

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



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou  
Diabetes Mellitus, na UBS Vila Progresso, Ilha Bailique, Macapá/AP**

**Manuelkis Bocourt Suarez**

**Pelotas, 2015**

**Manuelkis Bocourt Suarez**

**Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica  
e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Vila Progresso, Ilha Bailique, Macapá/AP**

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

Orientador: Sérgio Vinícius Cardoso de Miranda

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação**

S939m Suárez, Manuelkis Bocourt

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS Vila Progresso, Ilha Bailique, Macapá/AP / Manuelkis Bocourt Suárez; Sérgio Vinícius Cardoso de Miranda, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

103 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. Miranda, Sérgio Vinícius Cardoso de, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

## Resumo

SUAREZ, Manuelkis Bocourt. **Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes, na UBS Vila Progresso, Ilha Bailique, Macapá/AP.** 2015. 104f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

Este trabalho foi desenvolvido na Unidade Básica de Saúde Vila Progresso do Município Macapá, Estado Amapá, no período compreendido de Março a Maio 2015. Considerando a elevada morbimortalidade por Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus presente na nossa área de abrangência, a prioridade da prevenção e diagnóstico precoce destas doenças e suas complicações para evitar incapacidades e mortes, foi o tema escolhido para realizar a intervenção. Com o objetivo de melhorar a atenção à saúde de usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus inseridos na área de abrangência da UBS Vila Progresso, município de Macapá, Amapá e contribuir para a melhoria da qualidade de vida e saúde desses usuários e seus familiares. Foi realizada a divulgação do projeto de intervenção e durante a intervenção ocorreu o cadastro dos usuários no programa, a coleta, análise e levantamento dos dados, além do monitoramento constante dos usuários, com o preenchimento das fichas espelhos, a planilha de coletas de dados e os prontuários. Foram cadastrados 362 usuários hipertensos, representando 95% de cobertura e 104 usuários diabéticos, representando 95.4% de cobertura. Em todos os usuários que participaram na intervenção foi realizado avaliação da estratificação do risco cardiovascular, exame clínico apropriado, avaliação da necessidade de atendimento odontológico assim como indicação dos exames laboratoriais com discreta variação nestes três últimos aspectos. Em todos os usuários hipertensos e diabéticos foi garantida a prescrição de medicamentos da farmácia popular e a entrega grátis deles e 100% dos usuários cadastrados na intervenção receberam ações de promoção, prevenção e orientações sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular, riscos do tabagismo e métodos para eliminá-lo e sobre a importância da higiene bucal. Em relação a busca ativa, a equipe realizou com todos os usuários faltosos e agendaram as consultas com o médico na UBS. É importante destacar que o trabalho foi desenvolvido de forma integrada e com dedicação de todos os profissionais da equipe, o que propiciou o êxito da intervenção e os ótimos resultados, além da grata satisfação demonstrada pelos usuários hipertensos e diabéticos, seus familiares e a comunidade. Ao concluirmos o trabalho, podemos afirmar que as ações já estão incorporadas a rotina do serviço e nos próximos meses será estendida para as demais Equipes da Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde, para melhorar o estado de saúde e a qualidade de vida dos usuários hipertensos e diabéticos da nossa área de abrangência.

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

## Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Vila Progresso, Ilha Bailique, Macapá/AP, 2015.	72
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Vila Progresso, Ilha Bailique, Macapá/AP, 2015.	73
Figura 3	Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Vila Progresso, Ilha Bailique, Macapá/AP, 2015.	74
Figura 4	Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Vila Progresso, Ilha Bailique, Macapá/AP, 2015.	75
Figura 5	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Vila Progresso, Ilha Bailique, Macapá/AP, 2015.	76
Figura 6	Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Vila Progresso, Ilha Bailique, Macapá/AP, 2015.	77
Figura 7	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde Vila Progresso, Ilha Bailique, Macapá/AP, 2015.	79
Figura 8	Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde Vila Progresso, Ilha Bailique, Macapá/AP, 2015.	80

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

ACS	Agente comunitário da Saúde
AP	Amapá
APS	Atenção Primária a Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DANT	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Grupo de Hipertensos e Diabéticos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PCD	Planilha de Coleta dos Dados
SB	Saúde Bucal
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
VD	Visita Domiciliar

## Sumário

Apresentação .....	7
1 Análise Situacional.....	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS.....	9
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	90
1.3Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	23
2	Análise
Estratégica.....	256
2.1 Justificativa .....	256
2.2 Objetivos e metas.....	27
2.2.1 Objetivo geral.....	27
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	27
2.3 Metodologia .....	29
2.3.1	Detalhamento das
ações.....	290
2.3.2 Indicadores.....	49
2.3.3 Logística.....	55
2.3.4 Cronograma.....	61
3 Relatório da Intervenção.....	63
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	63
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	68
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	68
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	68
4 Avaliação da intervenção.....	70
4.1 Resultados.....	70
4.2 Discussão.....	86
5 Relatório da intervenção para gestores.....	89
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	91
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	93
Referências .....	95
Anexos.....	96

## **Apresentação**

O presente volume trata-se do Trabalho de Conclusão do Curso de pós – graduação em Saúde da Família, na Modalidade EaD, realizado em parceria com Universidade Federal de Pelotas e Universidade Aberta do SUS. Destina-se a melhora na atenção a Saúde dos Hipertensos e Diabéticos residentes no território de atuação da UBS/ESF Vila Progresso, na Ilha Bailique, no município de Macapá/AP.

O texto está organizado em unidades, correspondendo a seis capítulos. Na unidade 1 foi realizada a Análise Situacional, com a observação do município, território, estrutura física da unidade de saúde e o processo de trabalho da equipe.

Na segunda parte apresento a Análise Estratégica, realizada na unidade 2, através da elaboração do Projeto de Intervenção, que foi implantado na prática diária da equipe durante a unidade 3, com a realização das ações durante 12 semanas.

A terceira parte apresenta o relatório da intervenção - unidade 4, com a descrição das ações previstas e desenvolvidas, as que não foram desenvolvidas e os motivos, os aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados e a viabilidade da incorporação das ações à rotina da equipe.

Na quarta seção encontra-se a avaliação da intervenção, com a apresentação dos gráficos correspondentes aos indicadores de saúde trabalhados, os resultados encontrados e uma discussão sobre as ações desenvolvidas.

Na quinta seção desenvolvo os relatórios da intervenção para gestores, comunidade e a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem durante o curso de especialização.

Para finalizar o volume, na sexta seção são apresentadas as referências utilizadas para embasar cientificamente o estudo, os apêndices e anexos utilizados durante a realização deste trabalho. O curso de especialização teve seu início no mês Junho de 2014 e sua finalização ocorreu no mês de Agosto de 2015.

## **1 Análise Situacional**

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

Minha UBS é pequena em relação à quantidade de pessoas que procuram o atendimento médico no dia a dia, com uma estrutura muito ruim, não tem bancos suficiente para que os usuários possam aguardar sentados pelos atendimentos. Possuímos um espaço destinado para a recepção e triagem, uma sala de vacina, uma sala de consulta médica com iluminação muito ruim e pouco ventilada, uma sala de arquivo, uma sala de odontologia, uma sala pequena de observação com só uma cama, uma sala pequena de ginecologia, uma sala de curativos, uma sala de enfermagem, uma farmácia onde a cobertura de medicamentos é muito ruim e dois banheiros.

Toda a unidade possui péssimas condições higiênicas, quando chove a unidade fica cheia de água. Eu acho que pela quantidade de atendimentos de urgências que são realizados na unidade, além das consultas que não são agendadas porque os usuários moram em ilhas que ficam muito longe da unidade e tem que viajar quando a maré do rio está alta deve cambiar sua estrutura para unidade mista. As visitas domiciliares são muito difíceis pela falta de voadeira e combustível. Na comunidade tem muito lixo acumulado já que se dificulta sua eliminação porque deve ser transportado por um barco que tenha as condições necessárias.

A população atendida na UBS é de aproximadamente de 15.000 habitantes para quatro equipes de saúde. Minha equipe é responsável por aproximadamente 2.160 habitantes, sendo uma população muito carente, de baixo nível cultural, muito humilde, a maioria da população que atendemos são crianças com infecções respiratórias e digestivas, pela baixa qualidade da água e o clima de floresta. Por

isso são planejadas e realizadas palestras nas escolas para promover a importância de uma saúde de qualidade e assim ajudar a mudar modos e estilos de vida.

Além das consultas de rotina temos que realizar atendimentos de urgências, os casos mais frequentes são facadas e tiros. A relação com a comunidade é muito boa apesar das dificuldades para fazer as visitas domiciliares pela falta de transporte. As viagens pelo rio de voadeira são uma experiência única, porém muito perigosas pela força da maré, além disso, viajamos até as comunidades para fazer nosso trabalho com muito orgulho e satisfação e sempre vamos a estar dispostos para ajudar a essa população carente de atendimento.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

Macapá é um município localizado no Amapá, sendo a capital do estado. Com uma população estimada de 437.256 habitantes. Possui 23 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 20 Urbanas e três Rurais. Existem na cidade cinco Módulos de Saúde Familiar com 72 Equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), um Pronto Atendimento (PA) e dois Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), que trabalham com agendamento e atendimento de urgências.

A saúde conta com oito Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), constituído por psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e educadores físicos que desenvolvem seu trabalho em aproximadamente três UBS. Possuímos também Equipes de Atendimento Domiciliar que desenvolvem seu trabalho, cada equipe em seis UBS. Temos dois Serviços Hospitalares de Emergência com condições e leitos insuficientes, um Serviço Hospitalar de Especialidade também com leitos insuficientes para a população.

Quanto aos laboratórios, existem vários no estado. Alguns desses laboratórios públicos ficam nas UBS e prestam atendimento a uma grande parcela da população, mas neste momento, a maioria deles não está funcionando por falta de recursos financeiros. Os usuários do município têm a possibilidade de serem atendidos no laboratório do hospital que tem maiores recursos e variedades de exames laboratoriais, mas também não é suficiente para atender a grande demanda existente.

A comunidade de Vila Progresso está situada numa ilha com o mesmo nome da UBS do arquipélago do Bailique na beira do Rio Amazonas a 12 horas de barco

da capital, numa área de difícil acesso, pertence ao município de Macapá. Toda essa rede de serviços de saúde do nosso município não está disponível para as comunidades ribeirinhas, por se encontrarem em áreas de difícil acesso.

Não temos NASF, nem especialidades e quando precisamos enviamos os usuários para a capital para estas instituições. A população de minha área é uma população de baixos recursos e muito carente, dedicados da pesca e ao comércio, que apresentam baixa cultura em geral, as construções são de palafitas na beira do Rio Amazonas e as ruas são de madeira, o resto da população do Município em sua maioria dedica-se ao comércio e agricultura.

A nossa UBS está situada na zona rural, vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) e possui vínculo com seis instituições de ensino que são escolas (três instituições na Vila Progresso, uma instituição no Buritizal, uma instituição na Vila Macedônia e uma instituição no Carneiro e uma instituição de ensino superior Escola Bosque) de todas temos apoio dos profissionais.

A Estratégia de Saúde da Família é o modelo de atenção utilizado, contando com quatro equipes de saúde da família cada uma com médico do Programa Mais Médico e em sua maioria incompletas quanto à composição da equipe, pois há carência de técnicos de enfermagem, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Nossa equipe de ESF está composta por médico, uma enfermeira, três técnicos de enfermagem, seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Temos um dentista e uma Técnica em Saúde Bucal (TSB) que realizam atendimento odontológico para toda a população.

Realizamos dois turnos de atendimento e ofertamos atendimentos em outras ilhas que compõem o distrito, se a população precisar de atendimentos de urgências após o horário de trabalho estabelecido, incluindo noturno, nos deslocamos até a UBS. Já que não temos médicos para emergências, nem unidades de pronto atendimento na comunidade, porém atendemos alguns casos de urgências também, pois as unidades de pronto socorro, hospitais, laboratórios e demais instituições ficam na cidade a 12 horas de barco pelo Rio Amazonas. Além disso, não temos transporte adequado para o deslocamento dos usuários para a cidade. No território também não contamos com nenhum médico pediatra e ginecologista.

Estruturalmente a UBS tem uma situação crítica, porque não tem sala de espera, não tem almoxarifado, não tem salas para depósito de lixo, não tem sala

para coleta de exames, não tem sala para nebulização, não tem sala para os ACS, não tem sala de reuniões, não tem sala para armazenamento dos medicamentos, que ficam estocados na própria farmácia da UBS.

Na UBS atuam quatro equipes de ESF e a nossa área de abrangência é de 15.000 habitantes e só temos duas bancadas para que os usuários aguardem seus atendimentos sentados na entrada da unidade, só uma cadeira de rodas, só uma sala para consulta médica, com ventilação e iluminação muito ruim. São realizados atendimentos e consultas agendadas, demanda espontânea e urgências. A UBS possui ainda dois banheiros pequenos, com péssimas condições de higiene e as portas não permitem a entrada de cadeiras de rodas para usuários portadores de deficiências.

Os corredores não possuem corrimões, as salas existentes não têm sinalização de símbolos e outras nenhum tipo de sinalização. Em geral existem muitos problemas de iluminação e ventilação, de equipamentos que não atendem uma atenção conforme os princípios do SUS. Temos déficit de mobiliário e financiamento, a cobertura do teto da UBS é precária alagando a mesma quando chove.

Na comunidade as maiorias das ruas são de palafitas e dificultam o deslocamento em cadeiras de rodas dos usuários com deficiência ou alguma dificuldade de locomoção. Acredito que os projetos de urbanização das vias públicas dos parques e demais espaços deveriam ser executados de forma a garantir o direito de movimentarem-se com segurança, as pessoas idosas, com mobilidades reduzidas e portadoras de deficiências.

Em contrapartida, temos também pontos positivos como, por exemplo, uma sala de odontologia muito boa, uma sala de prontuário com capacidade para 24 mil prontuários, uma sala de ginecologia, uma sala de curativo, uma sala de esterilização, uma sala de vacinas completa, uma sala de recepção às quais cumprem com os requisitos de dimensão e extensão em metros quadrados, paredes lisas, laváveis e pisos lisos que não possuem degraus.

No sentido de estratégias de melhorias, considero que deveria ser reformada, aumentando o número de salas, criando espaços para todas as atividades a serem desenvolvidas, segundo o protocolo de infra-estrutura de UBS do Ministério da Saúde (MS). Temos ainda uma área suficiente para uma

reforma/ampliação e pessoal disponível para trabalhar, mesmo em condições não ideais de trabalho.

Os problemas onde temos governabilidade devem continuar sendo informados as organizações e gestores e saúde para que sejam resolvidos e assim contribuir na luta pelo SUS, na perspectiva de melhorar a qualidade de vida da população brasileira, já que todos estes problemas atuam sobre o usuário e sobre o profissional de saúde. Quando presenciamos tudo isto, adquirimos força para continuar defendendo os princípios do SUS e por uma assistência de saúde de qualidade a população brasileira.

Em relação à distribuição por sexo e idade não temos esses dados em nenhum registro na UBS nem na Secretaria de Saúde do município, não temos o conhecimento do cadastro SIAB nem de estimativas, pois ainda a população não está cadastrada em sua totalidade e possuímos muitas áreas descobertas. Planejamos uma estratégia de trabalho para terminar o cadastro da população adstrita e dependendo das possibilidades da equipe também contemplar com atendimento planejado a essa população.

A estratégia consiste em envolver todos os profissionais da equipe no cadastramento. Para a coleta dos dados necessários a essa Análise Situacional, todas as informações serão colhidas nos prontuários dos usuários porque não temos conhecimentos das estimativas e outros profissionais e gestor também não tem esses conhecimentos.

Os principais problemas de saúde são infecções respiratórias, doenças diarreicas agudas, hipertensão arterial e diabetes mellitus, além disso, fazemos atendimento de muitos casos de urgências e emergências. Quanto às atribuições dos profissionais e o atendimento a demanda espontânea, cabe relatar que todos os integrantes da equipe fazem acolhimento aos usuários chegam à unidade procurando assistência e são recebidos por um membro da equipe, são escutados e direcionados conforme o caso: curativos, nebulização, vacinas, consulta de enfermagem, médica ou atendimento em SB.

Realizados também consultas agendadas, no entanto a maioria das consultas é demanda espontânea, bem como de retorno/reavaliação e de usuários que não fazem parte de ações programáticas específicas. Temos agendado dias para consultas e dias para as Visitas Domiciliares (VD). Duas equipes saem para a visita domiciliar e duas ficam na unidade, vamos alternando-nos para que a UBS não

fique descoberta sem profissional. Durante as visitas domiciliares fazemos atividades de educação para a saúde e engajamento da comunidade.

O Programa de Atenção à Saúde da Criança é muito importante. Na minha UBS realizamos puericultura até 72 meses de vida em todos os horários de funcionamento da mesma. Segundo CAP o número de crianças menores de um ano residentes na área deve ser de 46 e realmente temos 27 crianças menores de um ano acompanhadas na UBS para um 59% de índice de cobertura. Além disso, fazemos atendimento à demanda espontânea nesta faixa etária. Todos os profissionais de uma forma ou de outra, participam na atenção à saúde da criança, cumprindo com suas atribuições, além disso, seguimos as diretrizes do Ministério de Saúde. No momento de responder a tarefa não tínhamos formas de registro e controle eficientes.

Os dados do Caderno de Ações Programáticas (CAP) demonstram que 59% das crianças menores de um ano estão sendo acompanhadas pela equipe. As puericulturas eram realizadas na sua maioria quando as mães procuravam o serviço. Após a percepção da forma incorreta, decidimos que dois membros da equipe têm a responsabilidade de planejar as consultas, preencher um livro de saúde da criança e monitorar as ações, os demais executam ações neste grupo etário, fazendo consultas de puericultura e visitas domiciliares.

A cada mês tem uma reunião da equipe para avaliar o trabalho realizado e planejar as ações do próximo mês. Embora com todo o esforço da equipe, a população ainda não tem uma boa adesão. Não procuram o serviço de forma regular segundo as consultas agendadas de puericultura e as mães na sua maioria, não percebem a importância e procuram o serviço de saúde só em caso de doença do filho. Também não participam regularmente nas atividades educativas sobre aleitamento materno, alimentação saudável, desenvolvimento da criança, vacinação além de outros temas desenvolvidos nas palestras e atividade de promoção e prevenção.

As consultas são planejadas e agendadas de acordo ao calendário para consultas de puericultura do Ministério da Saúde seguindo o protocolo clínico disponibilizado pelo Ministério da Saúde. As consultas são registradas na caderneta da criança, mas também no prontuário clínico além dos dados para avaliar a evolução física da criança também avaliamos seu desenvolvimento psicomotor, alimentação, atualização das vacinas, fazemos exame físico completo, avaliamos os

riscos, oferecemos orientações gerais sobre os cuidados da criança, indicamos a importância da realização do teste do pezinho e orelhinha, promovemos o aleitamento materno exclusivo a livre demanda nos primeiros seis meses de vida da criança, orientamos sobre os principais tipos de lesões não intencionais segundo a idade e fica agendada a próxima consulta, mediante estes dados no prontuário temos um melhor controle do programa de atenção à saúde da criança.

No entanto, acredito que se deve aumentar o número de consultas a cada 15 dias até três meses e depois mensal até os 12 meses para o melhor controle e seguimento, independentemente do estado de saúde da criança. Com toda equipe fazemos acompanhamento da criança, visitamos o domicílio e orientamos sobre todas as medidas de prevenção de acidentes.

Sendo de nosso interesse aumentar todas estas ações para melhorar os indicadores que ainda estão baixos. Nosso desafio principal é conseguir o cadastramento e adesão de todas as crianças até os 72 meses ao programa. As principais potencialidades são a participação dos membros da equipe e da cooperação da comunidade. Além das consultas agendadas, demanda espontânea, atenção odontológica, oferecemos também vacinas, temos cobertura para todo o esquema de vacinação.

O tema de atenção pré-natal é de vital importância para avaliação dos indicadores de saúde da população. O número de gestantes residentes na área deve ser de 32.4 e são acompanhadas na UBS 23 para um 71% segundo CAP. Depois de mostrar para minha equipe todas as deficiências que apresentamos ao preencher os dados do CAP, onde temos uma cobertura de 71% de gestantes acompanhadas na UBS, sendo considerados baixos indicadores segundo as estimativas do Ministério da Saúde, decidimos mudar nossas estratégias de trabalho.

Adotamos novas formas de programar as consultas e fazer um registro destas por meio de um livro de controle das consultas programadas, das datas de parto e das ações de promoção e prevenção. Desenvolvemos atividades de divulgação da importância das consultas pré-natais e sobre o acompanhamento realizado pela nossa equipe, o acompanhamento do puerpério e já vamos sensibilizando as futuras puérperas.

Além disso, os ACS participam constantemente na busca ativa de gestantes para iniciarem o pré-natal o quanto antes e com a qualidade requerida. Ainda neste

aspecto temos deficiências porque a adesão da população não é total e existem gestantes que pelo baixo nível educacional ou pelo jeito próprio não querem assistir às consultas até os 05 meses, período quando podem saber o sexo do feto. Baseados nestas deficiências, decidimos que os ACS têm que procurar às gestantes faltosas às consultas, orientando sobre a importância do acompanhamento de pré-natal pelo médico da UBS/ESF.

Em relação ao registro, temos um livro de controle com dois responsáveis da equipe que preenchem, planejam e monitoram o programa, mesmo com este acompanhamento, ações são necessárias para a captação de gestantes e puérperas. O atendimento é realizado conforme protocolo clínico disponibilizado pelo Ministério da Saúde existente em nossa UBS. Contamos com uma sala de atendimento para gestante muito bem equipada (sala de ginecologia). Sendo nosso desafio orientar às usuárias e seus familiares incluindo os esposos sobre a importância do acompanhamento na UBS/ESF.

Durante as visitas domiciliares explicamos às mulheres em idade fértil a importância do planejamento familiar e encontramos algumas gestantes que ainda não começaram o pré-natal. Com ações de educação para a saúde explicamos quanto importante é o seguimento do pré-natal, nas consultas tanto de enfermagem como do médico. Realizamos a escuta inicial, exame físico, avaliamos o peso em cada consulta, avaliamos a altura uterina em relação com a idade gestacional, avaliamos os batimentos cardíacos fetais, indicamos ou avaliamos exames complementares, os quais temos algumas dificuldades já referenciadas.

Além deste, identificamos os riscos, no caso de existirem, as grávidas são encaminhadas para à cidade para o hospital geral ou maternidade para serem avaliadas pelo ginecologista, explicamos a importância de continuar o pré-natal, oferecemos orientações gerais, respondemos dúvidas que elas possam ter, explicamos os sintomas e sinais que possam aparecer durante a gravidez que indiquem sinais de alerta. Orientamos o padrão contrátil (número de contrações normais a partir das 26 semanas até 37 semanas numa hora, sem perdas do sangue nem líquido), a partir das 37 semanas se explica as grávidas que já estão no termo e qualquer alteração referente a contrações o perdas pode significar o parto. Orientamos ainda que realize avaliação odontológica, as quais também têm dificuldades de deslocamento.

A maioria das vezes os partos ocorrem nos domicílios, para isso estamos preparados na medida em que podemos contar com parteiras muito bem preparadas, que recebem cursos periodicamente, no mês de Julho de 2014 receberam outra atualização por parte dos profissionais da Rede Cegonha que visitaram o Distrito por sete dias para essa atividade. Neste sentido, o trabalho em equipe não é de um jeito isolado, necessitando da competência de profissionais qualificados para que possam garantir o melhor atendimento à gestante e à criança.

O controle dos cânceres do colo de útero e da mama depende de uma atenção básica qualificada e organizada, integrada com os demais níveis de atenção. Somente dessa forma é possível combater essas doenças e diminuir a mortalidade por elas. Relacionado à prevenção do câncer do colo de útero e de mama posso dizer que fico feliz. A adesão da população feminina na faixa etária de risco para estas doenças tem melhorado muito. As ações feitas para este fim tem tido resultados positivos, agora as mulheres procuram mais as consultas solicitando exame de mama, preventivo e atendimento para o cuidado da sua saúde reprodutiva e sexual. Segundo CAP o número estimado de mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área para prevenção de câncer de colo de útero deve ser de 458 e são acompanhadas na UBS 361 para um 79% de índice de cobertura.

Aproveitando esta cobertura desenvolvemos nesses dias de atendimento palestras na UBS, orientando sobre as medidas de promoção e prevenção dos cânceres e doenças sexualmente transmissíveis e distribuimos preservativos. Trabalhamos sempre seguindo o Protocolo do Ministério de Saúde de câncer de colo do útero e o protocolo de câncer de mama existente na unidade de saúde que é disponibilizado pelo Ministério da Saúde.

Temos um livro de registro das ações, planejamos atividades e agendamos as consultas, com relação aos preventivos. A qualidade da atenção neste ponto ainda não é ótima, mas tenho a certeza que nos próximos meses conseguiremos avanços. Da mesma forma que os outros programas anteriores temos dois responsáveis que levam o planejamento e controle das atividades e realizam o monitoramento, além da reunião mensal para avaliar o trabalho e planejar as ações do próximo mês.

Também fazemos palestras nas visitas domiciliares nas comunidades e na UBS pelas manhãs antes de iniciarmos o trabalho do dia para avaliar o trabalho e planejar as ações do próximo mês. Nestas atividades estão envolvidos todos os

trabalhadores da equipe, da unidade de saúde e da comunidade. Nossa potencialidade é o nível de consciência e interesse da população que têm vontade de assistir e ficar preocupada pela pesquisa destas doenças sendo nosso maior desafio manter este logro com uma adequada educação para saúde e uma ótima qualidade de atenção das usuárias.

Na UBS realizamos coleta de exames citopatológicos um dia na semana em dois turnos, fazemos o cadastro dos exames encaminhados para acompanhar o resultado dos laudos, ficando registrado no prontuário da usuária e no livro de citopatologia. Caso o exame seja positivo encaminhamos à usuária ao especialista para avaliação e tratamento oportuno, retornando a ficha de contra referência para continuar o acompanhamento ao retorno à comunidade.

Além das atividades em parceria com a igreja e escolas realizadas sobre este tema, devemos reforçar ainda mais as atividades de educação e identificação de riscos neste grupo populacional e assim inserir mais usuários ao programa. Com a ajuda dos ACS agendamos consultas destas mulheres, sobretudo daquelas que não comparecem espontaneamente para realizar o exame com intuito de melhorar o índice de qualidade do programa.

Quanto ao programa do controle de câncer de mama, não está bem organizado, pois as usuárias têm que viajar 12 horas de barco para poder realizar o exame de mamografia no hospital de referência pelo SUS na capital Macapá. A maioria das mulheres além de terem dificuldade de deslocamento até a capital ainda não pode pagar o preço do exame nas clínicas privadas, quando não conseguem agendamento pelo SUS. Segundo CAP o número de mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área deve ser 94 e são acompanhadas 55 para um 59% de cobertura.

Durante as consultas fazemos pesquisa da doença com o exame clínico das mamas para detectar lesões palpáveis nas usuárias, como também indicamos mamografia para as mulheres de 50 a 69 anos a cada 2 anos embora não esteja acessível o exame, indicamos o exame clínico das mamas anual e realizamos orientações sobre a forma que o exame é realizado, bem como a sua importância para fortalecer a aderência da usuária à sua realização.

Além desses grupos, há também a recomendação para o rastreamento de mulheres com risco elevado de câncer de mama, cuja rotina de exames se inicia aos 35 anos, com exame clínico das mamas e mamografia anuais. Uma das estratégias

a serem adotadas seria melhorar o transporte para o deslocamento destas usuárias para a cidade de Macapá.

A consulta de avaliação inicial de usuários com diagnóstico de hipertensão arterial é realizada pelo médico da UBS/ESF com o objetivo de identificar outros fatores de risco para doença cerebrovascular, avaliar a presença de lesões em órgãos-alvo e considerar a hipótese de hipertensão secundária ou outra situação clínica para encaminhamento à consulta em outro nível de atenção.

O processo de educação em saúde estabelecido entre o médico e o usuário é contínuo e iniciado nessa primeira consulta, onde são realizados o exame físico completo para poder detectar lesões de órgão-alvo e identificar outras condições que, associadas, aumentam a morbimortalidade e influenciam no tratamento. São indicados exames complementares uma vez por ano para acompanhar a evolução da doença.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) constitui um problema de saúde mundial. Quando realizei a tarefa sobre Hipertensão Arterial reconheci que os nossos indicadores ficavam muito baixos segundo as estimativas do Ministério da Saúde. Apresentamos apenas 25% de cobertura nessa ação, segundo o CAP o número estimado de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área deve ser de 381 e realmente são acompanhados na UBS 96 usuários. Nossa forma de registro não permitia um bom planejamento e controle das ações. A adesão da população era insuficiente apesar de estarmos trabalhando seguindo o protocolo clínico de Hipertensão Arterial disponibilizado pelo Ministério da Saúde.

Baseados nestes aspectos decidiram mudar algumas questões, começamos uma busca ativa bem planejada de casos novos de Hipertensão Arterial. Realizamos este trabalho baseando-nos só na clínica porque não temos balança nem esfigmomanômetro suficiente. Então os ACS uma pesquisa sobre os principais sintomas e sinais e se tem algum caso suspeito, o médico e enfermeiro visitam os usuários para realizar uma anamnese completa e o exame físico, além da aferição da Pressão Arterial por sete dias para o diagnóstico de Hipertensão Arterial, apoiados nos aspectos clínicos e outros exames laboratoriais solicitados.

Desta forma temos diagnosticados os casos novos. Criamos um livro de planejamento e controle das ações com dois responsáveis para monitorar e fazemos uma reunião mensal para discutir as deficiências, planejar as ações e criar novas estratégias de trabalho. Ainda temos a deficiência de uma população grande com

pouca adesão, não comparecem as consultas agendadas quando ainda possuem remédios ou abandonam o tratamento quando os sintomas são controlados.

Temos realizado várias ações em parceria com a comunidade, os ACS, com toda a equipe da saúde e os familiares que são muito importantes. Realizamos o planejamento de implantar palestras e conversas sobre alimentação saudável, prática diária de exercício físico para combater o sedentarismo e a obesidade, sobre o tabagismo, fatores de risco, higiene bucal entre outros, mas, ainda não conseguimos uma total conscientização dos usuários e precisamente é esse nosso maior e difícil desafio com os usuários que sofrem esta doença.

Em relação ao Diabetes Mellitus, também enfrentamos grandes dificuldades e necessitamos de organizar o processo de trabalho nessa ação programática. Estaremos trabalhando com a população maior de 20 anos para identificar fatores de riscos que possam indicar diabetes mellitus. Segundo CAP o número estimado de diabéticos residentes na área deve ser de 109 e realmente são acompanhados na UBS 65 para um 60% de cobertura. Nossa forma de registro não permitia um bom planejamento e controle das ações e a adesão da população era insuficiente apesar de que trabalhamos seguindo o protocolo clínico de Diabetes Mellitus disponibilizado pelo Ministério da Saúde. Baseados nestes aspectos decidiram mudar algumas questões, começamos uma busca ativa bem planejada de casos novos de Diabetes Mellitus.

Realizamos este trabalho baseando-nos só na clínica porque não temos glicosímetro nem balança suficiente. Assim como na hipertensão arterial, os ACS estão atentos aos sinais e sintomas de seus usuários e quando suspeitam de casos de Diabetes Mellitus comunicam com o médico e enfermeiro para realizarem uma VD para uma anamnese sobre os principais sintomas e sinais e solicitamos o teste de glicemia em jejum para o diagnóstico de Diabetes Mellitus. Desta forma estamos diagnosticando os casos novos.

Criamos também um livro de planejamento e controle das ações com dois responsáveis para monitorar e realizamos uma reunião mensal para discutir as deficiências, planejar as ações e criar novas estratégias de trabalho. Ainda temos a deficiência de uma população grande com pouca adesão, não comparecem as consultas agendadas quando ainda possuem remédios ou abandonam o tratamento se ficam sem sintomas.

Assim que o usuário tem o diagnóstico confirmado de DM é realizada a consulta pelo enfermeiro e médico em um segundo momento, conhecendo a história pregressa da pessoa; realizando o exame físico, incluindo a verificação de pressão arterial, de dados antropométricos (peso, altura e circunferência abdominal) e do cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC); identificar os fatores de risco para DM; avaliar as condições de saúde e solicitar os exames laboratoriais necessários e que possam contribuir para o acompanhamento do quadro clínico.

São realizadas ações de promoção e prevenção tanto para a população em geral, para as famílias quanto para a população em risco e para os que já têm esta doença crônica. Nestas se explica a importância da realização de exercícios físicos, alimentação saudável para prevenir os fatores de riscos, assim como a importância de manter o tratamento indicado naqueles usuários com a doença. Nestas atividades participam todos os integrantes da equipe fornecendo seu olhar e seus critérios para que a população possa adquirir todos os conhecimentos necessários. Considero que a equipe tenha que fazer um trabalho muito árduo para aumentar o rastreamento destas doenças crônicas visando à qualidade de vida dos usuários.

Quanto à atenção à Saúde da Pessoa Idosa, incluímos as visitas aos usuários acamados e consultas no domicílio. Segundo CAP o número estimado de idosos com 60 anos o mais na área deve ser de 111 e realmente são acompanhados na UBS 65 para um 59% de cobertura. A equipe estabelece junto aos familiares, um suporte mais adequado às necessidades específicas da pessoa idosa, negociando com familiares cada aspecto desse cuidado. Fazemos o reconhecimento do território, uma importante ferramenta na detecção de idosos em situações de abandono ou outras situações que apontem que seus direitos estão negligenciados, além de detectar as barreiras arquitetônicas presentes nos domicílios que possam produzir quedas.

A saúde da pessoa idosa precisa de uma reflexão diferente tendo em conta que foi muito complexo preencher os dados porque não tínhamos uma forma de registro estatístico adequado que permitisse ter os dados organizadamente sobre avaliação do risco, o número de usuários idosos com caderneta de saúde, o número de usuários com avaliação multidimensional rápida e outros dados contidos pelo CAP e nos prontuários que ajudaram a conhecer a cobertura, acompanhamento e o estado de saúde da pessoa idosa. Então decidimos mudar e criamos um livro de registro para programar as ações e manter os dados organizados e que seu

monitoramento é responsabilidade direta dos técnicos de enfermagem e a enfermeira da equipe.

Temos planejado criar novos grupos de idosos e aumentar a periodicidade das atividades para motivar a participação de todos para conseguir uma total adesão dos idosos da área de abrangência sendo um trabalho onde participará toda a equipe incondicionalmente. Os idosos são uma população muito sensível que fica preocupada pela sua saúde e gosta de ser atendida, só depende do trabalho da equipe para motivá-los e ter assim bons resultados.

Realizamos um exame físico completo e avaliação global da pessoa idosa, preenchemos todos os dados na caderneta de saúde da pessoa idosa e no prontuário. Temos garantidas as imunizações para estes usuários. Trabalhamos com o grupo de idosos fazendo ações de promoção e prevenção, sempre com o apoio da equipe de saúde e da comunidade em geral.

Em relação à SB, não foi possível preencher todos os dados no CAP, porque não existe um controle e registro adequados desses dados no livro de registro de atendimento odontológico além de existir instabilidade no atendimento por ser uma área de difícil acesso é só possuímos um dentista e TSB para quatro equipes de saúde na UBS. Porém não posso estabelecer o significado dos indicadores pela instabilidade da informação referente à saúde bucal revelando que ainda há muito que fazer em quanto ao controle da informação da saúde bucal da UBS.

Não temos na UBS um protocolo clínico ou manual técnico de atuação para a saúde bucal; não temos registros específicos nem monitoramento regular das atividades odontológicas nem muitos dados sobre a qualidade da atenção ofertada; não temos conhecimentos da qualidade dos registros de seu planejamento nem de seu monitoramento. Segundo os escassos dados coletados a média de procedimentos por habitantes está dentro do preconizado sendo de 0,6 %, não posso estabelecer relação entre perfil da demanda pelo déficit de informação, o odontologista da minha UBS trabalha 4 dias na semana em dos turnos atendendo entre quatro e cinco usuários em cada turno, trabalha 20 dias e folga 10 dias, em resumo faz atendimento aproximadamente 96 usuários no mês e aproximadamente 100 procedimentos ao mês.

No entanto as ações de saúde bucal se integram as demais ações da prática clínica, por exemplo, um paciente hipertenso antes de fazer atendimento odontológico é atendido pelo médico para verificar sua pressão arterial e estado

geral e assim com os demais usuários dependendo de sua doença crônica ou não, recebe um rigoroso exame físico antes de ser avaliado pelo odontologista. Está garantido o acesso à demanda espontânea, com ajuda da equipe, a enfermeira, técnico de enfermagem ou outro integrante da equipe detectam os indivíduos com maior vulnerabilidade para priorizar o atendimento.

As visitas domiciliares são agendadas e realizadas sempre segundo os critérios da equipe de saúde para o acompanhamento de pessoas e famílias em situações de vulnerabilidade. O planejamento das ações educativas é realizado em conjunto com a equipe de saúde, principalmente em relação às ações propostas por ciclo de vida, condição de vida, e por fatores de risco comum para várias doenças, são feitas palestras nas escolas, aplicação de flúor, ações de promoção e prevenção, se mostra o jeito certo de limpar os dentes, se entregam escovas dentais e cremes dentais para as crianças para estimular essa atividade, além das escolas se fazem palestras e atividades em igrejas e centros comunitários.

Nas consultas de pré-natal se indicam as gestantes realizarem atendimento odontológico, tendo em conta que o estado da saúde bucal apresentado durante a gestação tem relação com a saúde geral da gestante e pode influenciar na saúde geral e bucal do bebê, se promove a importância do aleitamento materno exclusivo a livre demanda os primeiros seis meses e após esse tempo incentivar o uso progressivo de alimentos em colheres e copos, igualmente, ao nascer o bebê se indica a primeira consulta de odontologia para o novo integrante da família além de explicar para as mães os possíveis sintomas que possam acontecer quando começa o período de erupção dos dentes, e continuar com amamentação até dois anos o mais e começar com uma alimentação complementar adequada e saudável, dependendo dos estágios da vida para cada usuário se indicam ações de promoção e prevenção, se explicam hábitos alimentares saudáveis para uma higiene bucal adequada e os possíveis fatores de riscos e formas de prevenção para as doenças bucais.

A equipe de SB será integrada no projeto de intervenção, para que possa organizar o processo de trabalho, a monitorização das ações por parte da equipe de saúde bucal para poder ter e conhecer os verdadeiros indicadores de saúde bucal da nossa UBS. De nossa parte continuaremos realizando atividades de promoção e prevenção em saúde bucal com a participação de toda a equipe e continuaremos

lutando para conseguir cumprir os princípios do SUS. Sendo nossa maior fortaleza os desejos de trabalhar e exigir até conseguir o êxito.

Dentro dos maiores desafios da minha UBS está uma mudança quase total do ambiente de trabalho, uma organização do processo de trabalho e uma melhora na gestão. Devemos também conscientizar a população sobre a importância da prevenção em saúde, conseguir uma boa territorialidade e cadastro populacional para fazer uma análise da situação de saúde global de todas as equipes e poder programar e monitorar melhor as ações. Potencialmente contamos com uma equipe disposta a fazer maravilhas de forma incondicional para acolher a este grupo populacional e que fiquem a vontade com nosso trabalho além de que merecem todo nosso amor.

Na realidade fui surpreendido por vários aspectos durante a Análise Situacional, pois percebi que a minha UBS quase não apresenta características de uma verdadeira unidade de saúde porque não tem sala de espera, não tem almoxarifado, não tem sala de depósito para lixo, não tem sala para coleta de exames, para nebulização, de reuniões, para armazenamento dos medicamentos, o corredor não tem corrimãos, os banheiros são pequenos e não permitem a entrada de cadeiras de rodas no caso de usuários com deficiências, quando na realidade uma verdadeira unidade deve ter estas características. Também foi muito complexo preencher dados estatísticos quando não temos um bom registro.

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

Comparando com o texto inicial das condições do nosso serviço e este documento, posso dizer que tem ocorrido mudanças positivas, desde o ponto de vista do processo de trabalho e a padronização das condutas de trabalho da equipe. Mas relacionado ao ponto de vista estrutural ainda não conseguimos mudar nada, pois a questão de reforma e ampliação da UBS depende de recursos financeiros da secretaria municipal de saúde e não está dentro da governabilidade da equipe.

Conseguimos melhorar nossa visão das necessidades de saúde da população, aprendemos a procurar soluções e dar o melhor de nosso trabalho, enquanto profissionais de saúde do SUS. Agora depende muito da gestão e as

mudanças que possam oferecer para desenvolver um ótimo trabalho e conseguir o propósito final de todos que é melhorar o estado da saúde da população brasileira.

As dificuldades ainda são muitas, pois não tem esfigmomanômetro nem glicosímetros suficientes para o trabalho dos enfermeiros, técnicos de enfermagem e médico. A atuação da equipe como referida é em área restrita e de difícil acesso e não temos contato com os profissionais da mesma UBS, pois a atuação é em áreas distintas da Ilha para cada equipe.

Além destes aspectos, enfrentamos uma temporada de fortes chuvas o que dificulta o acesso às visitas domiciliares e dos usuários às consultas, além das dificuldades já estabelecidas do transporte de lancha e a falta de combustível, bem como poucos recursos para o trabalho.

A questão cultural e baixa escolaridade da comunidade também interferem diretamente nas ações de saúde desenvolvidas. Somando-se, não há um bom registro dos usuários que permitisse a equipe coletar os dados precisos e avaliar e monitorizar o programa com a qualidade requerida.

Como positivo, neste momento temos a vontade e a força de trabalhar na comunidade para melhorar a adesão dos usuários aos serviços de saúde, baseado nos diagnósticos realizados na Análise Situacional. Como foco estaremos buscando o engajamento dos hipertensos e diabéticos, a sua família e a comunidade no Programa de Hipertensão e Diabetes para melhorar a qualidade de vida deles e contribuir a reduzir os elevados índices de morbimortalidade destas doenças são os objetivos e justificam esta intervenção.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A HAS e a DM podem produzir muitos danos à saúde dos usuários e complicações como: mortes prematuras, ataques cardíacos, insuficiência renal, acidente vascular cerebral, cegueira, amputação e outras complicações cardiovasculares. As prevalências da HAS e DM são elevadas e, especificadamente, no Brasil 35% da população é acometida de HAS e 11% por DM. O controle inadequado da doença ao longo dos anos representa ameaça à vida do portador em virtude da possibilidade de alterações micro e macro vasculares que levam à disfunção, dano ou falência de vários órgãos, sendo causa direta, de insuficiência renal, cegueira, amputação de membros inferiores e doença cardiovascular (BRASIL, 2006).

A área de abrangência da UBS Vila Progresso está situada numa ilha que pertence ao estado de Amapá, município Macapá. A atuação é na ilha do Distrito Bailique, sendo uma área de difícil acesso, a aproximadamente 12 horas de barco pelo Rio Amazonas. O espaço físico da UBS é pequeno, tem recepção e triagem, uma sala de vacinação, uma sala de consulta médica com pouca iluminação e pouca ventilação, uma sala de arquivo, uma sala de odontologia, uma sala pequena de observação, uma sala de ginecologia, uma sala de curativos, uma sala de enfermagem, uma farmácia, dois banheiros.

A equipe está composta pelo médico, uma enfermeira, três técnicos de enfermagem e seis ACS, conta ainda com um dentista e uma TSB que fazem atendimento para as quatro equipes de ESF que trabalham na UBS. A área de abrangência da UBS é de aproximadamente 15.000 habitantes, sendo que a equipe em que atuo a população aproximada é de 2.160.

Analisando o CAP a estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes referentes somente à equipe é de 381, sendo que 96 são acompanhados na UBS, perfazendo 25% de cobertura. A estimativa de diabéticos com 20 anos ou mais residentes é de 109, sendo que 65 são acompanhados na UBS, perfazendo assim 60% de cobertura. Quanto à adesão aos serviços de saúde destes usuários é ainda é deficiente. A maioria deles procura o atendimento médico quando não têm medicamentos ou ficam doentes. Antes da intervenção durante as visitas domiciliares, nas atividades e palestras feitas nas comunidades, nas escolas, explicamos a importância do acompanhamento destas doenças, de assistir às consultas não somente quando estejam doentes, que é muito importante o seguimento e avaliação periódica destas doenças, de como prevenir complicações modificando os hábitos e estilos de vida como manter uma dieta saudável, praticar exercícios físicos, evitar consumo de álcool, cigarros e drogas atuando de um jeito enérgico para garantir a medicação aos usuários diabéticos e hipertensos melhorando assim sua qualidade de vida e a qualidade da atenção para eles na UBS.

Além disso, também os ACS têm a responsabilidade de procurar os usuários faltosos à consulta e identificar casos novos na comunidade para ampliar a cobertura assim como o aumento da busca ativa destes usuários. Mas sempre encontramos algumas dificuldades como a deficiência de esfigmomanômetro e glicômetros para os ACS. O começo da temporada de chuva dificulta o acesso às visitas domiciliares e dos usuários às consultas, além das dificuldades já estabelecidas do transporte de lancha e a falta de combustível assim como os poucos recursos que temos para trabalhar e a baixa cultura da população que muitas vezes acreditam mais em remédios caseiros, mas estamos trabalhando em função de vencer estes preconceitos.

A importância deste projeto de intervenção é justificada diante do relato anterior e na tentativa de melhorar o estado de saúde dos usuários diabéticos e hipertensos de nossa comunidade e de seus familiares, diminuindo os índices de morbimortalidade por estas doenças e as complicações que podem produzir e que muitas vezes chegam a ser incapacitantes. A equipe está muito envolvida e interessada no projeto, há muitos desejos de trabalhar e desenvolver todos os objetivos e metas propostas, cumprindo todas as ações necessárias para obter resultados favoráveis com intuito de melhorar a qualidade de vida.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na área de abrangência da UBS Vila Progresso, município de Macapá, Amapá.

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

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

Meta 1.1: Cadastrar 95% 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 95% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

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

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

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

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

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

## **2.3 Metodologia**

O presente Projeto de Intervenção será desenvolvido no primeiro semestre de 2015, na UBS Vila Progresso, na ilha de Bailique, no município de Macapá/AP, visando alcançar a meta estabelecida pelo MS. Participarão da intervenção usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, com 20 anos ou mais, residentes no território de atuação da equipe de saúde. Pretendemos cadastrar 362 usuários hipertensos de uma estimativa de 381 e 104 usuários diabéticos de uma estimativa de 109 para um 95% de cobertura de cada.

Inicialmente o projeto de intervenção estava programado para ser desenvolvido durante 16 semanas, porém terá que ser encurtado para 12 semanas, conforme orientação da coordenação do curso de especialização, devido às particularidades da turma do Programa Mais Médicos, que esteve de férias, sem acesso ao Ambiente Virtual de Aprendizagem/Moodle do curso.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

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

Meta 1.1 e 1.2: Cadastrar 95% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde respectivamente.

Monitoramento e avaliação:

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

O monitoramento será de responsabilidade da enfermeira e o médico da equipe, semanalmente, com a participação dos ACS e dos técnicos de enfermagem utilizando a planilha de coleta de dados e os cadastros realizados pelos ACS. Por meio do monitoramento será possível acompanhar a cobertura e avaliar os resultados obtidos, procurando solução aos problemas que possam acontecer.

Organização e gestão do serviço:

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

A responsabilidade será da enfermeira e o médico da equipe, semanalmente na UBS. Os registros adequados deverão conter o máximo de fidelidade dos hipertensos cadastrados, que permita obter dados com facilidade, os quais vão ser registrados e controlados. Poderão ser utilizados os dados dos prontuários destes usuários pra qualificar as informações dos registros.

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

As responsáveis para esta ação serão as técnicas de enfermagem, diariamente na sala de recepção e triagem da UBS, elas vão acolher e realizar a triagem dos usuários: peso, altura, verificação da pressão arterial aos hipertensos e diabéticos. Desenvolver uma ótima relação dos membros da equipe com os hipertensos e diabéticos. Criar um alto nível de confiança nestes usuários que precisam de nosso serviço para se sentir bem atendidos.

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

O médico e a enfermeira da equipe vão negociar com o gestor municipal de saúde e outras autoridades comunitárias sobre a necessidade de insumos para desenvolver nosso projeto com qualidade. Neste caso precisamos de esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica e glicômetro para verificar PA e glicemia aos usuários hipertensos e diabéticos.

Engajamento público:

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

O médico será o responsável por esta atividade com a participação de toda a equipe e de elaborar o material com informações detalhadas de forma didática e fácil entendimento. As atividades envolverão palestras, conversas, realizadas semanalmente na UBS, em locais comunitários, nos domicílios, ou seja, se aproveitarão todos os cenários possíveis para divulgar as informações sobre o Programa. Pactuar com a Rádio local para difundir as informações que possam

chegar a todos os usuários e a comunidade em geral. Também o Programa será divulgado por meio de panfletos, entregues nas consultas e visitas domiciliares pelos ACS e murais colocados em lugares de maior circulação de pessoas.

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

O médico e a enfermeira em parceria com toda a equipe realizarão, diariamente, na UBS e em todos os cenários possíveis da comunidade, além das consultas. Aproveitaremos ainda os horários de maior público na UBS, nas visitas domiciliares, nas ações desenvolvidas nas igrejas e nas escolas e antes do início das consultas, para entregar panfletos com as informações e conteúdo, de maneira para fácil compreensão e entendimento. Colocaremos ainda panfletos em lugares de fácil visibilidade e maior afluência de público com as informações a transmitir.

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

Os responsáveis serão o médico e a enfermeira em parceria com toda a equipe, diariamente na UBS e em todos os cenários possíveis da comunidade para evitar complicações fatais. Vamos aproveitar nos horários de maior público na UBS, nas visitas domiciliares, nas ações desenvolvidas nas igrejas e nas escolas, antes do início das consultas. Entregar panfletos com as informações e conteúdo, explicados de fácil compreensão e entendimento para os usuários. Além disso, colocaremos em lugares de fácil visibilidade e maior público com as informações a transmitir sobre a importância do rastreamento.

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

Os responsáveis serão o médico e a enfermeira em parceria com toda a equipe, diariamente na UBS e em todos os cenários possíveis da comunidade para evitar complicações fatais e minimizar os fatores de risco. Vamos aproveitar os horários de maior público na UBS, nas visitas domiciliares, nas ações desenvolvidas nas igrejas e nas escolas, antes do início das consultas. Entregar panfletos com as informações e conteúdo, explicados de fácil compreensão e entendimento para os usuários. Além disso, colocaremos em lugares de fácil visibilidade e maior público tais informações.

Qualificação da prática clínica:

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

O médico e a enfermeira da equipe em parceria com o odontólogo da UBS, quinzenalmente, realizarão a capacitação dos ACS sobre os diferentes temas e ações conforme os protocolos do Ministério da Saúde, incluindo o cadastramento de hipertensos e diabéticos. Esta atividade se realizará na sala de enfermagem na própria UBS depois das reuniões da equipe, sendo que tal planejamento não deverá afetar o atendimento dos usuários.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para hipertensos e diabéticos respectivamente.

O médico e a enfermeira da equipe da UBS, quinzenalmente realizarão a capacitação sobre a verificação correta da PA, sendo que a mesma será realizada na sala de enfermagem na própria UBS. Tal planejamento não deverá afetar o atendimento dos usuários.

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

Meta 2.1 e 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos respectivamente.

Monitoramento e avaliação:

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

O médico e a enfermeira da equipe serão os responsáveis por esta atividade, o monitoramento será realizado com uma frequência semanal e quatro vezes ao mês, na UBS. Assim, a enfermeira fará a revisão das planilhas de coleta e fichas-espelhos.

Organização e gestão do serviço:

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

O médico será o responsável pela discussão sobre a definição das atribuições dos membros da equipe no exame clínico. Será realizado semanalmente, durante as quatro primeiras semanas de intervenção. Inicialmente, os técnicos de

enfermagem serão responsáveis pela realização da triagem do peso, altura e pressão arterial. As atribuições restantes que envolvem as questões clínicas serão realizadas pela enfermeira e médico. Seguiremos os protocolos do Ministério da Saúde sobre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus disponíveis nossa UBS.

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

O responsável pelo desenvolvimento desta atividade será o médico em parceria com a enfermeira da equipe, as capacitações ocorrerão quinzenal na UBS. Serão utilizados protocolos para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus disponibilizados pelo Ministério da Saúde. Nestes encontros serão esclarecidas as dúvidas dos profissionais e ACS sobre o Programa.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

As atualizações serão desempenhadas especialmente pelo médico e enfermeira, sendo a frequência mensal, na primeira semana de cada mês na UBS.

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

O médico em parceria com a enfermeira irá pactuar junto ao gestor da UBS para a garantia dos protocolos de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos impressos na UBS.

Engajamento público:

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

Os responsáveis serão o médico e a enfermeira em parceria com toda a equipe, semanalmente durante todo o tempo da intervenção em todos os cenários possíveis, nas UBS, escolas, igrejas, conselhos comunitários e outros para orientar adequadamente estes aspectos aos usuários hipertensos e diabéticos, além de durante as consultas. Para tais orientações médico e enfermeira vão realizar capacitação aos membros da equipe sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da Hipertensão Arterial e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente em usuários diabéticos.

Qualificação da prática clínica:

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

O médico e a enfermeira serão os responsáveis pelas capacitações da equipe, quinzenalmente, na sala de enfermagem da UBS para garantir um exame clínico apropriado. Para realizar essa ação usaremos os protocolos de Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus disponibilizados pelo Ministério da Saúde e presente na UBS. Este momento será de atualização e esclarecer as dúvidas dos profissionais e ACS da equipe para garantir a qualidade da realização do exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos.

Meta 2.3 e 2.4: Garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo respetivamente.

Monitoramento e avaliação:

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

O médico e a enfermeira da equipe serão os responsáveis por esta atividade, o monitoramento será realizado com uma frequência semanal e quatro vezes ao mês, na UBS. Assim, a enfermeira fará a revisão das planilhas de coleta e fichas-espelhos. Os responsáveis pelo monitoramento da ação levarão para as reuniões da equipe os resultados para serem discutidos.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

O médico e a enfermeira da equipe serão os responsáveis por esta atividade, a solicitação dos exames complementares será feita com uma frequência semanal durante as consultas na UBS e nas visitas domiciliares. Serão também responsáveis pela sensibilização da importância junto aos gestores de saúde e semanalmente a enfermeira fará a revisão das fichas-espelho e planilhas de coletas de dados sobre tal ação. Como não contamos com laboratório, será agendada reunião da equipe junto aos gestores para discutir tal pauta.

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

O médico e a enfermeira estarão entrando em contato com o gestor municipal para dialogarem sobre a possibilidade de organizarem a realização dos exames complementares definidos no protocolo, com agilidade para serem entregues para os usuários e respectivamente serem avaliados pelo médico da equipe.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta aos exames complementares preconizados.

O médico e a enfermeira da equipe serão os responsáveis por esta atividade, o estabelecimento do sistema de alerta aos exames complementares preconizados será realizado com uma frequência semanal. Será disponibilizado um sistema de arquivo especial para o sistema de alerta dos exames complementares preconizados.

Engajamento público:

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

Os responsáveis serão o médico e a enfermeira em parceria com toda a equipe, semanalmente durante todo o tempo da intervenção em todos os cenários possíveis, nas UBS, escolas, igrejas, conselhos comunitários e outros para orientar adequadamente estes aspectos aos usuários hipertensos e diabéticos, além de durante as consultas. Para tais orientações médico e enfermeira vão realizar capacitação aos membros da equipe sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da Hipertensão Arterial e sobre a necessidade de realização de exames complementares.

Qualificação da prática clínica:

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

O médico e a enfermeira serão os responsáveis pelas capacitações da equipe, quinzenalmente, na sala de enfermagem quanto à solicitação de exames. Para realizar essa ação usaremos os protocolos de Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus disponibilizados pelo Ministério da Saúde e presente na UBS. Este momento será de atualização e esclarecer as dúvidas dos profissionais e ACS da equipe para seguir protocolo quanto a solicitação de exames.

Meta 2.5 e 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde respectivamente.

Monitoramento e avaliação:

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

O médico e a enfermeira da equipe serão os responsáveis por esta atividade, o monitoramento será realizado com uma frequência semanal e quatro

vezes ao mês, na UBS. Assim, a enfermeira fará a revisão das planilhas de coleta e fichas-espelhos. Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/ Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus Os responsáveis por monitorar esta atividade levarão um relatório às reuniões da equipe para discutir e pensar soluções das dificuldades apresentadas a cada 15 dias. Verificar a existência dos medicamentos para usuários hipertensos e diabéticos na farmácia.

Organização e gestão do serviço:

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

A responsável desta atividade é a enfermeira, com frequência mensal na última semana do mês. O controle será registrado em planilha complementar. Para realizar esta atividade, vamos trabalhar em parceria com o responsável da farmácia da UBS para juntos poder revisar periodicamente o estoque dos medicamentos usados, solicitando eles, segundo a quantidade de usuários, os medicamentos que usam e as doses recomendadas.

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

A responsável desta atividade é a enfermeira, com frequência mensal na última semana do mês. O controle será registrado em planilha complementar. Para realizar esta atividade, vamos trabalhar em parceria com o responsável da farmácia da UBS para juntos manter registro das necessidades de medicamentos conforme cadastro de hipertensos e diabéticos.

Engajamento público:

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

Tal ação será realizada em todos os cenários antes mencionados, principalmente nas consultas, visitas domiciliares, palestras, explicando aos usuários hipertensos as possibilidades de acesso aos medicamentos na Farmácia Popular.

Qualificação da prática clínica:

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

O médico e a enfermeira serão os responsáveis pela atualização dos profissionais da equipe, com frequência mensal, na primeira semana de cada mês. Tal atividade se realizará na sala de enfermagem da UBS.

Ação: Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos.

O médico e a enfermeira serão os responsáveis pela capacitação da equipe sobre as alternativas possíveis de acesso aos medicamentos. Para esta atividade solicitaremos a participação dos responsáveis da farmácia da UBS e o apoio dos gestores da Secretaria de Saúde.

Meta 2.7 e 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos respectivamente.

Monitoramento e avaliação:

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

O médico e a enfermeira da equipe serão os responsáveis por esta atividade, o monitoramento será realizado com uma frequência semanal e quatro vezes ao mês, na UBS. Assim, a enfermeira fará a revisão das planilhas de coleta e fichas-espelhos. Para monitorar aos usuários hipertensos e diabéticos que necessitam atendimento odontológico, os responsáveis da equipe apresentarão os nomes nas reuniões da equipe. Para o atendimento odontológico pactuaremos com o gestor da unidade e o odontólogo.

Organização e gestão do serviço:

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

O odontólogo e o técnico de higiene bucal serão os responsáveis pela avaliação da necessidade de atendimento em saúde bucal aos usuários hipertensos e diabéticos. O técnico em saúde bucal e o odontólogo da UBS terão a responsabilidade de acolher esses usuários e preencher os dados de saúde bucal adequadamente. Estas atuações serão feitas na sala de odontologia durante toda semana. Semanalmente a enfermeira avaliará o acompanhamento destes usuários e os ACS serão os responsáveis pela busca ativa dos usuários hipertensos e diabéticos faltosos à consulta de odontologia.

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

O odontólogo e o técnico de higiene bucal serão os responsáveis pela organização da agenda para prioridade aos usuários hipertensos e diabéticos em

parceria com o médico e a enfermeira da equipe. Semanalmente a enfermeira avaliará o acompanhamento destes usuários e os ACS serão os responsáveis pela busca ativa dos usuários hipertensos faltosos à consulta de odontologia.

Engajamento público:

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

Os responsáveis desta atividade serão a enfermeira e o médico da equipe em parceria com o gestor da UBS e o odontólogo e o técnico de higiene bucal, será realizado com uma frequência semanal na Unidade Básica de Saúde, nas consultas médicas e odontológicas. Além de realizar palestras e atividades.

Qualificação da prática clínica:

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

O médico e a enfermeira da equipe em parceria com o gestor da UBS e o odontólogo junto ao técnico de higiene bucal serão os responsáveis pelas capacitações da equipe no caso da avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários hipertensos e diabéticos. Tal capacitação será realizada quinzenalmente duas vezes ao mês, na sala de enfermagem e consultório odontológico da UBS. O material para capacitação serão os protocolos do Ministério da Saúde.

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

Meta 3.1 e 3.2: Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada respectivamente.

Monitoramento e avaliação:

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

O médico e a enfermeira da equipe serão os responsáveis por essa atividade, os quais utilizarão os materiais disponibilizados pelo Curso (planilha de coletas de dados e ficha espelho), bem como acesso aos prontuários, se necessário. O monitoramento será realizado com uma frequência semanal na UBS. O objetivo será identificar os faltosos e providenciar a busca ativa desses usuários, os ACS vão fazer a busca ativa dos usuários hipertensos e diabéticos com atrasos nestes

aspectos. Nas reuniões da equipe será discutida sobre os usuários faltosos os quais receberão visita domiciliar.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Os responsáveis desta atividade são o médico e a enfermeira da equipe em parceria com os técnicos de enfermagem e os ACS, as visitas domiciliares aos faltosos terão periodicidade de duas vezes na semana. Ainda será solicitada a ajuda da comunidade para conscientizar aos usuários hipertensos e diabéticos faltosos para que não falem as consultas.

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

Os responsáveis desta atividade são o médico e a enfermeira da equipe em parceria com os técnicos de enfermagem e os ACS. A organização da agenda para acolher aos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares será semanal e serão atendidos no mesmo turno. Os usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus que procurarem consultas de rotina terão prioridade no atendimento, sendo que a demora será no máximo de três dias. Todos os usuários hipertensos que vierem às consultas vão sair da UBS com a próxima consulta agendada. Para acolher aos usuários hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares pactuaremos com toda a equipe fazer o atendimento no mesmo turno. Para a consulta de rotina os mesmos sairão com retorno agendado.

Engajamento público:

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

Os responsáveis desta atividade são o médico e a enfermeira da equipe em parceria com os técnicos de enfermagem e os ACS, a ação será desenvolvida semanalmente durante os quatro meses durante as consultas e na comunidade. Em todos os cenários possíveis, na UBS, escolas, igrejas, conselhos comunitários e outros para informar sobre a realização das consultas. Para tais orientações médico e enfermeira vão realizar capacitação aos membros da equipe sobre a temática.

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

Os responsáveis desta atividade são o médico e a enfermeira da equipe em parceria com os técnicos de enfermagem e os ACS, a ação será desenvolvida

semanalmente durante as consultas e na comunidade. Para ouvir a comunidade serão realizadas atividades coletivas dinâmicas criando espaços com participação comunitária para orientar e ouvir aos membros da comunidade sobre estratégias para diminuir a evasão de consultas destes usuários hipertensos e diabéticos.

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

Tal ação será realizada em todos os cenários antes mencionados, principalmente nas consultas, visitas domiciliares, palestras, utilizando vídeos e explicando aos usuários hipertensos e diabéticos e comunidade sobre periodicidade preconizada das consultas. Os responsáveis desta atividade são o médico e a enfermeira da equipe em parceria com os técnicos de enfermagem e os ACS, a ação será desenvolvida semanalmente. Vamos realizar capacitação aos membros da equipe sobre a periodicidade das consultas estabelecidas nos protocolos de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus disponibilizados pelo Ministério da Saúde.

Qualificação da prática clínica:

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

O médico e a enfermeira da equipe juntamente com os demais profissionais realizarão capacitação dos ACS sobre a periodicidade das consultas dos hipertensos e diabéticos. Esta atividade se realizará na sala de enfermagem na própria UBS depois das reuniões da equipe, sendo que tal planejamento não deverá afetar o atendimento dos usuários.

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

Meta 4.1 e 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde respectivamente.

Monitoramento e avaliação:

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

Esta ação será monitorada por meio dos registros específicos para usuários cadastrados no programa de Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus onde o médico e a enfermeira da equipe serão os responsáveis. Os mesmos utilizarão os materiais disponibilizados pelo Curso (planilha de coletas de dados e ficha espelho), bem como acesso aos prontuários, se necessário. O monitoramento

será realizado com uma frequência semanal na UBS. Com frequência semanal a enfermeira revisará as fichas-espelhos e planilhas de coleta de dados. Será avaliado nas reuniões da equipe a cada 15 dias a qualidade e o certo preenchimento dos dados dos usuários hipertensos e diabéticos nos registros e modelos disponibilizados.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Os responsáveis desta atividade são a enfermeira e o médico da equipe, com uma frequência mensal na última semana do mês e seu cumprimento vai ser analisado nas reuniões da equipe.

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento.

Os responsáveis desta atividade são a enfermeira e o médico da equipe. Tal ficha terá os todos os dados dos usuários preenchidos adequadamente. Será pactuado com o gestor a garantia e fornecimento de fichas adequadas a todos os usuários hipertensos e diabéticos acompanhados.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Os responsáveis desta atividade são a enfermeira e o médico da equipe os quais realizarão capacitações com todos os membros da equipe para explicar o adequado preenchimento dos dados dos usuários hipertensos e diabéticos.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Os responsáveis por desencadear tal atividade são a enfermeira e o médico da equipe, que realizarão na UBS no primeiro mês da intervenção. Tal monitoramento será discutido na reunião de equipe. Para definir responsável pelo monitoramento dos registros, na reunião com todos os membros da equipe serão escutados os mesmos para ver disponibilidade de quem deseja realizar tal monitoramento.

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

Os responsáveis desta atividade são a enfermeira e o médico da equipe. Será pactuado com os membros da equipe, durante uma das reuniões, o registro das informações que permita detectar situações de alerta quanto aos atrasos nas

consultas de acompanhamento, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de dano nos órgãos alvos e ao estado de compensação da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

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.

Tal ação será realizada em todos os cenários antes mencionados, principalmente nas consultas, visitas domiciliares, palestras, utilizando vídeos e explicando aos usuários hipertensos e diabéticos e comunidade sobre seus direitos a manutenção de registro e acesso a segunda via. Os responsáveis desta atividade são o médico e a enfermeira da equipe em parceria com os técnicos de enfermagem e os ACS, a ação será desenvolvida semanalmente. Vamos realizar capacitação aos membros da equipe sobre temática.

Qualificação da prática clínica:

Ações: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento e para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

O médico e a enfermeira da equipe realizarão capacitação sobre o preenchimento adequado dos registros para acompanhamento dos hipertensos e diabéticos. Esta atividade se realizará na sala de enfermagem na própria UBS depois das reuniões da equipe, sendo que tal planejamento não deverá afetar o atendimento dos usuários.

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

Meta 5.1 e 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde respectivamente.

Monitoramento e avaliação:

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

Esta ação será monitorada por meio dos registros específicos para usuários cadastrados no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus onde o médico e a enfermeira da equipe serão os responsáveis por essa atividade, os quais utilizarão os materiais disponibilizados pelo Curso (planilha de coletas de dados e ficha espelho), bem como acesso aos prontuários, se necessário. O

monitoramento será realizado com uma frequência semanal e na UBS. Semanalmente a enfermeira fará a revisão destes instrumentos os quais serão avaliados e discutidos nas reuniões de equipe.

Organização e gestão do serviço:

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

Os responsáveis desta atividade são a enfermeira e o médico da equipe. Vamos pactuar com a equipe de saúde para atendimento a porta aberta a estes usuários. Deixaremos vagas para realizar a consulta aos usuários hipertensos e diabéticos avaliados como de alto risco e encaminharemos ao nível secundário os que necessitem de pronto atendimento, segundo o fluxograma estabelecido.

Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Os responsáveis desta atividade são a enfermeira e o médico da equipe. Será pactuado com equipe o aumento do número de consultas dos usuários hipertensos e diabéticos os quais serão atendidos no momento que acessarem à UBS, com minimamente duas consultas semanais planejadas.

Engajamento público:

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

Tal ação será realizada em todos os cenários antes mencionados, principalmente nas consultas, visitas domiciliares, palestras, utilizando vídeos e explicando aos usuários hipertensos e diabéticos e comunidade sobre seu nível de risco e importância do acompanhamento regular. Os responsáveis desta atividade são o médico e a enfermeira da equipe em parceria com os técnicos de enfermagem e os ACS, a ação será desenvolvida semanalmente. Vamos realizar capacitação aos membros da equipe sobre temática.

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

Os responsáveis desta atividade são a enfermeira e o médico da equipe. Nos cenários já citados, durante as consultas, nas visitas domiciliares, nas palestras e nos grupos para orientar usuários hipertensos, diabéticos, familiares e à comunidade em geral sobre os controles de fatores de risco modificáveis, alimentação. Vamos disponibilizar de forma clara toda a informação referente à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis para os usuários hipertensos e diabéticos e a comunidade.

Qualificação da prática clínica:

Ações: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo para hipertensos e diabéticos e em especial a avaliação dos pés para diabéticos e para a importância do registro desta avaliação.

O médico e a enfermeira serão os responsáveis pelas capacitações da equipe, as quais se realizarão quinzenalmente. O tema da estratificação de risco segundo escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, segundo os manuais e protocolos para a Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus, também será abordado.

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

O médico e a enfermeira serão os responsáveis pelas capacitações da equipe, quinzenalmente, incluindo as estratégias de controle de fatores de risco modificáveis. Ainda será disponibilizada nestes espaços para esclarecer as dúvidas da equipe.

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

Meta 6.1 e 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos respectivamente.

Monitoramento e avaliação:

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

Esta ação será monitorada por meio dos registros específicos para usuários no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus onde o médico e a enfermeira da equipe serão os responsáveis por essa atividade, os quais utilizarão os materiais disponibilizados pelo Curso (planilha de coletas de dados e ficha espelho), bem como acesso aos prontuários, se necessário. Ainda realizaremos capacitação da equipe sobre o tema da nutrição adequada aos usuários hipertensos e diabéticos. Tal monitoramento será levado as reuniões da equipe.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Os responsáveis serão a enfermeira e os técnicos de enfermagem da equipe junto aos ACS, com frequência semanal, na UBS e na comunidade, usando todos os cenários possíveis, igrejas, comércios, domicílios entre outros.

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

O responsável pela ação será o médico da equipe. Será necessário demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Engajamento público:

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

Os responsáveis desta atividade são a enfermeira e o médico da equipe, os quais utilizarão os espaços já citados para orientação sobre alimentação saudável, além da capacitação aos membros da equipe sobre o assunto.

Qualificação da prática clínica:

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

Os responsáveis desta atividade são a enfermeira e o médico da equipe, quinzenalmente na UBS sobre o assunto.

Meta 6.3 e 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos respectivamente.

Monitoramento e avaliação:

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

Esta ação será monitorada por meio dos registros específicos para usuários no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus onde o médico e a enfermeira da equipe serão os responsáveis por essa atividade, os quais utilizarão os materiais disponibilizados pelo Curso (planilha de coletas de dados e ficha espelho), bem como acesso aos prontuários, se necessário. Ainda realizaremos capacitação da equipe sobre o tema. Tal monitoramento será levado as reuniões da equipe.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Os responsáveis serão a enfermeira e os técnicos de enfermagem da equipe em parceria com os ACS, com frequência semanal, realizadas na UBS e na comunidade.

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

Os responsáveis desta atividade são o médico e a enfermeira da equipe demandando ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade para identificar aos usuários hipertensos e diabéticos que precisam deste. O educador físico orientará a realização de atividade física em coletivo e individualmente segundo peso, altura, IMC, estágio da doença e complicações apresentadas.

Engajamento público:

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

Os responsáveis por esta atividade são a enfermeira e o médico da equipe, na UBS durante as consultas médicas e de enfermagem, além das atividades desenvolvidas junto à comunidade e aos grupos específicos, nas visitas domiciliares com uma frequência semanal, sendo avaliado nas reuniões da equipe.

Qualificação da prática clínica:

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

O médico e a enfermeira serão os responsáveis pelas capacitações da equipe, as quais se realizarão quinzenalmente na sala de enfermagem. Quanto a promoção da prática de atividade física regular será solicitado junto ao gestor participação educador físico.

Meta 6.5 e 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos respectivamente.

Monitoramento e avaliação:

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

Esta ação será monitorada por meio dos registros específicos para usuários no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus onde o médico e a enfermeira da equipe serão os responsáveis por essa atividade, os quais utilizarão os materiais disponibilizados pelo Curso (planilha de coletas de dados e ficha

espelho), bem como acesso aos prontuários, se necessário. Ainda realizaremos capacitação da equipe sobre o tema. Tal monitoramento será levado as reuniões da equipe.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo" dos usuários hipertensos e diabéticos.

Os responsáveis desta atividade são o médico e a enfermeira da equipe demandando ao gestor a compra de medicamento para o tratamento do abandono ao tabagismo, nas reuniões mensais da equipe na UBS. Pactuaremos com o gestor da UBS para que em parceria com os gestores municipais de saúde realizem a compra de medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo.

Engajamento público:

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

Os responsáveis por esta atividade são a enfermeira e o médico da equipe em parceria com os outros membros da equipe na UBS, durante as consultas médicas e de enfermagem e durante as atividades desenvolvidas junto à comunidade e aos grupos específicos voltados aos hipertensos e diabéticos, além das visitas domiciliares.

Qualificação da prática clínica:

Ações: Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas e sobre metodologias de educação em saúde.

O médico e a enfermeira serão os responsáveis pelas capacitações da equipe, com frequência quinzenal, na sala de enfermagem da UBS, incluindo o tratamento de usuários tabagistas.

Meta 6.7 e 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos respectivamente.

Monitoramento e avaliação:

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

O odontólogo e o técnico de higiene bucal em parceria com o médico e a enfermeira da equipe serão os responsáveis por esta atividade, sendo que o monitoramento será realizado com uma frequência semanal na UBS. Semanalmente a enfermeira fará a revisão das fichas-espelho e planilhas de coleta de dados.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual aos usuários hipertensos e diabéticos.

Todos os profissionais organizarão o tempo médio para garantir orientações de nível individual, incluindo a equipe de saúde bucal. O tempo ideal para uma consulta de qualidade que é de 15 a 20 minutos e que permita aos profissionais realizarem tais orientações, sendo que esta pactuação se dará na discussão de equipe no início da intervenção.

Engajamento público:

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

Os responsáveis por esta atividade são a enfermeira e o médico da equipe em parceria com os outros membros da equipe na UBS, durante as consultas médicas e de enfermagem e durante as atividades desenvolvidas junto à comunidade e aos grupos específicos voltados aos hipertensos e diabéticos, além das visitas domiciliares.

Qualificação da prática clínica:

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

O médico e a enfermeira serão os responsáveis pelas capacitações da equipe, com frequência quinzenal, na sala de enfermagem da UBS, incluindo as orientações de higiene bucal.

### **2.3.2 Indicadores**

Meta 1.1. Cadastrar 95% 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 95% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 5.1. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

### **2.3.3 Logística**

Para realizar a intervenção do programa de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus utilizaremos os Manuais Técnicos de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde do ano 2013 - Cadernos da Atenção Básica nº 36 e 37 (BRASIL, 2013). Serão utilizadas as fichas de cadastro de Hipertensos e/ou Diabéticos e a ficha espelho fornecida pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel), que contém informações sobre sinais vitais, resultado de exames, tratamentos e outras informações que permitem o acompanhamento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos durante as consultas. A Planilha de Coleta dos Dados (PCD) será utilizada para coletar os dados dos usuários com HAS e DM.

Será realizado por meio do médico e do gestor da UBS, contato com o gestor municipal de saúde para disponibilizar cópias dos manuais técnicos e das fichas espelhos. Se a ficha espelho não conter dados necessários para o monitoramento da intervenção, serão anexadas planilhas com os dados complementares, no caso será elaborada pelo médico e a enfermeira da equipe.

As ações vão ser monitoradas durante a intervenção são: monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos cadastrados no programa de Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da UBS, monitorar a realização de exame clínico apropriado aos usuários hipertensos e diabéticos, monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com os protocolos adotados na UBS, monitorar número de usuários hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo à periodicidade estabelecida, monitorar o acesso aos medicamentos da farmácia popular pelos usuários hipertensos e diabéticos. Monitoraremos as consultas periódicas anuais dos usuários hipertensos e diabéticos com o odontólogo, o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo, a qualidade dos registros dos usuários hipertensos e diabéticos acompanhados na UBS, o número de usuários hipertensos e diabéticos com a realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, a realização de orientação nutricional aos usuários hipertensos e diabéticos, a realização de orientação sobre atividade física, sobre risco de tabagismo, sobre higiene bucal e cuidados com a saúde bucal aos usuários hipertensos e diabéticos.

Estas ações serão monitoradas por meio dos registros específicos para usuários cadastrados no programa de Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus onde o médico e a enfermeira da equipe serão os responsáveis por essa atividade, os quais utilizarão a PCD e ficha espelho, bem como acesso aos prontuários, se necessário.

O monitoramento será realizado com uma frequência semanal e quatro vezes ao mês, na unidade básica de saúde. Semanalmente a enfermeira fará a revisão das fichas espelhos e o médico da PCD, com o objetivo de identificar os faltosos e providenciar a busca ativa desses usuários.

Os ACS irão fazer a busca ativa dos usuários hipertensos e diabéticos com atrasos nestes aspectos a monitorar. Ao final de cada mês os dados coletados nas fichas-espelho serão consolidados na planilha eletrônica. Estas ações serão realizadas para cadastrar os usuários hipertensos e diabéticos da área da abrangência da UBS.

Para melhorar o acolhimento dos usuários hipertensos e diabéticos o mesmo será realizado pelas técnicas de enfermagem, elas vão realizar a triagem dos usuários: peso, altura, verificação da pressão arterial aos usuários hipertensos e

verificação da glicemia aos usuários diabéticos isto vai ser desenvolvido na sala de recepção e triagem da UBS durante toda a semana segundo os dias em que os usuários assistam a UBS e durante todo o mês.

Para que esta ação possa se desenvolver sem problemas, a equipe vai precisar de mais um aparelho de glicemia com fitas suficientes, pois a equipe só possui um aparelho e só uma balança e antropômetro e um esfigmomanômetro, para garantir isso combinar com o gestor a disponibilidade dos materiais precisados para desenvolver o projeto.

Os usuários hipertensos e diabéticos não cadastrados serão atendidos no mesmo turno para ampliar a cobertura. Os hipertensos e diabéticos com problemas agudos serão atendidos no mesmo turno para agilizar o tratamento das intercorrências. Os usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus que procurarem consultas de rotina terão prioridade no atendimento, sendo que a demora serão no máximo de três dias. Todos os usuários hipertensos e diabéticos que vierem às consultas vão sair da UBS com a próxima consulta agendada.

Para acolher a demanda de intercorrências agudas não há necessidade de mudar a agenda, estas serão priorizadas nas consultas reservadas para pronto atendimento. Para agendar os usuários hipertensos e diabéticos provenientes da busca ativa, serão reservadas, duas consultas de 6 horas na semana e oito consultas no mês.

As visitas domiciliares realizadas pelo médico e a enfermeira terão periodicidade de duas vezes na semana e oito vezes ao mês. Para o atendimento odontológico pactuaremos com o gestor da unidade e o odontólogo, sendo que os responsáveis serão o odontólogo e o médico da equipe em parceria com o resto da equipe e o técnico de saúde bucal visando melhorar o controle das doenças dos usuários hipertensos e diabéticos e uma adequada higiene bucal.

O dentista e TSB serão os responsáveis pela avaliação da saúde bucal e a organização da agenda para os usuários hipertensos e diabéticos, acolhendo esses usuários e preencher os dados de saúde bucal adequadamente. Estas atuações serão feitas na sala de odontologia durante toda semana. Semanalmente a enfermeira avaliará o acompanhamento destes usuários e os ACS serão os responsáveis pela busca ativa dos usuários hipertensos e diabéticos faltosos à consulta de odontologia.

Também vai se definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico dos usuários onde o responsável é o médico, a qual será realizada durante 4 semanas no primeiro mês, estabelecendo, além a periodicidade para atualização dos profissionais também a disponibilização da versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde, durante o mesmo tempo na UBS.

Em parceria com o gestor da UBS será feita a solicitação à Secretaria Municipal de Saúde do material necessário para iniciar a intervenção. A enfermeira será a responsável de fazer o controle e o pedido de medicamentos mensalmente e manter o registro das necessidades de medicamentos semanalmente, segundo as necessidades dos usuários hipertensos e diabéticos para garantir a maior quantidade de medicamentos disponíveis para o programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, além disso a enfermeira em parceria com a equipe vai orientar aos usuários e à comunidade quanto ao direito deles de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/ Hiperdia e possíveis alternativas para obter o acesso com frequência semanal.

As informações SIAB serão atualizadas, já que pactuaremos com os gestores a garantia dos diferentes modelos de registro SIAB e assim mantê-los atualizados e disponíveis. Os responsáveis desta atividade são a enfermeira e o médico da equipe, se realizará na UBS com uma frequência mensal e seu cumprimento vai ser analisado nas reuniões da equipe.

Há necessidade de parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade para identificar aos usuários hipertensos e diabéticos que precisam deste serviço e hábitos esportivos. Está prevista atividades grupais com usuários hipertensos e diabéticos em parceria com o educador físico. Além da colaboração de profissionais do NASF, como psicólogo e nutricionista.

Nas atividades grupais com hipertensos e diabéticos serão abordados temas de prática de atividade física regular e risco de tabagismo. O educador físico orientará a realização de atividade física em coletivo e individualmente segundo peso, altura, IMC, estágio da doença e complicações apresentadas. Além disso, a psicóloga avaliará aos usuários fumantes nas consultas e também serão realizadas atividades grupais com eles, os responsáveis desta atividade são o médico e a enfermeira da equipe demandando ao gestor todos os meses o envolvimento do educador físico, nas reuniões mensais da equipe.

O médico irá pactuar com o gestor da UBS para que, em parceria com os gestores municipal de saúde, realizem a compra de medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo e assim incentivar aos usuários tabagistas a eliminar esse hábito tóxico que produz muito dano aos usuários e a sociedade.

A organização do tempo das consultas com a finalidade de garantir orientações a nível individual sobre os diferentes temas a tratar durante as consultas, aproximadamente de 15 a 20 minutos e que permita ao médico desenvolver todas as informações com qualidade. O responsável será o médico da equipe, que realizará essa atividade durante as consultas médicas.

Será criado um sistema de registro com os dados e as atividades que correspondam aos mesmos com periodicidade semanal. Pactuaremos com os membros da equipe o registro das informações que permita detectar situações de alerta quanto ao atraso nas consultas de acompanhamento, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de dano nos órgãos alvos e ao estado de compensação da Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus e a implantação da ficha de acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos. Os responsáveis desta ação são a enfermeira e o médico da equipe, os quais quinzenalmente verificarão tais informações.

Será acordado junto à equipe de saúde para a organização de práticas coletivas sobre alimentação saudáveis e atividade física regular em usuários hipertensos e diabéticos da UBS em parceria com a comunidade o qual vai se realizar através de palestras, conversas, entrevistas, reuniões grupares para explicar em detalhes todo o referente à dieta e alimentação e à atividade física adequada dos usuários hipertensos e diabéticos da UBS usando todos os cenários possíveis, igrejas, comércios, domicílios entre outros, onde os responsáveis serão a enfermeira e os técnicos de enfermagem da equipe com uma frequência semanal e vai se realizar na UBS e na comunidade como já foi explicado.

Para viabilizar as capacitações previstas da equipe e ACS nos diferentes temas e ações a desenvolver é necessário estudar os protocolos do Ministério da Saúde relacionados à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, os manuais técnicos e vídeos. Os responsáveis serão o médico e a enfermeira da equipe em parceria com o odontólogo da UBS, sendo que para isto cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e protocolos e exporá o conteúdo aos outros profissionais da equipe. Esta atividade se realizará na sala de enfermaria na própria

UBS, já que não contamos com sala de reuniões, com uma frequência de duas vezes ao mês a cada 15 dias depois das reuniões da equipe.

Para sensibilizar e conscientizar a comunidade com a intervenção será realizado o contato com os representantes nas igrejas e nas escolas da área de abrangência e será apresentado o projeto, esclarecendo a importância do programa. No transcurso da intervenção serão feitas novas reuniões, com uma frequência mensal, para informar sobre os resultados obtidos, dificuldades apresentadas e experiências acumuladas na mesma.

Além disso, serão feitas escutas na comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos hipertensos e diabéticos. Solicitaremos a ajuda da comunidade para ampliar a cobertura do programa captando o maior número possível de usuários e para esclarecer os fatores de risco, as complicações cardiovasculares decorrentes, a importância da realização de exames complementares semanalmente.

Esclarecer à comunidade sobre a periodicidade das consultas e a importância da realização das mesmas, assim como a importância de manter estilos de vida saudável nos usuários hipertensos e diabéticos para evitar complicações. Serão realizadas palestras sobre estes temas e os ACS serão os responsáveis pela convocação dos participantes, um dos técnicos de enfermagem será o responsável pelo registro destas ações.

Também o Programa será divulgado por meio de panfletos, entregues nas consultas e visitas domiciliares pelos ACS pretendemos confeccionar aproximadamente 500 panfletos que serão impressos pelo Senhor Fábio líder do conselho comunitário, e murais colocados em lugares de maior circulação de pessoas, também se realizará uma coordenação para difundir as informações com o rádio local. O médico, em parceria com instituições sociais, será o responsável por elaborar o material com informações detalhadas de forma didática e fácil entendimento, estas atividades de palestras, conversas, entrevistas serão realizadas todas as semanas durante todo o mês na UBS, em locais comunitários, nos domicílios, ou seja, todos os cenários possíveis para divulgar as informações sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus.

Sobre todas as orientações previstas nas ações serão realizadas durante as consultas médicas, de enfermagem e durante as atividades desenvolvidas junto à

comunidade e aos grupos específicos voltados aos hipertensos e diabéticos, além das visitas domiciliares e sala de espera na UBS.



de realizar avaliação da saúde bucal e atendimento odontológico e quanto o direito de ter acesso aos medicamentos da Farmácia popular/Hiperdia.												
Garantir o atendimento dos hipertensos e diabéticos provenientes da busca ativa e que procurarem o serviço em todos os turnos.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas de hipertensos e diabéticos, a qualidade dos registros de acordo com o protocolo e o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Manter registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS.				x				x				x

### **3 Relatório da Intervenção**

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

Concluimos uma etapa muito importante do nosso trabalho que considero exitoso e bem sucedido. Apesar dos obstáculos que a natureza e o próprio homem colocaram no nosso caminho, mas a equipe toda foi capaz de vencer todos os contratempos e temos realizado uma intervenção com qualidade e com a certeza que foi melhorada a qualidade de vida dos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência da equipe 083 da UBS Vila Progresso.

Embora as muitas dificuldades apresentadas no transcurso da nossa intervenção com os usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência, seus familiares e a comunidade em geral consideramos que o trabalho foi desenvolvido com sucesso e objetivamente cumprido graças às facilidades encontradas que deixaram minimizadas as dificuldades e evitaram que nossa atuação fosse atrapalhada.

Como facilidades, destaco o apoio incondicional da equipe e outros trabalhadores da UBS conscientizados com o projeto. Tenho que reconhecer os desejos de trabalhar, espírito de união, dedicação e alto grau de comprometimento da equipe com usuários e a comunidade em geral. Durante estes três meses de desenvolvimento do projeto de intervenção foi muito positiva e com grande aceitação por parte da população e toda a comunidade em geral a implementação e o desenvolvimento do projeto.

Não posso deixar de falar sobre o espírito de trabalho e sacrifício dos ACS da equipe, o apoio dos líderes comunitários incluindo os das diferentes religiões e a rádio local, assim como o apoio do gestor e o prefeito municipal, para facilitar nosso trabalho e a decisiva e oportuna atuação da enfermeira da equipe que é muito lutadora e verdadeira guerreira no SUS.

Além disso, foi garantida pelo gestor a documentação necessária para desenvolver o projeto, como a ficha espelho e cópias dos protocolos do MS. Já foram parcial ou integralmente desenvolvidas todas as ações previstas no cronograma do projeto.

Foram realizadas as capacitações previstas com sucesso e esclarecidas às dúvidas, além disso, mantidas as atualizações nas reuniões da equipe ao final de cada mês, onde cada profissional trazia novos temas para dar continuidade às capacitações e melhorar os conhecimentos sobre a atenção aos usuários hipertensos e diabéticos.

Foi garantido o registro dos usuários hipertensos e diabéticos, o material adequado para tomada de pressão e hemoglicoteste, a solicitação dos exames e a equipe realizou um ótimo acolhimento destes usuários, sempre foram informados e orientados os usuários e a comunidade em geral sobre a existência do programa e seus benefícios, sobre a importância de aferir Pressão Arterial e sobre a importância do rastreamento da DM, sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes de HAS e DM, sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade avaliadas periodicamente, sobre seu direito aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, alimentação saudável, prática de atividade física regular, sobre o tabagismo e higiene bucal.

Foram organizados os atendimentos, as consultas médicas assim como o tempo destas para acolher os usuários, foi organizada a agenda da equipe para realizar práticas coletivas sobre alimentação saudável e atividades físicas, se estabeleceram sistemas de alerta e registros para as diferentes ações a cumprir.

As ações para engajar a comunidade na intervenção foram feitas na totalidade aproveitando desde o início todos os cenários possíveis para divulgar o nosso projeto. Neste aspecto apresentamos algumas dificuldades no início, como a pouca participação de pessoas da comunidade nas ações de divulgação do projeto de intervenção, porém à medida que avançou as atividades, foram se engajando cada vez mais a nossa população. Quase a totalidade da nossa comunidade conheceu o programa e estiveram cientes da importância dele para melhorar a saúde dos usuários hipertensos e diabéticos.

A população foi corretamente orientada, quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes e sobre a

importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Todos os usuários hipertensos e diabéticos faltosos a consulta foram procurados na busca ativa de usuários faltosos a consulta. Todos os usuários cadastrados na intervenção receberam as orientações precisas sobre alimentação saudável, atividade física regular, riscos do tabagismo e importância da higiene bucal. Os registros das informações foram melhorados significativamente já que até o início da intervenção a qualidade destes era muito ruim. Todos os hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde tiveram a ficha de acompanhamento em dia e foi criado um registro específico para garantir o monitoramento da mesma. Mas, rapidamente vamos melhorar neste aspecto.

Além disso a enfermeira manteve atualizado o SIAB durante todos os meses. A população conheceu seus direitos de manter estes registros com a qualidade requerida. Com certeza melhoramos a adesão dos usuários hipertensos e diabéticos às consultas segundo os protocolos. Como maior facilidade neste aspecto foi o interesse mostrado pelos ACS na necessidade de procurar o 100% dos usuários faltosos na comunidade e o engajamento da comunidade com a intervenção.

Importantes ações foram realizadas para garantir o exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos, foram capacitados os membros da equipe com a qualidade requerida na realização do mesmo. Cada membro da equipe desempenhou bem o seu papel neste aspecto e não conseguimos alcançar a totalidade da meta porque é uma área de difícil acesso, foram usuários idosos e o transporte não foi o adequado como já falamos, mas ficamos satisfeitos pelo nosso trabalho e o esforço realizado logrando cumprir esta atividade parcialmente.

Enfrentamos uma série de dificuldades, algumas das ações conseguimos cumprir somente parcialmente tendo em conta que o trabalho foi desenvolvido numa área de difícil acesso na beira do Rio Amazonas, de características climáticas onde tivemos muita chuva e ainda mais nos meses de inverno. Trabalhamos com uma população que se encontra a 200 quilômetros do município a 12 horas de barco pelo Rio Amazonas, muito carente social e culturalmente.

Além disso, não contamos na área com um laboratório para realizar exames laboratoriais, trabalhamos em muitos casos com pessoas idosas que não podem se deslocar e o transporte providenciado pelos gestores e prefeitura não foi o adequado

e nem sempre tivemos a quantidade de combustível necessária, o qual dificultou a realização em alguns casos dos exames complementares, a assistência a consultas e a busca ativa.

Outras dificuldades que apresentamos foi a carência de água e energia elétrica, assim como a contratação de um novo dentista, o que estava anteriormente terminou seu contrato e demorou a troca apresentando instabilidade com a equipe de saúde bucal o que dificultou os atendimentos odontológicos aos usuários, mas sempre foi avaliada a necessidade de atendimento odontológico e os usuários receberam orientação sobre higiene bucal por parte do médico e a enfermeira da equipe em parceria com o TSB.

O envolvimento de educadores físicos e nutricionistas no projeto ocorreu de forma parcial, porque a demanda aos gestores foi feita todos os meses como estava planejado, mas pelos perigos de deslocamento pelo rio Amazonas, nenhum profissional quis deslocar para nossa área, porém a equipe interagiu com os conteúdos sobre este tema para adquirir os conhecimentos necessários e fornecer as orientações adequadas sobre a temática aos usuários e comunidade em geral.

No entanto, continuamos durante toda a intervenção demandando junto ao gestor o envolvimento do educador físico e o nutricionista para nosso projeto em benefício da população e dos usuários hipertensos e diabéticos que precisaram.

Outra dificuldade importante foi a redução das semanas de intervenção que foram diminuídas de 16 para 12 semanas, o que precisou de um maior esforço para o cadastramento e acompanhamento dos usuários. Também tivemos dificuldades com a compra de medicamentos para eliminar o tabagismo porque foi feita a demanda deste junto ao gestor, mas não tivemos resposta nem medicamento.

Posso confessar que também aprendi muitas coisas novas que ainda não sabia. Desde o início da intervenção cada profissional da equipe compreendeu muito bem qual seria o seu papel dentro da ação programática e foi estabelecido o papel de cada profissional da equipe na Intervenção. Todos estiveram de acordo com o pactuado e cumpriram as suas atividades de forma satisfatória demonstrando que quando trabalhamos em equipe somos mais fortes.

Foram implementadas as fichas espelho com um pouco de dificuldade no início, já que atrapalhava o trabalho na demora do preenchimento da mesma, mas na medida em que avançou o projeto foi aperfeiçoada a qualidade do preenchimento e não atrapalhou o horário dos atendimentos. Foi criado um registro que facilitou o

monitoramento dos indicadores semanalmente, monitorando as atividades de cadastramentos, exames laboratoriais, acesso aos medicamentos da farmácia popular/Hiperdia, usuários que precisavam atendimento odontológico, a qualidade dos registros, a realização da verificação da estratificação de risco por ano, orientação nutricional, atividade física, risco de tabagismo e higiene bucal segundo o planejado no cronograma.

Quanto à realização dos exames complementares e mantê-los em dia nos usuários hipertensos e diabéticos não foi possível atingir a meta de cobertura em sua totalidade devido às dificuldades já citadas: não contamos com laboratórios, o mais perto encontra-se a 200 quilômetros de barco, são pessoas idosas de baixos recursos financeiros muito carentes e o transporte não é adequado, porém ficamos satisfeitos pelo trabalho realizado e porque os usuários ficaram cientes da importância da realização dos mesmos pelo que foi cumprido parcialmente.

Quanto à avaliação das necessidades de atendimento odontológico apresentamos dificuldades no transcurso da intervenção como foi o caso da falta de odontólogo na unidade, onde não foi possível realizar totalmente esta ação pelas dificuldades acontecidas nesta área já explicadas, mas continuaremos esforçando nos para conseguir melhores resultados nos próximos meses.

Todos os usuários tiveram prescrição de medicamentos da Farmácia Popular e não enfrentamos dificuldades com a disposição dos mesmos na farmácia da UBS, exceto a insulina que não contamos com ela na UBS, mas a farmácia popular/Hiperdia tem providenciado ela aos usuários diabéticos que precisam.

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

A única atividade planejada no cronograma que não foi cumprida foi a reunião com a gestão municipal ao início da intervenção para solicitar os recursos para garantir o bom desenvolvimento da intervenção, mas foi enviado um representante que assumiu toda a responsabilidade. Não entanto não foi possível envolver o nutricionista o educador físico por tratar-se de uma área de difícil acesso, perigosa e com transporte inadequado, e a compra de medicamentos para eliminar o tabagismo pela falta de pressuposto da gestão.

Já no final da intervenção tivemos um contato direto com eles na inauguração da nova UBS e apesar de que não foi como se esperava e tendo em

conta que as ações da intervenção vão continuar eles falaram que poderíamos contar com o seu apoio na continuidade das ações.

Este fato não afetou o desenvolvimento da intervenção já que de uma forma ou outra foram garantidos todos os recursos necessários para desenvolver nossa intervenção.

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

No início da intervenção tivemos muitas dificuldades com a coleta e sistematização dos dados pela complexidade do preenchimento da ficha espelho e planilha de coleta de dados, sobretudo na seção que gera os indicadores, mas com a ajuda dos colegas do curso e dos orientadores em parceria com o apoio pedagógico do curso foram esclarecidas as dúvidas e conseguimos preencher a planilha corretamente sendo resolvido o problema. A atividade era realizada pelo médico e pela enfermeira da equipe semanalmente, obtendo a análise dos indicadores.

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

A intervenção já é parte da rotina de trabalho da nossa equipe e nosso serviço, onde todos os profissionais da equipe estão cientes da importância do desenvolvimento planejado das ações e do monitoramento constante dos dados.

Embora tenhamos finalizado a intervenção, foram planejadas novas estratégias para dar continuidade à ação programática como continuar divulgando o Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, continuar conscientizando aos usuários e a comunidade sobre estas doenças, comprometer ainda mais aos líderes comunitários, gestores e a equipe de saúde bucal, estender nosso projeto as demais equipes da UBS e continuar atualizando a equipe sobre o tema. Além disso, já conversamos com os demais membros das outras equipes e planejamos a capacitação de todos os integrantes das equipes para incorporar as intervenções à rotina de trabalho da UBS.

Pretendemos nos próximos três meses o cadastramento da totalidade dos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência e ficamos otimistas

quanto ao apoio oferecido pelos gestores municipais para dar continuidade do trabalho que vem sendo desenvolvido na UBS, com a integração das quatro equipes para incorporar a intervenção à rotina de trabalho na unidade.

Esta atividade não vai ser fácil pelas características da área onde desenvolvemos nosso trabalho, mas já estamos pensando e traçando novas estratégias para ampliar as ações.

Por fim, posso dizer que todas as ações que foram realizadas já fazem parte ativa de nossa rotina de trabalho e vamos continuar melhorando elas para uma atenção de qualidade para usuários hipertensos e diabéticos, visto os grandes resultados alcançados com as ações iniciais.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A intervenção foi realizada sobre a melhora da saúde dos usuários hipertensos e diabéticos da equipe 083 da UBS Vila Progresso do distrito do Bailique no município Macapá/Amapá. Nossa equipe tem uma área de abrangência integrada por uma parte da população da comunidade Vila Macedônia e as comunidades Buritizal, Igarapé Carneiro, Capinal, Maúba, Cubana, Mupeúia e Igarapé Baiano, todas na beira do rio Amazonas.

A população da área adstrita da equipe é de 2.160 habitantes com uma estimativa de 381 usuários hipertensos e 109 usuários diabéticos. No início da intervenção existia um sub-registro já que só estavam cadastrados 96 hipertensos, representando uma cobertura de 25% para usuários hipertensos e 65 diabéticos, com uma cobertura de 60%. Esses usuários não recebiam um acompanhamento regular pela equipe.

No transcurso da intervenção foram avaliados e incorporados 362 usuários hipertensos (95%) e 104 usuários diabéticos (95,4%).

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

**Meta 1.1:** Cadastrar 95% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

A proporção dos usuários hipertensos cadastrados no Programa foi aumentando progressivamente no transcurso da intervenção, conseguindo alcançar a meta proposta de 95%. No primeiro mês foram cadastrados 70 usuários

hipertensos (18.4%), no segundo mês 185 usuários hipertensos (48.6%) e no último mês conseguimos cadastrar 362 usuários hipertensos para alcançar a meta de 95% proposta. O desenvolvimento deste indicador está apresentado na Figura 1.

A ação que mais ajudou na captação dos usuários hipertensos foi o árduo e contínuo trabalho realizado com muito esforço pelos ACS nas comunidades fazendo acompanhamento destes usuários mediante visitas domiciliares, informando sobre as consultas na UBS com o médico.

Os principais fatores dificultadores para alcançar a meta proposta foram a redução da intervenção para 12 semanas já que a meta, no início, foi proposta para 16 semanas e as chuvas da época de inverno. Os usuários que não foram cadastrados nestes três meses serão procurados pelos ACS nas comunidades para alcançar um 100% de cobertura nos próximos meses.

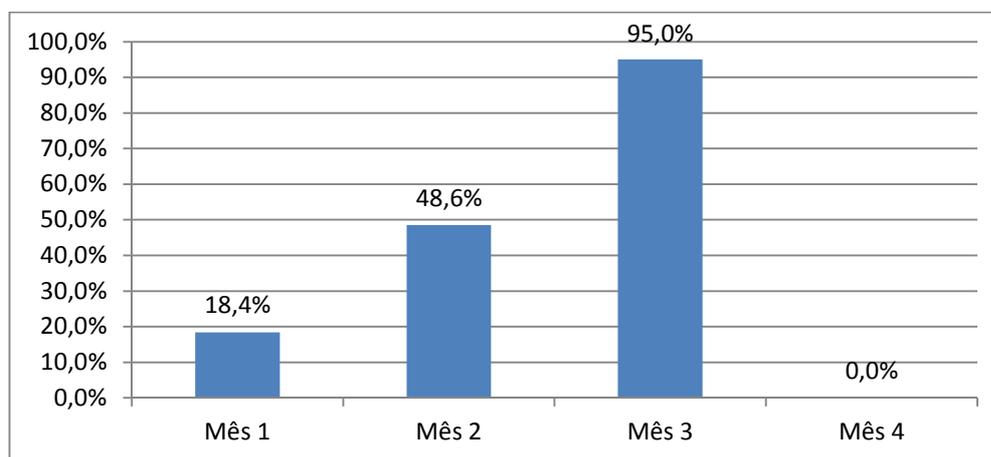


Figura 1- Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Vila Progresso, Ilha Bailique, Macapá/AP, 2015.

**Meta 1.2:** Cadastrar 95% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Durante a realização da intervenção foi aumentando progressivamente a proporção de usuários diabéticos cadastrados no programa, sendo possível cumprir a meta proposta de 95% de usuários diabéticos cadastrados. No primeiro mês foram cadastrados 28 usuários diabéticos (25,7%), no segundo mês 57 usuários diabéticos (52,3%) e no terceiro mês foram cadastrados 104 usuários diabéticos para atingir a

meta de cobertura proposta. No final da intervenção conseguimos a cobertura de 95,4% de diabéticos cadastrados no programa. O desenvolvimento deste indicador está representado na Figura 2.

A ação que mais facilitou na captação dos usuários diabéticos foi também o trabalho e o esforço intenso realizado pelos ACS nas comunidades fazendo visitas domiciliares a todos os usuários diabéticos e informando sobre a importância de comparecer as consultas agendadas na UBS com o médico e o atendimento dos outros profissionais de saúde da ESF. As dificuldades enfrentadas foram as mesmas relatadas no gráfico anterior.

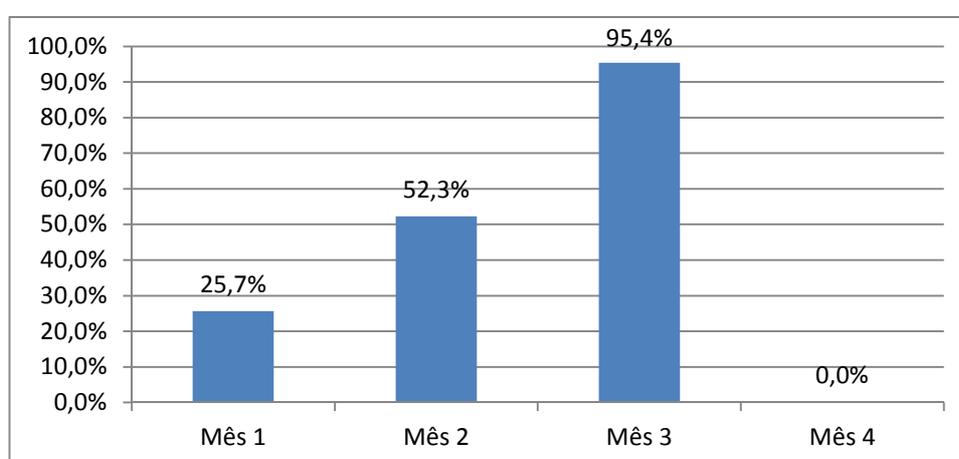


Figura 2 - Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Vila Progresso, Ilha Bailique, Macapá/AP, 2015.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade na atenção a hipertensos e diabéticos

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

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

Analisando a proporção de hipertensos com exame clínico apropriado de acordo com o protocolo podemos observar uma discreta queda de cobertura, de 1,1% no segundo mês, em relação ao primeiro mês e uma discreta recuperação de 0,5% no terceiro mês.

No primeiro mês foi realizado o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo em 70 usuários hipertensos (100%), no segundo mês em 183 usuários hipertensos (98,9%) e no terceiro mês para 360 usuários hipertensos (99,4). Não conseguimos atingir a meta proposta no início da intervenção devido a dois usuários idosos acamados que não aceitaram as ações ofertadas pela equipe de ESF e

sempre foram informados sobre o direito de receber os atendimentos integrais pela equipe de ESF. Pode-se dizer que os resultados obtidos são excelentes neste indicador. O desenvolvimento deste indicador está apresentado na Figura 3.

Para desenvolver este indicador foram realizadas várias ações que contribuíram de forma positiva como, as capacitações e atualizações sobre a temática com os membros da equipe, utilizando os protocolos atualizados do Ministério da Saúde e definindo o papel de cada um deles na realização das ações da intervenção. Além disso, foi disponibilizada a consulta com a privacidade requerida para realizar o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo e o tempo preciso para a realização do mesmo.

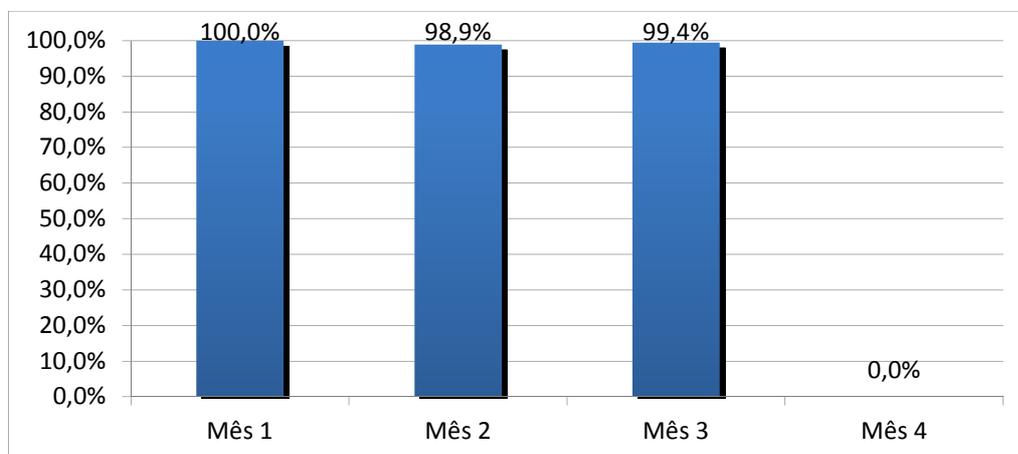


Figura 3 - Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Vila Progresso, Ilha Bailique, Macapá/AP, 2015.

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

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

Analisando este indicador podemos observar um fato parecido com o acontecido com os usuários hipertensos, mas neste caso se produz com um só usuário idoso que não cooperou para o exame, observando um decréscimo de 1,8% no segundo mês em relação ao primeiro mês e um crescimento de 0,8% no terceiro e último mês da intervenção.

Foi realizado o exame clínico apropriado no primeiro mês em 28 diabéticos (100%), no segundo mês em 56 (98,2%) e no terceiro mês conseguimos realizar em 103 diabéticos (99,0%). Não conseguimos atingir 100% nessa meta devido o tempo gastos nas consultas e a grande demanda de usuários para atendimento.

Não conseguimos atingir 100% dos usuários diabéticos neste indicador mas temos que reconhecer que foi um excelente resultado de acordo a meta proposta e que logramos melhorar os outros indicadores neste usuário. O desenvolvimento deste indicador está apresentado na Figura 4.

As ações desenvolvidas para que os diabéticos tivessem o exame clínico apropriado foram às capacitações e atualizações realizadas com os membros da equipe, baseadas nos protocolos atualizados do Ministério da Saúde e a definição do papel/atribuições de cada profissional da equipe.

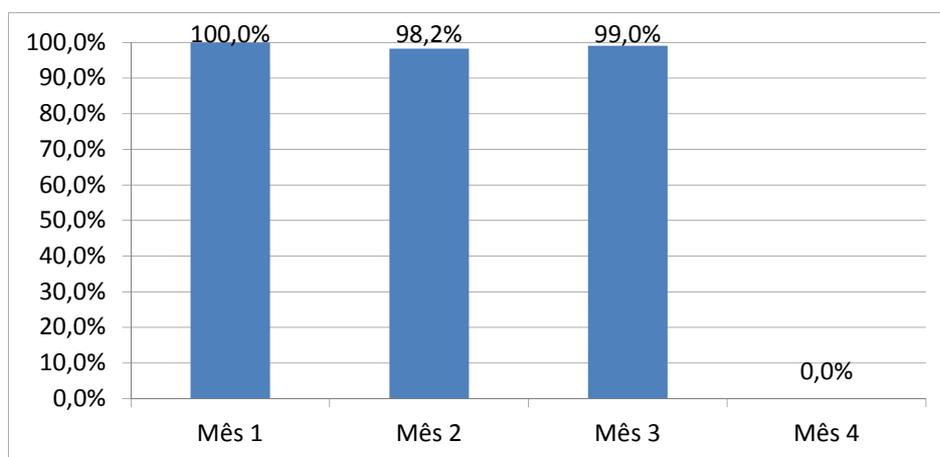


Figura 4 - Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Vila Progresso, Ilha Bailique, Macapá/AP, 2015.

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

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

No primeiro mês foram realizados os exames complementares em dia de acordo com o protocolo do MS em 70 hipertensos (100%), no segundo mês para 170 (91,9%) e no terceiro mês para 340 hipertensos (93,9%). Foram solicitados todos os exames complementares de acordo ao protocolo, o que não foi possível realizá-los na sua totalidade.

Apresentamos dificuldades relacionadas com área de difícil acesso onde trabalhamos tendo em conta que não existe laboratório para a realização de exames complementares. O laboratório mais próximo encontra-se a 200 km de barco na cidade de Macapá e a passagem custa 50 reais e nossa população é muito carente de recursos financeiros.

Foi providenciado um transporte pelos gestores e a prefeitura, mas de forma irregular, inadequado e perigoso para a população idosa da nossa área além de não contar com a quantidade necessária de combustível para esse deslocamento pela prefeitura. O desenvolvimento deste indicador está apresentado na Figura 5.

O ponto positivo foi o empenho da enfermeira e demais membros da equipe que trabalham muito e estão muito comprometidos com estes usuários. Para esta meta foram realizadas várias ações, como a solicitação dos exames complementares para todos os usuários hipertensos cadastrados no programa. Já dialogamos como o gestor da UBS e em parceria com a gestora da secretaria de saúde de Macapá, as demandas para o enfrentamento dessas dificuldades e eliminá-las para nos próximos meses atingir 100% desta meta.

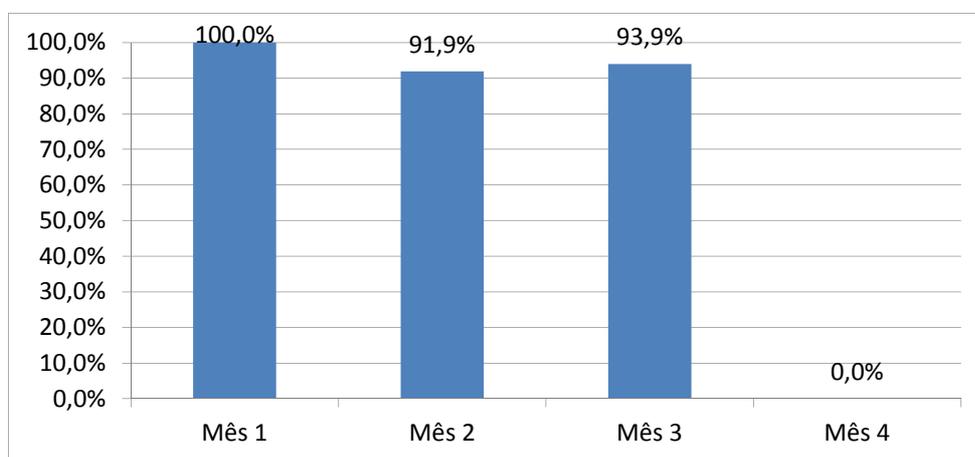


Figura 5 - Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Vila Progresso, Macapá/AP, 2015.

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

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

Durante o desenvolvimento da intervenção, no primeiro mês 28 diabéticos (100%), conseguiram realizar os exames complementares em dia de acordo com o protocolo do MS. No segundo mês 53 (93%) e no terceiro mês 94 diabéticos (90,4%). Neste indicador infelizmente apresentamos as mesmas dificuldades descritas acima com os usuários hipertensos (área de difícil acesso, carência de laboratório e recursos financeiros da maioria das pessoas, transporte inadequado e perigoso para as pessoas idosas além da pouca disponibilidade de combustível). O desenvolvimento deste indicador está apresentado na Figura 6.

Para esta meta foram realizadas várias ações, como a solicitação dos exames complementares para todos os usuários diabéticos cadastrados no programa, mas infelizmente não foi atingida a meta proposta ao final da intervenção. Assim como descrito na meta anterior, já dialogamos com os gestores de saúde do município para buscarmos soluções eficazes para os problemas apresentados neste indicador.

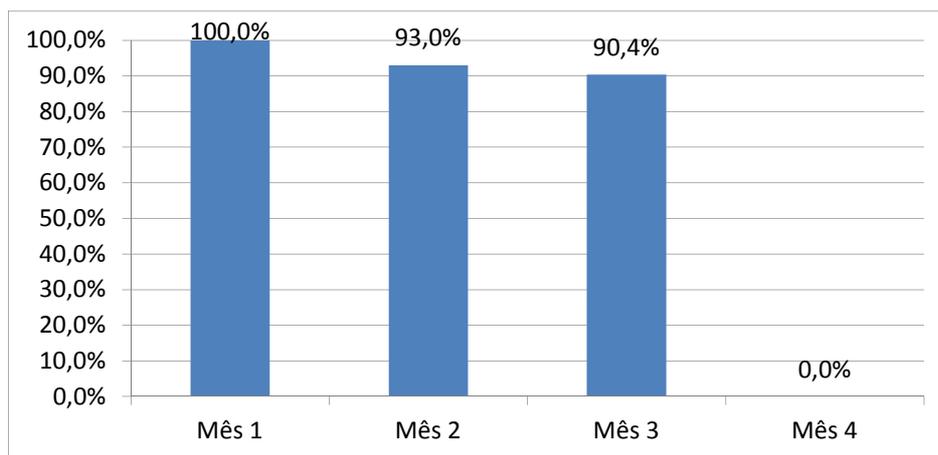


Figura 6 - Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Vila Progresso Macapá/AP, 2015.

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

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

Em relação aos usuários hipertensos cadastrados no programa que precisaram medicamentos da farmácia popular no primeiro mês alcançamos 100% de proporção com 70 usuários cadastrados. No segundo mês foi mantido 100% com 185 usuários hipertensos e no terceiro mês, mantivemos esta proporção com 362 hipertensos que utilizaram os medicamentos da farmácia popular. Atingindo no final da intervenção 100% de cobertura na meta proposta.

O sucesso na ação desenvolvida está relacionado ao estudo do consumo realizado em conjunto com os trabalhadores da farmácia da UBS para garantir assim a maior quantidade possível de medicamentos segundo as necessidades dos usuários. Além disso, contamos com o apoio das farmácias da cidade, que tem convênios com o Governo Federal para providenciar os medicamentos do programa HIPERDIA de forma gratuita para os usuários.

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

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

Com respeito aos usuários diabéticos cadastrados no programa que utilizavam medicamentos da farmácia popular no primeiro mês alcançamos 100% de proporção com 28 usuários cadastrados. Mantendo no segundo mês 100% com 57 usuários e no terceiro mês mantivemos esta proporção com 104 usuários diabéticos que utilizaram os medicamentos da farmácia popular, representando 100%, de cobertura nessa meta.

A meta proposta foi atingida pelo desenvolvimento do estudo já citado anteriormente com os trabalhadores da farmácia da UBS para garantir assim a maior quantidade possível de medicamentos segundo as necessidades dos usuários e a secretaria municipal de saúde tem providenciado a insulina aos usuários diabéticos insulínodpendentes.

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

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

Este indicador comportou-se de forma irregular. No primeiro mês foram avaliados pela equipe de Saúde Bucal 70 hipertensos (100%), no segundo mês 172 (93%) e no terceiro mês 349 usuários (96,4%).

Não foi possível atingir a meta proposta pois só contamos com uma equipe de saúde bucal para as quatro equipes de saúde da Ilha; no segundo e terceiro mês tivemos muita instabilidade com o dentista e TSB, unido ao difícil acesso as áreas de abrangência da equipe e a carência e perigo do transporte para o deslocamento da equipe de SB e os usuários assim como as dificuldades com água e energia elétrica na UBS.

No final do terceiro mês tivemos uma melhora evidente destas dificuldades e começou se a realizar a avaliação e atendimentos pendentes para nos próximos meses conseguir atingir o 100% da avaliação e atendimentos dos usuários hipertensos cadastrados no programa. O desenvolvimento deste indicador está apresentado na Figura 7.

Foram desenvolvidas várias ações para tentar atingir esta meta como a integração do dentista e TSB da equipe, para avaliar e atender aos usuários hipertensos pendentes nos próximos meses. No entanto a equipe fez interação com os conteúdos para ajudar na avaliação da necessidade de atendimento odontológico para todos os usuários hipertensos cadastrados na intervenção e já ficamos perto de atingir a meta proposta.

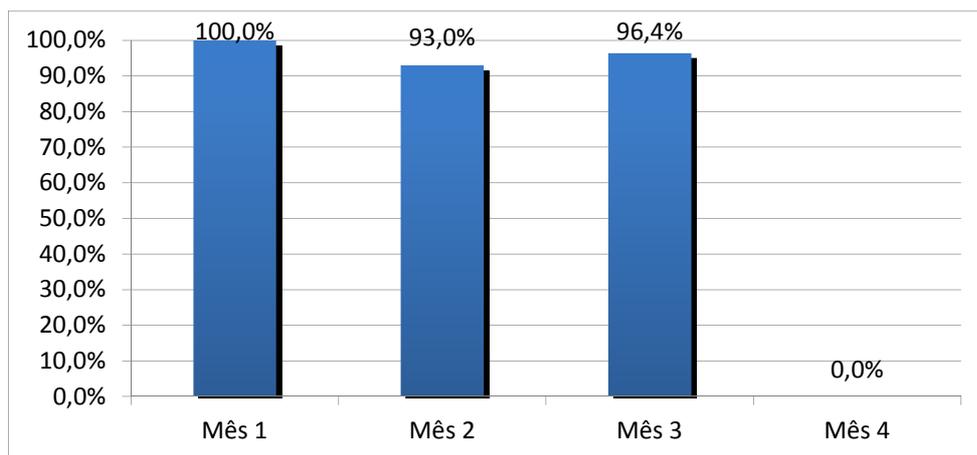


Figura 7 - Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde Vila Progresso, Ilha Bailique, Macapá/AP, 2015.

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

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

Em relação à realização da avaliação da necessidade de atendimento odontológico, no primeiro mês foram realizadas em 28 diabéticos (100%), no segundo em 52 (91,2%) e no terceiro mês em 99 (95,2%). Este indicador comportou-se de forma irregular parecido aos usuários hipertensos. Não foi possível atingir a meta proposta devido às mesmas questões já discutidas no indicador anterior (2.7). O desenvolvimento deste indicador está apresentado na Figura 8.

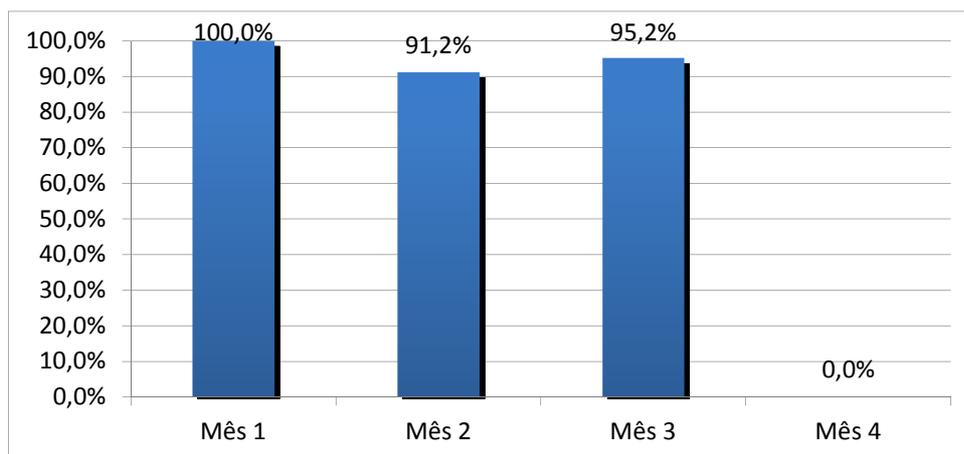


Figura 08 - Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde Vila Progresso, Ilha Bailique, Macapá/AP, 2015.

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

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

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

Com relação à proporção de usuários hipertensos faltosos às consultas com busca ativa, observamos que no primeiro mês foram identificados 25 usuários hipertensos (100%), no segundo mês 44 (100%) e no terceiro mês foi mantida a busca ativa de todos os usuários hipertensos, com 51 buscas (100%).

A ação que mais impactou e facilitou na busca dos usuários hipertensos faltosos às consultas de toda a área adstrita da equipe, foi o acompanhamento e trabalho incondicional por parte ACS, que não deixaram que as dificuldades e inclemências do tempo como a chuva do inverno atrapalhassem seu trabalho e com muita seriedade realizavam busca ativa para informar aos usuários sobre a importância das consultas na UBS.

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

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

A equipe de ESF realizou 100% de busca ativa para diabéticos faltosos às consultas, durante os três meses da intervenção. No primeiro mês foram realizadas 12 buscas (100%), no segundo mês 16 (100%) e no terceiro 22 (100%). Assim como

ocorreu nas buscas ativas para os hipertensos, as consultas provenientes destas atividades na comunidade foram agendadas pelos ACS para o médico da ESF e foram os mesmos fatores facilitadores e dificultadores.

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

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

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

A análise da verificação dos usuários hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento mostrou um curso regular e ótimo desde o primeiro até o terceiro mês da intervenção com 100% de registro adequado e preenchimento da ficha de acompanhamento. Foram registrados no primeiro mês 70 usuários, no segundo mês 185 e no terceiro mês 362.

Para alcançar este indicador contamos com o empenho dos profissionais da equipe ao preencher a ficha espelho adequadamente, sendo merecido reforçar a capacitação realizada desde o início da intervenção com os profissionais da equipe para que o preenchimento das ferramentas fosse realizado com a qualidade requerida, onde a enfermeira da equipe teve um papel fundamental com sua atuação protagonista.

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

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

No primeiro mês da intervenção foram registrados adequadamente os dados na ficha de acompanhamento de 28 diabéticos (100%), no segundo mês de 57 (100%) e no terceiro mês para 104 usuários (100%). As ações mais importantes para o registro adequado na ficha de acompanhamento foram às mesmas já descritas para os hipertensos. Além disso, é importante destacar que tivemos o apoio da gestão da UBS e da comunidade para garantir os materiais.

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

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

**Indicador:** Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Em relação a este indicador podemos observar um curso regular nos gráficos durante os três meses da intervenção, no primeiro mês foram avaliados sobre risco cardiovascular 70 usuários hipertensos (100%), no segundo mês 185 usuários (100%) e no terceiro mês 362 usuários avaliados (100%). No final da intervenção 100% dos hipertensos tiveram o risco cardiovascular avaliado através da estratificação.

Para alcançar este indicador foi importante o empenho mostrado pelos profissionais da equipe, principalmente pelo médico, com a realização da estratificação nos prontuários dos usuários, monitorando o cumprimento da ação cada semana, além das capacitações que foram realizadas durante toda a intervenção com os protocolos atualizados fornecidos pelo Ministério da Saúde.

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

**Indicador:** Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

No primeiro mês foram avaliados 28 usuários diabéticos (100%), no segundo mês 57 (100%) e no terceiro mês foram avaliados 104 usuários (100%). Assim a estratificação de risco cardiovascular foi realizada em 100% dos diabéticos durante os três meses da intervenção

Para o cumprimento deste indicador deve se destacar as capacitações realizadas desde o início da intervenção, onde contamos com todos os materiais necessários para capacitar à equipe e realizar a estratificação do risco. Além disso, a ação foi monitorada cada semana pela enfermeira e médico da equipe.

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

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

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

A proporção de usuários hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável foi mantida em 100% no decorrer dos três meses da intervenção. No primeiro mês receberam as orientações sobre alimentação saudável 70 usuários hipertensos, no segundo mês 185 usuários hipertensos e no terceiro mês 362 usuários, o que representa o 100% dos usuários hipertensos cadastrados na intervenção com orientação sobre alimentação saudável.

A meta proposta foi alcançada graças ao empenho dos profissionais da equipe que interagiram com os conteúdos sobre o tema, levando as orientações adequadamente nas consultas, nas ações de educação em saúde, nas visitas domiciliares, nas palestras e conversas, mantendo esta ação durante toda a intervenção. Como fator dificultador, cito a questão de não ter sido possível envolver a nutricionistas do NASF nesta atividade, devido à dificuldade de deslocamento até a ilha e muitas vezes os profissionais disponíveis no município não quiseram se deslocar até o nosso território.

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

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

Foram realizadas também atividades de orientação nutricional sobre alimentação saudável para 100% dos diabéticos cadastrados na intervenção na UBS/ESF. No primeiro mês foram 28 usuários orientados, no segundo mês 57 e no terceiro 104. Os fatores facilitadores para o sucesso dessa ação foram os mesmo já destacados no indicador anterior (6.1) e enfrentamos a dificuldade da ausência de profissional nutricionista na integração dessa atividade.

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

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

Os resultados obtidos foram positivos com relação ao indicador de orientação sobre prática de atividade física regular, onde todos os usuários hipertensos cadastrados ao longo dos três meses da intervenção, receberam esta orientação sobre atividade física regular, cumprindo com a meta proposta de 100%

em todos os meses. Foi recebida esta orientação por 70 usuários hipertensos (100%) no primeiro mês, 185 usuários no segundo mês e 362 usuários hipertensos no terceiro mês.

Esta meta foi cumprida graças ao trabalho realizado pelos profissionais da equipe com a colaboração dos professores de educação física da Vila Progresso já que não foi possível envolver ao educador físico do NASF na atividade por motivos da área onde foi desenvolvida a intervenção (difícil acesso).

Mas, desde o início foram realizadas todas as orientações pela equipe multidisciplinar da ESF, nas consultas, nas visitas domiciliares, nas ações feitas na comunidade e nas palestras e conversas realizadas na UBS.

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

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

Foi realizada a orientação sobre prática regular de atividade física para os 104 diabéticos cadastrados e acompanhados na intervenção, correspondendo a 100%. No primeiro mês foram 28 usuários orientados, no segundo mês 57 e no terceiro mês os 104 diabéticos. Assim como para os hipertensos as facilidades foram à capacitação da equipe sobre a temática e o apoio do Educador Físico da comunidade. As dificuldades também foram as mesma do indicador anterior (6.3).

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

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

Este indicador foi mantido a cobertura 100% durante toda a intervenção. No primeiro mês 70 usuários hipertensos receberam as orientações sobre os riscos de tabagismo, no segundo mês foram 185 usuários hipertensos que receberam esta orientação e no terceiro mês foram 362 usuários hipertensos.

Os resultados obtidos neste indicador, atingindo as metas propostas no início da intervenção, foram possíveis graças ao trabalho de todos os membros da equipe para garantir que todos os usuários hipertensos recebessem as orientações sobre os riscos de tabagismo e a existência de tratamento para eliminá-lo.

Porem esse tratamento em nenhum momento da intervenção foi providenciado pelos gestores por não ter recursos financeiros, mas acredito importante enfatizar que este ganho só é possível de ser mantido com o trabalho continuado dos médicos e enfermeiras, além dos profissionais de saúde da equipe, enfrentando todas as dificuldades encontradas no caminho.

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

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

Durante a intervenção, foram realizadas no primeiro mês ações de orientação sobre os riscos do tabagismo com 28 diabéticos, no segundo mês com 57 e no terceiro mês com os 104 usuários, totalizando 100% em cada mês. Assim como na meta anterior, os fatores facilitadores foram os mesmos.

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

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

Ao analisar a proporção de usuários hipertensos com orientação sobre higiene bucal, podemos observar que foi mantida a cobertura de 100% para os usuários hipertensos durante os três meses da intervenção. Foram orientados no primeiro mês sobre a higiene bucal 70 usuários, no segundo mês 185 e no terceiro mês 362.

Para cumprir este importante indicador como em todos os demais contamos com o trabalho e o empenho dos membros da nossa equipe e com a ajuda dos profissionais da equipe de saúde bucal com os quais fizemos uma parceria e pactuamos capacitações para toda a equipe e assim garantir que todos os usuários hipertensos recebessem as orientações sobre higiene bucal nas consultas, visitas domiciliares e ações realizadas nos espaços da comunidade.

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

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

Neste último e importante indicador da intervenção, também conseguimos obter resultados positivos, já que a meta foi atingida na sua totalidade desde o primeiro mês. Recebendo as orientações sobre higiene bucal 100% dos usuários diabéticos cadastrados na intervenção. No primeiro mês foram orientados 28 usuários diabéticos, no segundo mês 57 usuários diabéticos e no terceiro mês 104 usuários diabéticos.

Foi muito importante e proveitoso para todos os profissionais de saúde da nossa equipe, desenvolver a intervenção. Além disso, vale destacar o apoio recebido pelos profissionais da equipe de saúde bucal, embora não tenha sido durante todo o transcurso da intervenção, devido a questões da organização do processo de trabalho. Mas esse apoio da equipe de SB e principalmente da enfermeira, técnicos de enfermagem e ACS foi decisivo para conseguirmos alcançar um projeto bem sucedido, com excelentes resultados com a satisfação de que foi possível melhorar o estado de saúde de todos estes usuários porque um mundo melhor é possível.

## **4.2 Discussão**

Antes de desenvolver a intervenção na UBS Vila Progresso existia um subregistro muito grande de usuários hipertensos e diabéticos, já que eram atendidos, mas não estavam sendo cadastrados no programa e não contavam com uma ficha de acompanhamento regular, com um preenchimento adequado e os atendimentos eram realizados geralmente pelo médico o que limitava a adesão de novos usuários ao programa e demonstrava a desorganização e grandes limitações para acolher e melhorar a qualidade de vida e de saúde destes grupos populacionais de risco.

Com a implementação da intervenção em nossa UBS foram constatados inúmeros avanços que contribuíram para a melhoria da qualidade de vida não só dos usuários hipertensos e diabéticos, mas também de seus familiares e da comunidade. Além disso, conseguimos propiciar a ampliação da cobertura da atenção para os usuários hipertensos e diabéticos assim como a adesão destes ao programa, aumentando o número de consultas médicas e de enfermagem na UBS

sendo também realizadas nos domicílios e com atividades de educação em saúde realizadas na comunidade.

Foi organizada uma agenda de trabalho para atender a demanda espontânea destes usuários pertencentes a nossa área de abrangência além de ser feita a adequação do tempo médio das consultas para ofertar um atendimento de qualidade para os usuários, o que trouxe consigo uma melhoria significativa na qualidade dos registros e na qualificação da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos, com destaque para a ampliação do exame dos pés dos diabéticos, a tomada e rastreamento da pressão arterial e para a classificação de risco de ambos os grupos assim como a criação dum sistema de registro fiel e confiável.

A intervenção precisou de uma equipe mais preparada com metodologias baseada na Educação Permanente em Saúde, para a adequada transmissão das informações e conhecimentos aos usuários hipertensos e diabéticos, seus familiares e à comunidade, exigindo a capacitação e atualização constante da equipe seguindo as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus.

Estas atividades de capacitação e atualização conseguiram promover o trabalho integrado dos membros da equipe, incluindo os ACS. Foram atribuídas funções específicas a serem cumpridas, sendo que a partir da intervenção o trabalho foi organizado e distribuído para eles com suas responsabilidades bem estabelecidas, aumentando a participação deles nas conversas, palestras, atividades práticas com os usuários hipertensos e diabéticos incrementando-se a agenda de trabalho para todos os membros da equipe priorizando o acolhimento e atendimento a demanda espontânea dos usuários hipertensos e diabéticos. Sendo crucial a classificação de risco destes usuários para apoiar a prioridade de atendimento dos mesmos.

O impacto final foi muito positivo tendo uma equipe mais preparada e capaz de assumir qualquer atividade relacionada com o foco da intervenção, conseguindo a organização das ações. Com o trabalho em equipe conseguimos aumentar a cobertura de medicamentos para os usuários hipertensos e diabéticos e através de um estudo de consumo em conjunto foi planejado o uso racional dos medicamentos e a garantia de atendimento odontológico da maioria destes usuários.

Sobre o impacto da intervenção na comunidade, já estamos percebendo que a população e especialmente os usuários com HAS e DM, seus familiares e a

comunidade em geral mostram-se agradecidos e satisfeitos com o atendimento recebido com ética, amor e carinho.

Apesar do trabalho desenvolvido e à ampliação da cobertura para usuários hipertensos e diabéticos cadastrados, ainda temos muito por fazer e vamos continuar trabalhando neste aspecto para alcançar o total de cadastros dos usuários hipertensos e diabéticos da nossa área de abrangência que tanto precisam dos serviços de saúde para melhorar sua qualidade de vida e de saúde.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde o início das atividades tivéssemos contado com o apoio dos gestores e o trabalho em conjunto com as demais equipes de saúde da família de nossa UBS e com a equipe de saúde bucal além de uma melhor integração com os serviços da unidade de saúde e os líderes comunitários.

As ações da intervenção já estão incorporadas a rotina do serviço com a satisfação de ter melhorado o estado de saúde dos usuários e a qualidade de vida deles, seus familiares e a comunidade em geral, mas vamos continuar conscientizando à comunidade em relação à necessidade de priorizar a atenção dos usuários hipertensos e diabéticos, principalmente os de alto risco. Vamos manter adequadamente as fichas dos usuários para continuar coletando todos os dados.

Continuaremos ampliando a cobertura dos usuários de hipertensão e diabetes, à comunidade e aos usuários os atendimentos dos ACS, da enfermeira do médico e os serviços da UBS segundo os princípios do SUS com todo o amor e respeito. Sendo que a partir dos próximos meses pretendemos investir na ampliação da cobertura e atendimento odontológico dos usuários hipertensos e diabéticos de nossa área, além de comprometer as demais equipe da UBS com nossa intervenção como também pretendemos desenvolver os projetos de saúde do idoso, pré-natal e puericultura na UBS.

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

Sou o médico Manuelkis Bocourt Suárez, trabalho na UBS Vila Progresso no distrito do Bailique, município Macapá/Amapá, numa área ribeirinha na beira do rio Amazonas, com uma população de 15.000 habitantes. A equipe de ESF que estou inserido realiza atendimento para 2.160 usuários. Com a participação de toda a equipe foi proposta e realizada uma intervenção com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos da nossa área de abrangência.

A ação programática ocorreu durante três meses de árduo e proveitoso trabalho. Foi um projeto implantado na UBS pelo Ministério da Saúde através da UFPel, obtendo o consentimento e aprimoramento da gestão, qualificação da prática clínica e organização dos serviços da atenção primária à saúde, resultando de uma avaliação continua e monitoramento das ações, conseguindo a participação da comunidade e das lideranças comunitárias.

Após realizar a análise da situação de saúde da UBS Vila Progresso em relação aos usuários hipertensos e diabéticos observamos o grande sub-registro existente. Então decidimos fazer uma ação programática com estes usuários para melhorar seu estado de saúde e envolver e comprometer à comunidade além de contribuir ao cadastramento e atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos desenvolvendo um grupo de ações planejadas num cronograma de trabalho que facilitou nossa atuação e o cumprimento das atividades.

Para obter resultados positivos a equipe esteve reunida e engajada para conseguir atingir os indicadores que avaliariam o avanço das ações, as quais a maioria foram desenvolvidas na sua totalidade e outras parcialmente, mas estas últimas encontravam-se fora de nossa governabilidade.

Foi realizado o atendimento clínico nas consultas na UBS que foram aumentadas em frequência e nos domicílios, através das visitas domiciliares realizadas pelo médico e enfermeira da equipe, foram feitas ações de saúde para divulgar o projeto, atividades educativas na comunidade com atendimento integral de qualidade, amor e ética profissional a todos os usuários hipertensos e diabéticos, mas infelizmente não foi possível envolver educadores físicos, nutricionistas e integrantes do NASF, devido as dificuldades de locomoção da equipe até a ilha e a recusa de alguns profissionais em se deslocar até o nosso território.

Ao finalizar a intervenção foi possível constatar que o objetivo inicial de melhorar a atenção dos usuários hipertensos e diabéticos foi exitosamente cumprido, conseguindo cadastrar 362 usuários hipertensos, gerando 95% de cobertura e 104 diabéticos - 95,4% de cobertura.

Podemos dizer que o impacto da intervenção é muito positivo e poderia ter sido melhor se tivéssemos tido apoio da gestão em quanto a envolver ao educador físico, nutricionista, ter sido feita a compra da medicação para combater o tabagismo.

Agora podemos falar com vocês com infinita satisfação e orgulho, temos certeza que melhoramos a qualidade de vida e a atenção a estes grupos de usuários, seus familiares e a comunidade, que contamos com uma equipe disposta a todo e que vamos continuar trabalhando sem descanso para brindar o melhor de nós em benefício dos mais necessitados.

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

A equipe 083 da UBS Vila Progresso, Município Macapá, Estado Amapá por meio deste veio comunicar à comunidade como foi desenvolvida a ação programática sobre a melhora da atenção usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência.

Depois de realizar a análise dos problemas de saúde da comunidade pertencente a área de abrangência da equipe de saúde, em relação aos usuários hipertensos e diabéticos durante o desenvolvimento do curso de especialização em saúde da família, foi encontrado um baixo número destes pacientes cadastrados na unidade. Então fomos incentivados a realizar uma ação programática sobre a melhoria da atenção destes usuários da nossa área de abrangência proposta pelo Ministério da Saúde através da UFPel com o objetivo de contribuir com o cadastro e atendimento prioritário destes usuários.

Iniciamos o projeto com uma série de ações e atividades planejadas, através de um cronograma com o incentivo de conseguir o cadastro dos usuários e garantir seu atendimento, melhoria da qualidade de vida deles, seus familiares e a comunidade em geral assim como uma intervenção bem sucedida com os conseguintes benefícios de saúde para os usuários hipertensos e diabéticos.

Nossa equipe foi capaz de se preparar com muita exigência para levar para vocês da comunidade os conhecimentos e as orientações necessárias para o controle da hipertensão e do diabetes, de um jeito de fácil entendimento, com uma linguagem clara através de constantes capacitações e atualizações com o material disponibilizado pelo Ministério da Saúde.

Todas as ações que foram realizadas para melhorar a qualidade de vida e de saúde dos usuários hipertensos e diabéticos, seus familiares e a comunidade tiveram resultados positivos graças ao empenho dos membros da equipe unido ao

espetacular e incansável trabalho desenvolvido pelos ACS que procuravam os usuários no domicílio e desenvolveram ações educativas com muito amor.

Conseguimos uma maior incorporação destes usuários ao programa. Não conseguimos atingir todas as metas propostas no início da intervenção, mas conseguimos incorporar a atenção dos hipertensos e diabéticos à rotina do serviço e também colocando em prática a participação comunitária.

Ampliamos o conhecimento dos usuários, família e comunidade sobre seus direitos com a certeza que tanto os usuários como seus familiares estão satisfeitos com o trabalho desempenhado pela equipe de saúde da família, através da intervenção desenvolvida para a melhoria da qualidade de saúde e de vida da população da nossa ilha. Pedimos por favor qualquer inconveniente acontecido durante a rotina do serviço e convidamos vocês a continuar colaborando e participando em todas atividades de educação em saúde.

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

Ao iniciar o curso de especialização em Saúde da Família, tinha muitas expectativas porque poderia adquirir as experiências e conhecimentos necessários para melhorar a qualidade de vida e o estado de saúde da população Brasileira, mais necessitada e carente, assim como conhecer a realidade do povo brasileiro, sua cultura, costumes, sistema educativo, modos e estilos de vida e hábitos que são determinantes na saúde da população além de conhecer e implementar o seu sistema de saúde para utilizá-lo em benefício das pessoas que o precisarem.

Tinha a certeza de interagir e trocar experiências e conhecimentos com profissionais de todo o país, colegas do curso e com os orientadores, incluindo o apoio pedagógico. Essa troca de conhecimentos permitiu levar estes conhecimentos a prática e poder desenvolver meu trabalho com maior qualidade.

O projeto pedagógico, com diretrizes bem definidas e guiado pelos princípios do SUS seria uma ferramenta muito eficaz para combater e solucionar os principais problemas de saúde da minha comunidade e melhorar os indicadores de saúde da população brasileira.

No início da análise situacional nos deparamos com muitas dificuldades e problemas, desde uma equipe desunida que não funcionava, estrutura deficiente em todos os sentidos, processo de trabalho inexistente. Pensei que as ações que eram propostas pelo curso seriam um sonho/ficção, e a cada dia e semana éramos desafiados com novos eventos, então comecei a interagir e solicitar ajuda a meus colegas, orientadores do curso e principalmente a equipe da ESF, observando que pouco a pouco com passos lentos, mas de gigantes os problemas começaram a serem solucionados e a grande surpresa foi a equipe que ficou unida, articulada e começou a funcionar como uma verdadeira equipe.

Os conhecimentos adquiridos na prática clínica, apoiado com os materiais fornecidos pelo Ministério da Saúde e o curso assim como a troca de sabedoria com os colegas o trabalho, foi fundamental para a organização das ações e do processo de trabalho da equipe.

Por intermédio do curso tive a oportunidade de conhecer o Sistema Único de Saúde brasileiro e interagir com suas diretrizes e princípios identificando suas problemáticas e ideologia de trabalho assim como a forma de atenção que preconiza para a população brasileira, procurando sempre a prática médica integrativa. Também foi estudada a importância de manter relações de confiança e afetividade com os usuários e garantir a sua participação social e comunitária no cuidado da sua saúde, da saúde da família e da comunidade.

O mais importante que aprendi neste curso foram os conhecimentos sobre o SUS e a Política Nacional da Atenção Básica, através da ESF. Além disso, aprendi como os princípios do SUS podem ser implementados, mesmo com tantas dificuldades financeiras e estruturais que os municípios do interior do Brasil enfrentam. As experiências adquiridas neste curso estarão aperfeiçoando o nosso trabalho, garantindo uma atenção à saúde da nossa população com mais qualidade alcançando assim melhorar os indicadores de saúde do território de atuação.

## **Referências**

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 56 p. - (Cadernos de Atenção Básica; 14) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

## **Anexos**





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

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

---

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

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

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

Prezada Pesquisadora;

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

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

### Anexo B- Planilha de coleta de dados

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1																		
Dados para Coletar	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico 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 medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou 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 estratificação de risco cardiovascular por exame 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																	





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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

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

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

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