando a coleta de informações sobre acompanhamento da história familiar e pessoal, hábitos tóxicos, mensurações antropométricas, exame físico, dados relativos à classificação de risco para doença cardiovascular ou repercussão em órgão-alvo, rotina complementar mínima e saúde bucal. Estas fichas serão manipuladas por todos os integrantes da equipe, tanto nas ações individuais como as coletivas, dentro e fora da unidade. Num primeiro momento, na pré-consulta, os ACS, técnicos de enfermagem e a recepcionista preencherão os dados gerais e itens a eles conferidos, depois, durante a consulta, médica e enfermeira preencherão os dados mais específicos.

Estimamos alcançar 395 hipertensos e 112 diabéticos. Faremos contato com o gestor municipal para imprimir cerca de 500 cópias de cada ficha. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados (Anexo B), também disponibilizada pela UFPel, já existente no computador da UBS, num documento em Excel, que permitirá um monitoramento adequado dos diferentes itens a avaliar e controlar, formato simples que pode ser acessado por qualquer um. A médica e a enfermeira são responsáveis pela inserção semanal dos dados na planilha. Outra ferramenta será o registro geral em livro que não identificará todos os elementos a pesquisar, mas sim aqueles que serão de consulta no cotidiano, como a listagem dos faltosos. A enfermeira coordenadora da unidade destinará um arquivo específico para os registros dos atendimentos dos adultos com HAS e DM.

Para organizar o registro específico do programa, a médica, a enfermeira e os ACS revisarão o livro geral de registro de atendimentos da unidade, identificarão todos os hipertensos e diabéticos que vieram ao serviço nos últimos quatro meses,

localizando os prontuários destes, e transcreverão todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas, exames clínicos e laboratoriais em atraso, cada um dos ACS irão identificar os usuários de sua micro área para assistir às consultas, agendando-os segundo prioridade dos casos mais complexos. Farão também a organização de ações coletivas em grupo por micro áreas no intuito de ter um maior controle.

A análise situacional e a definição do foco já foram discutidas com a equipe da unidade. Assim, começaremos a execução do projeto com a capacitação sobre os CAB, para que toda a equipe siga esta referência na atenção aos usuários. Essa capacitação ocorrerá no Clube Palhoça da comunidade, e para isto serão reservadas três horas no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Respeitando as atribuições de cada membro da equipe, estruturaremos pequenas exposições de parte do manual técnico que interesse a sua futura função dentro da intervenção.

Qualificaremos a prática clínica dos profissionais da equipe com capacitações que vão ser efetivadas na UBS como partes das reuniões da equipe, que acontece na primeira terça-feira de cada mês na sessão da tarde, precisaremos de encontros adicionais, utilizando outros espaços como clubes da comunidade. Os responsáveis pela organização e pelo planejamento dos temas serão a médica e a enfermeira. Utilizaremos recursos de mídia e tecnologias audiovisuais. Os palestrantes serão todos os membros da equipe, segundo perfil e preparação profissional, e aplicaremos técnicas grupais participativas e aulas práticas. A seguir relacionamos os temas que serão palestrados:

- Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, protocolos adotados pela unidade.
- Realizações de exame clínico, exploração da sensibilidade nos pés e pulsos periféricos, possíveis lesões a encontrar e sua prevenção.
- Técnica correta para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste em adultos. Técnica de medições antropométricas
- Avaliação das necessidades de atendimento odontológico dos hipertensos e dos diabéticos. Técnica da escovação dos dentes, prevenção de cáries dentárias.

- Práticas de alimentação saudável; Dez passos para uma alimentação saudável para pessoas com DM e HAS; Alternativas de alimentação para os diabéticos; Formas de preparação dos alimentos.

- Práticas de atividade física regular.
- Variantes de tratamento de hipertensos e diabéticos tabagistas.
- Metodologias de educação em saúde. Técnicas grupais participativas.

Técnicas audiovisuais.

O acolhimento aos hipertensos e diabéticos que procurem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem da pré-consulta. Aqueles com problemas agudos serão atendidos no mesmo turno. Para ampliar a identificação de casos ainda não diagnosticados, os usuários com pressão arterial (PA) entre 140/90 a 150/99 Mmhg, vai realizar duas medidas de PA com intervalo de uma a duas semanas, caso confirmem-se os valores, serão encaminhados à consulta médica no mesmo turno. O usuário em demanda espontânea que buscam consulta de rotina serão agendados pela recepção para consulta, sendo que a demora deverá ser menor do que sete dias. Serão destinadas vagas para agendamento de consultas pelos ACS e demanda espontânea, deixando algumas vagas para problemas de saúde agudos devido a HAS, DM e outras doenças. Os usuários serão convidados a participarem nas atividades de grupo na comunidade. Os usuários que vierem à consulta sairão da UBS com a próxima consulta agendada.

O médico ou enfermeira logo na triagem decidirão se o acompanhamento nesse dia será pelo médico ou enfermeira, caso não esteja definido. O cronograma de consultas realizado pelo médico contempla e prioriza o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco, é o responsável pela organização da agenda, sua monitorização e controle.

O atendimento do usuário ocorrerá em dois momentos principais, o primeiro acontecerá na pré-consulta e vai ser praticados pelos ACS e técnicos em enfermagem, com aferimento de PA com a pessoa sentada e deitada e hemoglicoteste a toda pessoa >18 anos na UBS, medida da altura, peso, circunferência abdominal e índice de massa corpórea (IMC). Nas atividades fora da UBS estas funções serão acometidas por todos os membros da equipe. O segundo momento será efetivado pela médica ou enfermeira e o cirurgião-dentista, sendo este ultimo o responsável pelo exame completo da boca, instrução de higiene bucal, e agendamento de retorno conforme rotina da UBS.

Durante a consulta, a médica ou a enfermeira estratificará o risco cardiovascular em 100% dos usuários acompanhados, registrando no prontuário. Também solicitarão os exames complementares de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde, com acompanhamento dos resultados na reconsulta agendada. Cada uma destas consultas estima-se aconteçam num tempo médio de 15 minutos no mínimo, garantindo aos hipertensos e aos diabéticos, orientações em nível individual sobre: Higiene bucal, abandono ao tabagismo, práticas de atividade física regular e de alimentação saudável. A avaliação odontológica também acontecerá no dia e horário destinado para a consulta médica ou de enfermagem. O dentista e a auxiliar de saúde bucal participarão das atividades de grupo com o mesmo propósito.

Diariamente os ACS farão visitas domiciliares para buscar os hipertensos e os diabéticos faltosos. Dependendo do número, o resto da equipe também fará visitas nas casas. Para reprogramar os controles dos usuários provenientes da busca ativa serão reservadas cinco vagas na semana nas consultas médica e de enfermagem em todos os turnos de trabalho.

Na unidade, contaremos com o fluxograma de atendimento e os manuais fornecidos pelo Ministério e adotados como ferramentas programáticas. A médica publicará no computador da UBS a versão eletrônica desses manuais. Para garantir o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica), material odontológico e para a realização do hemoglicoteste, e os impressos, a enfermeira solicitará na gestão municipal a reposição, conforme as necessidades. A médica fará o relatório ao gestor municipal comunicando-lhe da intervenção para que ele garanta a realização dos exames complementares definidos no protocolo, os insumos médicos necessários para os tratamentos, entrega semanal das listagens atualizadas de medicamentos existentes na farmácia central. A enfermeira, a recepcionista e os ACS são responsáveis pelo envio da atualização e os novos cadastros de hipertensos e diabéticos à Secretaria Municipal de Saúde, para atualização do SIAB.

As diferentes ações coletivas na comunidade responderão a um plano de trabalho planejado previamente pela médica e enfermeira e será adequado e aprovado nas reuniões da equipe. Serão criados os grupos de Hipertensos e Diabéticos por micro áreas, e trabalharemos com eles nas tardes das terças-feiras, com a participação de toda a equipe, utilizando os espaços disponibilizados na

comunidade. O convite aos usuários para participarem e organização da ação é de responsabilidade do ACS da micro área correspondente. Nesta ação os usuários serão orientados quanto a: Higiene bucal, abandono ao tabagismo, práticas de atividade física regular e de alimentação saudável. Haverá parcerias com outras secretarias e parceiros na mesma comunidade, sob coordenação da gestão municipal. Será criado um grupo de caminhada que se reunirá nas semanas 4 e 12, sob supervisão de um educador físico.

Para engajar e sensibilizar a comunidade, a equipe vai dar continuidade aos trabalhos em grupos. A médica irá se reunir com a associação de moradores e com os representantes da comunidade num espaço da área de abrangência escolhido por eles e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da realização das consultas, solicitando seu apoio no sentido de ampliar a cobertura da atenção a hipertensos e/ou diabéticos e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de agendar o atendimento deste grupo populacional.

A equipe nas visitas domiciliares, na consulta médica, de enfermagem, odontológica e nas atividades de grupo com hipertensos, diabéticos e na comunidade orientará sobre:

- Existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na unidade de saúde e sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 Mmhg.
- Fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes, riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas, importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- Necessidade de realização de exames complementares e a periodicidade com que devem ser feitos.
- Direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.
- Importância de realizar avaliação da saúde bucal, das consultas e sua periodicidade, alimentação saudável, prática de atividade física regular, higiene bucal.

Para monitoramento da ação programática, semanalmente a médica e a enfermeira examinarão as fichas espelho dos usuários identificando novos cadastros, aquelas que estão com consultas, exames clínicos, exames laboratoriais,

verificação da estratificação de risco em atraso, assim como acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, os que necessitam de atendimento odontológico. Estimam-se oito por semana, totalizando 32 por mês. A dupla também monitorizará a realização de orientação sobre riscos do tabagismo, para atividade física regular, orientação nutricional e higiene bucal nas ações individuais e mensais nas coletivas. Ao final de cada semana, as informações serão consolidadas na planilha eletrônica, e serão produzidos relatórios com os resultados encontrados.









### **3 Relatório da Intervenção**

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

O Projeto da intervenção configurado para melhorar a atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, na UBS José Fadul desenrolou-se segundo o planejado no cronograma, mas teve que ter o período reduzido 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. Aconteceu também que uma enchente do rio, que alagou o hospital municipal, e tivemos que ceder o espaço da UBS para a equipe do hospital, passando a desenvolver nossas ações numa outra UBS e depois num local improvisado onde ficamos até o final da intervenção. Esta situação, porém, favoreceu a comunicação e a união da equipe, sem interferir nos resultados, pois não foi preciso mudar o cronograma.

Na qualificação da prática clínica dos profissionais da equipe efetivamos todas as ações traçadas. Na primeira semana ocorreu a capacitação sobre os protocolos adotados na unidade, com o estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática, durante a reunião da equipe. Participaram todos os integrantes, com a apresentação de temas do protocolo previamente orientados pela médica e pela enfermeira, com um rico debate entre todos, que manifestaram motivação com as ações traçadas. No decorrer da segunda semana acontecerem atividades práticas sobre as técnicas corretas do exame físico e aferimento de medidas antropométricas, em dois encontros, na sessão da tarde destinadas às visitas domiciliares. Ficou pendente a capacitação sobre a Avaliação das necessidades de atendimento odontológico dos hipertensos e dos diabéticos, já que o dentista encontrava-se de férias o dentista, mas foi desenvolvido na quinta

semana. Na terceira e quarta semanas de execução do projeto, treinamos o pessoal nas técnicas de Educação em saúde para incentivar os usuários participantes na prática de alimentação saudável e atividade física regular. O ambiente escolhido para este fim foi um clube localizado na comunidade, e a responsabilidade da condução recaiu sobre a médica e a enfermeira. Os outros integrantes participaram com a troca de experiências, e a equipe ficou animada com cada exercício, aumentando seus conhecimentos, executando as ações com êxito.

A unidade contou com a versão impressa dos protocolos e manuais na primeira semana, disponibilizado pela gestão municipal, respondendo à demanda feita pela médica que, também postou uma versão eletrônica no computador da unidade. Nesta semana também foi entregue ao gestor municipal o relatório comunicando-lhe sobre o projeto da intervenção. A gestão providenciou o material que se usamos em cada ação conforme o pedido de reposição feito pela enfermeira coordenadora, segundo as necessidades. A enfermeira solicitou à gestão a compra de medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo, mas isso que não aconteceu durante o tempo de execução do projeto.

Ocorreu a atualização dos dados do SIAB, que há muito tempo não acontecia, sendo que a enfermeira entregou mensalmente a informação conforme o relatório dos ACS. As atualizações do estoque de medicamentos presentes na farmácia do município foram fornecidas semanalmente pela Secretaria de Saúde com a entrega da lista num documento impresso.

Foi garantido o registro diário das informações referentes à atenção dos participantes na ficha espelho, tanto nas atividades individuais como nas coletivas, participando todos os integrantes da equipe. Preencher a planilha eletrônica de coleta de dados com a sua atualização semanal foi uma atribuição da médica e da enfermeira coordenadora da unidade.

Melhorou-se o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM depois que criamos uma equipe integrada fundamentalmente pelos ACS, técnica de enfermagem e a recepcionista. Eram encaminhados para a consulta, sendo atendidas as intercorrências e ou urgências nas consultas médicas e de enfermagem, sendo que isto facilitou diagnosticar casos novos destas doenças.

Foram criados os grupos de hipertensos e diabéticos por micro áreas, a partir da quinta semana da intervenção no turno da tarde. Sem dúvidas esta foi uma das

ações que a população mais gostou, superando a expectativa de participação, e demonstrando que o trabalho tem que ser em equipe.

Também por micro áreas convocamos os usuários para se consultarem na UBS. Os ACS ficarem responsáveis pela busca dos faltosos, que não foram muitos, e conseguimos atender todos em consulta médica ou de enfermagem.

Para o cumprimento das ações desenhadas para alcançar o engajamento público, nos reunimos com a associação de bairro para comunicar-lhes sobre a existência do programa na UBS. Na segunda, sexta e décima quarta semanas o contato com lideranças comunitárias não ofereceu muitos frutos, pois faltou apoio para a divulgação. Utilizamos cada contato com os usuários nas consultas médicas, de enfermagem ou odontológicas, na sala de espera, visita domiciliar, e atividades de grupo, para informa-los sobre a importância de monitorar o diabetes mellitus com medição da glicemia, aferimento da PA, riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e da diabetes, e à importância do acompanhamento regular, da realização de exame complementares, o seu direito de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, alimentação saudável, prática de atividade física regular, higiene bucal, e realizamos encorajamento de tabagistas para abandonar o hábito.

No final de cada mês aconteceu um fechamento da intervenção com a participação da equipe, avaliando o número de usuários que vieram para a consulta, planejando as ações a serem desenvolvidas no próximo mês e monitorando as já dispensadas.

Algumas outras ações desenvolvidas não alcançarem o planejado, sendo que não foi possível cadastrar todos os hipertensos e diabéticos da área de abrangência. Não conseguimos chegar até a meta proposta na realização de exame de laboratório de acordo com o protocolo adotado, pois o laboratório do município é insuficiente. No atendimento odontológico não foi possível avaliar as necessidades de todos os participantes, pois o cirurgião-dentista ficou de férias durante as quatro primeiras semanas de execução do projeto, houve excesso de demanda espontânea e faltou material, o que retardou a agenda de saúde bucal.

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

Não foi preciso solicitar a os parceiros institucionais a participação de educadores físicos nas atividades de grupo, com a constituição do NASF se incorporou uma professora que fez sucesso nas caminhadas desenvolvidas na quarta e decimo segunda semanas. E incentivou em cada atividade de grupo a pratica de exercício físico. A participação de um nutricionista para ajudarem nas práticas coletivas sobre alimentação saudável mesmo assem que solicitada não deu certo, o município carece de dita especialidade e ainda não completou os integrantes do grupo de apoio.

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

A coleta de dados relativos à intervenção precisou de sistematicidade. Alimentar a planilha foi tarefa compartilhada com a enfermeira, e semanalmente fechamos os relatórios. Os dados foram inseridos sem dificuldades, o que também possibilitou o cálculo dos indicadores que hoje respalda os resultados.

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

A situação de estar fora da UBS num local improvisado certamente foi muito aquém do ideal, mas promoveu a unidade da equipe demonstrando que com organização e vontade tudo é possível. Estes resultados e o engajamento da equipe permitiram que a intervenção se incorporasse à rotina da unidade.

Cada profissional da equipe conhece qual é o seu papel na ação programática, por isso acreditamos que o projeto virou prática habitual no cotidiano do serviço, com diferentes atividades desenvolvidas da UBS.

Sem dúvida os avanços nesses três meses foram muitos e o trabalho intenso, as conquistas e experiências adquiridas não só será subsídio para dar continuidade à ação iniciada como darão suporte para iniciar a intervenção em outros focos da atenção básica.

## 4 Avaliação da intervenção

### 4.1 Resultados

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

**Meta 1.1. Cadastrar 78% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde**

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

A intervenção tratou da melhoria da atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, na área adstrita a UBS José Fadul, Xapuri/AC. De acordo com a Planilha de Coleta de Dados, existe na área um total estimado de 507 hipertensos. No primeiro mês foram cadastrados 68 hipertensos, que representa 13,4%, no segundo mês chegamos a 167 cadastrados, que equivale a 32,9%, e finalizamos a intervenção com 338 hipertensos cadastrados no programa, atingindo uma cobertura de 66,7% (Figura 3). As ações que mais auxiliaram foram a melhora do acolhimento, as visitas domiciliares das ACS com orientações, e as atividades de grupo por micro área, assim como o recadastramento de toda a área adstrita por parte dos ACS. A meta de 78% não foi alcançada, mas certamente teria sido se a intervenção seguisse até o quarto mês.

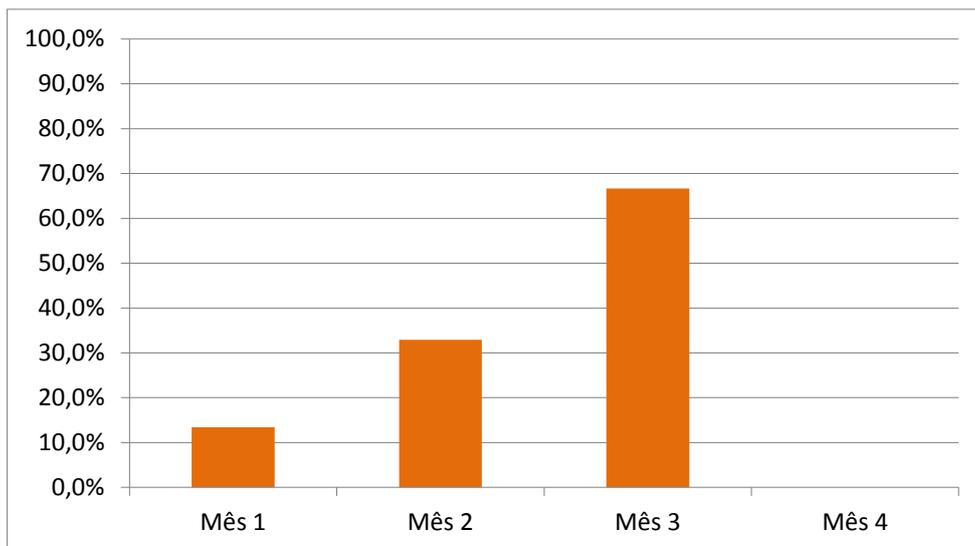


Figura 3: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS José Fadul, Xapuri/Acre, 2015.

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

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

Na área adstrita a UBS, o total estimado de diabéticos, segundo a Planilha de Coleta de Dados, é de 125 usuários. No primeiro mês foram cadastrados 24 diabéticos, que representa 19,2%, no segundo mês chegamos a 48 cadastrados, que equivale a 38,4%, e finalizamos a intervenção com 85 diabéticos cadastrados no programa, atingindo uma cobertura de 68% (Figura 4). A meta de 90% não foi alcançada, mas poderia ser se a intervenção seguisse até o quarto mês. Como já dito, as ações que mais auxiliaram foram a melhora do acolhimento, as visitas domiciliares das ACS com orientações, e as atividades de grupo por micro área, assim como o recadastramento de toda a área adstrita por parte dos ACS.

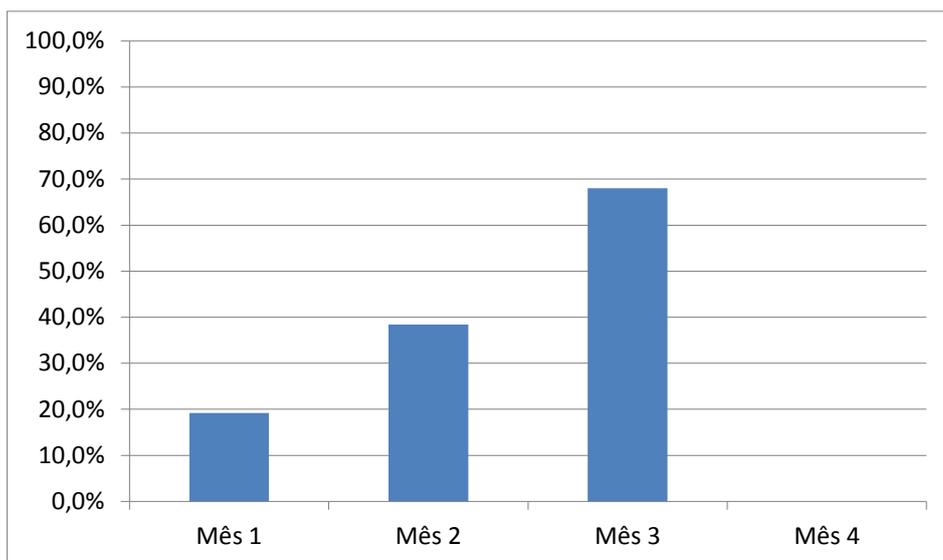


Figura 4: Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS José Fadul, Xapuri/Acre, 2015.

**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.**

**Indicador 2.1.1:** Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

**Indicador 2.1.2:** Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Ao final da intervenção, todos os cadastrados haviam sido examinados de acordo com o protocolo. No primeiro mês foram 68 hipertensos, no segundo mês foram 167 hipertensos, e no terceiro mês, os 338 hipertensos cadastrados estavam com exame clínico realizado de acordo com o protocolo, alcançando 100%. O que ajudou neste resultado foi que cada membro da equipe executou as atribuições conferidas durante o atendimento dos usuários, segundo os conhecimentos adquiridos na capacitação dos protocolos adotados pela unidade.

Entre os diabéticos, o indicador se comportou de forma semelhante. No primeiro mês, foram 24 diabéticos, no segundo mês, 48 diabéticos, e no terceiro mês, os 85 diabéticos cadastrados estavam com exame clínico realizado de acordo com o protocolo, alcançando 100%. Para isso, cada membro da equipe foi qualificado no tema de aferir corretamente os parâmetros vitais, testes e medidas antropométricas.

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

**Indicador 2.2.1.** Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 2.2.2.** Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Esse indicador teve um dos resultados mais baixo da intervenção. No primeiro mês, dos 68 hipertensos cadastrados, apenas seis estavam com os exames complementares em dia, que representa 8,8%; no segundo mês, dos 167 cadastrados, apenas 47, o que corresponde a 28,1%; e no terceiro mês, dos 338 hipertensos cadastrados, apenas 139 possuíam os exames complementares em dia (Figura 5). A meta não foi alcançada, e já era algo esperado, visto que o laboratório do SUS tinha carência nos exames disponibilizados e não houve mudanças durante as semanas de intervenção, apesar das promessas da gestão de providenciar reagentes, que não foram cumpridas. Soubemos da possibilidade de agendar os exames no Hospital das Clinicas na capital do estado, o que ajudou a mudar a situação parcialmente.

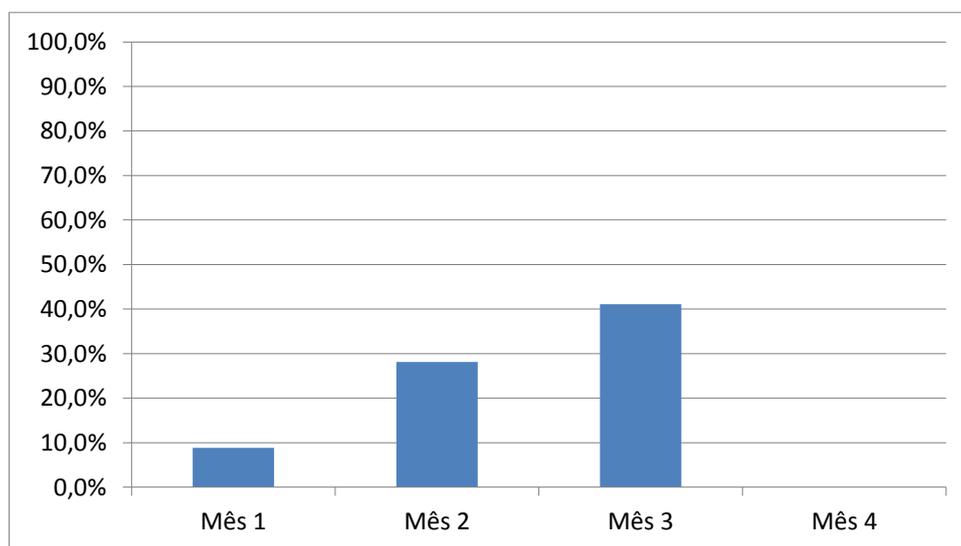


Figura 5: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS José Fadul, Xapuri/Acre, 2015.

Entre os diabéticos, a situação não foi muito diferente. No primeiro mês, dos 24 diabéticos cadastrados, apenas quatro estavam com os exames complementares em dia, que representa 16,7%; no segundo mês, dos 48 cadastrados, apenas 12, o

que corresponde a 25%; e no terceiro mês, dos 85 diabéticos cadastrados, apenas 37 possuíam os exames complementares em dia (Figura 6). Os motivos para o não alcance da meta foram os mesmos já citados acima para os hipertensos.

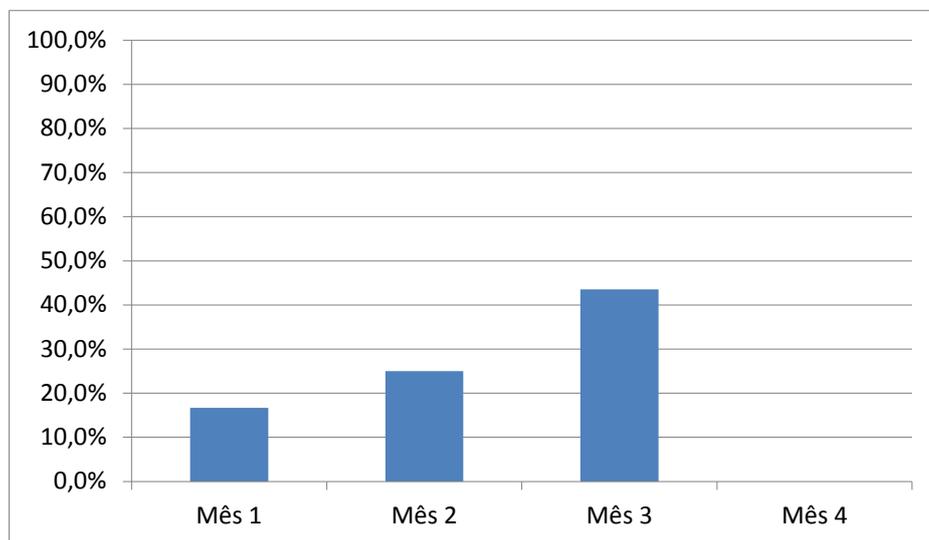


Figura 6: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS José Fadul, Xapuri/Acre, 2015.

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

**Indicador 2.3.1:** Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

**Indicador 2.3.2:** Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

A proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia não alcançou 100%. No primeiro mês, dos 68 hipertensos cadastrados, 66 tinham prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, o que representa 97,1%; no segundo mês, dos 167 cadastrados, 151 estavam com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, o que corresponde a 90,4%; e no terceiro mês, dos 338 hipertensos cadastrados, apenas 310 possuíam prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia (Figura 7). Isso porque alguns deles fazem uso de medicamentos comprados na rede de farmácias particulares, dado que apresentaram dificuldade no controle das doenças com os disponibilizados, ou forem prescritos por especialistas da atenção secundária, que não priorizam os medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

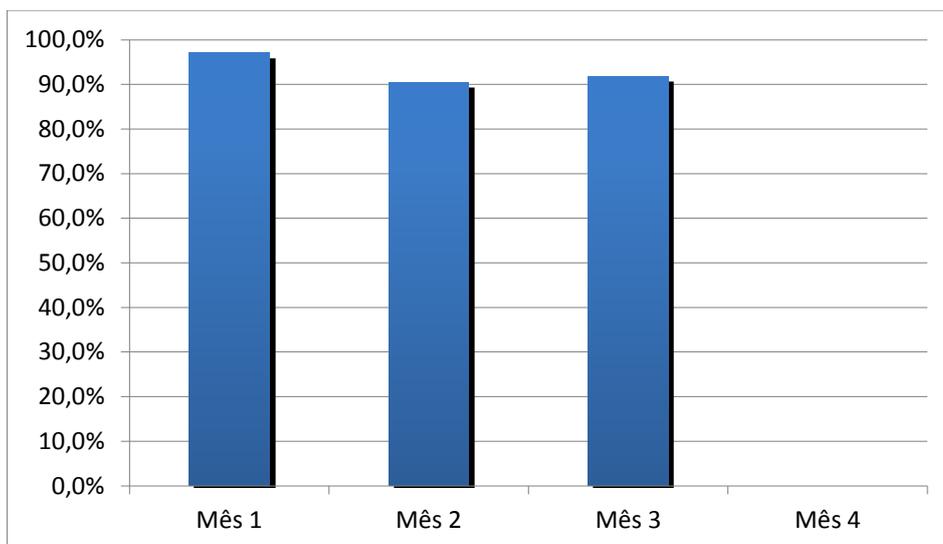


Figura 7: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS José Fadul, Xapuri/Acre, 2015.

Entre os diabéticos, a evolução do indicador foi semelhante ao longo dos meses. No primeiro mês, dos 24 diabéticos cadastrados, 23 tinham prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, o que representa 95,8%; no segundo mês, dos 48 cadastrados, 45 estavam com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, o que corresponde a 93,8%; e no terceiro mês, dos 84 hipertensos cadastrados, apenas 79 possuíam prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia (Figura 8). A meta de 100% não foi alcançada porque alguns deles também portam HAS, e fazem uso de medicamentos comprados na rede de farmácias particulares, seja por falha de tratamento com o medicamento anterior, seja porque foi prescrito por especialistas da atenção secundária.

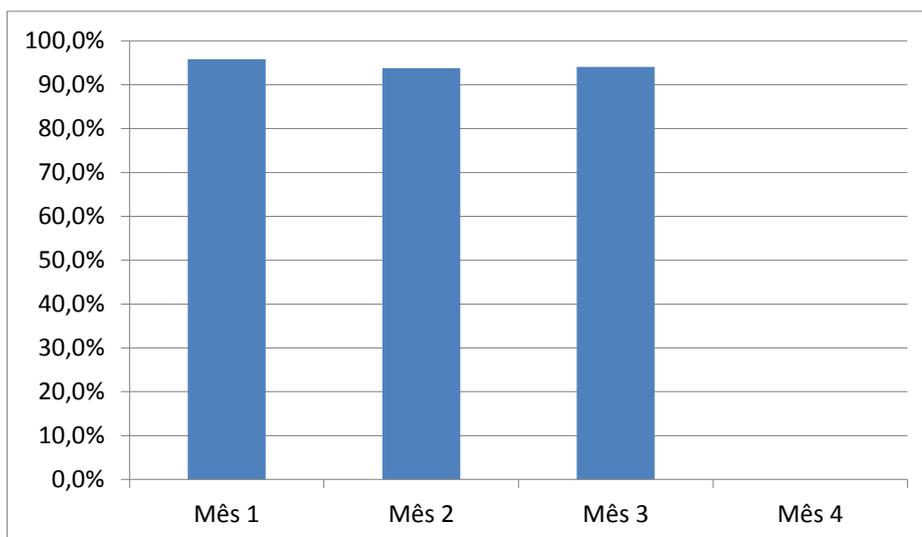


Figura 8: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS José Fadul, Xapuri/Acre, 2015.

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

**Indicador 2.4.1:** Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Indicador 2.4.2:** Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Esse indicador também não teve a meta alcançada. No primeiro mês, dos 68 hipertensos cadastrados, nenhum foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico; no segundo mês, dos 167 cadastrados, apenas 86 haviam sido avaliados, o que corresponde a 51,5%; e no terceiro mês, dos 338 hipertensos cadastrados, apenas 187 foram avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico, finalizando a intervenção com o indicador em 55,3% (Figura 9). Isso aconteceu porque a avaliação da necessidade de atendimento odontológico ficou definida para ser feita apenas pelo dentista. No primeiro mês o dentista estava de férias, e no segundo mês, como a equipe teve que ceder o espaço da UBS depois da enchente que alagou o hospital, o dentista foi trabalhar em outro serviço, onde havia excesso demanda espontânea e faltou material, e não conseguiu atender toda a população.

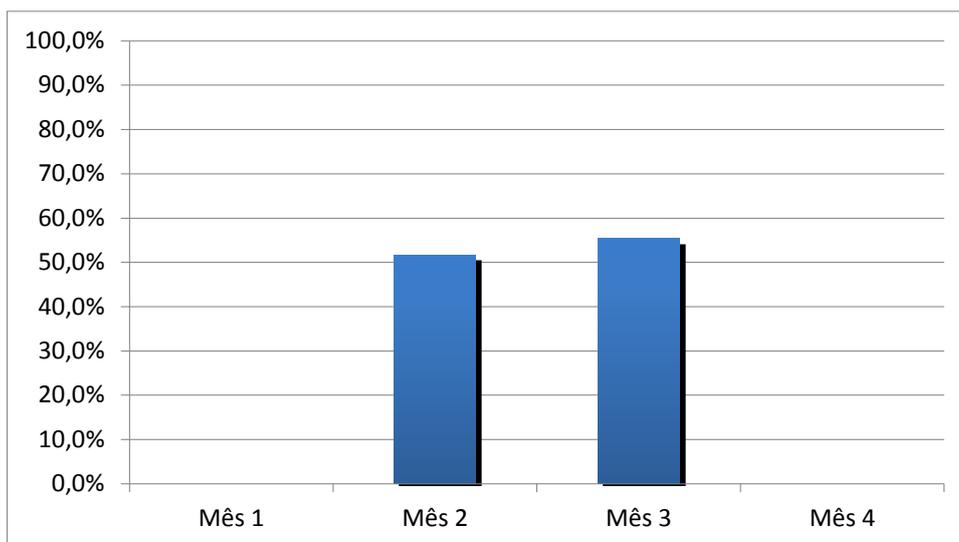


Figura 9: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS José Fadul, Xapuri/Acre, 2015.

Da mesma forma, e pelos mesmos motivos, entre os diabéticos a meta também não foi alcançada. No primeiro mês, dos 24 diabéticos cadastrados, nenhum foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico; no segundo mês, dos 48 cadastrados, apenas 21 foram avaliados, o que corresponde a 43,8%; e no terceiro mês, dos 85 diabéticos cadastrados, apenas 47 foram avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico, finalizando a intervenção com o indicador em 55,3% (Figura 10).

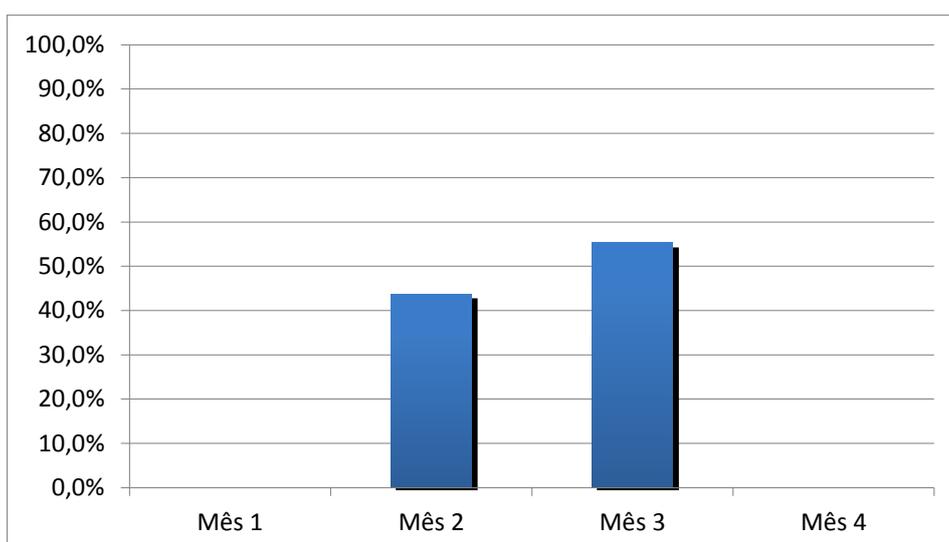


Figura 10: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS José Fadul, Xapuri/Acre, 2015.

**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.**

**Indicador 3.1.1:** Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.

**Indicador 3.1.2:** Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Durante os três meses de intervenção não tiveram usuários hipertensos e diabéticos faltosos às consultas. Então, não foi necessário buscá-los.

**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.**

**Indicador 4.1.1:** Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

**Indicador 4.1.2:** Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Durante os três meses de intervenção, foram registradas na ficha de acompanhamento todas as informações pertinentes sobre cada usuário hipertenso ou diabético atendido. Tudo ficou anotado no livro de agendamentos das consultas, livro de atendimentos, ficha espelho e planilha de coleta de dados. Entre os hipertensos conseguimos 68 com registro adequado no primeiro mês, 167 no segundo, e 338 no terceiro mês, sendo a meta de 100% alcançada. Entre os diabéticos, tivemos 24 no primeiro mês, 48 no segundo e 85 usuários com registro adequado no terceiro mês, com a meta de 100% também alcançada. O que mais contribuiu foram as ações de capacitação da equipe para o registro e o envolvimento dos profissionais com a intervenção, onde cada um fez sua parte.

**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.**

**Indicador 5.1.1:** Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por critério clínico.

**Indicador 5.1.2:** Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por critério clínico.

Durante os três meses de intervenção, todos os hipertensos e diabéticos cadastrados tiveram a estratificação de risco cardiovascular realizada fundamentalmente por critério clínico, considerando a existência de fatores de risco. De acordo com o CAB nº 37 (BRASIL, 2013b), se o usuário apresentar apenas um fator de risco baixo/intermediário, ele é considerado como baixo risco cardiovascular. Se apresentar ao menos um fator de alto risco, ele já é considerado como alto risco cardiovascular. O escore de Framingham não foi calculado em virtude da dificuldade de realização de exames complementares pelos usuários.

Entre os hipertensos conseguimos 68 no primeiro mês, 167 no segundo, e 338 no terceiro mês, sendo a meta de 100% alcançada nos três meses. Entre os diabéticos, tivemos 24 no primeiro mês, 48 no segundo e 85 no terceiro mês, com a meta de 100% também alcançada nos três meses. Capacitar a enfermeira para a realização da estratificação de risco cardiovascular segundo critérios clínicos favoreceu para que todos os usuários acompanhados nesta consulta tivessem o seu risco determinado.

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

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

**Indicador 6.1.1:** Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

**Indicador 6.1.2:** Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Todos os hipertensos e diabéticos foram orientados sobre alimentação saudável nos três meses de intervenção, sendo a meta de 100% alcançada. Entre os hipertensos foram 68 no primeiro mês, 167 no segundo, e 338 no terceiro mês. Entre os diabéticos, foram 24 no primeiro mês, 48 no segundo e 85 no terceiro mês. Isso se deu em função da capacitação da equipe sobre as práticas de alimentação saudável e sobre metodologias de educação em saúde, postas em prática nas atividades de grupos na comunidade, onde apresentamos vídeos e ofereceram alimentos preparados de forma saudável, elaborados por pessoas da comunidade, e nas atividades individuais de visita domiciliar e consultas na UBS. Além disso, o

monitoramento das fichas espelho pela médica e enfermeira contribuiu para garantir que todos fossem orientados.

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

**Indicador 6.2.1:** Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

**Indicador 6.2.2:** Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Alcançamos a meta de 100% nesse indicador, garantindo orientação e prática de atividade física efetuada por educadora física e toda a equipe, com muita motivação e aceitação pelos usuários participantes no projeto e pela comunidade. Entre os hipertensos foram 68 no primeiro mês, 167 no segundo, e 338 no terceiro mês. Entre os diabéticos, foram 24 no primeiro mês, 48 no segundo e 85 no terceiro mês. Todos compreenderam a importância da prática de atividade física regular.

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

**Indicador 6.3.1:** Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

**Indicador 6.3.2:** Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Asseguramos orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados no programa, tanto nas atividades individuais como nas coletivas. Entre os hipertensos foram 68 no primeiro mês, 167 no segundo, e 338 no terceiro mês. Entre os diabéticos, foram 24 no primeiro mês, 48 no segundo e 85 no terceiro mês. Brilhou com seus conhecimentos sobre o tema a enfermeira coordenadora, oferecendo treinamentos para a equipe sobre o tratamento de usuários hipertensos e diabéticos tabagistas e sobre metodologias de educação em saúde. Assim, a equipe foi bem capacitada e foi capaz de orientar os usuários e comunidade.

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

**Indicador 6.4.1:** Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

**Indicador 6.4.2:** Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Foi executada a orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos pelos membros da equipe. Entre os hipertensos foram 68 no primeiro mês, 167 no segundo, e 338 no terceiro mês. Entre os diabéticos, foram 24 no primeiro mês, 48 no segundo e 85 no terceiro mês. O que contribuiu foi a capacitação da equipe, mediante atividades práticas da técnica da escovação dos dentes e prevenção de cáries dentárias oferecidas pelo cirurgião-dentista e sua auxiliar, e o empenho dos profissionais em orientar os usuários, tanto nas atividades individuais, como coletivas.

## 4.2 Discussão

Motivados com a realidade encontrada na nossa chegada ao município, determinamos que a ação programática típica de APS que seria foco da nossa intervenção seria o programa de atenção a usuários com DM e HAS. Essa intervenção ajudou na ampliação da cobertura do programa na UBS, demonstrando ainda que o número de usuários cadastrados não era verdadeiro e que existiam pessoas convivendo com estas doenças ainda não diagnosticadas. Esses casos foram encontrados graças à atenção diferenciada que oferecemos na intervenção para todos os usuários que procuram nosso serviço, e às buscas ativas realizadas. A equipe mostrou-se fortalecida com a qualificação da prática clínica, oferecendo atendimento integral em ações coletivas e individuais para ambos os grupos.

O projeto unificou o trabalho de toda a equipe. Os profissionais se ajudaram na execução das ações desenhadas no cronograma, exigindo capacitação para adotar o protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde. Todos trabalharam no acolhimento dos hipertensos e diabéticos com agendamento da consulta ou pronto atendimento das intercorrências, utilizando os registros pactuados na intervenção. Virou rotina o aferimento de PA em usuários maiores de 18 anos de idade e realização de hemoglicoteste nos grupos de risco para Diabetes, pela técnica em enfermagem. Assegurou-se também que cada um dos membros da equipe realizasse a parte do exame físico a eles conferido. Isto acrescentou a participação

significativa dos profissionais de saúde da equipe, ampliando a vinculação com a comunidade, sobretudo nas atividades de grupo e nas visitas domiciliares.

A intervenção organizou o funcionamento da unidade, uma vez estabelecida as atribuições da equipe, viabilizando a atenção de um maior número de usuários hipertensas e diabéticas ainda não cadastradas. O serviço organizou os registros e o agendamento dos hipertensos e diabéticos, cumprindo com os princípios do SUS.

A execução do projeto teve um impacto positivo na comunidade, superou as expectativas na assistência e participação ativa do público alvo, demonstrando satisfação pela atenção a eles dispensada. Acreditamos que com uma maior divulgação do projeto, aproximação às associações de moradores representantes da comunidade, maior resposta da gestão na realização de exames de laboratório e materiais necessários para a atenção odontológica teríamos melhores resultados alcançados na intervenção. Apesar disso, as bases estão criadas para superar estas dificuldades, com o trabalho diário e a incorporação da intervenção na rotina do serviço. Para manter os avanços conquistados, seguiremos cumprindo as responsabilidades conferidas a cada profissional, efetivando-as no dia a dia.

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

Prezados gestores,

Sou Ivis Pi Proenza, médica do Programa “Mais Médicos”, da UBS José Fadul, Xapuri/Acre, e venho relatar sobre a intervenção realizada nessa UBS com o objetivo de melhorar a atenção à saúde de usuários com HAS e DM.

As Doenças crônicas não transmissíveis, seus danos em órgãos alvo e complicações mais frequentes são os motivos de consultas mais atendidos nas Unidades de Saúde. A HAS e o DM encontram-se entre as de maior prevalência na nossa população, além disso, são responsáveis pelas primeiras causas de morbimortalidades e de hospitalizações no SUS, e são fatores de risco para outras doenças.

A UBS José Fadul localiza-se numa região urbanística e o modelo de atenção é a ESF. A população da área de abrangência é de 1.453 famílias cadastradas, num total de 3.332, pessoas. Considerando os dados do SIAB, há 277 hipertensos e 52 diabéticos cadastrados. De acordo com a Planilha de Coleta de Dados, a estimativa é de 507 hipertensos e 125 diabéticos e a cobertura ficaram em 54% e 41%. Isto significa que há muitos hipertensos e diabéticos sem acompanhamento. Preocupados com esta realidade, a equipe definiu intervir sobre a atenção a esse grupo, buscando, entre outras metas, cadastrar 78% dos hipertensos e 90% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, garantindo exame clínico apropriado, realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, prescrição de medicamentos da farmácia popular, realização da avaliação das necessidades de atendimento odontológico e promover a sua saúde garantindo

orientação nutricional sobre alimentação saudável, higiene bucal, prática regular de atividade física e os trabalhando os riscos do tabagismo.

Para isso, desenvolvemos ações em quatro eixos, monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Conseguimos que 338 hipertensos e 85 diabéticos participassem da intervenção, alcançando ao final da intervenção uma cobertura de 66,7% e 68%, respectivamente.

As ações que mais auxiliaram foram a melhoria no acolhimento e atendimento nas consultas, visitas domiciliares e atividades de grupo por micro área. Foi importante o apoio oferecido pela gestão ao proporcionar as fichas espelhos para os participantes, o material para o lanche e café da manhã, e a disponibilização da participação da educadora física do NASF.

Entre os resultados, alcançamos 100% nos indicadores referentes a:

- ✓ Exame clínico apropriado;
- ✓ Manutenção atualizada da ficha de acompanhamento;
- ✓ Realização da estratificação do risco cardiovascular;
- ✓ Garantia da orientação sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e orientação sobre higiene bucal.

Tornou-se vulnerabilidade do projeto a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, com indicador em pouco mais de 40%, resultado já esperado, visto que o laboratório do SUS não mudou a carência dos exames disponibilizados durante as semanas de execução. Promessas de providenciar reagentes nunca aconteceram, o que atrapalhou os bons resultados do projeto, aspectos que precisam ser melhorados para qualificar ainda mais o serviço.

A intervenção unificou o trabalho de toda a equipe, os profissionais se ajudaram na execução das ações desenhadas no cronograma, exigindo capacitação para adotar o protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde relativo ao trabalho com estas doenças. Todos trabalharam no acolhimento dos hipertensos e diabéticos com agendamento das consulta ou pronto atendimento das intercorrências, utilizando os registros pactuados na intervenção. Virou rotina o aferimento de PA em usuários maiores de 18 anos de idade e determinação por hemoglicoteste dos grupos de risco para Diabetes. Assegurou-se também que cada um dos membros da equipe praticasse a parte do exame físico a eles conferido. Isto acrescentou a participação significativa dos profissionais de saúde da equipe ampliando a

vinculação com a comunidade, sobretudo nas atividades de grupo e nas visitas domiciliares.

A execução do projeto teve um impacto positivo na comunidade, superou as expectativas na assistência e participação ativa do público alvo demonstrando satisfação pela atenção a eles dispensada. Acreditamos que com uma maior divulgação do projeto, aproximação às associações de moradores representantes da comunidade, maior resposta da gestão na realização de exames de laboratório e materiais necessários para a atenção odontológica farão a diferença nos resultados alcançados na continuação das ações da intervenção, que hoje estão inseridas à rotina do serviço. As bases estão criadas para superar estas dificuldades com o trabalho diário. Para manter os avanços conquistados seguiremos cumprindo as responsabilidades conferidas a cada profissional efetivando-as no dia a dia.

A realização da intervenção na Unidade Básica de Saúde oportunizou enfrentar novos desafios começando novos projetos de intervenção no Programa de atenção básica.

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

Prezados usuários,

Sou Ivis Pi Proenza, médica do Programa “Mais Médicos”, da UBS José Fadul, Xapuri/Acre, e venho relatar sobre a intervenção realizada nessa comunidade.

A equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde José Fadul decidiu realizar um projeto de intervenção com as pessoas que têm Hipertensão Arterial Sistêmica (Pressão Alta) e Diabetes Mellitus (Açúcar no sangue) e que moram próximas à Unidade, com o objetivo geral de melhorar a atenção à saúde, visto que suas complicações são os motivos de consultas mais frequentes e são responsáveis por grande parte das hospitalizações, e também são fatores de risco para outras doenças do coração, dos rins e do cérebro. Muitas pessoas por não conhecerem as doenças, sequer sabem que padecem destas perturbações.

Com a prática das ações do projeto, a comunidade ganhou uma sessão onde a prioridade é atender as pessoas com hipertensão arterial e diabetes. É importante manter essa conquista porque o número de pessoas que sofre desses problemas é maior e muitos acabam ficando sem controle. Outras conquistas foram as visitas domiciliares dos profissionais de saúde e atividades em grupos dentro da mesma comunidade. Foi importante o apoio da comunidade na hora de ceder espaços como clubes e ambientes de reunião do bairro para desenvolver muitas atividades.

Depois dos três meses de intervenção, conseguimos que 338 hipertensos e 85 diabéticos participassem. Todos foram acompanhados por uma ficha onde anotamos o exame físico, a avaliação dos riscos já mencionados e cada um recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e orientação sobre higiene bucal. Temos como meta atingir o total de pessoas com essas doenças moradoras na região de abrangência da UBS,

realizar exames de laboratório, atenção odontológica, envolvendo mais a gestão para disponibilizar os materiais necessários para isso. As bases estão criadas para superar as dificuldades encontradas com o trabalho diário, e a incorporação da intervenção na rotina do serviço já é fato. Para manter os avanços conquistados vamos enfrentar novos projetos para que o serviço da atenção à saúde da nossa população na UBS seja cada vez melhor. Divulgue. Participe.

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

Praticar a medicina na atenção básica no sistema de saúde brasileiro é uma das melhores coisas que já me aconteceu. Ao sair do meu país tinha muitas expectativas e até medo. Quinta economia no mundo, capitalismo forte, língua diferente, idiosincrasia particular, tantas coisas. Não sabia que eu teria que fazer uma especialização em saúde da família, até pensei que não precisaria porque nós médicos cubanos já somos especialistas na área. Estava errada! Sem os conhecimentos adquiridos ao longo do desenvolvimento das diferentes atividades, os resultados obtidos hoje não seriam os mesmos.

O curso, junto a Universidade Federal de Pelotas, exigiu muita disciplina, pontualidade, honestidade, mas também nos demonstrou ter professores e/ou orientadores qualificados e muito humanos que com simplicidade e justiça nos censuraram e/ou parabenizaram, segundo cada tarefa permitia. Após todos esses meses, as expectativas foram superadas ao usar instrumentos, protocolos e programas disponibilizados pelo curso, foi um exercício durante o qual aprendemos fazendo.

A análise estratégica foi um período que favoreceu a união da equipe com a comunidade, definiu o foco para o projeto de intervenção - tarefa fácil depois de nos acostumar a resolver as tarefas com a opinião da equipe. Planejar e efetivar o cronograma se revelou ser uma atenção de qualidade para a população toda, melhorando o vínculo e a adesão às atividades dispensadas.

Resolver casos clínicos interativos é uma das atividades mais educativas, que nos assessorou solucionar problemas que se apresentam na prática médica diária, segundo recomendação do Ministério da Saúde, incentivando o uso do raciocínio clínico.

Elaborar cada um dos estudos de prática clínica permitiu a atualização da nossa cultura médica, ao revisar as referências também se prestou para melhorar um pouco o nosso entendimento da língua portuguesa.

A implementação da intervenção na UBS teve uma importante influência na nossa formação profissional no Brasil, embora já tivéssemos uma visão integral da APS. Proporcionou importantes ferramentas que contribuíram para que a ação programática se adequa-se as condições reais da atenção básica no município dando saída às necessidades de saúde da população com um enfoque preventivo, respeitando costumes e tradições da região, oportunizando enfrentar novos desafios começando um novo projeto de intervenção no Programa de atenção a saúde dos idosos.

O produto final é um profissional satisfeito, reorientado no modelo assistencial brasileiro e pronto para enfrentar novos desafios, sempre tentando melhorar os indicadores de saúde da população brasileira, com enfoque preventivo dos problemas, respeitando tradições e costumes.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus.** Cadernos de Atenção Básica, n. 36. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013A.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial.** Cadernos de Atenção Básica, n. 37. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013B.

## **Anexos**

## Anexo A - Documento do comitê de ética



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

---

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

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

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

Prezada Pesquisadora;

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

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

## Anexo B - Planilha de coleta de dados

2014.11.06 Coleta de dados HAS e DM [Somente leitura] [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel uso não comercial

Arquivo Página Inicial Inserir Layout da Página Fórmulas Dados Revisão Exibição

Calibri 11

Fonte Alinhamento Número

Formatação Condicional Formatar como Tabela Estilos de Célula

Inserir Excluir Formatar

AutoSoma Preencher Limpar Classificar e Filtrar Localizar e Selecionar Edição

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1																		
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame oftálmico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamento?	Todos os medicamentos são da lista da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratégia de risco cardiovascular por escore clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
1	1																	
2	2																	
3	3																	
4	4																	
5	5																	
6	6																	
7	7																	
8	8																	
9	9																	
10	10																	
11	11																	
12	12																	
13	13																	
14	14																	
15	15																	
16	16																	
17	17																	
18	18																	
19	19																	
20	20																	
21	21																	
22	22																	
23	23																	
24	24																	
25	25																	
26	26																	
27	27																	
28	28																	
29	29																	
30	30																	

Pronto

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

60%

19:31 23/08/2015

